

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 50, Número 8, 2022



Endometriose

Aprovada uma nova classificação cirúrgica para a doença que atinge mais de 180 milhões de mulheres no mundo

LEITE MATERNO

Precisamos falar ainda mais sobre ele

SAÚDE MENTAL DOS RESIDENTES

Atenção aos sinais de que algo não vai bem

EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS



febrasgo **EAD**

Uma ação de inovação e tecnologia
em educação da Febrasgo

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



Com
emissão de
Certificado!

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

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

E outras vantagens!

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



Acesse:

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

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Renata Erlich
gerencia@Febrasgo.org.br

www.Febrasgo.org.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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



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


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

CONSELHO EDITORIAL

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

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

Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olimpio 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



As classificações cirúrgicas da endometriose, segundo cinco propostas de diferentes entidades médicas, são dissecadas, analisadas e sintetizadas em artigo de capa deste fascículo de *Femina*, idealizadas com base na história médica, exame físico e laparoscopia. Como todas as propostas incluem endometriose superficial peritoneal no estadiamento, uma classificação fundamentada apenas em técnicas não invasivas, usando imagens, parece distante. As análises e sínteses sobre o tema são acertadas e os autores são nossos melhores especialistas. Nessa doença, evitar o diagnóstico tardio significa poupar a mulher de sofrimento, independentemente do instrumento utilizado. Na forma de entrevista com os autores, a jornalista Letícia dá destaque ao sintoma dor. A dor é explorada pelos autores em respostas pontuais. O professor Schor, um dos autores, coloca na balança nossa responsabilidade em não valorizar adequadamente as queixas das pacientes logo no início. Vale aqui destacar algumas características da dor: pode ter início com a menarca. Mesmo com ciclos anovulatórios, exacerba com o passar dos anos, antecede o fluxo menstrual em alguns dias, pode ser acompanhada de distensão do abdome, aceleração dos movimentos peristálticos ou mesmo diarreia, disquezia e disporeunia. Ações preventivas da infertilidade são também cobradas no texto. O valor da cirurgia e a definição do melhor momento para realizá-la são lembrados. A disponibilização de um aplicativo com base na classificação dos Ginecologistas Laparoscopistas Americanos é facilitada pelo professor Mauricio Abrão.

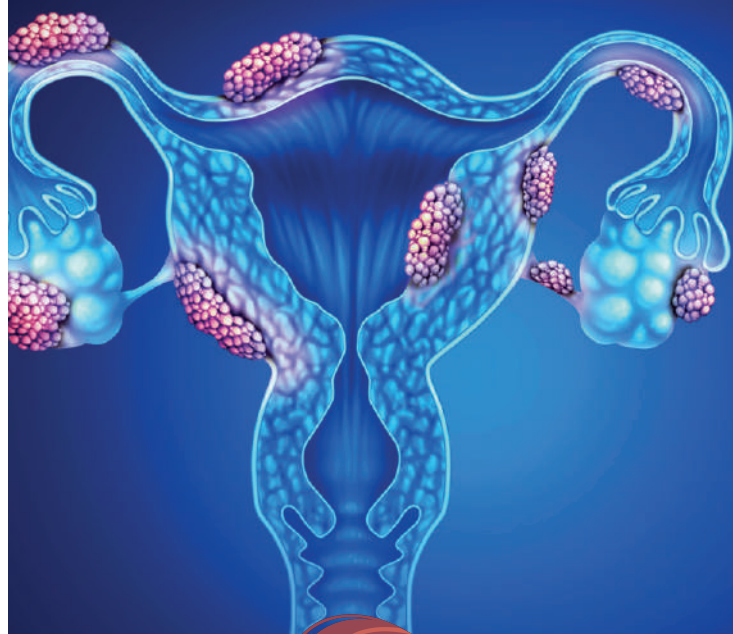
O aleitamento materno, com todas as suas vantagens, é novamente examinado por *Femina* em artigo na forma de entrevista com expoentes da Comissão Nacional Especializada da Febrasgo. O leite materno é proposto como alimento de ouro, tal sua relevância. Aspectos nutricionais e imunológicos são apontados. Orientações que devem ser dadas às gestantes são propostas pelos cinco especialistas entrevistados. Na sequência, *Femina* traz artigo sobre a saúde mental dos médicos-residentes elegantemente redigido por colegas de Rondônia e Santa Catarina. Distúrbios do sono, depressão, ansiedade e síndrome de Burnout devem ser considerados. Três ações consideradas essenciais são propostas no final do texto. Não deixem de ler! A Diretoria da Comissão de Defesa Profissional da Febrasgo publica artigo acerca de nossa participação em sindicâncias de nossos Conselhos Regionais. Relembrem os cinco desfechos possíveis e a leitura do texto é extremamente educativa a todos nós.

No Caderno Científico, fez-se clara a Posição da Febrasgo em relação ao rastreio, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gravidez. Membros da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco resumem dez pontos-chave e oito recomendações que preenchem qualquer hiato em nosso conhecimento. O quadro sintetizando todos os aspectos úteis à nossa atuação é irretocável. É de leitura mandatória neste volume! Alterações citopatológicas da cérvice uterina são exploradas em artigo original de corte transversal por especialistas do Paraná e do Rio Grande do Sul. A avaliação da casuística de Unidade Básica de Saúde mostrou prevalência de 7% de resultados anormais, assemelhando-se às casuísticas de outros centros. Outro artigo original explora o atendimento de gestantes vítimas de violência sexual. Esse artigo, embora transversal, fornece dados interessantes. *Femina* encerra este volume com artigo de revisão sobre a ocorrência de infecção puerperal em mulheres submetidas à cesariana. O texto, elaborado por dois professores baianos, é utilíssimo ao Obstetra.

Num sopro você curte *Femina*. Os ventos de agosto são agradáveis!
Boa leitura.

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO



454 Capa

Classificação cirúrgica da endometriose

461 Entrevista

Que dor é essa?

465 Entrevista

Vale mais que ouro



469

Federada

Somago Até quando?



471

Residência Médica

Saúde mental dos médicos- -residentes



475

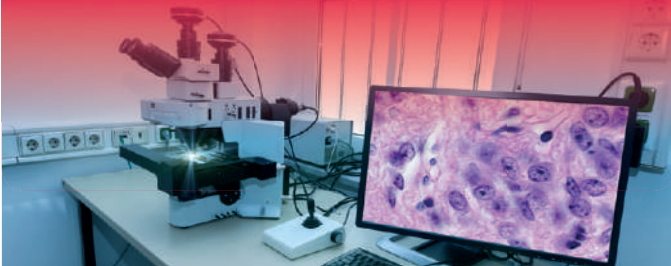
Defesa e Valorização Profissional

Fui chamado para uma sindicância no CRM! E agora?

478

Especial Fleury

Patologia digital no diagnóstico citológico



480

Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Rastreio, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gestação

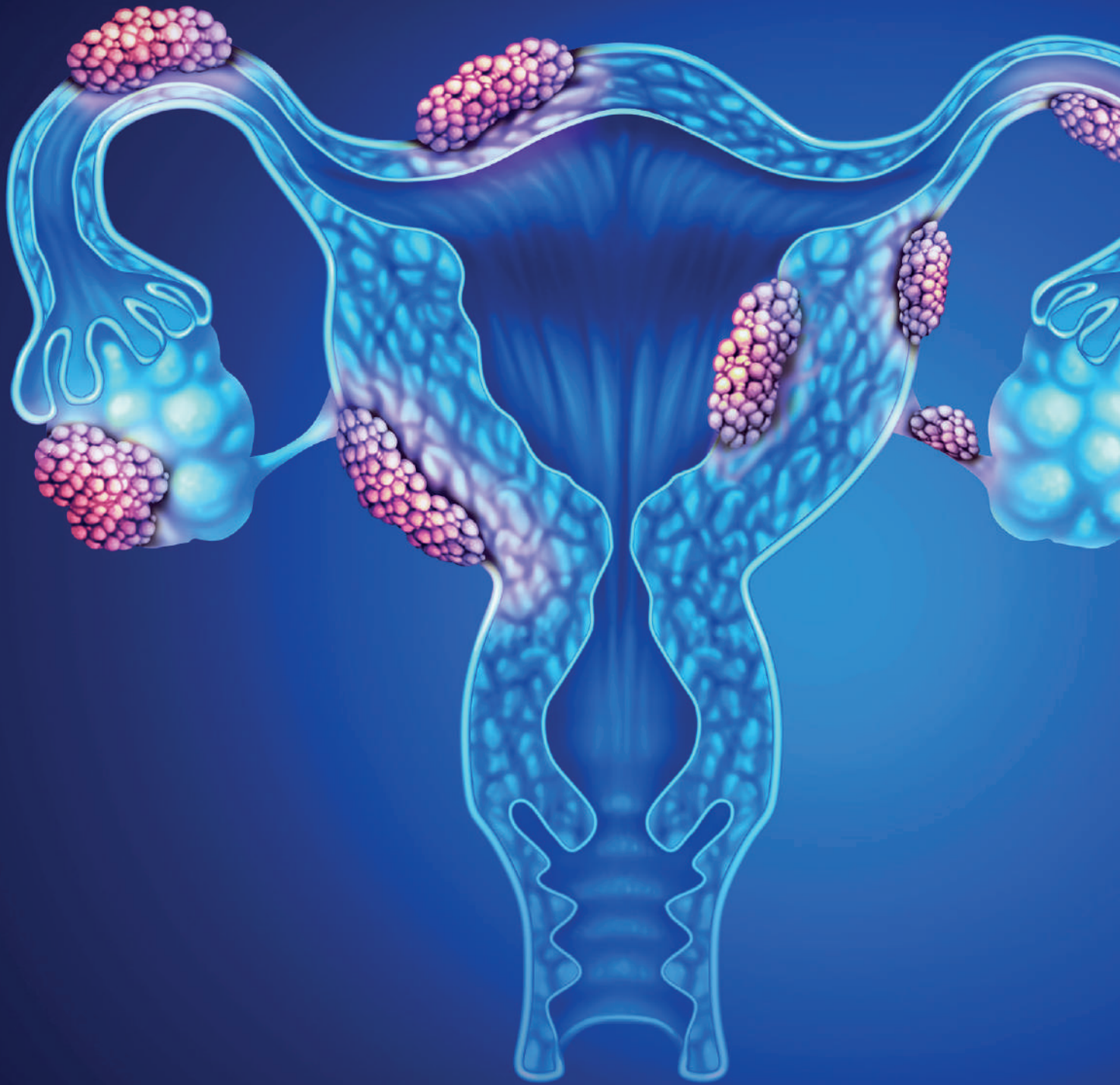
ARTIGOS ORIGINAIS

Alterações em exames citopatológicos realizados em Unidade Básica de Saúde: um estudo analítico transversal

Atendimento de urgência de mulheres grávidas em decorrência de violência sexual: características e tendências observadas em 20 anos

ARTIGO DE REVISÃO

Características relacionadas à ocorrência de infecção puerperal em mulheres submetidas ao parto cesáreo



Classificação cirúrgica da endometriose

João Nogueira Neto¹, Maurício Simões Abrão^{2,3}, Eduardo Schor⁴, Julio Cesar Rosa-e-Silva⁵

A endometriose é uma doença ginecológica crônica, benigna, estrogênio-dependente e de natureza multifatorial que acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Pode ser definida pela presença de tecido que se assemelha à glândula e/ou ao estroma endometrial fora do útero, com predomínio, mas não exclusivo, na pelve feminina.⁽¹⁾ Estima-se que 10% das mulheres em idade reprodutiva tenham essa doença, o que representa em torno de 176 milhões de mulheres no mundo, gerando custos diretos aos sistemas de saúde e indiretos por diminuição de produtividade, além de sofrimento físico e psicológico, secundários aos quadros de dor e infertilidade, com conseqüente perda da qualidade de vida.⁽²⁾

Nas últimas décadas, em conseqüência das muitas dificuldades impostas pela endometriose, ela vem sendo bastante pesquisada.^(3,4) Uma das dificuldades encontradas é a sua classificação. Um sistema de classificação reproduzível, de fácil aplicação e bem organizado é necessário não apenas para esclarecer a comunicação entre os médicos, mas também para padronizar a estratégia de tratamento ideal e homogeneizar os estudos clínicos.^(2,5)

A Comissão Nacional Especializada (CNE) em Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) analisou as diferentes formas de classificação escolhidas pela *World Endometriosis Society* (WES),⁽⁵⁾ com o objetivo de uniformizar e padronizar nacionalmente a classificação vigente para os serviços brasileiros que diagnosticam e tratam essa enfermidade.

Devido à falta de uma classificação única que avalie todas as manifestações possíveis da endometriose, foram padronizadas quatro classificações, entre as quais: a classificação revisada da *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) (Figura 1), a classificação ENZIAN (Figura 2), o *Endometriosis Fertility Index* (EFI) (Figura 3) e a classificação da *American Association of Gynecologic Laparoscopists* (AAGL) (Figuras 4 e 5).^(2,6-11)

ANÁLISE CRÍTICA

Foi publicado pela WES o primeiro consenso internacional sobre a classificação da endometriose por meio de metodologia rigorosa no ano de 2017.⁽⁵⁾ Por falta de uma classificação que avalie todas as faces dessa doença, foi proposta a junção das classificações mais relevantes que pudessem ser usadas por todos os profissionais que trabalham com mulheres com endometriose, a partir da qual os cirurgiões podem selecionar os componentes apropriados e garantir que isso seja documentado no registro da paciente.⁽⁵⁾

A classificação inicial da ASRM propôs uma abordagem única em 1979.⁽⁷⁾ O estágio da endometriose é derivado de uma pontuação cumulativa de acordo com a localização e o tamanho das lesões observadas durante a cirurgia.^(2,7) O sistema de estadiamento sofreu modificações em 1996 e atualmente é dividido em I (1 a 5 pontos, mínima), II (6 a 15 pontos, leve), III (16 a 40 pontos, moderada) e IV (superior a 40 pontos, severa).

As vantagens dessa classificação são sua aceitação global, sendo muito utilizada, fácil aplicação e ajuda às pacientes para entenderem facilmente o estágio de sua doença.⁽²⁾

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

2. Departamento de Ginecologia, Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

3. Disciplina de Ginecologia, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

4. Departamento de Ginecologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

5. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

João Nogueira Neto
Praça Gonçalves Dias, s/n, Centro,
65020-240, São Luís, MA, Brasil
joao.nn@gmail.com

Como citar:

Nogueira Neto J, Abrão MS, Schor E, Rosa-e-Silva JC. Classificação cirúrgica da endometriose. *Femina*. 2022;50(8):454-60.

CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE – SOCIEDADE AMERICANA DE MEDICINA REPRODUTIVA (1979, revisada em 1985 e 1997)

Nome da paciente: Data:

Estágio I (Mínima) **1-5** Laparoscopia: Laparotomia: Fotografia:

Estágio II (Leve) **6-15** Tratamento recomendado:

Estágio III (Moderada) **16-40**

Estágio IV (Severa) **> 40**

Total Prognóstico:

Peritônio	Endometriose	< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
		Superficial	1	2
	Profundo	2	4	6
Ovário	Direito superficial	1	2	4
	Direito profundo	4	16	20
	Esquerdo superficial	1	2	4
	Esquerdo profundo	4	16	20
Obliteração do fundo de saco posterior		Parcial		Completa
		4		40
Ovário	Aderências	< 1/3 envolvida	1/3-2/3 envolvida	> 2/3 envolvida
	Direito fina	1	2	4
	Direito densa	4	8	16
	Esquerdo fina	1	2	4
Esquerdo densa	4	8	16	
Tuba	Direita fina	1	2	4
	Direita densa	4	8	16
	Esquerda fina	1	2	4
	Esquerda densa	4*	8*	16

*Se as fímbrias da tuba uterina estiverem completamente envolvidas por aderências, mude a pontuação para 16. Descreva a aparência dos implantes como vermelho [(V), vermelho, vermelho-rosa, semelhante a chama, bolhas vesiculares ou vesicular clara], branco [(B), opacificações, defeitos peritoniais ou amarelo-marrom] ou preto [(P), depósito de hemossiderina ou azul]. Apresente a percentagem do total descrito como V ...%, B ...% e P ...%. O total deve ser igual a 100%.

Endometriose adicional: Patologias associadas:

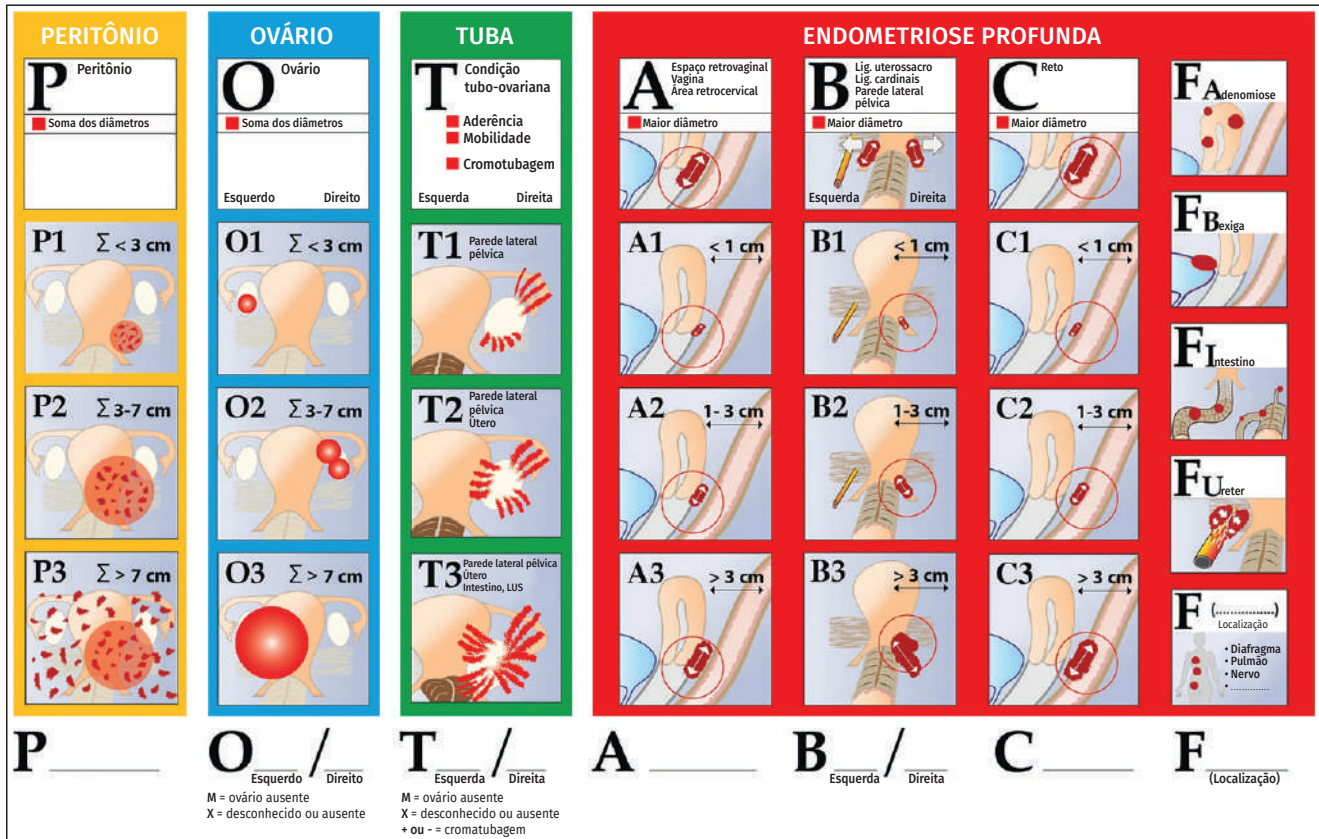
.....

.....



Fonte: Hornstein MD, Gleason RE, Orav J, Haas ST, Friedman AJ, Rein MS, et al. The reproducibility of the revised American Fertility Society classification of endometriosis. Fertil Steril. 1993;59(5):1015-21.⁽⁷⁾

Figura 1. Classificação da endometriose da American Society for Reproductive Medicine



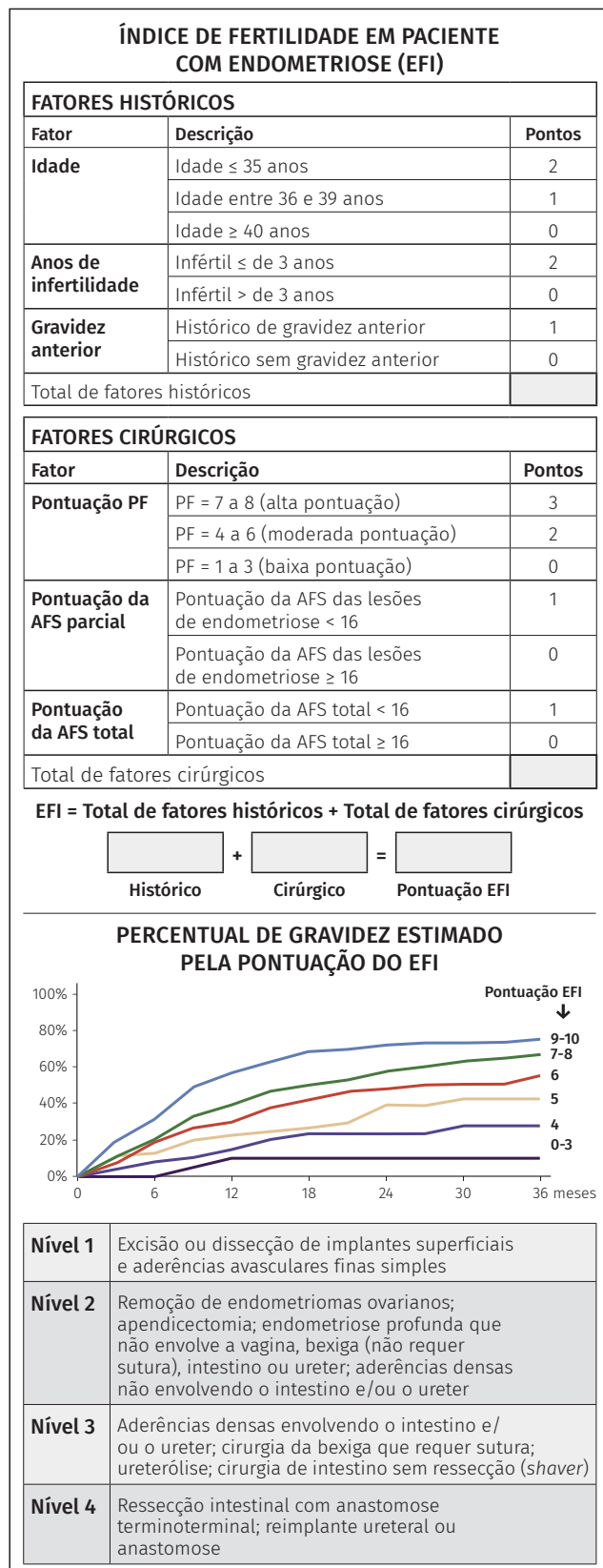
Fonte: Keckstein J, Saridogan E, Ulrich UA, Sillem M, Oppelt P, Schweppe KW, et al. The #Enzian classification: A comprehensive non-invasive and surgical description system for endometriosis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;100(7):1165-75.⁽⁶⁾

Figura 2. Classificação da endometriose profunda ENZIAn

DESCRIÇÕES DA PERDA FUNCIONAL			ÍNDICE DE FERTILIDADE EM PACIENTE COM ENDOMETRIOSE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO															
Estrutura	Disfunção	Descrição	PONTUAÇÃO FUNCIONAL (PF) OBSERVADA NA CIRURGIA															
Tuba	Mínima	Lesão leve na serosa	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pontuação</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>= Normal</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>= Disfunção mínima</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>= Disfunção moderada</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>= Disfunção severa</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>= Sem função ou ausente</td> </tr> </tbody> </table>		Pontuação	Descrição	4	= Normal	3	= Disfunção mínima	2	= Disfunção moderada	1	= Disfunção severa	0	= Sem função ou ausente		
	Pontuação	Descrição																
	4	= Normal																
	3	= Disfunção mínima																
2	= Disfunção moderada																	
1	= Disfunção severa																	
0	= Sem função ou ausente																	
Moderada	Lesão moderada da serosa ou muscular; limitação moderada na mobilidade																	
Severa	Fibrose ou salpingite ístmica nodosa leve a moderada; limitação severa na mobilidade																	
Sem função	Obstrução tubária completa, fibrose extensa ou salpingite ístmica nodosa																	
Fímbria	Mínima	Lesão leve com cicatriz mínima	<p>Para calcular a pontuação PF, some a pontuação inferior do lado esquerdo com a pontuação inferior do lado direito. Se um ovário estiver ausente em um lado, dobre a pontuação do lado do ovário presente.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Esquerdo</th> <th>Direito</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trompa de Falópio</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td rowspan="3"> Pontuação inferior Esquerdo + Direito = PF </td> </tr> <tr> <td>Fímbrias</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Ovário</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>			Esquerdo	Direito		Trompa de Falópio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pontuação inferior Esquerdo + Direito = PF	Fímbrias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ovário	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Esquerdo			Direito													
	Trompa de Falópio	<input type="text"/>			<input type="text"/>	Pontuação inferior Esquerdo + Direito = PF												
	Fímbrias	<input type="text"/>			<input type="text"/>													
Ovário	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
Moderada	Lesão moderada, com cicatriz moderada, perda moderada da arquitetura fimbrial e mínima fibrose intrafimbrial																	
Severa	Lesão severa, com cicatriz severa, perda severa da arquitetura fimbrial e moderada fibrose intrafimbrial																	
Sem função	Lesão grave, com cicatriz extensa, perda completa da arquitetura fimbrial, obstrução tubária completa ou hidrossalpinge																	
Ovário	Mínima	Tamanho normal ou quase normal; lesão mínima ou leve na serosa ovariana																
	Moderada	Tamanho ovariano reduzido em um terço ou mais; lesão moderada na superfície ovariana																
	Severa	Tamanho ovariano reduzido em dois terços ou mais; lesão grave na superfície																
	Sem função	Ovário ausente ou completamente envolto em aderências																

Fonte: Adamson GD, Pasta DJ. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. Fertil Steril. 2010;94(5):1609-15.⁽⁹⁾

Figura 3. Classificação do Índice de Fertilização na Endometriose (EFI)



Fonte: Traduzida e adaptada de Chapron C, Abrão MS, Miller CE. Endometriosis classifications need to be revisited: a new one is arriving. NewsScope. 2012;26(4):9.⁽¹⁰⁾

Figura 4. Classificação da endometriose segundo a American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL), de acordo com a dificuldade no tratamento cirúrgico

Entre as desvantagens, estão diferenças entre a endometriose diagnosticada histologicamente e o estágio feito por visualização, sua baixa reprodutibilidade, a baixa correlação entre os sintomas e seu estadiamento, não avaliar a gravidade da dor e da infertilidade e não considerar a presença de endometriose infiltrativa profunda em locais como os ligamentos uterossacrais, bexiga, vagina e intestino.^(2,7,12,13)

A classificação ENZIAN foi introduzida em 2005, para determinar a extensão da endometriose profunda durante o tratamento cirúrgico, complementando a classificação da ASRM-r. Essa classificação já foi revisada em 2010 e 2011 para corrigir sua sobreposição com a ASRM-r e, assim, tornar mais fácil sua utilização.^(2,8) Em 2021, ela foi novamente revista, para introdução da avaliação das formas de endometriose peritoneal e ovariana, assim como a avaliação da permeabilidade tubária por meio da cromotubagem e aderências secundárias.⁽⁶⁾ Essa última revisão teve como objetivo propor uma classificação anatômica lógica para uso por método não invasivo (ressonância magnética e ultrassonografia pélvica) pré-operatória, possibilitando um planejamento cirúrgico mais adequado, e no intraoperatório, permitindo uma classificação consistente e clara da endometriose profunda. Estudos futuros são necessários para avaliar sua validade clínica, acurácia e reprodutibilidade.^(2,6)

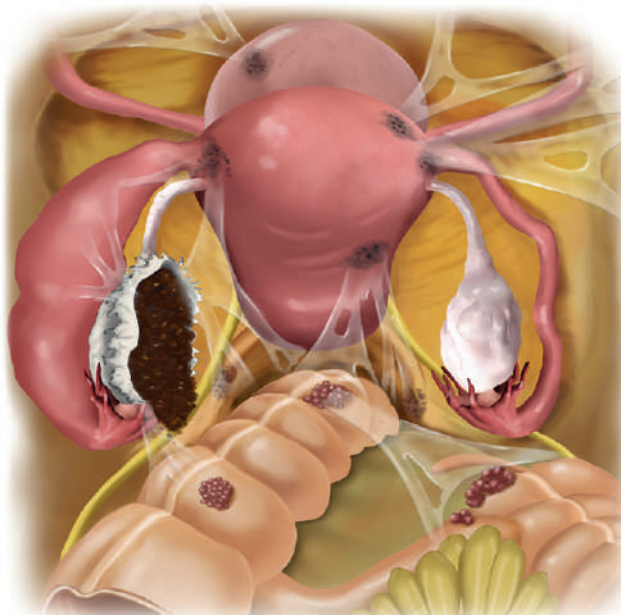
As vantagens são: descrever as estruturas retroperitoneais; poder ser determinada por modalidade de imagem e usada para planejamento cirúrgico; e o fato de a localização e a extensão da doença estarem associadas com a presença e a gravidade de diferentes sintomas como a dor.^(2,5,14)

Entre as desvantagens, estão: o baixo nível de aceitação global devido a sua complexidade; a dificuldade das pacientes em compreender a classificação informada devido à complexidade dos estágios e ao conhecimento insuficiente da anatomia pélvica por pessoas leigas; a classificação será imprecisa se a abordagem cirúrgica das lesões profundas for realizada de forma incompleta ou se o estudo de imagem não for confirmado no ato cirúrgico; e, por fim, mesmo que a classificação seja previamente feita por modalidade de imagem, ainda não há evidências científicas sobre a utilidade da classificação determinada por imagem, apesar de ter grande potencial futuro devido à porcentagem crescente de pacientes em seguimento clínico da doença.⁽²⁾

Outra classificação existente, realizada por meio do EFI, tem o objetivo de desenvolver um Índice de Fertilidade para pacientes com endometriose e prever a taxa de gravidez espontânea em pacientes com endometriose submetidas a tratamento cirúrgico que não tentarão engravidar com técnicas de reprodução assistida.⁽⁹⁾

O EFI considera fatores históricos como idade, duração da infertilidade e gestações anteriores, associados aos achados intraoperatórios. A pontuação funcional

Superficial	Pontos				
< 3 cm	2				
≥ 3 cm	4				
Vagina (muscular)	Pontos				
< 3 cm	5				
≥ 3 cm	8				
Ovário esquerdo	Pontos				
Superficial	2				
< 3 cm	5				
≥ 3 cm	7				
Ureter esquerdo	Pontos				
Extrínseco	6				
Intrínseco	8				
Hidroureter	9				
Trompa esquerda	Pontos				
Leve envolvimento da serosa	2				
Imobilidade moderada	4				
Imobilidade severa	6				
Obstrução completa	7				
Fundo de saco obliterado	Pontos				
Parcial	6				
Completo	9				
Retossigmoide	Pontos				
< 3 cm	7				
≥ 3 cm	9				
Septo vaginal	Pontos				
Presente	8				



CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE	
AAGL	Pontos totais
Estágio 1	< 8
Estágio 2	9 a 15
Estágio 3	16 a 21
Estágio 4	> 21

Retrocervical	Pontos
< 3 cm	5
≥ 3 cm	8
Bexiga/detrusor	Pontos
< 3 cm	5
≥ 3 cm	7
Ovário direito	Pontos
Superficial	2
< 3 cm	5
≥ 3 cm	7
Ureter direito	Pontos
Extrínseco	6
Intrínseco	8
Hidroureter	9
Trompa direita	Pontos
Leve envolvimento da serosa	2
Imobilidade moderada	4
Imobilidade severa	6
Obstrução completa	7
Intestino delgado/cecum	Pontos
< 3 cm	6
≥ 3 cm	8
Apêndice	Pontos
Presente	5

Fonte: Traduzida e adaptada de Abrao MS, Andres MP, Miller CE, Gingold JA, Rius M, Siufi Neto J, et al. AAGL 2021 Endometriosis Classification: an anatomy-based surgical complexity score. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(11):1941-950.e1.⁽¹⁰⁾

Figura 5. Sistema de Classificação de Endometriose pela American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL)

indica qual a situação dos órgãos pélvicos para uma possível gestação espontânea futura. As pontuações funcionais são determinadas pelo cirurgião e variam de 0 a 4 pontos, como segue: ausente ou não funcional (0), disfunção grave (1), disfunção moderada (2), disfunção leve (3) e normal (4). Não apenas a pontuação funcional mínima, mas também outros fatores cirúrgicos, como pontuação total de ASRM-r e pontuação de lesões de endometriose de ASRM-r, estão incluídos. Por fim, a graduação final do EFI é calculada somando-se as pontuações do histórico e dos achados cirúrgicos, que variam de 0 a 10 pontos, com 10 indicando o melhor prognóstico e 0, o pior prognóstico.^(2,9)

O EFI tem uma vantagem clara na previsão do resultado da gravidez e reflete a possível taxa de gestação futura melhor do que a classificação da ASRM-r, na qual o escore de 6 ou mais tem resultado de RA melhores do que uma pontuação de 5 ou menos.^(2,15,16) Essa classificação já foi validada externamente inúmeras vezes e nos parece uma ferramenta interessante para pacientes com endometriose e infertilidade.

No entanto, o EFI tem as seguintes desvantagens: a pontuação da classificação não se correlaciona com a dor, pois não foi idealizada para esse fim; como a menor

pontuação de função é julgada subjetivamente, a pontuação total pode variar de acordo com o cirurgião; e é mais complexa de se usar do que a classificação da ASRM-r e o ENZIAN, pois requer o cálculo e a adição de pontuações de várias categorias.^(2,9) Porém, para o grupo de pacientes com endometriose e infertilidade e com o objetivo de calcular a probabilidade de gestação futura, ele nos parece interessante e útil.

Em 2010, a AAGL iniciou um projeto para desenvolver uma nova classificação de endometriose.⁽¹⁰⁾ Trinta especialistas em endometriose foram solicitados a atribuir pontuações que variam de 0 a 10 pontos, com base na dor, infertilidade e dificuldade cirúrgica encontradas nas pacientes com endometriose. Além disso, as dificuldades cirúrgicas foram categorizadas em quatro níveis, conforme a figura 4.⁽¹⁰⁾ Para a validação do sistema de pontuação, os escores da escala visual analógica e o histórico de infertilidade foram coletados das pacientes antes da cirurgia. Em 2012, o Grupo de Interesse Especial da AAGL relatou que os resultados preliminares apresentados na reunião da AAGL em Las Vegas foram encorajadores e que a classificação da AAGL para endometriose foi verificada como relacionada à dor, à infertilidade e à dificuldade cirúrgica.⁽¹⁰⁾

O passo seguinte foi a realização de estudo multicêntrico prospectivo com mais de 1.500 pacientes para validação dessas informações. Segundo seus autores, a classificação da AAGL ainda requer adequações e melhorias para que seja globalmente aceita e aplicada, sendo necessárias mais investigações e discussões sobre essa nova classificação, mas avaliações iniciais concluíram que ela permite identificar achados intraoperatórios objetivos que discriminam de forma confiável os níveis de complexidade cirúrgica melhor do que o sistema de estadiamento da ASRM e o estágio de gravidade correlaciona-se com os sintomas de dor e infertilidade com o estágio ASRM.⁽¹¹⁾ Outro dado interessante dessa classificação é sua facilidade de aplicação em forma de aplicativo com a criação de versão final em PDF, facilitando seu armazenamento e cópia para a paciente (<https://apps.apple.com/us/app/aagl-endo-classification/id1592383297> ou <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.medicinia.aagl&hl=en&gl=US>). A AAGL, como uma das maiores sociedades médicas globais no campo da cirurgia ginecológica, está colocando esforços para testar o uso da classificação mesmo antes da cirurgia, por métodos por imagem.

Concluindo, a busca por uma melhor atenção às pacientes com endometriose é constante, em razão do grande comprometimento que essa doença causa à saúde física, social, sexual, reprodutiva e psicológica, e requer atenção especial à sua classificação para que possamos uniformizá-la globalmente. Nesse sentido, acreditamos que a classificação proposta recentemente pela AAGL possa ter todos os quesitos necessários para essa ampla utilização futura.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Endometriose. São Paulo: Febrasgo; 2021 (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).
2. Lee SY, Koo YJ, Lee DH. Classification of endometriosis. *Yeungnam Univ J Med.* 2021;38(1):10-8. doi: 10.12701/yujm.2020.00444
3. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29(3):400-12. doi: 10.1093/humrep/det457
4. Working group of ESGE, ESHRE, and WES; Keckstein J, Becker CM, Canis M, Feki A, Grimbizis GF, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. *Hum Reprod Open.* 2020;2020(1):hoaa002. doi: 10.1093/hropen/hoaa002
5. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod.* 2017;32(2):315-24. doi: 10.1093/humrep/dew293
6. Keckstein J, Saridogan E, Ulrich UA, Sillem M, Oppelt P, Schweppe KW, et al. The #Enzian classification: A comprehensive non-invasive and surgical description system for endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(7):1165-75. doi: 10.1111/aogs.14099
7. Hornstein MD, Gleason RE, Orav J, Haas ST, Friedman AJ, Rein MS, et al. The reproducibility of the revised American Fertility Society classification of endometriosis. *Fertil Steril.* 1993;59(5):1015-21.
8. Tuttles F, Keckstein J, Ulrich U, Possover M, Schweppe KW, Wustlich M, et al. [ENZIAN-score, a classification of deep infiltrating endometriosis]. *Zentralbl Gynakol.* 2005;127(5):275-81. doi: 10.1055/s-2005-836904. German.
9. Adamson GD, Pasta DJ. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertil Steril.* 2010;94(5):1609-15. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.035
10. Chapron C, Abrao MS, Miller CE. Endometriosis classifications need to be revisited: a new one is arriving. *NewsScope.* 2012;26(4):9.
11. Abrao MS, Andres MP, Miller CE, Gingold JA, Rius M, Siufi Neto J, et al. AAGL 2021 Endometriosis Classification: an anatomy-based surgical complexity score. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(11):1941-50.e1. doi: 10.1016/j.jmig.2021.09.709
12. Fernando S, Soh PQ, Cooper M, Evans S, Reid G, Tsaltas J, et al. Reliability of visual diagnosis of endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20(6):783-9. doi: 10.1016/j.jmig.2013.04.017
13. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril.* 1996;65(2):299-304.
14. Montanari E, Dauser B, Keckstein J, Kirchner E, Nemeth Z, Hudelist G. Association between disease extent and pain symptoms in patients with deep infiltrating endometriosis. *Reprod Biomed Online.* 2019;39(5):845-51. doi: 10.1016/j.rbmo.2019.06.006
15. Zeng C, Xu JN, Zhou Y, Zhou YF, Zhu SN, Xue Q. Reproductive performance after surgery for endometriosis: predictive value of the revised American Fertility Society classification and the endometriosis fertility index. *Gynecol Obstet Invest.* 2014;77(3):180-5. doi: 10.1159/000358390
16. Wang W, Li R, Fang T, Huang L, Ouyang N, Wang L, et al. Endometriosis fertility index score maybe more accurate for predicting the outcomes of in vitro fertilisation than r-AFS classification in women with endometriosis. *Reprod Biol Endocrinol.* 2013;11:112. doi: 10.1186/1477-7827-11-112

Que dor é essa?



Milhões de mulheres ainda encaram intensas cólicas menstruais como algo normal. Uma nova classificação da endometriose pretende guiar melhor o tratamento

Por Letícia Martins

Se fosse preciso resumir em uma única frase de impacto um alerta sobre saúde para todas as mulheres do mundo, a mensagem seria esta: sentir dor não é normal. No entanto, 57% das pacientes com endometriose têm dores crônicas, 62% sofrem com cólicas intensas e 55% apresentam queixas intestinais cíclicas, segundo dados da Sociedade Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva (SBE).

De caráter inflamatório, a doença é caracterizada pelo crescimento do endométrio fora do útero. Acomete cerca de 10% a 15% de todas as mulheres em idade reprodutiva, dividindo-se basicamente em três tipos: a endometriose ovariana, que se manifesta com cistos/nódulos, os quais se formam a partir do sangue que se aloja no local durante o ciclo menstrual; a profunda e a

peritoneal superficial. “A endometriose profunda é definida pela doença que invade o tecido comprometido em mais que 5 mm de profundidade. Já a endometriose superficial não tem essa invasão tecidual”, esclarece o ginecologista Julio Cesar Rosa e Silva, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), professor associado e chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Os sintomas variam de acordo com o tipo e a região acometida, mas o principal deles (a dor) costuma ser subestimado pela maioria das mulheres, porque, culturalmente, crescemos ouvindo dizerem que cólica

menstrual acontece mesmo, que vai passar e que a mãe, a tia e até a avó sofreram todos os meses e nem por isso tiveram que ir ao médico.

E assim, negligenciando a dor, que faz o corpo se contorcer, obriga a adolescente a faltar à aula e atrapalha demais o desempenho no trabalho, muitas mulheres ficam sem diagnóstico e, portanto, sem tratamento adequado. Isso explica uma parte do seguinte problema: no Brasil, o diagnóstico de endometriose demora em média sete anos. Esse lapso não é exclusivo nosso. Vários países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Estados Unidos e Suécia, também enfrentam uma batalha para reverter esse quadro. Por tudo isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 2021, a endometriose como um problema de saúde pública.

A responsabilidade pela outra parte do problema, aponta o ginecologista Eduardo Schor, membro da CNE de Endometriose da Febrasgo e presidente da SBE, recai sobre o médico. “Quando a mulher se queixa de dor no consultório, muitos ginecologistas não investigam se a causa pode ser endometriose. É comum prescrever uma medicação para tratar a dor. O tempo passa, a dor aumenta, até que a mulher não aguenta mais. Ela comenta com uma amiga ou pesquisa na internet e se identifica com relatos de outras mulheres que sentiam o mesmo e haviam sido diagnosticadas com endometriose”, explica o Dr. Eduardo, que já ouviu esse relato várias vezes. Ao voltar ao ginecologista, a paciente levanta a suspeita de endometriose. Nisso, mais de seis anos se passaram.

A grande questão é que não precisa ser dessa forma. “Uma boa anamnese e um bom exame ginecológico já são capazes de confirmar que aquela jovem ou mulher tem endometriose”, afirma o presidente da SBE, destacando que o “diagnóstico é eminentemente clínico”.

Além de cólicas que não melhoram com as medicações, outro sintoma comum da endometriose é a presença de dor durante a relação sexual (dispareunia), relatada por aproximadamente 30% das pacientes. Geralmente um incômodo apenas é a queixa inicial, que, com o passar do tempo evolui para dor. Em estágios avançados, a dor inviabiliza a relação sexual, acarretando transtornos conjugais. O alerta do início do texto serve aqui: dor durante a relação sexual também não é normal. Outra mensagem que vale a pena ser repetida: “se a paciente se queixa de dor durante a menstruação ou na relação sexual, suspeite de endometriose”, recomenda o Dr. Eduardo, que também é professor afiliado e coordenador do Setor de Endometriose do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Não é por acaso que todos os anos são realizadas campanhas de conscientização sobre os sintomas da endometriose. Ainda há muitos mitos em torno do tema. Um deles é o de que mulheres com endometriose devem engravidar. “Precisamos esclarecer que gravidez não serve para tratar endometriose. Gravidez é algo muito importante e não pode ser uma decisão tomada



“Se a paciente se queixa de dor durante a menstruação ou na relação sexual, suspeite de endometriose”, recomenda o Dr. Eduardo Schor.

pelo médico ou por causa de uma doença”, reforça o presidente da SBE. Essa crença equivocada se deve ao fato de que a endometriose é mais comum nas adolescentes e jovens adultas, que estão em plena idade reprodutiva. “Nossa função como médicos é acolher essa mulher com endometriose e tratá-la, para que ela possa ter filho quando quiser, sabendo que a doença estará sob controle”, completa o Dr. Eduardo.

CURA E TRATAMENTO

É complicado falar em cura para a endometriose, quando as causas específicas ainda não estão esclarecidas. “Acredito que a endometriose não tenha cura, uma vez que é provavelmente uma doença com etiopatogenia envolvendo questões genéticas. Hoje, com os avanços medicamentosos e cirúrgicos, conseguimos controlar muito bem a endometriose e seus sintomas”, argumenta o Dr. Julio Cesar, que também é diretor científico da SBE.

Com diagnóstico e tratamento precoces, é possível reduzir potencialmente o risco de progressão da doença, ajudar a preservar a fertilidade e minimizar os efeitos negativos sobre a saúde e a qualidade de vida da mulher. O Dr. Julio Cesar explica que o tratamento deve ser individualizado, levando-se em conta os sintomas e o impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida da mulher. Segundo ele, uma “equipe multidisciplinar especializada, com psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, enfermeira, terapeutas ocupacionais e médicos, deve ser envolvida sempre que possível, na tentativa de fornecer um tratamento capaz de abranger todos os aspectos biopsicossociais da paciente”.

O presidente da CNE de Endometriose da Febrasgo esclarece que, quando a endometriose está associada à dor pélvica crônica, o tratamento deve ser preferencialmente medicamentoso, envolvendo terapia hormonal e analgésicos, mudança de estilo de vida, atividade física regrada, alimentação saudável e apoio dos profissionais da saúde e de seus familiares. “O tratamento clínico farmacológico envolve medicamentos hormonais e analgésicos, com boa resposta no controle clínico da dor. Cerca de 70% das mulheres apresentam melhora significativa dos sintomas, permanecendo por períodos variados assintomáticas ou oligossintomáticas”, acrescenta. Porém, o tratamento hormonal é contraceptivo e não pode ser utilizado em pacientes com desejo gestacional.

Endometriose em números

Afeta **180 MILHÕES DE MULHERES** no mundo e 7 milhões no Brasil.

De **10% A 15% DAS MULHERES** em idade reprodutiva podem ter endometriose.

É a **PRINCIPAL CAUSA DE DOR** pélvica na mulher e infertilidade feminina.

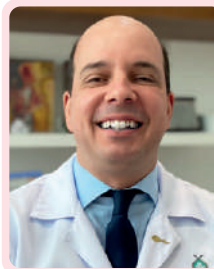
Apesar do desfecho de sucesso do tratamento medicamentoso, o Dr. Julio Cesar adverte que “não é possível afirmar que o controle clínico dos sintomas associados à endometriose signifique controle da doença. Em algumas situações, vemos pacientes que estão bem com as medicações hormonais e tratamento interdisciplinar, mas apresentam crescimento das lesões avaliadas nos exames de imagem”. Por isso, acompanhar a mulher é fundamental.

INFERTILIDADE E TRATAMENTO PARA ENGRAVIDAR

Uma das complicações mais comuns da endometriose não tratada durante longo tempo é a infertilidade. Estima-se que um terço das mulheres com endometriose tenha alguma dificuldade em engravidar. Isso ocorre porque o crescimento excessivo de tecido endometriótico pode obstruir as trompas de Falópio, impedindo a concepção ou tornando-a extremamente difícil. Entre os tipos de endometriose, a peritoneal superficial é a que está mais associada a essa consequência. “A mulher com endometriose peritoneal tem de duas a três vezes mais dificuldade para engravidar do que a mulher sem a doença”, comenta o



“Cerca de 70% das mulheres com endometriose apresentam melhora significativa dos sintomas com o tratamento medicamentoso”, aponta o Dr. Julio Cesar Rosa e Silva.



“Hoje existe um arsenal de tratamento para ajudar a mulher com endometriose que deseja engravidar”, afirma o Dr. João Sabino.

ginecologista João Sabino Lahogue da Cunha Filho, membro da CNE de Endometriose da Febrasgo, professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e livre-docente da USP.

Por outro lado, o tratamento adequado aumenta as chances de gravidez. Para isso, é importante levar em consideração alguns critérios. “Mulheres acima de 35 anos com endometriose devem tentar engravidar por seis meses. Se não conseguirem, inicia-se o tratamento. No caso de mulheres com idade inferior a 35 anos, o tempo de tentativa pode ser de um ano antes de optar pela reprodução humana assistida”, explica o Dr. João Sabino. “Na reprodução assistida, a mulher com endometriose é tratada como se não tivesse a doença. Ou seja, as chances de engravidar são altas”. Isso se ela não tiver histórico de cirurgias, alerta o diretor médico do Centro de Reprodução Humana Insemine. Ele analisa que, como o diagnóstico costuma demorar, muitas mulheres buscam ajuda para engravidar depois de já terem feito várias cirurgias para tratar a endometriose. Nesse caso, “o prognóstico vai ser sempre ruim. Por isso, muitas pacientes com endometriose chegam ao consultório como se tivessem um carimbo na testa dizendo que não poderão engravidar nunca mais”.

Parte da culpa desse estigma, afirma o médico, se deve às sucessivas cirurgias às quais essa paciente já foi submetida. Logo, é importante que o ginecologista esclareça para ela que hoje já existem muitos medicamentos que combatem a dor, controlam a endometriose e preservam a fertilidade. “A cirurgia já não é mais a primeira alternativa de tratamento. Existe um arsenal de tratamento para ajudar essa mulher com endometriose que deseja engravidar”. O detalhe é que não tem como saber qual paciente terá dificuldade para engravidar. “Ela vai ter que tentar. Lembrando que o fator idade é fundamental.”

Critérios bem definidos em todas as etapas são imprescindíveis. “Em geral, indicamos o tratamento cirúrgico quando há falhas do tratamento clínico, alguns casos de infertilidade, obstruções intestinais ou de vias urinárias e suspeitas de malignidade. Em geral, o objetivo tanto do tratamento clínico como cirúrgico é dar melhor qualidade de vida para nossas pacientes”, explica o Dr. João Nogueira Neto, professor da Universidade Federal do Maranhão e membro da SBE e da CNE de Endometriose da Febrasgo.

NOVA CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

Uma doença desafiadora do ponto de vista do diagnóstico precisa de avanços contínuos da medicina. E eles têm acontecido. Recentemente, médicos brasileiros elaboraram uma nova classificação da endometriose, que poderá guiar melhor a avaliação da doença e ajudar na definição do tratamento mais adequado.

No artigo de capa desta edição de *Femina*, do qual recomendamos a leitura, o Dr. Mauricio Abrão, o Dr. João Nogueira Neto, o Dr. Eduardo Schor e o Dr. Julio Cesar Rosa e Silva detalham o recém-criado e aprovado Sistema de Classificação de Endometriose 2021 AAGL, que faz uma avaliação da endometriose baseada na dor, na infertilidade e na dificuldade cirúrgica, além de levar em consideração todos os tipos de endometriose. A grande vantagem da nova classificação é a facilidade de uso, já que está disponível na forma de aplicativo AAGL *Endo Classification*, que pode ser baixado nas plataformas iOS e Android. “Nosso objetivo foi propor uma classificação *user friendly*, ou seja, que seja facilmente utilizada e compreendida tanto por médicos quanto por pacientes no mundo inteiro. E facilmente executada também”, afirma o Dr. Mauricio Abrão, membro da CNE de Endometriose da Febrasgo e atual presidente da *American Association of Gynecologic Laparoscopists* (AAGL).

Esse conceito de usabilidade amigável é o que há de mais moderno na área da tecnologia e traz vantagens quando o assunto é melhorar a qualidade de vida das pessoas. Isso porque a paciente pode se tornar ainda mais ativa no tratamento e se sentir empoderada. “Quanto mais a mulher entende do seu próprio organismo, mais tranquilidade ela tem para ajudar o médico”, afirma o Dr. Mauricio, que também é professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), coordenador do Setor de Endometriose do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP e gestor do Serviço de Ginecologia do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.

Em relação à classificação anterior, a ENZIAN, publicada em 2005 para avaliação da endometriose profunda e atualizada em 2021 para avaliação da endometriose peritoneal e da ovariana, a nova classificação da AAGL traz vantagens. “A ENZIAN parece ser uma ferramenta promissora na avaliação de imagem pré-operatória,



“Nosso objetivo foi propor uma classificação facilmente utilizada por médicos e pacientes no mundo inteiro”, declara o Dr. Mauricio Abrão.



“Escolher uma classificação-padrão é importante para facilitar as pesquisas científicas, a comunicação e a padronização de condutas entre os profissionais de saúde”, afirma o Dr. João Nogueira Neto.

possibilitando um planejamento cirúrgico mais adequado, contudo, é uma classificação complexa e de baixa aceitação global”, compara o Dr. João Nogueira Neto. Já a classificação da AAGL é aceita globalmente e possibilita ao cirurgião e equipe um melhor desfecho cirúrgico. “Além de sua fácil utilização em forma de aplicativo, outra vantagem é que, no final da classificação, temos uma cópia em PDF, podendo ser disponibilizada para arquivamento pessoal do médico especialista e/ou fornecida uma cópia para a paciente”, acrescenta o Dr. João Nogueira Neto. “Escolher uma classificação-padrão é importante para facilitar as pesquisas científicas, a comunicação e a padronização de condutas entre os profissionais de saúde, visto que o tratamento da endometriose é multidisciplinar. Tudo isso ajuda no melhor entendimento da paciente sobre a sua doença”, completa o especialista.

Uma vez que a proposta dessa reclassificação é facilitar o diagnóstico precoce da endometriose e oferecer orientações para um tratamento mais adequado, o Dr. Mauricio ressalta a finalidade maior: “Essa nova classificação foi desenvolvida para que, no futuro, possamos definir os detalhes da doença mesmo antes da cirurgia”. Com isso, vislumbramos mais previsibilidade e melhor controle do tratamento cirúrgico ou clínico. **f**

COMO BAIXAR O APLICATIVO

Lançando em novembro de 2021, o aplicativo AAGL *Endo Classification* está disponível gratuitamente nas plataformas iOS e Android.



iOS



Android



Vale mais que ouro

O índice de aleitamento materno no Brasil aumentou nos últimos anos, mas ainda é preciso conscientizar a sociedade sobre a importância e os benefícios da amamentação

Por Letícia Martins

Você já parou para pensar que o óbvio, muitas vezes, precisa ser dito e repetido? O processo educativo, aliás, é feito por repetição. Mas o que isso tem a ver com o tema desta matéria? Tudo, absolutamente tudo. Agosto é o mês dedicado às campanhas sobre a importância do aleitamento materno e seus inúmeros benefícios para a saúde do recém-nascido e da mulher. As campanhas são realizadas anualmente e é fundamental que continuem acontecendo inclusive ao longo do ano, pois o Brasil ainda não atingiu a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2030 de ter pelo menos 70% dos bebês alimentados somente com leite materno nos seus primeiros seis meses de vida.

Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), 60% dos bebês são

alimentados exclusivamente com o leite materno até os 4 meses de vida e 46%, até os 6 meses. O Enani revelou também que 62,4% dos recém-nascidos são alimentados ainda na primeira hora de vida, o que chega muito próximo do objetivo de 70% da OMS.

Esses dados mostram que a taxa de aleitamento materno cresceu cerca de 12 vezes em comparação a 1986, o que é uma boa notícia, mas ainda é necessário mais. “No geral, as mulheres têm vontade de amamentar, mas enfrentam muitas barreiras, como insegurança, dúvidas sobre as técnicas certas, falta de apoio no dia a dia, entre outras. Por isso, acredito que a conscientização sobre a importância do aleitamento materno



para a saúde e o desenvolvimento da criança deve ser de toda a sociedade, não somente da mulher”, declara a Dra. Silvia Regina Piza, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Aleitamento Materno da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Argumentos sobre os benefícios do aleitamento materno temos de sobra. “Diversas revisões da literatura demonstram que há uma importante redução da mortalidade e da morbiletalidade, ou seja, diminuição de mortes e de doenças em crianças que recebem o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida”, afirma a Dra. Mônica Fairbanks de Barros, membro da CNE de Aleitamento Materno e médica obstetra do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Uma das grandes vantagens do leite materno para recém-nascidos é prevenir doenças infecciosas, principalmente a diarreia, que pode levar a óbito por desidratação, e infecções respiratórias, como pneumonias. “Por desempenhar uma função protetora, consideramos o leite materno como sendo a primeira vacina que o bebê recebe”, compara o ginecologista e obstetra Dr. Coríntio Mariani Neto, que também é membro da CNE de Aleitamento Materno, além de docente do Curso de Medicina e coordenador da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Cidade de São Paulo.

“Há muitos outros benefícios conhecidos, como melhora do desenvolvimento cognitivo e neurológico da criança devido às proteínas de boa qualidade presente no leite materno. Além disso, o bebê que mama no peito também faz o movimento adequado dos músculos da face, acelerando o processo de fala e desenvolvendo melhor a dentição”, acrescenta a Dra. Mônica.

Aquela ideia de que o leite de algumas mulheres é fraco não confere. A Dra. Silvia explica que o leite materno contém diversos nutrientes essenciais à primeira infância, entre eles vitaminas A e B12, ácido fólico e ferro. “Toda essa composição nutricional é transferida para o recém-nascido, auxiliando no seu desenvolvimento e na imunidade.” Para a garantia de um leite com quantidade adequada de nutrientes, é importante fazer a suplementação apropriada da lactente.

A longo prazo, a amamentação protege contra doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), reduzindo o risco dessa criança desenvolver obesidade, diabetes tipos 1 e 2, hipertensão, doença de Crohn e linfomas, por exemplo. “A lista de benefícios é enorme, o que faz o leite materno ser chamado corretamente de alimento de ouro”, afirma a Dra. Mônica. A mulher que amamenta também ganha, pois o aleitamento diminui as complicações no pós-parto. “A mãe sangra menos após o parto, principalmente se começar a amamentar imediatamente depois de dar à luz. Ajuda a recuperar o peso mais rápido, tem efeito anticoncepcional nos primeiros



“A lista de benefícios é enorme, o que faz o leite materno ser chamado corretamente de alimento de ouro”,

afirma a Dra. Mônica Fairbanks de Barros.

seis meses e diminui a ocorrência de diabetes, câncer de mama, de ovário e de útero e de fraturas ósseas por osteoporose”, lista o Dr. Coríntio.

Em um cenário nacional de insegurança alimentar, agravada pela pandemia de COVID-19, a amamentação também vale mais do que ouro – ela é a garantia de alimentação segura, adequada e barata para milhares de crianças. “Com o empobrecimento da população e diante dos inúmeros benefícios já comprovados do leite materno, não tem sentido reservar parte do salário para comprar leite artificial e mamadeira”, argumenta o médico. Por falar em COVID-19, a Febrasgo preconiza a vacinação das lactantes contra o SARS-CoV-2.

A presidente da CNE de Aleitamento Materno da Febrasgo ratifica: “Sem dúvida nenhuma, o aleitamento materno é uma medida eficaz, econômica, saudável e autossustentável de alimentação. Mesmo aquela mulher que vive numa situação de vulnerabilidade tem capacidade de amamentar e de produzir uma nutrição adequada para seu filho”. Para completar os benefícios, cabe destacar que o ato natural de amamentar ainda cria e reforça o vínculo emocional e afetivo entre mãe e filho, “produzindo seres humanos mais estáveis emocionalmente”.

POR QUE NÃO ATINGIMOS A META?

Se o leite materno contém todos os nutrientes que o bebê precisa nos seis primeiros meses de vida, por que ele ainda não é ofertado com exclusividade em 100% dos casos? E por que a prevalência de aleitamento materno continuado aos 12 meses foi de 53,1% no Brasil e entre as crianças com menos de 24 meses foi de 35,5%?

De acordo com o ENANI, o que atrapalha a continuidade da amamentação é o fato de metade das crianças até os 2 anos de idade utilizar mamadeiras, bicos artificiais e chupetas. “Ainda predomina no Brasil uma crença de que o bebê pode receber outros complementos, como chás, sucos e água. Mas, nos seis primeiros meses de vida, ele não precisa de mais nada além do leite materno”, declara a Dra. Mônica. Ela explica que os chás apresentam alto risco de contaminação, enquanto a água deixa o bebê mais saciado, e isso o fará mamar menos, “estimulando a mãe a produzir menos leite. Ou seja, quanto mais a mulher amamentar, mais leite ela produzirá”.

Checklist da informação

Amamentar é um fenômeno natural, biológico, mas determinado social, política e culturalmente. É importante que logo no início do período pré-natal as gestantes recebam orientações individuais ou em grupo sobre o aleitamento materno. Nesse sentido, a Dra. Evangelia Kotzias elencou os cuidados que todos os obstetras devem ter:

- Ouvir as experiências, vivências, preocupações, medos e dúvidas das gestantes e de seus familiares relacionados à amamentação;
- Manter as gestantes informadas sobre seus direitos trabalhistas ou enquanto estudantes;
- Orientar sobre a importância e os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do bebê e complementado, a partir daí, com outros alimentos por dois anos ou mais;
- Demonstrar às gestantes as técnicas básicas do manejo da amamentação quanto à posição, pega e ordenha manual;
- Esclarecer as gestantes sobre a importância do contato pele a pele com seus bebês logo após o nascimento;
- Orientar as gestantes sobre a importância de permanecer em alojamento conjunto com seu filho na maternidade;
- Não expor as gestantes (e seus familiares) à propaganda de fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e chupetas e alertá-las sobre os riscos do seu uso.

IMPORTANTE: no período pré-natal não é necessário o preparo das mamas para a amamentação.



“Falar sobre as vantagens do leite materno deve ser hábito nos consultórios ginecológicos, desde o pré-natal, durante o pré-parto, parto e no pós-parto”,

recomenda a Dra. Silvia Piza.

A Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, mestre em Enfermagem e doutora em Enfermagem na Área de Concentração Filosofia, Saúde e Sociedade, explica que a amamentação é um fenômeno complexo que envolve a mulher em suas múltiplas dimensões: biológica, psíquica, social, econômica, política e cultural. Assim sendo, são vários os fatores que impedem uma mãe de amamentar seu filho exclusivamente. “Dentre as principais causas identificadas na literatura, destacamos o desconhecimento das mães acerca da importância e benefícios do aleitamento materno, intercorrências marmárias no puerpério, impacto do *marketing* abusivo de fórmulas lácteas nas decisões e práticas de alimentação infantil, o retorno da mulher ao trabalho quatro meses após o parto, entre outros”, destaca a Dra. Evangelia, que também é membro da CNE de Aleitamento Materno.

Outro obstáculo é o uso de chupetas, bicos e mamadeiras. Segundo a Dra. Evangelia, “existem evidências científicas comprovando a relação negativa do uso desses utensílios com o processo de amamentação, podendo levar ao desmame. Além disso, o uso de forças musculares inadequadas pode promover alterações anatômico-funcionais indesejáveis e também pode afetar a sucção, a deglutição, a fala, a respiração e a dentição e produzir e/ou acentuar as más oclusões”, esclarece a professora titular do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e membro da Rede IBFAN Brasil. Por isso, é fundamental que o ginecologista e demais profissionais de saúde conversem com a mulher desde o pré-natal e oriente-a sobre os riscos do uso de bicos, chupetas e mamadeiras e a importância de não levar chupetas para a maternidade.

A Dra. Evangelia ainda cita outros fatores que desestimulam a amamentação, como crenças e valores das mães e principalmente a falta de conhecimento sobre a superioridade e a riqueza que é o leite materno e o fato de ele ser completo para o bebê. Muitas pessoas ainda não sabem disso e todos os ginecologistas e obstetras têm a missão e o dever de contar para elas. “Falar sobre os benefícios do leite materno deve ser um hábito nos consultórios ginecológicos, desde o pré-natal, durante o pré-parto, no parto e no pós-parto”, recomenda a Dra. Silvia, apoiada pelo vice-presidente da CNE de

“Não espere a mulher perguntar, fale sobre o assunto desde a primeira consulta, pois muitas vezes ela não se sente confortável para abordar o tema”, orienta o Dr. Sérgio Makabe.



Aleitamento Materno da Febrasgo, Dr. Sérgio Makabe: “É importantíssimo que desde a primeira consulta o ginecologista obstetra faça uma explicação geral sobre o aleitamento materno, enfatizando as vantagens para a mãe e bebê. Não espere a mulher perguntar, fale sobre o assunto, pois muitas vezes ela não se sente confortável para abordar o tema”, orienta o diretor de cursos de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul e professor titular do curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo.

O Dr. Coríntio completa: “É fundamental que durante a gestação a mulher tenha confiança de que vai conseguir amamentar. Por isso, é importante envolver a família e a pessoa parceira nesse processo, para que as informações sejam as mesmas”.

O obstetra também deve examinar minuciosamente as mamas e os mamilos da mulher, abordar as técnicas corretas de amamentação e esclarecer sobre possíveis problemas que podem ocorrer durante a amamentação, como fissuras, ingurgitamento ou outras dificuldades de amamentar, mas sempre apresentando as soluções. “O objetivo é sensibilizar a mulher e a sociedade para a importância da amamentação. Portanto, procure descobrir os mitos que ela tem para esclarecê-los em seguida”, recomenda o Dr. Sérgio. Uma das *fake news* da área é que amamentar deixa as mamas flácidas. “Isso é totalmente mito. As alterações na mama ocorrem durante a gravidez, e não por causa da amamentação. Aliás, ao amamentar, o corpo libera substâncias que fazem com que a mama recupere muito mais rapidamente o seu estado fisiológico. Cabe ao médico esclarecer e eliminar esses e outros tabus da cabeça da paciente.”

Dr. Coríntio completa: “Tudo isso sem falar na importância do leite materno nos chamados primeiros mil dias de vida, contribuindo decisivamente para a formação de uma microbiota intestinal adequada nessa criança, com repercussões para a sua saúde até a vida adulta”.

REDE DE APOIO E POLÍTICAS DE SAÚDE

A mulher que amamenta também tem casa para cuidar, eventualmente outros filhos para criar, além do trabalho e/ou estudos. Dessa forma, se ela não tiver apoio no dia



“A amamentação é um fenômeno complexo que envolve a mulher em suas múltiplas dimensões: biológica, psíquica, social, econômica, política e cultural”, analisa a Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.




“É fundamental que durante a gestação a mulher tenha confiança de que vai conseguir amamentar”, declara o Dr. Coríntio Mariani Neto.

a dia, dificilmente dará conta de tudo, e manter o aleitamento materno ficará cada vez mais difícil. Afinal a “amamentação é um ato contínuo, repetitivo e cansativo”, como aponta a Dra. Mônica Fairbanks. “A ajuda deve vir tanto da equipe de assistência médica e enfermagem, quanto da pessoa parceira e familiares. Por isso, é fundamental que a família também entenda a importância da amamentação e de a mulher estar descansada e relaxada para esse processo todo”, afirma.

As empresas também podem ser grandes parcerias das lactantes, aderindo à licença-maternidade de seis meses em troca de benefícios fiscais assegurados pela Lei nº 11.770/2008. Também podem oferecer espaços privados para amamentação ou salas de retirada de leite no ambiente de trabalho. “A sociedade em geral deve ter o compromisso de não dificultar a prática da amamentação seja onde for”, defende a Dra. Silvia Piza.

A Dra. Mônica ressalta a responsabilidade dos hospitais-maternidades no estímulo à amamentação. O primeiro passo é treinar as equipes de saúde adequadamente para que saibam transmitir informações corretas às lactantes e suas famílias nesse momento tão especial. Outro desafio é promover o contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida pós-nascimento, a chamada hora de ouro. “Muitas vezes os bebês são separados das suas mães por um período longo, principalmente depois das cesáreas. Isso precisa mudar! É importante que as rotinas de banho e identificação dos bebês sejam postergadas para depois da primeira hora e que não sejam estabelecidos horários rígidos para as mamadas”, afirma a obstetra do Hospital das Clínicas da FMUSP. É preciso também, acrescenta a Dra. Mônica, que se evite, com essa separação, que os bebês recebam suplementos, fórmulas lácteas e bicos artificiais. “Existem indicações médicas para receber fórmulas lácteas, como bebês com hipoglicemia ou que perdem mais de 10% do peso. Nesse caso, o ideal é que eles recebam com a técnica do copinho, e não com mamadeira, para se evitar a confusão de bico”, esclarece.

Deixar a mulher livre para amamentar, sem pressão de horário, e estimular as práticas corretas da amamentação desde a primeira hora de vida aumenta as chances de esse bebê sair do hospital sendo amamentado de forma exclusiva com o leite materno até os 6 meses de vida. Essa é a meta. 

Até quando?

Sob qualquer perspectiva, a violência sexual contra a mulher é inadmissível. Atender as vítimas de forma humanizada, tanto quanto fomentar o debate em torno do aborto, é fundamental

Por Letícia Martins

Como uma chaga que mancha a reputação da humanidade, a violência sexual contra a mulher é inadmissível sob qualquer perspectiva. Quando uma vítima de tal crime chega a um hospital ou unidade de atendimento médico, o mínimo que se pode fazer é acolhê-la. Acolhimento também é uma forma de tratamento e é com esse olhar do atendimento humanizado que estreamos o novo formato da seção Federada.

A partir desta edição, a seção Federada seguirá o estilo de entrevista. O formato pergunta e resposta não reduz, no entanto, a seriedade do assunto. Pelo contrário, abre espaço para que os convidados de *Femina* expressem sua opinião e mostrem a importância e a urgência do debate em torno de alguns temas, como o da violência sexual, que deixa marcas profundas nas vítimas de qualquer idade, sendo a gravidez não planejada, os traumas psicológicos e a mortalidade materna três das suas inúmeras consequências.

Apesar de ser considerada um sério problema de saúde pública, a violência sexual contra a mulher nem sempre está em evidência nos debates públicos, o que pode levar à falsa percepção de que só acontece quando algum caso vem à tona, mas diariamente, mais de 150 meninas e mulheres são violentadas no País. “Diferentemente do que alguns imaginam, a violência sexual no Brasil é, na maioria das vezes, um crime perpetrado por algum conhecido da vítima”,

afirma a presidente da Associação Mato-Grossense de Ginecologia e Obstetrícia (Somago), **Dra. Rejane Martins Ribeiro Itaborahy**, que é médica ginecologista do Serviço de Assistência Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE-CTA) e teleconsultora do município de Várzea Grande, em Mato Grosso, além de professora doutora das Faculdades de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso e Univag Centro Universitário. Confira.

Femina: Qual é a incidência de casos de violência sexual no Centro-Oeste?

Dra. Rejane Itaborahy: O Brasil registrou 52.797 casos de estupro em mulheres em 2021 e o estado de Mato Grosso, 424, de acordo com a edição 2022 do Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Com 24,1 casos por 100 mil mulheres, o Mato Grosso está entre as taxas mais baixas do Brasil. Esses dados correspondem ao total de vítimas que denunciaram a violência em uma delegacia de polícia. Porém, os números indicam que a maioria das vítimas são vulneráveis, o que inclui crianças menores de 14 anos e pessoas incapazes de consentir, o que torna sua mensuração ainda mais difícil.

“O atendimento deve ser humanizado por parte de todos os profissionais de saúde.”



Dra. Rejane Martins Ribeiro Itaborahy ►

Femina: As mulheres são as maiores vítimas?

Dra. Rejane Itaborahy: Desde que dispomos de dados nacionais sobre o

fenômeno, crianças e adolescentes representam a maioria das vítimas. Em termos de distribuição etária, o grupo que conta com o maior percentual é o de 10 a 13 anos, seguido das crianças de 5 a 9 anos. As mulheres representam quase 90% das vítimas, incluindo todas as faixas etárias. Já as vítimas do sexo masculino são, majoritariamente, crianças.

Femina: A quais fatores podemos atribuir a baixa taxa de casos de violência contra a mulher em Mato Grosso? Existem campanhas estaduais de conscientização?

Dra. Rejane Itaborahy: Com relação aos estupros, o estado de Mato Grosso está entre as taxas mais baixas do Brasil. Eu não acredito nessa diferença em relação a outros estados vizinhos. Provavelmente temos uma subnotificação. As campanhas são promovidas em nível nacional e alcançam o país como um todo. Todas as iniciativas serão sempre úteis, mas as soluções são especialmente difíceis quando falamos em violência sexual por parte de familiares contra mulheres vulneráveis. Além disso, acredito que a educação sexual deve ser tema abordado nas escolas. Os relatos de adolescentes que perceberam ser vítimas de violência sexual somente após palestras que assistiram são estarrecedores.

Femina: A senhora quer dizer que a violência sexual está mais próxima das mulheres do que muitos imaginam?

Dra. Rejane Itaborahy: Sim. No Hospital Universitário Júlio Müller, da Universidade Federal de Mato Grosso, tive a experiência de prestar assistência ao parto de uma adolescente de 13 anos, cujo pai do bebê era também pai dela. No SAE vivencio uma tolerância e ocultação de abusos por parte de tios, primos, padrastos. Diferentemente do que alguns imaginam, a violência sexual no Brasil é, na maioria das vezes, um crime perpetrado por algum conhecido da vítima. A opinião pública se mobiliza com algum caso que repercute, como se fossem pontuais, mas são **quase 150 diariamente**. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública mostram que 8 em cada 10 casos registrados no ano passado foram de autoria de um conhecido, considerando os registros em que essa informação estava disponível. O fato de o autor ser conhecido da vítima dá uma camada a mais de violência e de complexidade: a denúncia se torna um desafio ainda maior para as vítimas, que muitas vezes nem têm autonomia.

Femina: Nesse cenário, qual desafio grita por urgência?

Dra. Rejane Itaborahy: Na minha opinião, é fundamental trazer à

discussão que o aborto é previsto por lei, mas depois de 22 semanas, quando muitas vezes se procura um médico, já não é mais aborto. Então, o parto de um bebê a partir daí, acionando o judiciário, acarreta atraso ainda maior na interrupção, chegando por vezes à interrupção da gestação com o feto já viável. É uma catástrofe.


Femina: E como deve ser o atendimento médico às mulheres vítimas de violência sexual?

Dra. Rejane Itaborahy: O atendimento deve ser humanizado por parte de todos os profissionais, mas é sempre importante que o ginecologista esteja atento. Ele deve orientar a paciente sobre a importância de todos os exames e procedimentos, para que ela os entenda como um cuidado e não mais uma violência contra ela. Já tive paciente que pediu para alunos de Medicina do sexo masculino saírem da sala de atendimento, e isso precisa ser respeitado. Ainda: questões sociais devem ser abordadas com muita prioridade. É fundamental que a paciente seja atendida também por psicólogo e assistente social.

Femina: Muitas vezes, casos de violência contra a mulher viram notícia, ganham os holofotes midiáticos e acabam sendo tratados de forma enviesada. Como a Somago lida com essas repercussões?

Dra. Rejane Itaborahy: Infelizmente o tema da violência contra a mulher, em especial a questão da “violência obstétrica”, tem sido tratado de forma errada, principalmente em ano de eleições. Juntamente com a Febrasgo, repudiamos veementemente os abusos, a negligência e o desrespeito à parturiente, mas as generalizações trazidas por alguns dificultam o trabalho de médicos que prestam o adequado atendimento ao parto.

Femina: Como tem sido a experiência de liderar a Somago depois que os desafios na área da saúde se agravaram?

Dra. Rejane Itaborahy: Estive com outros colegas na diretoria da Somago por seis anos e agora assumo a presidência. A pandemia impossibilitou a realização de eventos, como a nossa Jornada Mato-Grossense de Ginecologia e Obstetrícia, que sempre contou com grandes palestrantes de todo o Brasil. Nossa meta é retomar nossos eventos no próximo ano. A exemplo de outras federadas, estamos melhorando nossa presença digital, refazendo *site* e redes sociais, não só com o intuito de informação, mas também para aproximar o associado da Somago. 

“A paciente deve ser orientada sobre a importância de todos os exames e procedimentos, para que ela os entenda como um cuidado e não mais uma violência contra ela.”



Saúde mental dos médicos-residentes

Maria da Conceição Ribeiro Simões¹, Heinz Roland Jakobi², Thais Camila Alves Lessa Duran¹, Alberto Trapani Jr.^{3,4}

1. Centro Universitário Aparício Carvalho, Porto Velho, RO, Brasil.
2. Maternidade Municipal Mãe Esperança, Porto Velho, RO, Brasil
3. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
4. Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Maria da Conceição Ribeiro Simões
Rua Coronel Otávio Reis, 4.635, Rio Madeira,
76821-486, Porto Velho, RO, Brasil
conceicaosimoes@uol.com.br

Descritores

Saúde mental; Síndrome de *burnout*;
Residência médica

Como citar:

Simões MC, Jakobi HR, Duran TC, Trapani Jr. A. Saúde mental dos médicos-residentes. *Femina*. 2022;50(8):471-4.

RESUMO

Os médicos-residentes costumam ser submetidos a altos níveis de estresse e exigência durante a sua especialização. A residência médica é o padrão-ouro da formação médica, no entanto, ao analisar sua estruturação, diversos trabalhos apontam algumas práticas que exigem do residente resiliência ao trabalho extenuante, à carga horária, às limitações de convívio com familiares e amigos e à remuneração insatisfatória e desproporcional ao serviço médico prestado. Isso está associado a fadiga, sonolência diurna, sintomas ansiosos e depressivos e a síndrome de *burnout*, afetando diretamente a saúde mental do médico-residente. Os preceptores, supervisores e coordenadores dos programas de residência médica devem ficar atentos e proporcionar, durante o longo período de capacitação desses profissionais, atividades para a melhoria de qualidade de vida, visando à proteção da saúde física e mental dos médicos-residentes.

INTRODUÇÃO

Os estudantes de Medicina, desde a faculdade, vivem uma rotina estressante. Estabelecem rotinas de estudo por vezes prolongadas, em busca de desempenho acadêmico adequado. Além das atividades curriculares, muitos participam de atividades diversas, com o intuito de aprimorar sua formação, como cursos, ligas acadêmicas, monitorias, pesquisas, projetos de iniciação científica, estágios e plantões. Essas atividades demandam trabalhos adicionais e, às vezes, em horários irregulares, contribuindo para aumentar o nível de exigência e estresse.⁽¹⁾

Imperioso para a vida humana é o serviço prestado pelos profissionais de saúde, que, incoerentemente, é o ofício com maior risco para os transtornos do sono e problemas mentais, uma vez que são relacionados a altos níveis de exigência e estresse e à alternância de turnos;⁽²⁻⁴⁾ entre eles, estão os médicos.

Dando ênfase a essa classe de profissionais, pode-se ressaltar que os médicos, em consequência dos grandes riscos de estresse funcional, longas jornadas de trabalho, privação de sono, desgaste físico e emocional, e dos plantões e situações de estresse diariamente vivenciadas, têm afetado, invariavelmente, o sono reparador necessário para a prestação de um serviço com garantia de qualidade.

A residência médica (RM) é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão-ouro” de especialização médica *latu sensu*.⁽⁵⁾ A ginecologia e obstetrícia é uma formação que lida com duas especialidades ao mesmo tempo, com atuação clínica e cirúrgica, que constitui uma das quatro grandes áreas básicas da Medicina. Envolve a capacitação de uma variedade de competências, que inclui atendimentos de urgência e emergência, além de longas jornadas de trabalho.

No entanto, ao analisar sua estrutura, diversos trabalhos na área demonstraram que algumas práticas podem ser contrárias a um “aprendizado sadio”. A excessiva jornada de trabalho leva o médico jovem a criar uma espécie de “mundo paralelo”. Como se, por algum momento, ele renunciasse à sua vida social, dedicando-se quase que exclusivamente à sua formação. Atividades do cotidiano e relações pessoais, conjugais, familiares e com amigos, e atividades físicas e de lazer, por vezes, são deixadas de lado.

Destaque-se também que outro fator igualmente gravoso e muito inerente à função do médico-residente é a convivência diária e necessária com intensas cobranças por parte dos *staffs*, que muitas vezes podem ser configuradas como assédio moral, incorrendo em prejuízo ainda mais gravoso à sua qualidade de vida.

Essa situação vivida diariamente pelo residente faz com que seu nível de cobrança, tanto pessoal quanto por terceiros, seja invariavelmente patológico. Tal fato expõe os residentes a um prejuízo de suas funções psíquicas e físicas, conseqüentemente para a saúde do médico. A RM, por natureza, exige do residente resiliência ao trabalho extenuante, à carga horária, às limitações de convívio com familiares e amigos, à remuneração insatisfatória e desproporcional ao serviço médico prestado etc. Isso é associado a fadiga, sonolência diurna, sintomas ansiosos e depressivos e *burnout*.^(6,7)

A incidência da síndrome de *burnout* está relacionada diretamente com a carga de trabalho desenvolvido pelo residente. Um estudo publicado no *British Medical*

Journal (BMJ) em 2008 concluiu que residentes depressivos cometem seis vezes mais erros do que os não depressivos. Como consequência direta, foi demonstrado que a privação do sono e a fadiga estão intimamente relacionadas a inúmeros comprometimentos médicos: maior índice de erros médicos, baixo desempenho clínico, acidentes com perfurocortantes, dificuldade de realizar tarefas que exigem destreza manual, erros na prescrição de medicamentos, acidente automobilístico após plantão, entre outros.

Ainda muito se discute sobre a sobrecarga de serviço e a carga horária de alguns programas de RM. Várias mudanças já ocorreram, como a limitação de 60 horas semanais de trabalho, considerada ainda uma carga de trabalho excessiva por alguns estudiosos. Assim, estudos sobre a qualidade de vida, o sono e a saúde física e mental dos residentes têm assumido cada vez mais destaque.^(8,9)

Inobstante a tudo isso, com a pandemia do novo coronavírus (COVID-19), devido às restrições a ela inerentes, a situação tornou-se ainda mais difícil e complexa para o residente. A complexidade da situação reside no fato de que, durante a pandemia, uma parcela significativa da força de trabalho da linha de frente do enfrentamento à COVID-19 foi caracterizada pelos residentes, cooptados dos mais variados programas de RM.

Muitos desses profissionais deixaram suas atividades rotineiras relacionadas com a especialidade em aprendizagem de lado e passaram a ser realocados no enfrentamento à pandemia, o que resultou em um volume ainda maior de trabalho e vivência de uma situação de profundo desgaste, esgotamento físico, mental e emocional, antes desconhecida, decorrente das circunstâncias naturais do sistema de saúde nacional colapsado.

Sem dúvida, um dos principais temores de todos os médicos-residentes deve-se ao fato de que o tempo dedicado ao tratamento dos enfermos, alheios à sua área de especialização, bem como as restrições impostas à realização de atendimento/procedimentos eletivos, prejudique em demasia sua formação especializada, causando, assim, mais um transtorno psíquico, ansiedade e insegurança.

SAÚDE MENTAL DOS MÉDICOS-RESIDENTES

Saúde mental é um termo de difícil definição e considera a consciência do indivíduo quanto ao seu potencial e à sua capacidade de lidar com os problemas do dia a dia, trabalhar produtivamente e contribuir para a comunidade.⁽¹⁰⁾

Dessa forma, a definição de saúde mental é mais ampla do que a ausência de transtornos mentais. Entretanto, é comum usar o termo “doença” para definir saúde e vice-versa.⁽¹¹⁾

Pesquisas indicam altas taxas de estresse, depressão, suicídio e uso de substâncias psicoativas em médicos.^(12,13) O estado de saúde mental dos médicos pode

refletir em sua relação com os pacientes e prejudicar o diagnóstico e o tratamento.

Os residentes parecem acumular uma dupla carga de estresse. São, ao mesmo tempo, médicos (com toda a responsabilidade inerente à profissão) e estudantes (ainda em fase de aprendizado). Afinal, eles desempenham o papel de médicos em formação que, embora ainda em aperfeiçoamento, assumem grandes responsabilidades. Isso pode provocar insegurança e ansiedade. Além disso, eles também exercem funções de estudante, sendo submetidos a uma grande quantidade de conhecimentos teórico-práticos e exigência por desempenho. E ainda, na grande maioria, realizam trabalhos externos com a finalidade de aumentar a renda. Esses fatores potencializam o risco de uma piora na qualidade de vida e, em especial, na saúde física e mental dos residentes.

DEPRESSÃO

A depressão é um distúrbio que afeta mais de 300 milhões de pessoas (4,4% da população mundial), sendo a principal causa de incapacidade em todo o mundo.⁽¹⁴⁻²²⁾ O transtorno depressivo maior (TDM) envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse e prazer e diminuição da energia, podendo prejudicar a capacidade de um indivíduo de funcionar no trabalho ou de lidar com a vida diária.^(21,23) Estudos sugerem que a depressão possui níveis maiores entre os médicos-residentes, em torno de 30%, quando comparados ao público em geral.^(21,23) Consequentemente, residentes deprimidos cometem seis vezes mais erros do que quando não estão deprimidos.⁽²⁴⁾ Além disso, os residentes afetados por sintomas depressivos possuem maior risco de insatisfação com a carreira, maior risco de esgotamento e menor capacidade para manter um relacionamento pessoal e profissional saudável.⁽²⁵⁾ Geralmente, os médicos são mais resistentes ao tratamento psiquiátrico e tentam estabelecer o próprio diagnóstico e automedicação, sem ajuda de outros profissionais.⁽¹²⁾ Outros estudos identificaram maior risco de suicídio entre os médicos,⁽²⁶⁾ sendo os psiquiatras e os anestesistas as especialidades com maior risco.⁽²⁷⁾

ANSIEDADE

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado como ansiedade e preocupações excessivas sobre diversos eventos ou atividades.⁽²⁶⁾ A ansiedade está relacionada com três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadiga, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono.⁽²²⁾ Enquanto afeta 3,6% da população mundial, níveis relevantes de ansiedade podem ser experimentados por 20%-30% dos médicos-residentes.⁽²⁸⁾ A lida com pacientes graves, a responsabilidade inerente à profissão e a grande quantidade de conteúdo a ser estudado em um curto período podem contribuir para esse fato.⁽¹⁸⁾

DISTÚRBO DO SONO

Os estudantes de Medicina são privados cronicamente de sono, fato que se associa a má qualidade do sono e sonolência excessiva diurna.⁽²⁵⁾ Uma pesquisa apontou que aproximadamente dois terços dos médicos em formação apresentavam sonolência diurna excessiva, que se associou de forma estatisticamente significativa com má qualidade de vida.⁽²⁶⁾ Outros estudos reforçam o papel do sono na fixação de conteúdo, fundamental para o desempenho acadêmico.^(25,27) A qualidade do sono possibilita melhor atenção e consolidação da memória, o que se reflete em aprendizado,⁽¹⁾ além de menor incidência em erros médicos evitáveis durante a atividade profissional. Estudos sugerem uma relação entre privação de sono e erros médicos.^(6,29) Residentes com privação de sono estão em maior risco de agravos psicológicos, como *burnout*, resultando em prejuízos a si e aos pacientes.^(30,31) É importante destacar que alguns profissionais com má qualidade de sono podem recorrer ao uso de substâncias psicoativas e à automedicação, com fins terapêuticos.⁽³²⁾

SÍNDROME DE BURNOUT

É uma síndrome psicológica de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal induzida pela exposição repetida a estressores no local de trabalho.^(33,34) A síndrome de *burnout*, em residentes de Medicina, tem recebido atenção cada vez maior nos últimos anos, pela importante prevalência entre esses profissionais e os graves danos que ela acarreta, como deterioração da qualidade dos atendimentos ao paciente, erros médicos, transtornos mentais e maiores índices de ideação suicida.⁽³⁵⁻³⁷⁾ Na ginecologia e obstetrícia, estudos têm indicado uma prevalência de 42% de *burnout* entre os médicos-residentes.⁽³²⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os preceptores, supervisores e coordenadores dos programas de RM precisam estar atentos e sensibilizados, a fim de:

- Identificar os sinais e sintomas de alterações da saúde física e mental dos seus residentes;
- Investigar, de forma individual, criteriosa e humanizada, com o auxílio de equipe multiprofissional, os problemas do sono, ansiedade e depressão, associados ou não a baixa produção, aprendizado, fragilização da relação médico-paciente e erros médicos e administrativos constantes;
- Proporcionar, durante o longo período de capacitação desses profissionais, atividades para a melhoria de qualidade de vida, visando à proteção da saúde física e mental dos médicos-residentes.

REFERÊNCIAS

- Cardoso HC, Bueno FC, Mata JC, Alves AP, Jochims I, Vaz Filho IH, et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(3):349-55. doi: 10.1590/S0100-55022009000300005
- Régis Filho GI. Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. *Rev Prod.* 2002;11(2):69-87. doi: 10.1590/S0103-65132001000200005
- Rocha MC, Martino MM. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(2):280-6. doi: 10.1590/S0080-62342010000200006
- Simões MR, Marques FC, Rocha AM. O trabalho em turnos alternados e seus efeitos no cotidiano do trabalhador no beneficiamento de grãos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(6):1070-5. doi: 10.1590/S0104-11692010000600005
- Michel JL, Oliveira RA, Nunes MP. Residência médica no Brasil. *Cad ABEM.* 2011;7:7-12.
- Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med.* 2013;34(1):36-42. doi: 10.4082/kjfm.2013.34.1.36
- West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanefelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009;302(12):1294-300. doi: 10.1001/jama.2009.1389
- Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med.* 2006;3(12):e487. doi: 10.1371/journal.pmed.0030487
- Ulmer C, Wolman DM, Johns MM. Duty hour demands in the medical profession. In: Ulmer C, Wolman DM, Johns MM, editors. *Resident duty hours: enhancing sleep, supervision and safety.* Washington (DC): National Academies Press; 2009. p. 34-6.
- World Health Organization. *Integrating mental health into primary care.* Geneva: WHO/WONCA; 2008.
- Tavares AL. Demanda e percepções do sofrimento psíquico entre usuários da estratégia saúde da família [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2012.
- Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among the physicians. *Curr Psychiatry.* 2011;10(4):16-30.
- Miller MN, McGowen KR. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J.* 2000;93(10):966-73.
- World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet].* Geneva: WHO; 2017 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in resident physicians: a systematic review. *Open J Depress.* 2014;03(03):89-100. doi: 10.4236/ojd.2014.33013
- Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians. *JAMA.* 2015;314(22):2373-83. doi: 10.1001/jama.2015.15845
- Talih F, Warakian R, Ajaltouni J, Shehab AA, Tamim H. Correlates of depression and Burnout among residents in a Lebanese Academic Medical Center: a cross-sectional study. *Acad Psychiatry.* 2015;40(1):38-45. doi: 10.1007/s40596-015-0400-3
- Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):1444-9. doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.075
- Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Am J Prev Med.* 2000;19(3):155-9. doi: 10.1016/s0749-3797(00)00201-4
- Silverman M. Physicians and suicide. In: Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ, editors. *The handbook of physician health: the essential guide to understanding the health care needs of physicians.* Chicago: American Medical Association; 2000. p. 95-117.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt-out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008;336(7642):488-91. doi: 10.1136/bmj.39469.763218.BE
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med.* 2006;81(4):354-73. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009
- Marafanti I, D'Elia G, Pinheiro MC, Cordeiro Q, Alves TC. Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de Medicina. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2013;58(1):18-23.
- Curcio G, Ferrara M, De Gennaro L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Med Rev.* 2006;10(5):323-37. doi: 10.1016/j.smr.2005.11.001
- Belayachi J, Benjelloun O, Madani N, Abidi K, Dendane T, Zeggwagh AA, et al. Self-perceived sleepiness in emergency training physicians: prevalence and relationship with quality of life. *J Occup Med Toxicol.* 2013;8(1):24. doi: 10.1186/1745-6673-8-24
- Gais S, Lucas B, Born J. Sleep after learning aids memory recall. *Learn Mem.* 2006;13(3):259-62. doi: 10.1101/lm.132106
- González-Cabrera JM, Fernández-Prada M, Iribar C, Molina-Ruano R, Salinero-Bachiller M, Peinado JM. Acute stress and anxiety in medical residents on the emergency department duty. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(3):506. doi: 10.3390/ijerph15030506
- Czeisler CA. Medical and genetic differences in the adverse impact of sleep loss on performance: ethical considerations for the medical profession. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2009;120:249-85.
- Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A, et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed method study. *Acad Med.* 2004;79(5):394-406. doi: 10.1097/00001888-200405000-00007
- West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA.* 2006;296(9):1071-8. doi: 10.1001/jama.296.9.1071
- Kasi PM, Kassi M, Khawar T. Excessive work hours of physicians in training: maladaptive coping strategies. *PLoS Med.* 2007;4(9):e279. doi: 10.1371/journal.pmed.0040279
- Pokhrel NB, Khadayat R, Tulachan P. Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):298. doi: 10.1186/s12888-020-02645-6
- Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory.* In: Zalaquett CP, Wood RJ, editors. *Evaluating stress: a book of resources.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996. p. 191-218.
- Pereira-Lima K, Loureiro SR. Associations between social skills and burnout dimensions in medical residents. *Estud Psicol (Campinas).* 2017;34(2):281-92. doi: 10.1590/1982-02752017000200009
- Dimitriu MC, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses.* 2020;144:109972. doi: 10.1016/j.mehy.2020.109972
- Dyrbye LN, West CP. Enhancing resident well-being: illuminating the path forward. *J Gen Intern Med.* 2018;33(4):400-2. doi: 10.1007/s11606-018-4333-x



Fui chamado para uma sindicância no CRM! E agora?



Maria Celeste Osório Wender¹,
Fernanda Cristina Almeida Ribeiro Portela²,
Lia Cruz Vaz da Costa Damásio³

Os médicos, no exercício de sua profissão, estão sujeitos, pelo menos, a três esferas de responsabilidade: a civil, a penal e a ético-profissional, classicamente independentes entre si. O Poder Judiciário incumbe-se da apuração dos fatos relacionados às responsabilidades civil e penal, enquanto a estrutura hierárquica dos Conselhos de Medicina (Conselho Federal de Medicina [CFM] e Conselhos Regionais de Medicina [CRMs]) se encarrega das questões relacionadas à responsabilidade ético-profissional, norteadas pelo Código de Ética Médica.⁽¹⁾

Em todas as esferas, há notório aumento do volume de denúncias e processos, e o aumento das denúncias nos Conselhos Regionais de Medicina possui relação direta com o fenômeno da judicialização da saúde e a busca da culpabilização do médico por falhas que muitas vezes são, na verdade, estruturais.⁽²⁾ Entender como funcionam esses trâmites é fundamental para o médico na atualidade, para prevenção e conduta adequada em cada fase.

Nos conselhos, tudo começa pela denúncia, que leva à instauração da sindicância. Essa sindicância poderá ser instaurada de ofício pelo próprio CRM ou mediante denúncia escrita ou verbal, na qual constem o relato circunstanciado dos fatos e, quando possível, a qualifica-

ção do médico denunciado, com a indicação das provas documentais, além da identificação do denunciante, devendo acompanhar cópias de identidade, CPF, comprovante de endereço, incluindo todos os meios eletrônicos disponíveis para contato.⁽³⁾ Não são aceitas denúncias anônimas, e quem tem a legitimidade para oferecer denúncia é o próprio paciente.⁽³⁾ Na hipótese de falecimento do paciente, o cônjuge ou companheiro(a), pais, filhos ou irmãos, nessa ordem, poderá ser admitido como parte denunciante.⁽³⁾ Avaliando esses critérios da denúncia, fica fácil perceber a fundamental importância da relação médico-paciente, das explicações de cada etapa do diagnóstico e tratamento, do espaço para dúvidas do paciente e dos acompanhantes, e de bons e individualizados termos de consentimento livres e esclarecidos como elementos de uma boa prática médica, que são, além de tudo, preventivos de grande parte dos problemas de comunicação e denúncias infundadas. Aceita a denúncia pelo CRM, é instaurada a sindicância. Além do CRM e do paciente ou seu representante, pessoas jurídicas, públicas ou privadas e entidades de representação (comissões de ética médica, Ministério Público, secretarias de saúde, planos de saúde etc.) também podem apresentar denúncia.^(3,4)

A sindicância não constitui ainda um processo ético profissional (PEP), mas sim uma fase preliminar para averiguação dos fatos apresentados na denúncia, sendo um procedimento para apurar a existência ou não de indícios da infração ética. Ela tramita em um rito mais célere, com o objetivo primordial de investigar se exis-

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

2. Médica ginecologista e obstetra.

3. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional.

tem ou não indícios de infração ética, pois somente será aberto o PEP se houver esses indícios.⁽²⁾ É, portanto, uma excelente (e negligenciada) oportunidade de esclarecer todos os pontos que gerem dúvidas na denúncia e tentar evitar a abertura de um processo. O próprio código de processo ético-profissional (CPEP) estabelece a sindicância com finalidade meramente investigativa, sem a necessidade de garantia ou exigência da ampla defesa e do contraditório, para que não haja confusão com a instrução e o julgamento do PEP, que, ao contrário, exige a estrita observância do princípio do devido processo legal, com ampla defesa e contraditório para a defesa por força da Constituição Federal de 1988.⁽³⁾

Em uma sindicância, serão admitidas a manifestação preliminar escrita do denunciado, a requisição de prontuário e, quando imprescindíveis à verificação dos indícios de autoria e materialidade da infração ética, outros documentos.⁽³⁾ Nesse ponto, destaca-se o altíssimo valor preventivo de um prontuário e demais documentos médicos bem elaborados, que, na maioria das vezes, esclarecem todas as dúvidas suscitadas pela denúncia e permitem tranquilidade na decisão de arquivamento. Por outro lado, prontuários incompletos e documentos médicos inadequados podem aumentar os problemas de uma denúncia inicial e levar à abertura de PEP. Entender esse ponto nos ajuda a ser mais cuidadosos e respeitosos com o poder de defesa e tranquilidade que nosso prontuário é capaz de proporcionar.

A manifestação escrita do médico na fase da sindicância é crucial. Deve ser cuidadosa, detalhada e específica, com abordagem de todos os pontos da denúncia, por mais esdrúxulos que sejam, com humildade, coerência, ética e destaque dos aspectos técnicos. Na fase de sindicância, não há obrigatoriedade ou recomendação clássica de acompanhamento por advogado, mas um bom advogado pode ajudar, desde que tenha experiência ou boa vontade e muita delicadeza para auxílio na condução do caso. Não cabem aqui linguagens ou comportamentos agressivos, desrespeito às instituições ou aos conselheiros, termos jurídicos exagerados ou ataques à estruturação administrativa da sindicância. Esses excessos, descabidos, em geral mais atrapalham que ajudam e não se pode esquecer da orientação geral de estar sendo avaliados por médicos, pelos seus pares, nesse momento. A participação ativa do médico denunciado na elaboração e revisão dessa manifestação escrita, na garantia de contemplar os aspectos médicos e técnicos que descaracterizem ou relativizem, se for o caso, as suspeitas de infração ética e a contextualização da ordem e momento dos fatos relatados é de suma importância. Não se deve fazer qualquer manifestação sem avaliar integralmente e com calma a sindicância, todos os documentos juntados, o prontuário médico, se já acostado, todos os elementos necessários para a compreensão do caso. É perfeitamente natural, humano e compreensível não se recordar de todos os detalhes de um caso específico, por isso, antes de se manifestar, o

médico deve avaliar cuidadosamente os documentos.^(2,3) Além disso, como ressalta Vidotti,⁽²⁾ “os documentos já juntados na Sindicância podem servir como sua prova cabal da boa prática médica no caso concreto, de modo que todas as especificidades que estão em prontuário ou mesmo histórico daquele paciente, já juntados na Sindicância, podem ser trazidas na sua manifestação como elementos de defesa”. De preferência, ao fazer referência a documentos que já estão na sindicância, deve-se indicar o número da folha em que se encontra o documento, o que torna a manifestação escrita mais compreensível e específica. Vale destacar que não há obrigatoriedade dessa manifestação do médico, pois o conselheiro sindicante pode elaborar seu relatório conclusivo de imediato, se houver elementos fáticos e documentais suficientes na sindicância, mas, em geral, essa manifestação é solicitada.⁽³⁾

De acordo com CPEP, determinada a instauração de sindicância, a presidência ou a corregedoria do CRM nomeará conselheiro para apresentar relatório conclusivo, que deverá conter:

- I – Identificação das partes, quando possível;
- II – Síntese dos fatos e circunstâncias em que ocorreram;
- III – Indicação da correlação entre os fatos apurados e a eventual infração ao Código de Ética Médica;
- IV – Conclusão indicando a existência ou inexistência de indícios de infração ao Código de Ética Médica.

Na parte conclusiva, o relatório deve apontar os indícios de materialidade e da autoria dos fatos apurados, de modo específico a cada artigo do Código de Ética Médica supostamente infringido. Esse relatório é apresentado pelo conselheiro sindicante aos demais conselheiros, e não há participação de denunciante ou denunciados.

Na tramitação de uma sindicância, há cinco desfechos possíveis: **1) Conciliação; 2) Termo de ajustamento de Conduta (TAC); 3) Arquivamento; 4) Instauração de PEP e 5) Instauração de Procedimento Administrativo** para apurar doença incapacitante, nos termos de resolução específica.⁽³⁾

A conciliação depende de proposta fundamentada do conselheiro sindicante ou de outro membro da câmara, com aprovação da câmara de sindicância. Trata-se de um mecanismo consensual de resolução de conflitos, uma estratégia de autocomposição que pode resolver muitos casos de menor gravidade.⁽⁵⁾ Só cabe a conciliação durante a sindicância; depois de aprovado o relatório conclusivo da sindicância, não será mais cabível a proposta de conciliação.⁽³⁾ Além disso, a conciliação entre as partes somente será admitida nos casos que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º, do Código Penal), violação à dignidade sexual ou óbito de paciente, sendo vedado qualquer acerto pecuniário (financeiro) no âmbito da conciliação.⁽³⁾ É interessante que o médico conheça essa possibilidade, ainda pouco utilizada, e os prazos adequados para que

ela possa ser utilizada. Proposta e aceita a conciliação pelas partes, após sua homologação pela câmara de sindicância, não caberá qualquer recurso e, no caso de a conciliação não obter êxito, a sindicância prosseguirá em seus termos.⁽³⁾

O TAC também é uma possibilidade bastante interessante na sindicância. TAC é o ato jurídico pelo qual a pessoa, física ou jurídica, em regra, reconhecendo implicitamente que sua conduta ofende ou pode ofender interesse ético individual ou coletivo, assume, perante órgão público legitimado, o compromisso de eliminar a ofensa ou o risco, por meio da adequação de seu comportamento às exigências éticas, mediante formalização de termo.⁽³⁾ O TAC será admitido nos casos que não envolvam lesão corporal de natureza grave (art. 129, §§ 1º a 3º, do Código Penal), violação à dignidade sexual ou óbito do paciente relacionados à conduta médica objeto da apuração e também depende de proposta do sindicante ou outro membro da câmara. O CRM figurará no TAC como compromitente e o médico interessado, como compromissário, sendo cláusulas mínimas e obrigatórias:⁽³⁾

I – Objeto: descreve o(s) fato(s) imputado(s) ao médico;

II – Cláusula de comportamento: impõe ao médico portar-se de acordo com o determinado no TAC;

III – Cláusula de suspensão da sindicância: fixa o prazo de suspensão da sindicância, não superior a 180 (cento e oitenta) dias, com atenção aos prazos prescricionais estabelecidos no CPEP;

IV – Cláusula de fiscalização: define como será feita a fiscalização do TAC e como o médico compromissário deverá demonstrar o cumprimento das metas e obrigações assumidas.

O descumprimento dos termos e condições contidos no TAC implicará a instauração imediata de PEP, reconhecido em câmara, nos termos propostos previamente no relatório conclusivo da sindicância, e o médico que aderir a um TAC ficará impedido de firmar outro, sobre qualquer assunto, pelo período de 5 (cinco) anos, a partir da data em que foi firmado.⁽³⁾ Atualmente, nos casos relacionados à publicidade médica inadequada, nos quais a infração ética é objetiva e facilmente documentada, têm sido muito utilizados os TACs, com excelentes resultados.

Nos casos em que a sindicância concluir pela inexistência de indícios de materialidade e/ou autoria de infração ao Código de Ética Médica, a proposta é de arquivamento e, se assim aprovado pela câmara, encerra-se o trâmite e não há abertura de processo ético-disciplinar. Em estudo realizado no CRM-PI, a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia (GO) foi responsável por 12,9% das sindicâncias e 34,1% dos PEPs. A taxa de conversão de sindicâncias em PEPs na área de GO foi de 41,1%, o que significa que 58,9% das sindicâncias em GO nesse levantamento tiveram como conclusão o arquivamento.⁽⁶⁾ Pode haver arquivamento em relação a um ou mais médicos denunciados e instauração de PEP em relação a outro(s).⁽³⁾ Quando há conclusão pelo arquivamento,

a parte denunciante deve ser comunicada do arquivamento e da possibilidade recursal.⁽³⁾

Se o caso for relacionado a doença incapacitante do médico, é instaurado processo específico, chamado de Procedimento Administrativo para apurar Doença Incapacitante, nos termos de resolução específica.⁽³⁾

Por fim, nos casos em que a sindicância concluir que existem indícios de materialidade e autoria de infração ao Código de Ética Médica, é instaurado o PEP e inicia-se o trâmite completo do processo ético-disciplinar. O médico denunciado é citado, ou seja, convocado para integrar a relação processual, dando-lhe ciência da instauração de PEP e imputando-lhe a prática de infração ética, bem como oferecendo-lhe a oportunidade para se defender.⁽³⁾ Deve ficar claro que, de forma alguma, a abertura de PEP significa algum tipo de condenação, mas apenas que o procedimento sumário da sindicância não foi capaz de afastar completamente dúvidas ou indícios de autoria e/ou materialidade de infrações ao Código de Ética Médica, tendo sido necessária (e prudente) a abertura do PEP, com observância a todos os princípios de segurança jurídica, devido processo legal, com ampla defesa e contraditório, bem como a utilização de provas e testemunhas.^(3,5)

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) valoriza a importância de que nossos associados conheçam e entendam com tranquilidade os diferentes procedimentos nos Conselhos de Medicina, para ajustes e melhorias de práticas, correlação da boa prática médica com cidadania e consciência jurídica e incorporação de direito médico preventivo de forma leve e segura na sua atividade profissional.

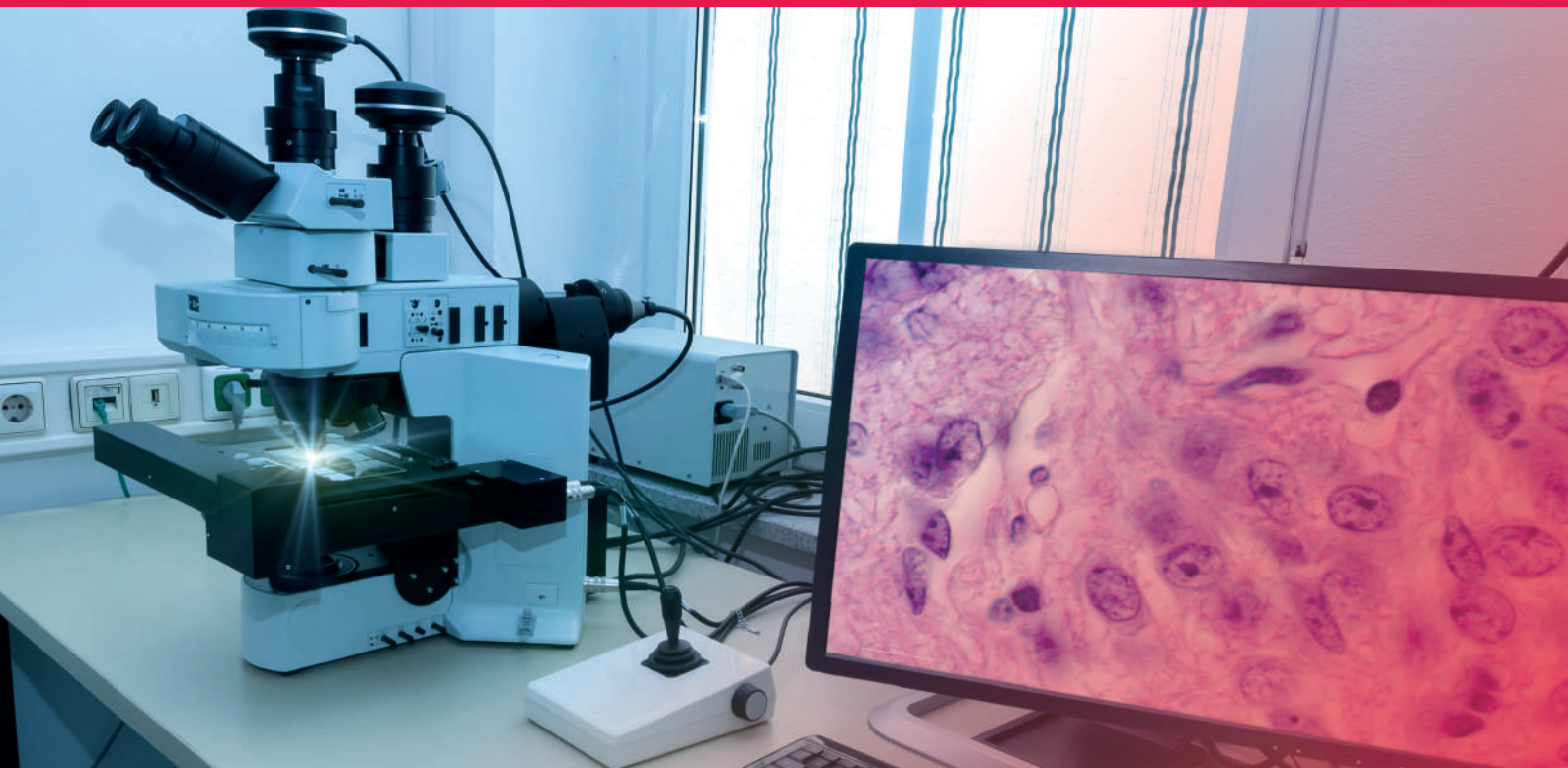
REFERÊNCIAS

1. Boyaciyen K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(3):144-7. doi: 10.1590/S0104-42302006000300013
2. Vidotti M. Como responder a uma sindicância no CRM [Internet]. 2021 [cited 2022 Ago 10]. Available from: <https://mirielevidotti9803.jusbrasil.com.br/artigos/1297537448/como-responder-a-uma-sindicancia-no-crm>
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.306/2022. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2022 Mar 25 [cited 2022 Ago 10];Seç. 1:27. Available from: https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2022/03/2306_2022.pdf
4. Simonelli O. Responsabilidade ético-profissional [Internet]. 2019 Nov 15 [cited 2022 Ago 10]. Video: 1h43min. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=ya-gZPHbDag>
5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cremesp implanta projeto pioneiro de Conciliação Ética [Internet]. 2017 [cited 2022 Ago 10]. Available from: <https://cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4558>
6. Universidade Federal do Piauí. Hospital Universitário. Gerência de Ensino e Pesquisa do HU-UFPI. Trabalhos de conclusão de cursos das Residências em Saúde do HU-UFPI: 2022-2014 [Internet]. 2022 [cited 2022 Ago 12]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufpi/ensino-e-pesquisa/biblioteca-1/publicacoes-1/trabalhos-de-conclusoes-de-cursos-tccs/Livretos2022a2014.pdf>

Patologia digital no diagnóstico citológico

Mauro Saieg¹

1. Citopatologia e Patologia Digital do Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil.



A aplicação da inteligência artificial já é uma realidade em várias áreas da vida diária, com interesse crescente na área da saúde por meio da solução de problemas pelo diagnóstico automatizado. As possibilidades em melhorar o diagnóstico e a tomada de decisões também são promissoras na patologia digital. Define-se patologia digital como a digitalização das lâminas em arquivos de imagem, que podem ser utilizados tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica. Os digitalizadores fazem o escaneamento de toda a lâmina, termo conhecido em inglês como *whole slide imaging*, o que serve como uma plataforma para aplicar a inteligência artificial na patologia digital.⁽¹⁻³⁾

Há bastante tempo, o uso da patologia digital vem sendo amplamente disseminado para fins de pesquisa e na discussão de casos em reuniões anatomoclínicas, com medição de imagens e estudos de comparações de padrões, e mais recentemente ela começou a ser uti-

lizada em larga escala na rotina diária diagnóstica do patologista, com o advento de máquinas capazes de digitalizar lâminas em alta velocidade. Com isso, é eminentemente o processo de substituição do microscópio pela tela do computador, sendo, mais do que uma mudança do meio de trabalho, uma oportunidade não anteriormente vislumbrada na patologia: a implementação da inteligência artificial na prática diária, com criação de algoritmos que auxiliam na interpretação de casos e facilitam diagnósticos.⁽¹⁻³⁾

A inteligência artificial, por sua vez, é definida como a ciência de construção e uso de máquinas que possam demonstrar comportamento inteligente para propósitos universais. O desenvolvimento desse comportamento é possível por meio de um mecanismo conhecido como aprendizagem da máquina, ou *machine learning*, que usa diversas técnicas como aprendizagem supervisionada e não supervisionada e aprendizagem por reforço,

por meio de dados que são inseridos na máquina para fazer uma previsão. O método mais novo incorporado é o do *deep learning*, que possibilita utilizar quaisquer das técnicas de aprendizagem, criando modelos complexos, denominados em inglês como *neural networks*, que contêm múltiplas camadas de processamento desde o dado inicial até o resultado esperado, sendo capazes de resolver problemas mais elaborados. No *deep learning*, a aprendizagem da máquina pode ser adquirida de forma autônoma, por meio de características determinadas pela própria máquina, e não necessariamente depende de informações geradas pelo humano. O advento do *deep learning* possibilitou, por exemplo, tecnologias como reconhecimento de imagem e cores, passando por análise de perfil de consumidores até desenvolvimento de algoritmos para veículos autônomos.⁽³⁾

Dessa forma, é intuitivo que a inteligência artificial possa também ser utilizada em patologia digital, uma integração que amplia a fronteira do patologista e permite a utilização e a integração do conhecimento além dos limites humanos.^(2,3) Isso reflete a vantagem da inteligência artificial de ser empregada no auxílio do diagnóstico de forma mais detalhada ou fidedigna, em casos desafiadores com maior acurácia diagnóstica ou ainda na interpretação mais rápida de estudos imuno-histoquímicos e descobrimento de novos padrões morfológicos e moleculares que podem ter valor prognóstico ou preditivo. As aplicações são diversas e incluem a diferenciação entre processos benignos e neoplasias malignas, a identificação de neoplasias em amostras de urina, a identificação de metástases linfonodais de carcinomas de mama e a leitura automatizada de testes imuno-histoquímicos.⁽⁴⁻⁶⁾ Recentemente, um produto para detecção de câncer de próstata recebeu aprovação pelo FDA (*Food and Drug Administration*), entidade regulatória norte-americana, para ser utilizado em prática clínica. O produto, baseado em uma avaliação de biópsias de próstata por inteligência artificial, consegue ter mais sensibilidade do que a leitura do patologista, podendo, assim, fazer uma varredura das lâminas e separar os casos com potencial carcinoma para segunda revisão pelo humano, aumentando a eficácia do processo e melhorando a eficiência médica.⁽⁷⁾

Particularmente, a citopatologia ginecológica foi pioneira na utilização de inteligência artificial em suas amostras, com a leitura automatizada de citologia em base líquida tendo sido utilizada desde o início do século.⁽⁸⁾ Contudo, poucos avanços foram vistos recentemente, devido à natureza tridimensional das amostras conferindo maior dificuldade de escaneamento delas, já que exigem escaneamento em múltiplas camadas com variação do foco. O avanço, porém, da capacidade de escaneamento de amostras e maior tecnologia empregada promete a maior utilização de patologia digital também em citopatologia, podendo, por exemplo, predizer o *status* molecular de HPV ou realizar classificação mais detalhada de lesões consideradas atípicas. Alguns projetos

em andamento incluem separação de áreas para revisão rápida pelo patologista e medição da relação núcleo-citoplasma para detecção de lesões de alto grau.⁽⁹⁻¹²⁾

Dessa forma, o futuro é bastante estimulante e desafiador para a patologia digital e a incorporação da inteligência artificial. Certamente veremos mais e mais produtos voltados para melhor *performance* diagnóstica sendo lançados, com maior autonomia e precisão. Servirão certamente como um apoio importante ao dia a dia do patologista, não substituindo o olhar humano, mas complementando nosso diagnóstico, indo além de onde podemos ou conseguimos enxergar. Com a adição de dados clínicos, de imagem e de exames complementares, com certeza, forneceremos a tão sonhada visão multidisciplinar ao paciente, com a inteligência artificial nos ajudando em um diagnóstico e terapia cada vez mais personalizados ao nosso paciente.

REFERÊNCIAS

1. Thakur N, Alam MR, Abdul-Ghafar J, Chong Y. Recent application of artificial intelligence in non-gynecological cancer cytopathology: a systematic review. *Cancers (Basel)*. 2022;14:3529. doi: 10.3390/cancers14143529
2. Niazi MK, Parwani AV, Gurcan M. Digital pathology and artificial intelligence. *Lancet Oncol*. 2019;20(5):e253-61. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30154-8
3. Bera K, Schalper KA, Rimm DL, Velcheti V, Madabhushi A. Artificial intelligence in digital pathology – new tools for diagnosis and precision oncology. *Nat Rev Clin Oncol*. 2019;16(11):703-15. doi: 10.1038/s41571-019-0252-y
4. Layfield LJ, Esebua M, Frazier SR, Hammer RD, Bivin WW, Nguyen V, et al. Accuracy and reproducibility of nuclear/cytoplasmic ratio assessments in urinary cytology specimens. *Diagn Cytopathol*. 2017;45(2):107-12. doi: 10.1002/dc.23639
5. Lin H, Chen H, Graham S, Dou Q, Rajpoot N, Heng PA. Fast ScanNet: fast and dense analysis of multi-gigapixel whole-slide images for cancer metastasis detection. *IEEE Trans Med Imaging*. 2019;38(8):1948-58. doi: 10.1109/TMI.2019.2891305
6. Cazzato G, Colagrande A, Cimmino A, Arezzo F, Loizzi V, Caporusso C, et al. Artificial intelligence in dermatopathology: new insights and perspectives. *Dermatopathology (Basel)*. 2021;8(3):418-25. doi: 10.3390/dermatopathology8030044
7. da Silva LM, Pereira EM, Salles PG, Godrich R, Ceballos R, Kunz JD, et al. Independent real-world application of a clinical-grade automated prostate cancer detection system. *J Pathol*. 2021;254(2):147-58. doi: 10.1002/path.5662
8. Landau MS, Pantanowitz L. Artificial intelligence in cytopathology: a review of the literature and overview of commercial landscape. *J Am Soc Cytopathol*. 2019;8(4):230-41. doi: 10.1016/j.jasc.2019.03.003
9. Wang CH, Liou YA, Lin YJ, Chang CC, Chu PH, Lee YC, et al. Artificial intelligence-assisted fast screening cervical high grade squamous intraepithelial lesion and squamous cell carcinoma diagnosis and treatment planning. *Sci Rep*. 2021;11(1):16244. doi: 10.1038/s41598-021-95545-y
10. Cho BJ, Kim JW, Park J, Know GY, Hong M, Jang SH, et al. Automated diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia in histology images via deep learning. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(2):548. doi: 10.3390/diagnostics12020548
11. Kanavati F, Hirose N, Ishii T, Fukuda A, Ichihara S, Tsuneki M. A deep learning model for cervical cancer screening on liquid-based cytology specimens in whole slide images. *Cancers (Basel)*. 2022;14(5):1159. doi: 10.3390/cancers14051159
12. Hou X, Shen G, Zhou L, Li Y, Wang T, Ma X. Artificial intelligence in cervical cancer screening and diagnosis. *Front Oncol*. 2022;12:851367. doi: 10.3389/fonc.2022.851367

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

CORPO EDITORIAL

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

COEDITOR: Gerson Pereira Lopes

EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA: Jean Claude Nahoum

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

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

481 Rastreio, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gestação

Carlos Alberto Maganha, Rosiane Mattar, Cleo Otaviano Mesa Júnior, Suemi Marui, Sara Toassa Gomes Solha, Patrícia de Fátima dos Santos Teixeira, Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Renato Teixeira Souza

ARTIGOS ORIGINAIS

492 Alterações em exames citopatológicos realizados em Unidade Básica de Saúde: um estudo analítico transversal

Amabile Andreetta, Taciana Ryma, Clairton Tosetto, Marcos Túlio da Conceição Lessa

498 Atendimento de urgência de mulheres grávidas em decorrência de violência sexual: características e tendências observadas em 20 anos

Jefferson Drezett, Maria Madalena de Souza Matos Torres, Renato de Oliveira, Caio Parente Barbosa

ARTIGO DE REVISÃO

505 Características relacionadas à ocorrência de infecção puerperal em mulheres submetidas ao parto cesáreo

Rayane Mayara Costa Santos, Danússia Cardoso Lago

Rastreo, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gestação

Número 8 – Agosto 2022

A Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e o Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) referendam 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

- As alterações fisiológicas da gestação que interferem na produção, liberação e disponibilidade da forma ativa dos hormônios interferem no diagnóstico e manejo do hipertireoidismo durante a gestação.
- A tireotoxicose gestacional ou hipertireoidismo transitório está relacionada com a produção aumentada de gonadotrofina coriônica humana (hCG) e é a causa mais comum de hipertireoidismo na gestação, podendo permanecer até a 18ª semana.
- O hipertireoidismo não tratado pode levar a repercussões fetais, neonatais e maternas.
- O tratamento medicamentoso do hipertireoidismo na gestação pode acarretar riscos fetais, neonatais e/ou maternos que o obstetra deve conhecer.
- A principal patologia associada etiológicamente ao hipertireoidismo na gestação é a doença de Graves (DG).
- O diagnóstico de hipertireoidismo na gestação é preferencialmente feito por meio da dosagem de tiroxina livre (T4L) e hormônio estimulador da tireoide (TSH).
- A dosagem de anticorpo antirreceptor do TSH (TRAb) permite o diagnóstico da DG, que representa uma importante causa de hipertireoidismo.
- A droga de primeira escolha para o tratamento do hipertireoidismo na gestação no primeiro trimestre é a propiltiouracila (PTU), enquanto no segundo e terceiro trimestres e também no puerpério é o metimazol (MMZ).
- Durante o aleitamento materno, é permitida a utilização de drogas antitireoidianas.
- O iodo radioativo (¹³¹I) não deve ser utilizado na gestação ou aleitamento materno.

RECOMENDAÇÕES

- O diagnóstico do hipertireoidismo deve ser firmado quando o TSH está suprimido (<0,1 mUI/L) e a T4L está acima do limite superior da normalidade do *kit* laboratorial adotado.
- Não é recomendado o uso de drogas antitireoidianas para o tratamento da tireotoxicose gestacional ou hipertireoidismo subclínico.
- Diante da suspeita de tireotoxicose gestacional, sempre que possível, deve-se afastar a DG com a dosagem de TRAb.
- Todo hipertireoidismo clínico deve ser tratado na gestação, em vista dos riscos fetais, neonatais e maternos da doença.
- As doses de drogas antitireoidianas (PTU e MMZ) devem ser as menores possíveis para a manutenção dos níveis de T4L no limite superior de normalidade do *kit* laboratorial utilizado, considerando a passagem dessas medicações pela placenta e o risco do hipertireoidismo fetal.
- As doses preconizadas de PTU são de 200 a 400 mg diários, divididos em três doses diárias. A PTU apresenta menor teratogenicidade e maiores efeitos colaterais que o MMZ. É utilizada preferencialmente no período pré-concepcional e no primeiro trimestre de gestação. O MMZ, por sua vez, é recomendado nas doses de 10 a 30 mg diários, ingeridos em dose única. O MMZ é preferencialmente utilizado nos segundo e terceiro trimestres de gestação, bem como durante a amamentação.
- As gestantes com hipertireoidismo devem ser acompanhadas em pré-natal de alto risco. Salvo outras complicações, elas devem ter retornos quinzenais até a 28ª semana e semanais a partir de então até o parto.
- Não é recomendado o tratamento da fase hipertireóide da tireoidite pós-parto com drogas antitireoidianas.

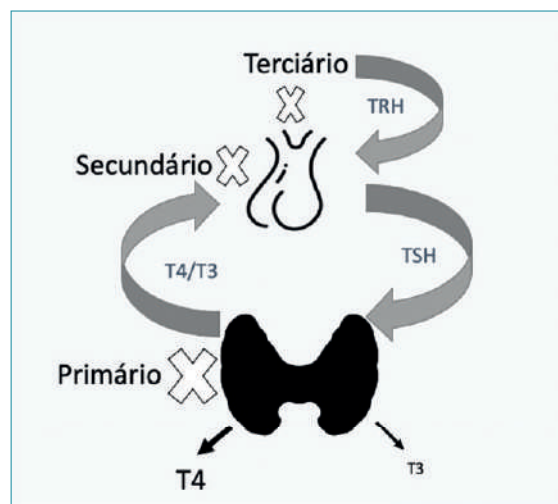
CONTEXTO CLÍNICO

Na gestação, existe aumento do estímulo ao eixo hipotálamo-hipófise-tireoide, por diferentes mecanismos:⁽¹⁾

- Aumento na concentração sérica de estrógenos, acompanhada de aumento da globulina ligadora de hormônios tireoidianos (TBG – *thyroxine binding protein*) e consequente redução das frações livres dos hormônios tireoidianos (HTs);
- Maior depuração de iodo;
- Maior degradação dos HTs pelas desidases placentárias;
- Aumento na concentração sérica de hCG, que estimula o tecido tireoidiano, por reação cruzada com o receptor de TSH, podendo gerar o bócio e o hipertireoidismo transitório da gestação.

Esse estímulo ao eixo explica por que as gestantes apresentam, especialmente no primeiro trimestre, concentrações de TSH menores do que as não grávidas.⁽¹⁾ As demandas metabólicas são maiores no primeiro trimestre da gestação, período crítico para a ocorrência das disfunções tireoidianas em razão das alterações no estímulo da glândula tireoide. Todas as mudanças descritas na fisiologia do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide asseguram a oferta de HT para o feto, especialmente no período em que a tireoide fetal ainda não é funcionalmente madura. O desenvolvimento da glândula inicia-se na oitava semana, porém somente entre a 18ª e a 20ª semana de gestação é que ela funciona plenamente, portanto, até esse momento, o feto depende totalmente da transferência placentária de HTs maternos. Existe um mecanismo compensatório, via *feedback*, entre tireoide, hipófise e hipotálamo que regula o funcionamento glandular. Conhecer esse mecanismo auxilia a encontrar a causa de uma possível disfunção (Figura 1).

Em virtude das alterações fisiológicas que ocorrem na gestação, anteriormente citadas, os valores de referência do TSH, T4L e T4 total (T4T) devem ser ajustados.⁽²⁾ Em relação ao TSH, isso significa que, se reduzirmos 0,4 mU/L do limite inferior da referência apresentada pelo *kit*, o nível de TSH para diagnóstico do hipertireoidismo seria <0,1 mU/L para a maioria dos laboratórios. Essa é uma recomendação da Associação Americana de Tireoide (ATA) e se mostrou adequada como determinante da faixa de referência específica para gestantes em estudo realizado recentemente numa população saudável no Rio de Janeiro.^(2,3) A tireotoxicose é uma síndrome clínica caracterizada por hipermetabolismo e hiperatividade resultantes de exposição à quantidade excessiva de HTs. A principal causa de tireotoxicose é a hiperfunção da glândula tireoide, denominada de hipertireoidismo, que é caracterizado laboratorialmente pela redução nos níveis de TSH com ou sem elevação da concentração de HTs.⁽⁴⁾



TRH: hormônio liberador de tireotrofina; TSH: hormônio estimulador da tireoide; T4: tiroxina; T3: triiodotironina.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

Figura 1. Representação esquemática do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide apontando os tipos de hipertireoidismo

COMO O HIPERTIREOIDISMO PODE SE APRESENTAR NA GESTAÇÃO E QUAIS SUAS PRINCIPAIS ETIOLOGIAS?

A DG, de etiologia autoimune, é a causa patológica mais comum do hipertireoidismo no período gestacional, representando 95% dos casos. Ocorre em 0,4% a 1% das mulheres antes da gestação e em aproximadamente 0,2% durante a gestação. Já a tireotoxicose transitória gestacional (TTG), ou hipertireoidismo transitório gestacional, é o principal diagnóstico diferencial de DG e a condição clínica mais encontrada, podendo ocorrer em até 5% das gestações e sendo limitado à primeira metade da gestação. Essa condição é caracterizada pela redução do TSH, com ou sem elevação da T4L. A elevação do hCG no início da gestação é a causa da estimulação tireoidiana, provocando quadro de hipertireoidismo brando e transitório, podendo estar associada a hiperêmese gravídica. Existe maior risco para a TTG em condições de alta concentração de hCG, como gestação gemelar, mola hidatiforme e coriocarcinoma.⁽⁴⁾

Outras causas de hipertireoidismo na gravidez são: adenoma tóxico, tireoidite subaguda, bócio multinodular ou iatrogênico por ingestão excessiva de HTs.^(2,5) O hipertireoidismo pode se manifestar na gravidez como:

- **Hipertireoidismo clínico** franco ou manifesto, que é caracterizado por redução do TSH e níveis de HT elevados, sobretudo a T4L;
- **Hipertireoidismo subclínico**, que é caracterizado por redução do TSH e HTs normais.

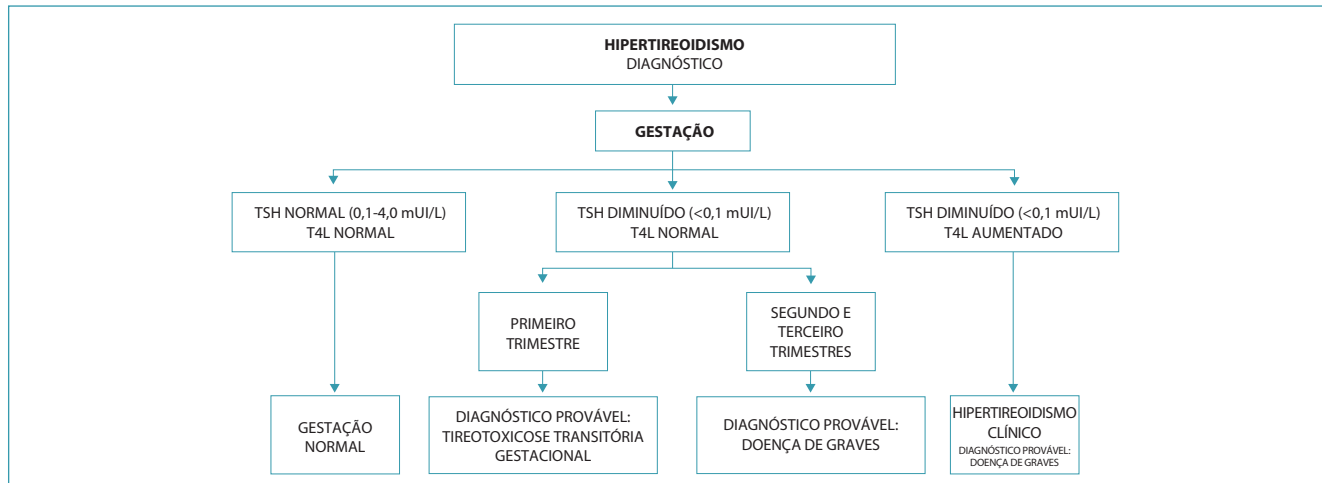
Os cenários possíveis em gestantes com hipertireoidismo se correlacionam com o momento do diagnóstico, o tratamento prévio e/ou atual e a qualidade do controle metabólico (Quadro 1, Figura 2).

Quadro 1. Diagnósticos relacionados ao hipertireoidismo na gestação que podem impactar a conduta clínica

	Diagnóstico	TSH	T4L	TRAB
Hipertireoidismo diagnosticado previamente à gestação	DG em remissão	Normal	Normal	Não é necessário
	DG após tratamento com RAI ou cirurgia, em terapia com LT4	Normal	Normal	Solicitar
	DG controlada em uso de doses baixas de DAT	Normal	Normal	Solicitar
	DG não controlada em uso de doses elevadas de DAT	Baixo	Elevado	Solicitar
	Outras causas de hipertireoidismo (BMNT ou BUNT)	Normal ou reduzido	Normal ou elevado	Não é necessário
Hipertireoidismo com diagnóstico na gestação	Hipertireoidismo subclínico Diagnóstico provável: TTG	<0,1 mU/L	Normal	Solicitar somente se existir suspeita de DG
	Hipertireoidismo clínico Diagnóstico provável: DG	<0,1 mU/L	Elevado	Solicitar

TSH: hormônio estimulador da tireoide; T4L: tiroxina livre; T4T: tiroxina total; T3T: triiodotironina total; DG: doença de Graves; RAI: radioiodoterapia; LT4: levotiroxina; DAT: droga antitireoidiana; BMNT: bócio multinodular tóxico; BUNT: bócio uninodular tóxico; TTG: tireotoxicose transitória da gestação.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).



TSH: hormônio estimulador da tireoide; T4L: tiroxina livre.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

Figura 2. Hipertireoidismo diagnóstico

HIPERTIREOIDISMO COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO À GESTAÇÃO

- **DG em remissão:** quando a gestante teve o diagnóstico de DG, foi submetida a tratamento clínico com droga antitireoidiana (DAT) e encontra-se em remissão após a suspensão do medicamento, mantendo-se com função tireoidiana normal. Essa paciente deve ter sua função tireoidiana monitorizada durante a gestação e, em caso de normalidade, não há necessidade de testes ou monitorização fetal adicionais. Cuidado especial deve ser tomado no período pós-parto, pois existe risco aumentado de recorrência da DG e tireoidite puerperal.
- **DG após tratamento com ¹³¹I ou cirurgia:** quando a paciente necessita de reposição com levotiroxina. Há necessidade de monitorar o TRAB, pois ele pode estar elevado mesmo após o tratamento, o

que aumenta o risco de hipertireoidismo fetal por passagem placentária.

- **DG em uso de doses baixas de DAT:** quando a paciente está em tratamento com DAT para DG com doses baixas – 5-10 mg de MMZ ou 50-200 mg de PTU –, encontra-se controlada e deseja engravidar ou está grávida. As DATs podem ser suspensas dependendo dos fatores de risco de recorrência.
- **DG em uso de doses elevadas de DAT:** quando a paciente se encontra com dificuldade de controle do hipertireoidismo, pode ser recomendada a terapia definitiva com ¹³¹I ou exérese cirúrgica antes da gestação. Caso ela engravidar inadvertidamente, sugere-se a manutenção do medicamento.
- **Pacientes com hipertireoidismo por outras causas como bócio multinodular ou uninodular tóxico:** nesse quadro, sugere-se tratamento definitivo antes da gestação e, caso a paciente engravidar antes disso, é preconizado manter a

terapia medicamentosa, sem a necessidade de monitorização de TRAB.

HIPERTIREOIDISMO COM DIAGNÓSTICO DURANTE A GESTAÇÃO

- *Hipertireoidismo subclínico*: apresenta-se com TSH < 0,1 mUI/L e T4L normal, e o diagnóstico é laboratorial. A paciente não deve ser tratada com DAT e é importante o diagnóstico diferencial entre TTG e DG.
- *Hipertireoidismo clínico*: apresenta-se com TSH < 0,1 mUI/L e T4L elevado. O diagnóstico mais provável é o de DG. É importante a definição etiológica com a dosagem de TRAB para avaliar tratamento e monitorização fetal.

QUAIS SINTOMAS NA GESTANTE DEVEM FAZER O PROFISSIONAL DE SAÚDE SUSPEITAR DE HIPERTIREOIDISMO?

Os sinais e sintomas do hipertireoidismo estão ligados ao estado clínico de hipermetabolismo. Deve-se suspeitar de estado hipermetabólico quando a gestante apresentar palpitações e/ou taquicardia, irritabilidade e agressividade, inquietação, tremores finos, sudorese, pele quente e perda de peso ou ganho de peso inferior ao esperado. Evidentemente, por serem sintomas inespecíficos, podem passar despercebidos, particularmente na gestação. Achados mais específicos incluem bócio, oftalmopatia e mixedema pré-tibial, sugestivos de DG.^(6,7)

QUAIS VALORES DE TSH E T4L FAZEM O DIAGNÓSTICO DE HIPERTIREOIDISMO?

O diagnóstico laboratorial de hipertireoidismo na gestação é definido como TSH diminuído e T4L elevado, usando-se valores de referência específicos para gestantes.⁽⁸⁾ É importante ressaltar que os valores de referência da função tireoidiana durante a gestação são diferentes, devido às alterações fisiológicas próprias da gravidez e às características dos ensaios laboratoriais usados nessa avaliação. Além disso, a suficiência em iodo na população e a raça também podem influenciar esses parâmetros. Assim, é recomendado pelas sociedades de especialistas que os valores de referência para gestantes sejam determinados para cada população, de acordo com cada trimestre e usando ensaios específicos.^(2,6) Mas, não havendo disponibilidade dessa curva de referência, pode-se considerar o que consta a seguir.

TSH

Sabendo-se que o TSH no primeiro trimestre da gestação encontra-se baixo devido às altas concentrações de hCG e que há dificuldades em obter uma padronização, o limite inferior da normalidade pode ser considerado como 0,1 mUI/L.^(7,9)

A partir do segundo trimestre, as concentrações de TSH aumentam discretamente, e o limite inferior de normalidade em gestantes pode ser considerado o mesmo usado para indivíduos fora da gestação.⁽²⁾ Pacientes com diagnóstico de hipertireoidismo por DG apresentam TSH < 0,1 mUI/L e, frequentemente, TSH indetectável.

T4T

A concentração de T4T aumenta progressivamente até atingir a 16ª semana, quando se estabiliza, influenciada pelo aumento do TBG. A partir desse período, até o parto, considera-se 1,5 vez os valores de referência fornecidos pelo laboratório para pessoas não gestantes. Portanto, é esperada concentração elevada de T4T durante uma gestação normal, ou seja, valores no limite superior ou mesmo acima dos valores de referência habituais.^(2,6,10)

T4L

O padrão-ouro de dosagem de T4L é por cromatografia líquida por espectrometria de massa ou diálise de equilíbrio ou ultrafiltração, que eliminam qualquer interferência.⁽²⁾ Mas essas metodologias são custosas e não disponíveis na maioria dos laboratórios. Os imunoenaios automatizados, amplamente usados, sofrem interferência do excesso de TBG, particularmente a partir do segundo trimestre, fornecendo valores falsamente baixos de T4L.

A despeito tanto das dificuldades fisiológicas da gestação como daquelas relativas às variações impostas pelo método laboratorial utilizado, a melhor opção para o diagnóstico de hipertireoidismo clínico na gestante é por meio de concentrações elevadas de T4L, acima do limite superior da referência do laboratório considerado, em conjunto com TSH baixo ou suprimido.

A TTG DEVE SER TRATADA COM DATS?

As DATs não são recomendadas para o tratamento da TTG, pois nessa condição ocorre normalização espontânea das concentrações de HTs até o término do primeiro trimestre, podendo persistir até 18ª semana de gestação, e pelo fato de esses medicamentos estarem associados a malformações congênitas e hipotireoidismo fetal.⁽²⁾

QUAL DEVE SER A CONDUTA PERANTE O DIAGNÓSTICO DO HIPERTIREOIDISMO SUBCLÍNICO?

Gestantes com hipertireoidismo subclínico apresentam TSH suprimido e níveis dos hormônios tireoidianos (T4L) dentro do valor de referência para gestantes. A questão mais importante é definir o diagnóstico diferencial entre a TTG e outras formas de hipertireoidismo leve, entre as quais a mais comum é a DG. Sempre que possível, esse acompanhamento inicial deve ser feito pelo obstetra em parceria com o endocrinologista. Anamnese cuidadosa e exame físico com ênfase em estigmas para DG (bócio e oftalmopatia) devem ser feitos, devendo-se

repetir a dosagem de TSH e T4L. As dosagens de TRAb e T3 podem auxiliar no diagnóstico etiológico. Na TTG, em geral, o quadro clínico é mais leve e pode haver sobreposição com sinais e sintomas de hiperêmese gravídica (náuseas e vômitos no início da gestação com perda de peso > 5%, desidratação e cetonúria); não há história pregressa de doença tireoidiana e nem estigmas da DG como bócio e oftalmopatia.⁽⁹⁾ Destaca-se, porém, que a DG também pode se manifestar de forma mais leve na gestação, inclusive com hipertireoidismo subclínico; nesse caso, a paciente geralmente tem história prévia de doença tireoidiana, podendo ou não apresentar bócio e oftalmopatia.

A presença do TRAb circulante confirma a DG.⁽⁹⁾

QUAIS EXAMES SUBSIDIÁRIOS DEVEM SER SOLICITADOS PARA DEFINIR O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE HIPERTIREOIDISMO?

O diagnóstico etiológico de hipertireoidismo na gestação é fundamental, porque demanda tratamentos diferentes e apresenta prognósticos diversos (Quadro 2). O principal exame auxiliar no diagnóstico é a dosagem de TRAb, particularmente diante de um hipertireoidismo clínico, visto que é sensível e específico para a DG. Na ausência de TRAb, um aumento importante também nas concentrações de T3 (total ou livre), em relação à T4, sugere DG. A T3 está discretamente elevada em <20% das mulheres afetadas por TTG.^(10,11) A ultrassonografia de tireoide pode ser útil quando a suspeita etiológica recai sobre o bócio multinodular tóxico ou adenoma tóxico (doença de Plummer).^(10,11) A cintilografia tem contraindicação absoluta na gravidez. É importante o alerta de que o uso da biotina deve ser sempre suspenso antes da coleta de sangue para essas dosagens, pois a maioria dos ensaios para avaliação da função tireoidiana sofre interferência, que mimetiza o hipertireoidismo clínico, com supressão de TSH, elevação de T4L e TRAb positivo.⁽¹²⁾ É recomendado suspender também as vitaminas pelo menos 48 horas antes da coleta de sangue.

Quadro 2. Diagnóstico diferencial entre DG e TTG

	Doença de Graves	TTG
TRAb	Positivo	Negativo
T3	Elevado	Normal
T3:T4	Elevado	Baixo
T4L	Muito aumentado	Pouco aumentado
TSH	Suprimido	Baixo ou suprimido

TTG: tireotoxicose transitória gestacional; DG: doença de Graves; TSH: hormônio estimulador da tireoide; TRAb: anticorpo contra o receptor de TSH; T3: triiodotironina; T4L: tiroxina livre; T3:T4: relação entre as concentrações de T3 e T4.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

QUAIS PACIENTES COM HIPERTIREOIDISMO DEVEM SER TRATADAS NA GESTAÇÃO?

O hipertireoidismo clínico, franco ou manifesto, está associado a desfechos desfavoráveis na gestação quando não tratado adequadamente. O mau controle da tireotoxicose está associado a perda fetal, hipertensão gestacional, prematuridade, baixo peso ao nascimento, restrição de crescimento intrauterino, crise tireotóxica e insuficiência cardíaca congestiva materna.⁽¹³⁾ Dessa forma, as pacientes portadoras de hipertireoidismo clínico devem ser tratadas, enquanto aquelas com hipertireoidismo subclínico e/ou TTG devem receber apenas tratamento sintomático e monitorização.⁽²⁾

COMO DEVE SER A ASSISTÊNCIA PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTIREOIDISMO SUBCLÍNICO?

Não há evidências de piora de desfechos maternos ou fetais em gestantes portadoras de hipertireoidismo subclínico.^(11,14) Por essa razão, não há indicação de tratamento com DAT para essas gestantes. A piora ou evolução para hipertireoidismo clínico durante a gestação é incomum, porém o TSH e a T4L devem ser monitorizados a cada quatro semanas com o objetivo de identificar as pacientes que evoluem desfavoravelmente.⁽²⁾ A dosagem do TRAb é importante para o diagnóstico etiológico do hipertireoidismo subclínico e nos casos de TRAb positivo; se as concentrações forem maiores que três vezes o limite superior da normalidade, nova medição deve ser feita entre a 18ª e a 22ª semana, quando a tireoide fetal está totalmente formada. O TRAb deve ser monitorizado, pois sabidamente atravessa a placenta.⁽²⁾ Nos casos de DG, um cuidado especial deve ser tomado após o parto devido ao aumento da recorrência da doença no puerpério, e a paciente deve ser encaminhada a um serviço de endocrinologia para monitorização da função tireoidiana nesse período. A TTG é outra causa de hipertireoidismo subclínico na gestação, assim a função tireoidiana (TSH, T4L) deve ser monitorizada a cada quatro semanas, até que haja normalização, geralmente por volta da 14ª a 18ª semana. Após essa normalização da função tireoidiana e se não houver doenças associadas, a gestante pode ter acompanhamento normal. Especial atenção deve ser tomada quando houver associação com hiperêmese gravídica; nesses casos, controle dos vômitos e hidratação endovenosa podem ser necessários. Alguns casos podem demandar internação.^(2,15) Em situações em que há taquicardia com desconforto da gestante e elevação de T4L, podem-se utilizar medicamentos sintomáticos, como os betabloqueadores. A medicação de preferência é o propranolol, administrado em doses de 10 a 40 mg a cada oito horas, por curto tempo, até se normalizar a T4L.⁽²⁾ O uso prolongado do propranolol na gestação foi associado a bradicardia fetal, hipoglicemia neonatal e restrição de crescimento fetal, portanto ele deve ser usado pelo menor tempo possível.⁽¹⁶⁾

QUAIS DEVEM SER OS CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAIS NA MULHER COM HIPERTIREOIDISMO?

O planejamento de uma gravidez deve ser bastante discutido entre a mulher em idade fértil com hipertireoidismo e o seu médico. É importante informar os riscos teratogênicos e obstétricos do hipertireoidismo, bem como de seu complexo tratamento durante a gestação. Recomenda-se que seja instituído o tratamento e que a mulher esteja em eutireoidismo estável com doses baixas de DAT (5-10 mg/dia de MMZ ou 50-200 mg de PTU) antes de se considerar a concepção. Esse estado pode ser considerado quando dois exames consecutivos apontam eutireoidismo com intervalo mínimo de um mês entre eles.^(2,6) Particularmente em condições de difícil controle da doença com DATs, o tratamento definitivo com ¹³¹I ou tireoidectomia deve ser oferecido previamente à concepção. É importante lembrar que, em casos de tratamento com ¹³¹I, mesmo que se atinja controle do hipertireoidismo a curto/médio prazo, há grandes chances de uma piora imunológica com altos títulos de TRAb circulantes em resposta à terapia, o que pode perdurar por alguns meses. Mulheres tratadas há pelo menos seis meses com baixas doses de DAT – 5-10 mg/dia de MMZ ou 100-200 mg/dia de PTU – e bem controladas podem ter a suspensão da medicação considerada no primeiro trimestre, em vista do potencial teratogênico dessas drogas, desde que monitoradas quanto à função tireoidiana regularmente.^(7,17)

EM QUE TIPO DE PRÉ-NATAL DEVE SER ACOMPANHADA A GRÁVIDA COM HIPERTIREOIDISMO?

A gestante com hipertireoidismo clínico, em vista da complexidade do ajuste medicamentoso e do risco materno e fetal, deve ser acompanhada em pré-natal de alto risco. Nesse acompanhamento, faz-se necessária interação permanente entre o obstetra e o endocrinologista, bem como acompanhamento especial de monitorização do feto.^(2,6)

COMO DEVE SER O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DO HIPERTIREOIDISMO DIAGNOSTICADO NA GRAVIDEZ?

PTU e MMZ são os medicamentos disponíveis para o tratamento do hipertireoidismo durante a gestação. Devido aos efeitos adversos, sobretudo a possibilidade de malformações congênitas e hipotireoidismo fetal, recomenda-se usar a menor dose possível, que mantenha a mãe levemente tireotóxica a fim de preservar a função tireoidiana fetal, pois as DATs atravessam a barreira placentária.^(10,18) A dose depende do nível da T4L. As doses variam entre 5 e 30 mg ao dia de MMZ (média de 10-20 mg), em tomada única diária, e entre 100 e 600 mg ao dia de PTU (média de 200-400 mg), divididos em duas a três

tomadas diárias.⁽²⁾ As doses iniciais das DATs devem ser proporcionais à gravidade da tireotoxicose, medida pelo nível de T4L. No quadro 3, encontra-se uma sugestão de doses para MMZ e PTU adaptada da diretriz da ATA para tratamento do hipertireoidismo e tireotoxicose para não gestantes e ajustadas para as doses recomendadas às gestantes (Figura 3).⁽⁵⁾ A PTU é o medicamento de escolha quando é necessária a terapia até a 16ª semana de gestação, devido ao menor risco e à menor gravidade das malformações congênitas associadas. Caso seja necessário manter a DAT após a 16ª semana, a PTU pode ser trocada pelo MMZ, pelo maior risco de hepatotoxicidade atribuído à PTU. No entanto, a troca de medicamento pode gerar descontrole da doença. Desse modo, é necessário avaliar a gestante individualmente para decidir sobre a necessidade da troca das medicações. A equivalência de doses entre MMZ e PTU é de 1:20 (5 mg de MMZ equivale a 100 mg de PTU).⁽²⁾ Em caso de início de tratamento após a 16ª semana de gestação, recomenda-se iniciar a terapia com MMZ.⁽²⁾ Há tendência de melhora da DG durante a gestação, devido às mudanças imunológicas da gravidez e ao aumento do hormônio ligado à TBG; por essa razão, as doses das DATs precisam ser revistas a cada visita, sendo recomendada redução de 30% a 50% da dose quando a T4L atingir o limite superior da normalidade.⁽⁵⁾ O uso do ¹³¹I está contraindicado na gestação, por atravessar a barreira placentária e causar hipotireoidismo fetal e também pela exposição do feto à radiação. A tireoidectomia, durante a gestação, pode ser indicada em casos em que há efeitos adversos graves relacionados às DATs e quando não se consegue atingir as metas terapêuticas de controle do hipertireoidismo mesmo com altas doses de DATs (>40 mg de MMZ ou 600 mg de PTU).⁽²⁾ Se necessária, a melhor época para a tireoidectomia é o segundo trimestre da gestação. O preparo pode ser realizado com betabloqueadores. Deve-se ter cuidado especial nas gestantes com TRAb muito elevado (>3 vezes o valor de referência), já que a redução do TRAb após a cirurgia é lenta e, mesmo com o sucesso no controle do hipertireoidismo materno, ainda pode haver risco de hipertireoidismo fetal, sendo necessário manter a monitorização fetal.⁽²⁾

COMO DEVE SER O TRATAMENTO PARA A MULHER QUE JÁ ESTAVA MEDICADA PARA HIPERTIREOIDISMO E ENGRAVIDA?

Para pacientes com baixo risco para recorrência de DG que estão eutireoidianas e engravidam em uso de baixas doses de DAT (5-10 mg MMZ ou 50-200 mg PTU), sugerem-se a suspensão das DATs e a observação da função tireoidiana. É importante levar em consideração outros fatores associados à recorrência da doença, como níveis elevados de TRAb, uso de DAT por tempo inferior a seis meses, TSH suprimido em uso de DAT, bócio volumoso, presença de oftalmopatia e necessidade de doses superiores a 5-10 mg de MMZ ou 50-200 mg de PTU (Quadro 4). Em casos de alto risco para recorrência, sugere-se manter PTU ou

trocar MMZ para PTU, na proporção de 1:20. Durante a gestação pode haver melhora do quadro de hipertireoidismo, levando à necessidade de doses menores das DATs ou até mesmo à suspensão da medicação. Por essa razão, os ajustes de dose baseados nas avaliações laboratoriais seriadas devem ser feitos durante toda a gestação.⁽²⁾

QUAIS SÃO OS EFEITOS ADVERSOS MATERNO-FETAIS DO TRATAMENTO COM DROGAS ANTITIREOIDIANAS?

As DATs são os pilares do tratamento do hipertireoidismo na gestação. As drogas mais utilizadas são a PTU e o MMZ. Ambas interferem fundamentalmente no processo de formação do hormônio tireoidiano, inibindo sua síntese. Contudo, podem produzir efeitos indesejáveis. Para a mãe, os efeitos colaterais ocorrem em 3% a 5% e são, na maioria, reações alérgicas eruptivas ou sintomas gastrointestinais. Nesses casos, pode-se controlar com sintomáticos (anti-histamínicos) ou realizar a troca entre DATs. Contudo, em 0,1% a 0,15%, eles podem levar a efeitos graves, como agranulocitose e insuficiência hepática. Esses dois efeitos são contraindicação absoluta para o uso de DATs e, caso ocorram com uma delas, não se recomenda a troca para outra. A paciente deve ser encaminhada para serviço especializado com urgência, e a tireoidectomia pode ser considerada, idealmente no segundo trimestre. Todas as gestantes em uso de DATs devem ser alertadas de que, na presença de sinais e/ou sintomas gripais como febre e odinofagia, existe a possibilidade de agranulocitose, devendo-se coletar hemograma, suspender a DAT e iniciar antibioticoterapia imediatamente se confirmado o diagnóstico.^(17,19) Os efeitos para o feto se devem à passagem transplacentária dessas medicações. No primeiro trimestre, deparamo-nos com os efeitos teratogênicos. O MMZ leva a complicações em 2% a 4% das gestações. A malformação mais conhecida é a *aplasia cutis*, contudo outras malformações são descritas: atresia cloacal e esofágica, defeitos de formação da parede abdominal e malformações oculares, cardíacas e do sistema urinário. A PTU pode também levar a malformações fetais em 2% a 3%. As malformações que podemos encontrar são cistos cervicais e anormalidades do trato urinário masculino. É importante frisar que as malformações relacionadas à PTU costumam ser menos graves que aquelas desencadeadas pelo MMZ.⁽¹⁹⁻²¹⁾ Além do aspecto de interferência na formação fetal, essas medicações, ao atravessarem a barreira placentária, podem interferir na síntese de hormônio tireoidiano fetal, causando hipotireoidismo fetal. Dessa forma, o manuseio preciso dessas medicações durante a gestação é fundamental. A dose de DATs deve ser a mínima necessária. O propranolol também pode ser utilizado no controle dos sintomas do hipertireoidismo. Caso esse uso se estenda a longos períodos, pode causar restrição de crescimento fetal, bradicardia fetal e hipoglicemia neonatal.⁽²¹⁾

Quadro 3. Doses de MMZ e PTU sugeridas para início de tratamento em gestantes de acordo com o nível de T4L

NÍVEL DE T4L (número vezes em relação ao limite superior normal)	METIMAZOL MG	PROPILTIOURACILA MG
Até 2 vezes	5-10	100-200
Entre 2 e 3 vezes	10-20	200-400
Acima de 3 vezes	20-30	400-600

T4L: tiroxina livre.

Fonte: Adaptada de Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016;26(10):1343-421.

Quadro 4. Critérios de alto risco para recorrência da DG após suspensão das DATs em gestantes

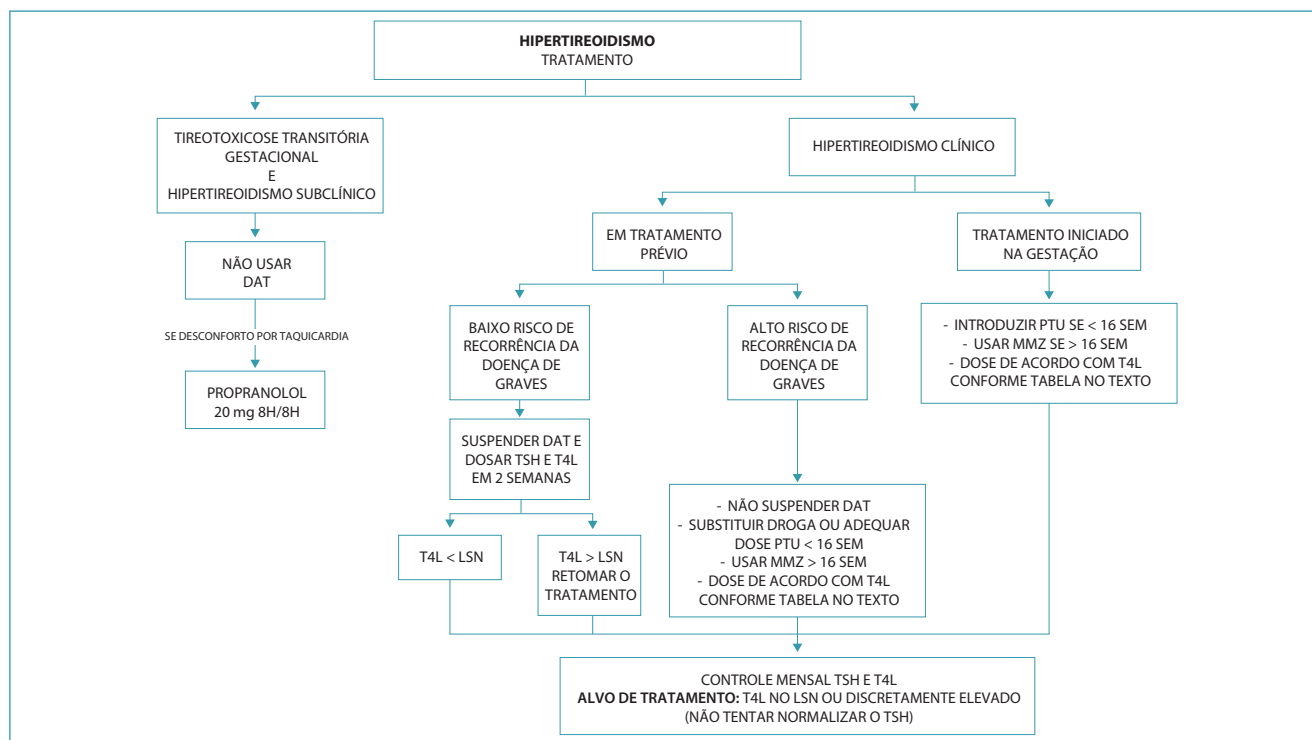
Níveis elevados de TRAb (3 vezes o limite superior de normalidade)
Uso de DATs por menos de 6 meses
TSH suprimido em uso de DATs
Bócio volumoso
Oftalmopatia de Graves
Necessidade de doses superiores a 5-10 mg de MMZ ou 50-200 mg de PTU

MMZ: metimazol; PTU: propiltiouracila; DG: doença de Graves; DATs: drogas antitireoidianas; TRAb: anticorpo antirreceptor de TSH; TSH: hormônio estimulador da tireoide.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

COMO MONITORAR O TRATAMENTO PARA HIPERTIREOIDISMO E QUAL A META LABORATORIAL A SER ALCANÇADA?

A meta durante o tratamento de hipertireoidismo na gestação é manter a T4L em concentrações no limite superior da normalidade ou discretamente elevada. Dessa maneira, evita-se o tratamento excessivo com DATs e, conseqüentemente, o hipotireoidismo fetal. A monitorização deve ser feita a cada 2-4 semanas, até a gestante estar com uma dose estável de DAT. Depois, o seguimento pode ser feito a cada quatro semanas. O TSH pode permanecer baixo ou indetectável por semanas, mesmo após a diminuição da T4L. Portanto, o TSH não deve ser um parâmetro de seguimento durante o tratamento. O hipertireoidismo na gestante estará bem controlado na presença de T4L no limite superior do normal (ou discretamente elevado), mesmo com o TSH ainda baixo.^(2,8) Pacientes com DG devem dosar o TRAb logo no primeiro trimestre. Se as concentrações forem maiores que três vezes o limite superior da normalidade, nova medição deve ser feita entre a 18ª e a 22ª semana, quando a tireoide fetal está totalmente formada. O TRAb deve ser monitorizado, pois sabidamente atravessa a placenta. Na persistência de títulos elevados de TRAb, deve ser feita a avaliação de bócio fetal e monitorização, pelo risco aumentado de hipertireoidismo fetal e neonatal. Se os títulos negatíverem ou diminuir, o risco de complicações materno-fetais é menor.^(2,22)



TSH: hormônio estimulador da tireoide; T4L: tiroxina livre; DAT: droga antitireoidiana; PTU: propiltiouracila; MMZ: metimazol; LSN: limite superior da normalidade. **Fonte:** Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

Figura 3. Hipertireoidismo – tratamento

COMO E COM QUE INTERVALO DEVE OCORRER O ACOMPANHAMENTO MATERNO-FETAL?

Como regra geral, aconselha-se acompanhamento multiprofissional envolvendo o médico obstetra e o endocrinologista em ambiente de pré-natal de alto risco. A frequência dessas consultas deve ser quinzenal até a 28ª semana e depois semanal até o parto. Durante toda a gestação, o feto deve ser monitorado quanto a sua formação, crescimento e sinais de hipotireoidismo ou hipertireoidismo. Após a 28ª semana, recomenda-se, em situações específicas – como na restrição de crescimento fetal –, incluir avaliações periódicas da vitalidade fetal (Figura 4).^(5,6)

COMO DIAGNOSTICAR E CONDUZIR O HIPERTIREOIDISMO OU HIPOTIREOIDISMO FETAL?

O hipertireoidismo fetal normalmente se manifesta com taquicardia fetal persistente (FCF > 170 bpm) por mais de 10 minutos em gestantes com DG. Outros sinais clínicos fetais podem ser: restrição de crescimento fetal, bócio fetal, maturação óssea acelerada e, em casos mais extremos, insuficiência cardíaca congestiva e hidropsia. O hipertireoidismo fetal é desencadeado pela passagem de TRAb pela barreira placentária, estimulando excessivamente a formação e liberação de HTs do feto. Trata-se de gestantes que devem ser acompanhadas de forma particularizada por equipe de medicina fetal experiente. Essa condição pode inclusive se estender ao período

neonatal, devendo haver acompanhamento rigoroso pelo obstetra e neonatologista. Uma condição que deve ser considerada de alto risco é o cenário de mulheres com diagnóstico prévio de DG que realizaram ¹³¹I ou tireoidectomia previamente à gestação. Essas mulheres, por não fazerem mais uso de DATs, podem permanecer produzindo TRAb, causando hipertireoidismo fetal e/ou neonatal.^(6,23,24) O hipotireoidismo fetal normalmente se manifesta pelo bócio fetal, em decorrência da passagem de DATs ou, raramente, pela passagem de TRAb inibidor, que diminuiria a produção de HTs pelo feto. A gestante deve ser acompanhada por equipe de medicina fetal experiente. A cordocentese ou a dosagem dos HTs em líquido amniótico para o diagnóstico de hipotireoidismo fetal é extremamente controversa, assim como a administração de levotiroxina em líquido amniótico.⁽⁶⁾ Em caso de bócio fetal volumoso, deve-se discutir a necessidade de EXIT (*ex-utero intrapartum treatment*) no parto.

COMO PRESCREVER TRATAMENTO PARA HIPERTIREOIDISMO DURANTE A LACTAÇÃO?

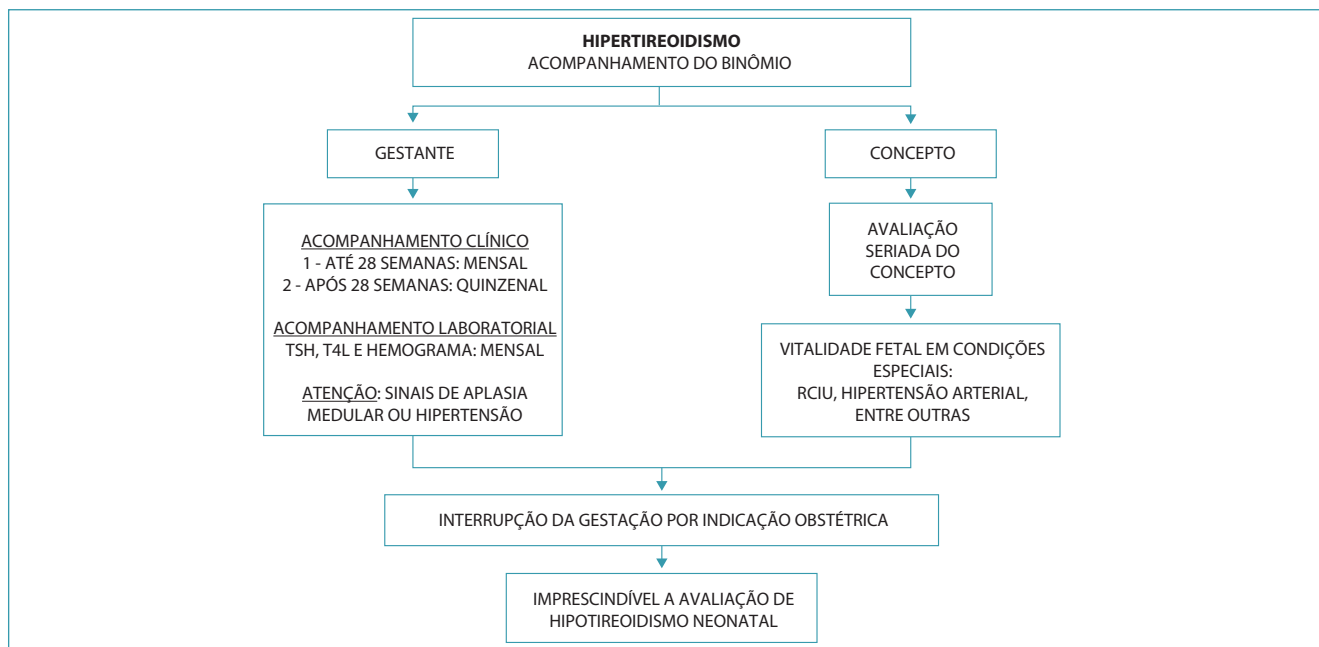
As DATs são secretadas no leite materno, mas em concentrações muito baixas. A amamentação é segura com doses até 20 mg/dia de MMZ e 450 mg/dia de PTU.⁽²⁾ A tomada da DAT deve ser feita imediatamente após amamentar.⁽¹⁰⁾ A preferência é por MMZ, devido aos efeitos colaterais associados à PTU.⁽⁵⁾ Não há necessidade de monitoramento da função tireoidiana do lactente, pois não há evidência de que o uso de DAT leve ao hipotireoidismo ou

comprometimento no crescimento e no desenvolvimento neurocognitivo da criança.⁽²⁵⁾ Não existem dados suficientes que demonstrem que o hipertireoidismo interfere na lactação, portanto ele deve ser tratado de acordo com o seu diagnóstico.⁽²⁾ O tratamento com ¹³¹I só pode ser indicado após a suspensão da amamentação por pelo menos três meses e a amamentação não deve ser retomada,⁽²⁶⁾ pois a concentração de iodo radioativo na glândula mamária pode aumentar o risco de câncer de mama futuramente.⁽²⁷⁾ O propranolol pode ser usado durante a amamentação, sem risco para a criança ou interferência na capacidade da lactação. Entretanto, o atenolol não é recomendado, pois é secretado no leite materno, causando bradicardia e hipoglicemia na criança.⁽²⁸⁾

COMO PRESTAR ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA COM TIREOTOXICOSE?

A tireotoxicose que surge no período pós-parto é causada frequentemente pela tireoidite pós-parto (TPP), definida como disfunção tireoidiana autoimune no primeiro ano do puerpério, excluindo-se a DG.^(8,25) Outra possibilidade é a recidiva ou ativação da DG no puerpério. É importante diferenciar entre essas duas principais causas. A incidência da TPP é extremamente variável, atingindo cerca de 15% dos casos.⁽²⁾ Acomete mais frequentemente mulheres com história anterior de TPP, que apresentam anticorpos antitireoidianos positivos antes da gestação (em tratamento com levotiroxina ou em eutireoidismo), com outra doença autoimune associada (diabetes insulínica dependente, artrite reumatoide etc.) ou mesmo com DG em remissão.⁽²⁹⁾ O quadro clínico típico começa com uma fase tóxica, hipertireoidismo clínico e laboratorial, seguido de

hipotireoidismo e posteriormente recuperação da função tireoidiana. A função tireoidiana mostra TSH suprimido e T4L elevado, definindo a tireotoxicose (fase tóxica), e a presença de anticorpos antitireoidianos, particularmente o anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO), caracteriza a TPP. A fase de tireotoxicose geralmente é leve e autolimitada, durando de um a três meses, quando a paciente pode apresentar palpitações, tremores, fadiga e nervosismo. É importante, nessa fase, diferenciá-la da DG deflagrada no período pós-parto (Figura 1, Quadro 5). Geralmente a fase de hipertireoidismo da TPP aparece nos primeiros meses após o parto, enquanto a DG pode surgir depois de três meses após o parto.⁽³⁰⁾ Devido ao processo destrutivo da TPP, observam-se concentrações mais elevadas de T4 em relação a T3, enquanto na DG há predomínio de concentrações mais altas de T3 do que de T4. A presença de TRAB favorece o diagnóstico da DG. A cintilografia deve ser evitada, devido à passagem do radioisótopo para o leite materno. Se for imprescindível para o diagnóstico, opta-se por usar ^{99m}Tc ou ¹²³I, com meias-vidas menores, orientando-se retirar e desprezar o leite materno durante 1-5 dias, respectivamente, até a retomada da amamentação.⁽³¹⁾ O tratamento da fase tóxica da TPP pode ser instituído para atenuar o quadro clínico, usando-se betabloqueadores, que não são contraindicados durante o aleitamento. A dose de propranolol é dada de acordo com os sintomas, podendo-se iniciar com 10 mg, três vezes ao dia. Já o atenolol deve ser evitado, pois é secretado no leite materno, causando bradicardia e hipoglicemia no lactente. O uso de DAT é contraindicado na TPP.⁽²⁾ A monitorização com TSH e T4L deve ser feita a cada 4-8 semanas.⁽²⁹⁾ A preocupação após a fase de hipertireoidismo é a de hipotireoidismo, que pode ser mais



TSH: hormônio estimulador da tireoide; T4L: tiroxina livre; RCIU: restrição do crescimento intrauterino.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

Figura 4. Hipertireoidismo – Acompanhamento do binômio

Quadro 5. Diagnóstico diferencial entre tireoidite pós-parto e doença de Graves

	Tireoidite pós-parto	Doença de Graves
Instalação após o parto	<3 a 6 meses	>3 a 6 meses
TRAb	Negativo	Positivo
Anti-TPO	Presente	Pode estar presente
T3:T4	Baixa (T4 >>T3)	Elevada (T3>>T4)
Vascularização da tireoide	Normal	Aumentada

TRAb: anticorpo contra o receptor de hormônio estimulador da tireoide; anti-TPO: anticorpo antitireoperoxidase; T3:T4: relação das concentrações de triiodotironina e tiroxina.

Fonte: Elaboração própria – Grupo de Trabalho para Disfunções Tireoidianas na Gestação (CNEGAR e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM).

sintomática, ocorrendo após 3-12 meses do parto.⁽²⁾ O tratamento com levotiroxina deve ser iniciado se a paciente apresentar sintomas importantes, se estiver amamentando, se a elevação de TSH se mantiver por mais de seis meses e, principalmente, se estiver planejando nova gestação. A retirada da levotiroxina pode ser planejada após 6-12 meses do tratamento. A monitorização do TSH e T4L deve ser feita anualmente, devido ao alto risco de desenvolvimento de hipotireoidismo permanente após quadro de TPP.^(2,6)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hipertireoidismo na gestação representa um grande desafio tanto para o obstetra como para o endocrinologista. As alterações da gestação sobre a fisiologia hormonal tireoidiana, as complicações fetais, neonatais e maternas da doença não tratada e as repercussões fetais e maternas, e as minúcias do tratamento medicamentoso na gestação são aspectos importantes que devem estar no radar desse acompanhamento. No primeiro trimestre de gestação, deve ser dado destaque à tireotoxicose gestacional, presente em até 5% das gestações. Sua etiopatogenia relaciona-se primordialmente à produção de hCG, leva à sintomatologia normalmente mais relacionada a hiperêmese gravídica e dispensa tratamento com drogas antitireoidianas. Um aspecto importante é a diferenciação com a DG diagnosticada na gestação. De maneira geral, a patologia mais associada ao hipertireoidismo na gestação é a DG. Esse aspecto traz também os efeitos do TRAb sobre a função tireoidiana fetal, visto que esses anticorpos ultrapassam a barreira placentária. O não tratamento do hipertireoidismo está ligado a uma série de intercorrências, tais como: perda fetal, hipertensão, prematuridade, restrição do crescimento fetal, hipertireoidismo fetal, crise tireotóxica, insuficiência cardíaca congestiva materna e óbito materno, esse último raro. Dessa forma, faz-se importante o tratamento adequado do hipertireoidismo na gestação. Contudo, as drogas disponíveis para esse tratamento, da classe das tiaminas, a PTU e MMZ, são potenciais substâncias teratogênicas, podem causar hipotireoidismo fetal e bócio, e

estão relacionadas a uma série de efeitos colaterais na grávida, alguns muito graves, como a hepatite e a pancitopenia. Outros tratamentos mais efetivos, como o ¹³¹I, são proscritos na gestação e na amamentação, devido a sua capacidade de levar à lesão tireoidiana fetal e neonatal. A cirurgia representa maior risco na gestação e deve ser indicada em situações muito específicas. Com toda essa dinâmica, faz-se necessário um tratamento medicamentoso com a menor dose possível de medicação durante a gestação. O controle sistemático laboratorial dos efeitos colaterais e fetais e um criterioso acompanhamento obstétrico também são imprescindíveis. O parto não necessariamente representa um alívio, pois o rebote do sistema autoimune – suprimido na gestação – e o retorno a condições normais de produção e transporte periférico do HT podem desencadear quadros novos de DG, bem como piorar a DG já existente. Por último, é importante frisar que o tratamento medicamentoso do hipertireoidismo não contraindica a amamentação, mas cuidados adicionais devem ser adotados.

REFERÊNCIAS

- Korevaar TI, Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Thyroid disease in pregnancy: new insights in diagnosis and clinical management. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(10):610-22. doi: 10.1038/nrendo.2017.93
- Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid.* 2017;27(3):315-89. doi: 10.1089/thy.2016.0457
- Morais NS, Assis AS, Corcino CM, Saraiva DA, Barbara T, Ventura CD, et al. Recent recommendations from ATA guidelines to define the upper reference range for serum TSH in the first trimester match reference ranges for pregnant women in Rio de Janeiro. *Arch Endocrinol Metab.* 2018;62(4):386-91. doi: 10.20945/2359-3997000000064
- Melmed S, Auchus RJ, Goldfine AB, Koenig RJ, Rosen CJ. *Williams textbook of endocrinology.* 14th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
- Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. *Thyroid.* 2016;26(10):1343-421. doi: 10.1089/thy.2016.0229
- Thyroid disease in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 223. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e261-74. doi: 10.1097/AOG.0000000000003893
- Cooper DS, Laurberg P. Hyperthyroidism in pregnancy. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2013;1(3):238-49. doi: 10.1016/S2213-8587(13)70086-X
- Korevaar TIM, Pearce EN. Thyroid disorders during preconception, pregnancy, and the postpartum period. In: Braverman LE, Cooper DS, Kopp PA, editors. *Werner & Ingbar's the thyroid: a fundamental and clinical text.* 11th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2021. p. 922-40.
- Iijima S. Pitfalls in the assessment of gestational transient thyrotoxicosis. *Gynecol Endocrinol.* 2020;36(8):662-7. doi: 10.1080/09513590.2020.1754391
- Kobaly K, Mandel SJ. Hyperthyroidism and pregnancy. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019;48(3):533-45. doi: 10.1016/j.ecl.2019.05.002
- Cuff RD. Hyperthyroidism during pregnancy: a clinical approach. *Clin Obstet Gynecol.* 2019;62(2):320-9. doi: 10.1097/GRF.0000000000000435
- Barbesino G. Misdiagnosis of Graves' Disease with apparent severe hyperthyroidism in a patient taking biotin megadoses. *Thyroid.* 2016;26(6):860-3. doi: 10.1089/thy.2015.0664

13. Millar LK, Wing DA, Leung AS, Koonings PP, Montoro MN, Mestman JH. Low birth weight and preeclampsia in pregnancies complicated by hyperthyroidism. *Obstet Gynecol.* 1994;84(6):946-9.
14. Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Leveno KJ, Cunningham FG. Subclinical hyperthyroidism and pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol.* 2006;107(2 Pt 1):337-41. doi: 10.1097/01.AOG.0000197991.64246.9a
15. Weeke J, Dybkjaer L, Granlie K, Eskjaer Jensen S, Kjaerulff E, Laurberg P, et al. A longitudinal study of serum TSH, and total and free iodothyronines during normal pregnancy. *Acta Endocrinol (Copenh).* 1982;101(4):531-7. doi: 10.1530/acta.0.1010531
16. Rubin PC. Current concepts: beta-blockers in pregnancy. *N Engl J Med.* 1981;305(22):1323-6. doi: 10.1056/NEJM198111263052205
17. Andersen SL, Olsen J, Laurberg P. Antithyroid drug side effects in the population and in pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(4):1606-14. doi: 10.1210/jc.2015-4274
18. Momotani N, Noh J, Oyanagi H, Ishikawa N, Ito K. Antithyroid drug therapy for Graves' disease during pregnancy. Optimal regimen for fetal thyroid status. *N Engl J Med.* 1986;315(1):24-8. doi: 10.1056/NEJM198607033150104
19. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(8):2543-65. doi: 10.1210/jc.2011-2803
20. Laurberg P, Bournaud C, Karmisholt J, Orgiazzi J. Management of Graves' hyperthyroidism in pregnancy: focus on both maternal and foetal thyroid function, and caution against surgical thyroidectomy in pregnancy. *Eur J Endocrinol.* 2009;160(1):1-8. doi: 10.1530/EJE-08-0663
21. Alexander EK, Marqusee E, Lawrence J, Jarolim P, Fischer GA, Larsen PR. Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism. *N Engl J Med.* 2004;351(3):241-9. doi: 10.1056/NEJMoa040079
22. Lee SY, Pearce EN. Assessment and treatment of thyroid disorders in pregnancy and the postpartum period. *Nat Rev Endocrinol.* 2022;18(3):158-71. doi: 10.1038/s41574-021-00604-z
23. Paschke R, Niedziela M, Vaidya B, Persani L, Rapoport B, Leclere J. 2012 European Thyroid Association guidelines for the management of familial and persistent sporadic non-autoimmune hyperthyroidism caused by thyroid-stimulating hormone receptor germline mutations. *Eur Thyroid J.* 2012;1(3):142-7. doi: 10.1159/000342982
24. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. *Eur Thyroid J.* 2014;3(2):76-94. doi: 10.1159/000362597
25. Azizi F, Khoshniat M, Bahrainian M, Hedayati M. Thyroid function and intellectual development of infants nursed by mothers taking methimazole. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(9):3233-8. doi: 10.1210/jcem.85.9.6810
26. Gorman CA. Radioiodine and pregnancy. *Thyroid.* 1999;9(7):721-6. doi: 10.1089/thy.1999.9.721
27. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020
28. Shannon ME, Malecha SE, Cha AJ. Beta blockers and lactation: an update. *J Hum Lact.* 2000;16(3):240-5. doi: 10.1177/089033440001600313
29. Stagnaro-Green A. Approach to the patient with postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(2):334-42. doi: 10.1210/jc.2011-2576
30. Amino N, Arata N. Thyroid dysfunction following pregnancy and implications for breastfeeding. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2020;34(4):101438. doi: 10.1016/j.beem.2020.101438
31. Romney BM, Nickoloff EL, Esser PD, Alderson PO. Radionuclide administration to nursing mothers: mathematically derived guidelines. *Radiology.* 1986;160(2):549-54. doi: 10.1148/radiology.160.2.3726137

Como citar:

Maganha CA, Mattar R, Mesa Júnior CO, Marui S, Solha ST, Teixeira PF, et al. Rastreo, diagnóstico e manejo do hipertireoidismo na gestação. *Femina.* 2022;50(8):481-91.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Screening, diagnosis and management of hyperthyroidism in pregnancy", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(7):806-17.

Carlos Alberto Maganha

Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos, São José dos Campos, SP, Brasil.

Rosiane Mattar

Departamento de Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Cleo Otaviano Mesa Júnior

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Suemi Marui

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Sara Toassa Gomes Solha

Policlínica Municipal, Sorocaba, SP, Brasil.

Patrícia de Fátima dos Santos Teixeira

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Alberto Carlos Moreno Zaconeta

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Renato Teixeira Souza

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

Presidente:

Rosiane Mattar

Vice-presidente:

Alberto Carlos Moreno Zaconeta

Secretária:

Mylene Martins Lavado

Membros:

Maria Rita de Figueiredo Lemos Bortolotto

Fernanda Santos Grossi

Vera Therezinha Medeiros Borges

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi

Janete Vettorazzi

Carlos Alberto Maganha

Renato Teixeira Souza

Felipe Favorette Campanharo

Sara Toassa Gomes Solha

Arlley Cleverson Belo da Silva

Elton Carlos Ferreira

Departamento de Tiroide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)

Presidente:

Patrícia de Fátima dos Santos Teixeira (R)

Vice-presidente:

Danilo Glauco Pereira Villagelin Neto (SP)

Diretores:

Rafael Selbach Scheffel (RS)

Cléo Otaviano Mesa Júnior (PR)

Gláucia Maria Ferreira da Silva Mazeto (SP)

Maria Izabel Chiamolera (SP)

Helton Estrela Ramos (BA)

Alterações em exames citopatológicos realizados em Unidade Básica de Saúde: um estudo analítico transversal

Alterations in cytopathological tests performed in a Basic Health Unit: a cross-cutting analytical study

Amabile Andreetta¹, Taciana Rymsa^{1,2}, Clairton Tosetto¹, Marcos Túlio da Conceição Lessa^{1,3}

Descritores

Teste de Papanicolaou; Lesões intraepiteliais escamosas cervicais; Células escamosas atípicas; Lesões intraepiteliais escamosas; Medicina preventiva

Keywords

Papanicolaou test; Squamous intraepithelial lesions of the cervix; Atypical squamous cells of the cervix; Squamous intraepithelial lesions; Preventive medicine

Submetido:

13/04/2022

Aceito:

04/07/2022

1. Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil.
2. Universidade do Oeste Paulista, Cascavel, PR, Brasil.
3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Amabile Andreetta

Av. das Torres, 500, Loteamento Fag, 85806-095, Cascavel, PR, Brasil
amabileandreetta@gmail.com

Como citar:

Andreetta A, Rymsa T, Tosetto C, Lessa MT. Alterações em exames citopatológicos realizados em Unidade Básica de Saúde: um estudo analítico transversal. Femina. 2022;50(8):492-7.

RESUMO

Objetivo: Com o presente estudo, buscou-se verificar a quantidade de exames de colpocitologia oncótica coletados em Unidade Básica de Saúde (UBS) escolhida, determinar quantas e quais são as alterações encontradas nesses exames e quais foram as condutas e acompanhamentos realizados em pacientes com exames alterados. **Métodos:** Foram analisados 446 exames de colpocitologia oncótica realizados em uma UBS do centro-oeste do Paraná. As pacientes com exame alterado foram selecionadas e foi feita uma análise desses prontuários a fim de verificar a conduta e o acompanhamento dessas pacientes. **Resultados:** Foram encontrados 32 exames com alterações, sendo três de uma mesma paciente. Dessas 30 pacientes, a grande maioria correspondia a células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), possivelmente não neoplásicas, e 28 pacientes retornaram para receber uma conduta inicial, sendo principalmente o encaminhamento para a coleta de novo preventivo em seis meses ao serviço de oncologia clínica. **Conclusão:** O presente estudo concluiu que a hipótese principal foi verdadeira, a qual foi descrita como prevalência significativa de lesões intraepiteliais de alto grau, embora não seja a mais frequente, e descontinuidade por parte das pacientes que obtiveram esse resultado. Além disso, notou-se grande encaminhamento à atenção terciária, o que não é indicado pelo Ministério da Saúde.

ABSTRACT

Objective: With the present study, we sought to verify the amount of cytopathological tests collected in the chosen basic health unit, to determine how many and what are the alterations found in these tests and what were the conducts and follow-ups performed in patients with altered exams. **Methods:** We analyzed 446 preventive tests performed in a basic health unit in the Midwest of Paraná, and patients with altered examination were selected and an analysis of these medical records was made in order to verify the conduct and follow-up of the patients. **Results:** Thirty-two tests with alterations were performed, 3 of which were the same patient. Of these 30 patients, the vast majority corresponded to atypical cells of squamous meaning – possibly non-neoplastic (ASC-US), and 28 patients returned to receive an initial approach, mainly being referred to the collection of preventive new in 6 months and to the clinical oncology service. **Conclusion:** The present study concluded that the main hypothesis was true, which was described as a significant prevalence of high-grade

intraepithelial lesions (HSIL), although not the most frequent, and discontinuity on the part of the patients who obtained this result. In addition, there was a large referral to tertiary care, which is not indicated by the Ministry of Health.

INTRODUÇÃO

O exame citopatológico ou exame preventivo de Papanicolaou foi criado pelo patologista grego Georges Papanicolaou há pouco mais de 60 anos e corresponde a uma das conquistas mais significativas no rastreamento e prevenção do câncer na história. Apresenta, atualmente, grande importância na saúde pública, sendo aplicado amplamente na população geral.⁽¹⁾

O exame citológico de rastreamento do colo uterino é uma das histórias mais bem-sucedidas da medicina moderna. O exame de Papanicolaou detecta a maioria das neoplasias do colo uterino durante a, normalmente prolongada, fase pré-maligna ou nas fases iniciais ocultas do processo maligno, quando os resultados do tratamento são ideais.⁽²⁾

O exame preventivo, como o próprio nome diz, corresponde a um método de triagem, o qual auxilia na detecção precoce do câncer e de lesões pré-cancerosas do colo do útero. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os programas de triagem reduziram drasticamente as taxas de câncer de colo de útero em países de alta renda. Nos Estados Unidos da América (EUA), a mortalidade foi reduzida em 80% graças ao Papanicolaou e ao tratamento das lesões intraepiteliais pré-cancerosas de grau II ou mais (NIC II ou mais) identificadas por meio dele.⁽³⁻⁵⁾

Sabe-se que o câncer de colo uterino é uma doença cuja evolução é lenta, apresentando fases pré-invasivas, e, portanto, benigna. Dessa forma, o período de evolução de uma lesão cervical inicial para a forma invasiva e, por conseguinte, maligna é de aproximadamente 20 anos. Esse período relativamente longo permite ações preventivas eficientes para alterar o quadro evolutivo da doença. Sendo assim, reconhecer lesões pré-neoplásicas de forma inicial é extremamente importante para o acompanhamento e o tratamento, evitando que ela se torne uma lesão neoplásica.⁽⁶⁾

O sistema Bethesda, atualizado em 2001, definiu que o diagnóstico citológico tem necessidade de ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; precisa ser incluído o diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV, devido às evidências do envolvimento desse vírus na carcinogênese dessas lesões, e, assim, dividir as lesões em lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) e lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora. O documento do Instituto Nacional de Câncer (Inca), acerca da Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, explicita a divisão das atipias celulares em células atípicas de significado

indeterminado (glandulares e escamosas), dividindo-as, ainda, em alterações em células escamosas, podendo ser LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC I), HSIL (compreendendo NIC II e III) e HSIL (não podendo excluir microinvasão e carcinoma epidermoide invasor). No caso das células glandulares, estas podem ser classificadas em adenocarcinoma *in situ* (AIS) e adenocarcinoma invasor.^(4,6-8)

O mesmo sistema Bethesda também propõe incluir nos exames a microbiologia encontrada e a presença de alterações benignas, como metaplasias, inflamações e reparações. Em nosso estudo, então, focou-se em determinar as atipias celulares (excluindo-se as alterações benignas e microbiológicas) encontradas em exames dessa população, tendo como base que muitos exames citopatológicos haviam sido realizados nesse período na Unidade Básica de Saúde (UBS) escolhida e que poucos foram diagnosticados com câncer de colo de útero, tendo como alterações mais frequentes as determinadas por HSIL (NIC II e NIC III). Portanto, acreditávamos que, entre essas pacientes diagnosticadas com HSIL, poucas mantiveram a continuidade na UBS.^(4,6,8)

As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero indicam que a realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais amplamente adotada para o rastreamento do câncer de colo do útero, sendo assim, propõe-se, por meio deste estudo, verificar a quantidade de exames citopatológicos que são coletados em uma UBS escolhida no período de um ano e meio, determinar quais são as alterações nos exames citopatológicos que foram realizados nessa UBS em questão, determinar quantos exames citopatológicos obtiveram alguma alteração e, verificar, se possível, se as pacientes com exames citopatológicos alterados realizaram outros exames e, assim, avaliar a continuidade do tratamento/investigação.^(4,6)

O Ministério de Saúde, em conjunto com o Inca, recomenda que o início da coleta deve ser realizado aos 25 anos de idade em mulheres que já iniciaram a vida sexual, sendo evitados antes desse período, devido aos resultados de estudos que mostram ineficiência ou baixa eficiência do rastreamento em mulheres com menos de 25 anos, uma vez que estudos afirmam que o tratamento de lesões precursoras nessa faixa etária está associado a aumento nas morbidades obstétricas e neonatais.^(4,6)

De acordo com a diretriz proposta, recomenda-se que os exames sejam feitos de forma periódica dos 25 aos 64 anos, em mulheres que já iniciaram a vida sexual, sendo coletados de forma anual nos dois primeiros exames, e, se ambos forem negativos, seguir realizando a cada três anos. Nas pacientes com 64 anos e nenhum exame citopatológico realizado anteriormente, é indicada a sua realização e, em caso de dois exames negativos em um intervalo de um a três anos, a paciente pode ser dispensada de exames adicionais (Grau B de evidência). Dessa forma, este estudo também faz uma análise referente à

realização de exames preventivos fora do intervalo preconizado pelo Ministério de Saúde.^(4,6)

Além disso, o exame citopatológico é extremamente importante, não somente para detecção de lesões malignas correspondentes a câncer, mas, fundamentalmente, para a detecção de lesões pré-malignas. Dessa forma, são diversas alterações que se pode encontrar em uma lâmina correspondente ao Papanicolau.⁽²⁻⁴⁾

MÉTODOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do parecer de número 4.989.039, com autorização da Secretária Municipal de Saúde da Cidade de Cascavel, PR. A pesquisa foi realizada com a análise de prontuários e exames citopatológicos do colo uterino realizados em uma UBS da cidade de Cascavel, PR, no período de um ano e meio – janeiro de 2020 a julho de 2021.

Foram registrados 446 exames nesse período, na unidade de saúde descrita, os quais foram analisados, retirando-se informações quanto a idade, paridade, escolaridade e alterações existentes na colpocitologia oncótica das pacientes, sendo a grande maioria identificada como citopatológico normal com presença de inflamações cervicais. Os exames que apresentaram alterações descritas como atipias celulares em células atípicas de significado indeterminado (glandulares e escamosas – ASC e AGC), LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC grau I) e HSIL (compreendendo NIC graus II e III) foram registrados em tabela de Excel para posterior análise em prontuário médico para observar a continuidade do caso, a fim de verificar se a paciente retornou ao atendimento médico na UBS para acompanhamento e avaliação de condutas referentes ao seu quadro, se foi encaminhada para serviço terciário, se realizou novos exames ou não compareceu à consulta.

Com isso, foram verificadas 32 lâminas alteradas em um período de um ano e meio, sendo três correspondentes à mesma paciente. Todos os dados pertinentes à continuidade do caso foram registrados em tabela, sendo catalogado cada caso específico, e serão debatidos posteriormente.

RESULTADOS

A tabela 1 demonstra o perfil dos exames analisados. Da totalidade dos exames mostrados, 32 apresentavam alterações, sendo três correspondentes à mesma paciente.

A figura 1 apresenta as alterações encontradas nas lâminas analisadas. Dos resultados obtidos relacionados aos exames alterados, 12 (37,5%) corresponderam a células atípicas de significado indeterminado escamosas (ASC-US), possivelmente não neoplásicas, 8 (25%) relacionaram-se a atipias em células escamosas – LSIL –, compreendendo o efeito citopático pelo HPV e neoplasia

Tabela 1. Perfil dos exames analisados, levando em consideração a característica x quantidade de exames

Exames	n (%)
Exames analisados	446 (100)
Exames de pacientes com idade de 25 a 64 anos	384 (86,04)
Exames de pacientes < 25 anos e > 64 anos	62 (13,9)
Exames alterados	32 (7,17)
Quantidade de pacientes com exames alterados	30 (6,72)

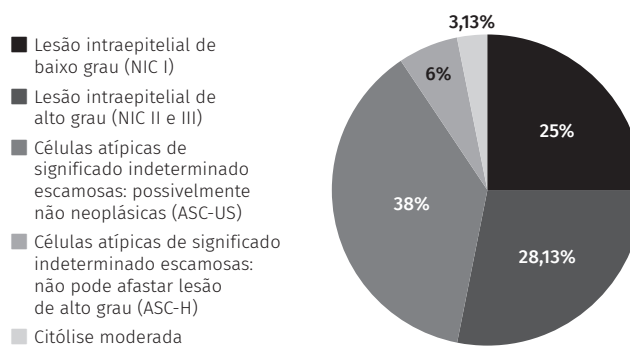


Figura 1. Alterações encontradas nos exames citopatológicos

intraepitelial cervical de grau I (NIC I), 9 (28,13%) corresponderam a atipias em células escamosas – HSIL –, compreendendo NIC II e NIC III e 2 (6%) representaram células atípicas de significado indeterminado escamosas, não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H).

A tabela 2 traz informações referente às pacientes que apresentaram alterações em seus exames, levando em consideração idade, paridade e escolaridade. Nela, podemos verificar grande diversidade de graus de escolaridade, com ensino médio incompleto e completo representando a maior parte das pacientes. Em relação à paridade, nota-se uma frequência significativa de pacientes múltiparas – nove pacientes apresentaram duas a três gestações e cinco pacientes, mais de três gestações. Além disso, em relação à idade das pacientes, podemos notar que seis pacientes estão fora do intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo uma após os 64 anos, e o restante com menos de 24 anos de idade. Pode-se verificar, também, que as mulheres na faixa etária dos 24 aos 34 anos são as mais frequentes neste estudo.

Para exposição referente à continuidade das pacientes que retornaram à consulta, os dados foram organizados conforme a tabela 3.

Quando se trata da continuidade, verificou-se que duas pacientes não retornaram à UBS para acompanhamento; uma delas apresentava atipia em células escamosas por lesão de baixo grau e a outra apresentava citólise moderada, sendo indicada nova realização de preventivo em seis meses.

Tabela 2. Informações sobre pacientes que apresentaram alterações em seus exames

Variáveis	n (%)
Escolaridade	
Analfabeta	1 (3,33)
Alfabetizada	4 (13,33)
Ensino fundamental incompleto (1ª a 4ª série)	1 (3,33)
Ensino fundamental incompleto (5ª a 8ª série)	5 (16,67)
Ensino fundamental completo	3 (10)
Ensino médio incompleto	7 (23,33)
Ensino médio completo	8 (26,67)
Não informado em cadastro	1 (3,33)
Paridade	
Nuligesta	4 (13,33)
Primigesta	6 (20)
2-3 gestações	9 (30)
>3 gestações	5 (16,67)
Sem informação em prontuário	2 (6,67)
Idade	
18 anos	2 (6,67)
Entre 19 e 23 anos	3 (10)
Entre 24 e 34 anos	8 (26,67)
Entre 35 e 44 anos	4 (13,33)
Entre 45 e 54 anos	6 (20)
Entre 55 e 64 anos	6 (20)
Acima de 64 anos	1 (3,33)

Das pacientes que retornaram, 12(42,86) apresentaram alteração com presença de células atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), 9(32,14) tiveram a presença de HSIL, 6(21,43) dos exames indicaram LSIL, seguido de uma paciente que apresentou alteração do tipo ASC-H, na qual não se pode afastar lesão de alto grau, correspondendo a 3,57% das pacientes. Dessas, seis apresentavam exames anteriores com alterações, sendo uma delas com idade de 23 anos.

Analisando cada situação em específico, observou-se que, das pacientes com alterações do tipo ASC-US,

7(58,33) foram aconselhadas a retornar em seis meses para a coleta de novo preventivo, 3(25) foram encaminhadas para a oncologia clínica, uma paciente foi encaminhada para a realização de colposcopia e outra para a realização de ultrassonografia pélvica. Em relação às pacientes com resultados do tipo células atípicas indicando lesões de baixo grau, observou-se que três dessas pacientes (42,86%) foram aconselhadas a repetir o exame em seis meses, outras três pacientes foram encaminhadas para a oncologia clínica e apenas uma paciente, correspondendo a 14,28%, foi encaminhada para colposcopia. Por outro lado, entre as pacientes que tiveram na sua colpocitologia oncótica o resultado de lesão de alto grau, 5 (45,45%) foram encaminhadas para a colposcopia e as demais (4 pacientes) foram encaminhadas para o serviço de oncologia clínica.

Das 28 pacientes que foram à primeira consulta após alteração no preventivo e receberam uma conduta inicial, apenas 13 retornaram para a unidade de saúde no período estudado. Dessas, 78% haviam retornado com resultado de novo preventivo, o que corresponde a seis pacientes, 4(52) haviam sido encaminhadas para colposcopia em um centro especializado e 3(39) retornaram com resultados obtidos por meio de exames realizados com o oncologista. Quanto aos resultados encontrados nos prontuários, 5(38,46) foram negativos para malignidade, 3(23,08) indicaram lesões de baixo grau por meio de citologia e apenas 1(7,69) apresentou lesões de alto grau, também por meio da citologia. A paciente que apresentou lesão de alto grau foi encaminhada para a oncologia clínica, e ainda não foram obtidos resultados desse encaminhamento. As pacientes que apresentaram lesões de baixo grau tiveram encaminhamentos distintos; uma delas foi encaminhada para novo preventivo, cujo resultado foi lesões de alto grau, e, posteriormente, para a oncologia clínica; para outra, foi indicada a histerectomia, pois ela apresentava miomas intramurais, e também foi encaminhada para ultrassonografia transvaginal, sem indicação reportada em prontuário.

Ainda sobre as 28 pacientes, mais da metade (15 pacientes) não retornou à unidade de saúde após a conduta inicial. Dessas, sete haviam sido encaminhadas para a oncologia clínica, o que corresponde a 46,66% das pacientes; quatro deveriam retornar para nova coleta de preventivo em seis meses (26,6%); três haviam sido direcionadas para a colposcopia (20%); e uma foi encaminhada para a ultrassonografia pélvica. Dessa forma, deixou-se de acompanhar seis pacientes com alteração

Tabela 3. Quantidade das pacientes que retornaram à consulta, organizadas conforme alterações e conduta inicial

	Novo preventivo em 6 meses	Colposcopia	Ultrassonografia Pélvica	Serviço de oncologia clínica
ASC-US	7	1	1	3
Lesão intraepitelial de baixo grau	3	1	0	3
Lesão intraepitelial de alto grau	0	5	0	4

do tipo HSIL, cinco pacientes com alterações do tipo ASC-US, três pacientes com presença de lesões de baixo grau e uma paciente com presença de ASC-H.

A figura 2 apresenta o resultado posterior à conduta inicial, em que apenas 13(43,3) retornaram à unidade de saúde no período estudado. Dessas, 6(78) haviam retornado com resultado de novo preventivo, 4(52) haviam sido encaminhadas para colposcopia em um centro especializado e 3(39) retornaram com resultados obtidos por meio de exames realizados com o oncologista.

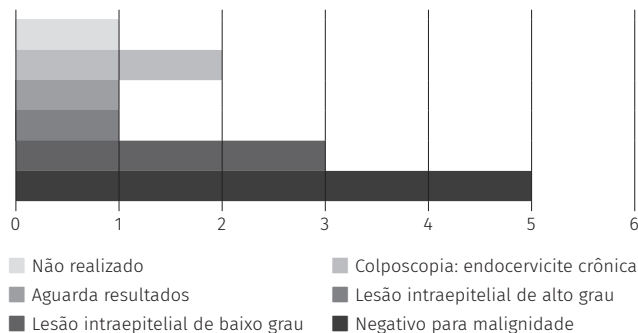


Figura 2. Refere-se aos resultados encontrados após a conduta inicial

DISCUSSÃO

No presente estudo, demonstrou-se uma frequência de 32(7,17) de exames alterados no período estudado. Em relação à idade das pacientes, foi encontrada prevalência de 24 a 34 anos (26,67% – oito pacientes), o que concorda com a maioria dos estudos pesquisados, principalmente o realizado por Fredrich e Renner⁽⁹⁾ no Rio Grande do Sul, que obteve esse mesmo resultado e ressalta a necessidade de preconizar os exames a mulheres de 25 a 64 anos, conforme indicação do Ministério da Saúde. Ao contrário, o estudo feito por Rocha *et al.*⁽¹⁰⁾ no Pará obteve a faixa etária dos 40 aos 49 anos com maior prevalência de alterações.^(9,10)

Além disso, nesse mesmo estudo realizado no Rio Grande do Sul, as autoras verificaram a prevalência de alterações em pacientes multíparas, assim como no presente estudo, em que a grande maioria das pacientes apresenta mais de duas gestações prévias, concordando, também, com a pesquisa realizada no norte do Paraná, por Medeiros *et al.*,⁽¹¹⁾ em que, das 42 mulheres que tinham filhos (64,6), 39 (92,9) eram multíparas.^(9,10)

Ao se tratar de escolaridade, a maioria das pacientes tinha ensino médio completo, seguido de ensino médio incompleto e ensino fundamental incompleto, não sendo possível fazer relação entre escolaridade e incidência de alterações nesses exames.

O Ministério da Saúde e o Inca⁽¹²⁾ recomendam que, em caso de células atípicas indeterminadas, possivelmente não neoplásicas, seja realizada nova coleta de

preventivo em seis meses, para pacientes com mais de 30 anos, e em 12 meses, para pacientes com menos de 30 anos. Em casos de novos resultados anormais, a paciente deverá ser encaminhada a colposcopia e biópsia; em casos de lesão intraepitelial ou câncer, deve ser feita a conduta específica.⁽⁶⁾

Além disso, a recomendação para LSIL é de que, para mulheres com mais de 25 anos, seja realizado novo preventivo em seis meses; se ele mantiver atipia citológica, a paciente é encaminhada à colposcopia, seguida de biópsia e, por fim, conduta específica para câncer, NIC II ou NIC III. Ainda, explicita que, se houver algum exame normal, deverá ser repetido o preventivo no período de seis meses. A paciente só receberá alta após a persistência de normalidade em dois exames consecutivos, voltando à rotina de preventivo conforme a normalidade. Na maioria das instituições, é feito acompanhamento anual.^(4,6)

Ao se tratar de HSIL, os departamentos recomendam que a paciente seja encaminhada à colposcopia no primeiro momento, seguindo para nova análise de lâmina (em caso de normalidade na colposcopia), biópsia ou excisão, conforme o tipo de zona de transformação.^(4,6)

Fazendo um comparativo em relação às principais atipias encontradas, no presente estudo, obteve-se a prevalência de ASC-US, possivelmente não neoplásicas – 12(37,5) –, seguidas de atipias em células escamosas – HSIL, compreendendo NIC II e NIC III – 9(28,13) – e LSIL, compreendendo NIC I – 8(25). A prevalência de alterações do tipo ASC-US, possivelmente não neoplásicas, concorda com a maioria dos estudos, com exceção de estudo realizado no norte do Paraná por Melo *et al.*,⁽¹³⁾ que teve como principal alteração as LSIL, as quais compreendem NIC I, seguidas de HSIL, compreendendo NIC II. Em relação à segunda e à terceira maiores prevalências encontradas, nosso estudo diverge dos estudos realizados no Rio Grande do Sul, Pará, Minas Gerais e Rio Grande do Norte, em que se tem como segunda maior prevalência as alterações de baixo grau, seguidas das alterações de alto grau.^(3,9,10,12,13)

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a quantidade de exames alterados encontrados obedece à grande maioria dos estudos realizados em diversas regiões do país, assim como a frequência da principal alteração encontrada, diferenciando-se, apenas, na segunda e terceira alteração mais frequente nos demais estudos, em que se tem a ordem baixo grau, seguido por alto grau, sendo a ordem inversa em nosso estudo. Além disso, o presente estudo corrobora a hipótese principal, de que não há muitos diagnósticos de câncer de colo de útero, mas, em contrapartida, as HSIL apresentam frequência significativa, tendo também a maior taxa de não acompanhamento do tratamento, o que confirma também a hipótese principal. Ademais, concluiu-se que muitas

pacientes não tiveram seu acompanhamento conforme o Ministério da Saúde recomenda, sendo muitas encaminhadas para a atenção terciária, o que pode ter prejudicado um diagnóstico rápido e eficiente, conforme preconizado.

REFERÊNCIAS

1. Smith ER, George SH, Kobetz E, Xu XX. New biological research and understanding of Papanicolaou's test. *Diagn Cytopathol.* 2018;46(6):507-15. doi: 10.1002/dc.23941
2. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Ginecologia de Willi-ams.* 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2014. Câncer de colo uterino; p. 769-93.
3. Guimarães JV, Salge AK, Oliveira FA, Lino Júnior RS, Castro EC, Reis MA, et al. Frequência de alterações cérvico-vaginais em mulheres submetidas ao exame citopatológico. *Rev Eletrônica Enferm.* 2007;9(3):815-20.
4. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: WHO; 2013.
5. Montz FJ, Monk BJ, Fowler M, Nguyen L. Natural history of the minimally abnormal Papanicolaou Smear. *Obstet Gynecol.* 1992;80(3 Pt 1):385-8.
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). 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: Inca; 2016.
7. Derchain SF, Sarian LO, Naud P, Roteli-Martins C, Longatto-Filho A, Tatti S, et al. Safety of screening with human papillomavirus testing for cervical cancer at three-year intervals in a high-risk population: experience from the LAMS study. *J Med Shistcreen.* 2008;15(2):97-104. doi: 10.1258/jms.2008.007061
8. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. 3ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
9. Fredrich EK, Renner JD. Alterações citopatológicas em exames de Papanicolaou na cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *J Bras Patol Med Lab.* 2019;55(3):252-7. doi:10.5935/1676-2444.20190023
10. Rocha SM, Bahia MO, Rocha CA. Perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na Casa da Mulher, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde.* 2016;7(3):51-5. doi:10.5123/s2176-62232016000300006
11. Medeiros VC, Medeiros RC, Moraes LM, Menezes Filho JB, Ramos ES, Saturnino AC. [Uterine cervix cancer: analysis of epidemiological and cytopathological in the state of Rio Grande do Norte]. *Rev Bras Anal Clin.* 2005;37(4):227-31. Portuguese.
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Neoplasia intra-epitelial cervical. *Rev Bras Cancerol.* 2000;46(4):355-7.
13. Melo SC, Prates L, Carvalho MD, Marcon SS, Pelloso SM. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(4):602-8. doi: 10.1590/S1983-14472009000400004

Atendimento de urgência de mulheres grávidas em decorrência de violência sexual: características e tendências observadas em 20 anos

Emergency care for women due to sexual assault: characteristics and tendency observed for 20 years

Jefferson Drezett^{1,2}, Maria Madalena de Souza Matos Torres¹, Renato de Oliveira¹, Caio Parente Barbosa¹

Descritores

Delitos sexuais; Aborto legal; Violência contra a mulher; Anticoncepção pós-coito; Serviços médicos de emergência

Keywords

Sex offenses; Legal abortion; Violence against women; Postcoital contraception; Emergency medical services

Submetido:

22/07/2021

Aceito:

01/12/2021

1. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.
2. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Renato de Oliveira
oliveiraxl@hotmail.com

Como citar:

Drezett J, Torres MM, Oliveira R, Barbosa CP. Atendimento de urgência de mulheres grávidas em decorrência de violência sexual: características e tendências observadas em 20 anos. Femina. 2022;50(8):498-504.

RESUMO

Objetivo: O atendimento médico de urgência (AMU) é fundamental na prevenção e na redução de agravos da violência sexual (VS), como o uso de anticoncepção de emergência (AE). O objetivo deste estudo é analisar 20 anos de AMU após VS entre gestantes decorrente de estupro. **Métodos:** Estudo transversal com 2.816 mulheres entre 1999 e 2018. Considerou-se buscar ou não AMU após a VS e dados sociodemográficos. Analisou-se por dispersão de dados e curva exponencial de tendência. **Resultados:** O AMU ocorreu em 188 casos (6,7%). Neste grupo, não se prescreveu AE em 31 (16,5%) mulheres. Não houve diferença significativa nos dados sociodemográficos. Os extremos de variação dos percentuais para quem buscou AMU foram de 16,1%, em 1999, e de 2%, em 2010, com queda da linha de tendência exponencial ($R^2 = 0,4667$). **Conclusão:** Não houve associação com características sociodemográficas e a queda expressiva dos percentuais de gestações sugere, indiretamente, melhora da eficácia dos serviços de saúde em prover a AE.

ABSTRACT

Objective: Emergency medical care (EMC) is essential in the prevention and reduction of sexual assault (SA), including the use of emergency contraception (EC). The aim of this study is to analyze 20 years of EMC after SA in pregnant women due to rape. **Methods:** Cross-sectional study with 2,816 women between 1999 and 2018. It was considered to seek or not EMC after SA and sociodemographic data. Statistical analysis was performed by data dispersion and exponential trend curve. **Results:** EMC occurred in 188 cases (6.7%). In this group, EC was not prescribed in 31 (16.5%). There was no significant difference in sociodemographic data. The extremes of percentage variation for those seeking EMC were 16.1% in 1999, and 2% in 2010, with a drop in the exponential trend line ($R^2 = 0.4667$). **Conclusion:** There was no association with sociodemographic characteristics and the significant drop in the percentage of pregnancies indirectly suggests an improvement in the effectiveness of health services in providing EC.

INTRODUÇÃO

A 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, reiterou que a violência de gênero constitui obstáculo para que se alcance a igualdade, o desenvolvimento e a paz. As mulheres devem decidir livremente sobre sua fertilidade e sexualidade, sem coerção, discriminação ou violência.⁽¹⁾ Define-se violência sexual (VS) como qualquer ato de natureza sexual sem o consentimento da vítima, podendo ser tentado ou consumado por meio coercitivo ou intimidatório, utilizando a ameaça, o temor psicológico, a agressão física ou o emprego de armas.⁽²⁾

Essa forma particular de violência coloca a mulher em situação de maior vulnerabilidade para experimentar diferentes danos e agravos para a sua saúde. Desde 2009, a Legislação Penal Brasileira tipifica as situações de VS como Crimes Contra a Dignidade Sexual. Os casos que recorrem aos serviços de saúde envolvem, principalmente, o estupro, artigo 213, que estabelece como crime o ato sexual sem consentimento, em que o agressor empregue a violência ou a grave ameaça, e o estupro de vulnerável, artigo 217-A, que criminaliza atos sexuais contra menores de 14 anos ou pessoas que não possam oferecer resistência ou livre consentimento ao agressor. Até 2009, os crimes sexuais eram classificados como Crimes Contra os Costumes, refletindo perspectivas fundamentalmente patriarcais e desalinhadas com os princípios de direitos humanos.⁽³⁾

As atualizações no entendimento jurídico sobre o crime sexual (CS) contrastam com a legislação punitiva e fortemente restritiva em relação ao abortamento, inalterada desde 1940. Os poucos permissivos legais encontram-se no artigo 128 do Código Penal e incluem a interrupção da gravidez para evitar a morte da gestante e o abortamento quando a gravidez resulta de CS.⁽³⁾ Outra situação em que o abortamento se encontra assegurado deriva do julgamento do Supremo Tribunal Federal (STF), em 2012, que decidiu por sua não punibilidade em casos de anencefalia.⁽⁴⁾

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) publicou a primeira normativa técnica com as bases operacionais da política de atendimento para situações de VS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo procedimentos ético-legais e práticas apropriadas para a interrupção segura e humanizada da gravidez.⁽³⁾

As sucessivas edições da normativa ampliaram e aprimoraram as ações relacionadas com a VS e recomendaram que mulheres nessas situações buscassem, primariamente e de forma imediata, o atendimento em saúde sem necessidade prévia de comunicação policial, do exame médico-legal ou de procedimento judicial contra o agressor.⁽³⁾

Essa política nacional de saúde gerou grande expectativa sobre a crescente e sustentada implantação de serviços públicos organizados e capacitados para atender pessoas em situação de VS. No entanto, após quase 20 anos, constata-se que a gestão, a estruturação e a continuidade desses serviços enfrentam obstáculos ainda não

equacionados pelo poder público, refletindo em uma oferta insuficiente, descontínua e irregularmente distribuída dos serviços de saúde.^(4,5) Essas dificuldades se asseveram quando a mulher decide interromper a gravidez decorrente da VS, com pouca oportunidade de encontrar serviços públicos de saúde que garantam atendimento.⁽⁶⁾

Limitações na qualidade da assistência podem interferir negativamente no acesso das mulheres à anticoncepção de emergência (AE), fundamental para a profilaxia da gravidez decorrente da VS e, conseqüentemente, para reduzir a necessidade de realizar o abortamento.⁽⁷⁾ Embora se mostre crescente o conhecimento sobre as características dos serviços de saúde que oferecem atendimento para situações de violência, há pouca informação sobre as mulheres que recorrem ao atendimento médico de urgência (AMU) e o impacto da AE. Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar o histórico de busca por AMU após VS de mulheres que engravidaram após estupro durante um período de 20 anos em um serviço público de referência.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal com amostra de conveniência de mulheres atendidas com gravidez decorrente de VS e solicitação de abortamento legal no Hospital Pérola Byington, São Paulo, Brasil, entre agosto de 1999 e dezembro de 2018.

As gestantes foram distribuídas em dois grupos conforme a declaração de terem ou não buscado AMU após o CS. O prazo de 72 horas após a VS foi adotado entre 1999 e 2004, conforme a primeira edição da normativa do MS, e de 120 horas, entre 2005 e 2018, conforme a segunda edição da normativa do MS.⁽³⁾ A VS foi caracterizada pela narrativa feminina ou de seu representante legal, consistente com os artigos 213 ou 217-A do Código Penal.⁽³⁾ Foram excluídos casos com narrativas que não caracterizaram CS, falsas alegações de VS e declaração de cor da pele ou etnia amarela ou indígena, pelo restrito número de casos.

Como variável dependente, considerou-se buscar ou não AMU após a VS. Para os aspectos sociodemográficos, consideraram-se as variáveis idade, escolaridade, cor da pele, estado civil, religião e ocupação. O CS foi caracterizado por uso de violência física, tipificação do agressor, idade gestacional e uso da AE.

Utilizou-se distribuição de frequência para variáveis categóricas e média e desvio-padrão para as variáveis numéricas. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Person para associar a variável dependente com as demais e para razão de chances (*odds ratio*) com $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. A distribuição anual dos percentuais de mulheres que buscaram AMU utilizou curva de dispersão exponencial ($y = 3E+54e^{-0,061x}$). Os dados foram analisados por *software* Epi Info, versão 7.2.3.1.

Esta é uma pesquisa integrante de um estudo maior aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro

Universitário São Francisco de Barreiras, sob Parecer nº 3.668.297 (29/10/2019). Observaram-se as Resoluções nº 196/1996 e nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

Foram identificadas 2.951 solicitações de abortamento legal decorrentes de VS. Excluímos 103 casos entre 1994 e 1998: 13 casos pela não caracterização do CS, 9 casos de autodeclaração de cor amarela e 5 casos de indígenas, e 5 casos por falsa alegação de CS. Os 2.816 casos foram divididos em 188 mulheres (6,7%) que buscaram AMU e 2.628 mulheres (93,3%) que não o buscaram. As características sociodemográficas das mulheres e da VS encontram-se na tabela 1.

No grupo que realizou AMU, a idade das gestantes variou entre 10 e 42 anos, com média de $22,9 \pm 6,6$ anos.

No grupo que não buscou AMU, a idade variou entre 10 e 47 anos, com média de $24,7 \pm 7,6$ anos. Adolescentes (10-19 anos) corresponderam a 63 casos (33,5%) no grupo que buscou AMU e a 742 casos (28,2%) no grupo que não recorreu a ele ($p = 0,121$). A idade gestacional variou entre 4 e 12 semanas, com média de $10,4 \pm 1,9$ semanas no grupo que realizou o AMU. No grupo que não buscou AMU, a idade gestacional variou de 4 a 37 semanas, com média $12,5 \pm 5,4$ semanas. Entre as mulheres que buscaram o AMU, 31 casos (16,5%) declararam que não foi prescrita a AE. No grupo que não buscou por AMU, encontramos 504 mulheres (19,2%) que fizeram uso da AE sem prescrição médica. Esses casos foram caracterizados como falha do método contraceptivo. Entre as mulheres que buscaram AMU em relação ao total de casos atendidos, houve variação de 16,1%, em 1999, para 2%, em 2010. Na figura 1, encontram-se a linha de tendência exponencial e a dispersão da distribuição anual dos percentuais encontrados ($R^2 = 0,4667$).

Tabela 1. Características sociodemográficas e da violência sexual de mulheres com gravidez decorrente de violência sexual segundo busca ou não de atendimento de emergência após o crime sexual

	Busca por atendimento de urgência			OR (IC 95%)	p-value*
	Sim (n = 188) n (%)	Não (n = 2.628) n (%)	Total (n = 2.816) n (%)		
Cor da pele/etnia					
Branca	90 (47,9)	1.366 (52,0)	1.456 (51,7)	0,84 (0,63-1,14)	0,276
Negra	98 (52,1)	1.262 (48,0)	1.360 (48,3)		
Escolaridade					
<9 anos	44 (23,4)	588 (22,4)	632(22,4)	1,06 (0,74-1,50)	0,753
≥9 anos	144 (76,6)	2040 (77,6)	2184(77,6)		
Situação de união					
Sim	38 (20,2)	456 (17,3)	494 (17,6)	1,20 (0,83-1,74)	0,319
Não	150 (79,8)	2.172 (82,6)	2.322 (82,4)		
Declaração de religião					
Sim	156 (83,0)	2.104 (80,1)	2.260 (80,2)	1,21 (0,82-1,79)	0,331
Não	32 (17,0)	524 (19,9)	556 (19,8)		
Ocupação/trabalho					
Sim	125 (66,5)	1.854 (70,5)	1.979 (70,3)	0,82 (0,60-1,13)	0,239
Não	63 (33,5)	774 (29,5)	837 (29,7)		
Violência física					
Sim	24 (12,8)	485 (18,4)	509 (18,0)	0,64 (0,41-1,00)	0,050
Não	164 (87,2)	2.143 (81,6)	2.307 (82,0)		
Local da abordagem					
Espaço público	156 (83,0)	2.042 (77,7)	2.198 (78,0)	1,39 (0,94-2,06)	0,091
Espaço doméstico	32 (17,0)	586 (22,3)	618 (22,0)		
Tipo de agressor					
Desconhecido	135 (71,8)	1.724 (65,6)	1.859 (66,0)	1,33 (0,96-1,85)	0,082
Conhecido	53 (28,2)	904 (34,4)	957 (34,0)		

* Qui-quadrado de Person. OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

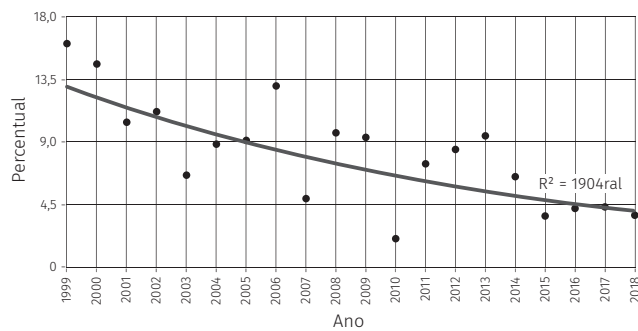


Figura 1. Dispersão e linha de tendência exponencial dos percentuais anuais de gestantes que buscaram atendimento médico de emergência após violência sexual em relação ao total de gestantes atendidas

DISCUSSÃO

Neste estudo, nenhuma das variáveis analisadas mostrou diferença significativa, refutando diferentes hipóteses que poderiam se associar com a variação da busca por AMU após o CS. As médias de idade nos dois grupos não divergiram das pesquisas que reportam mulheres jovens como as vítimas mais frequentes da VS praticada por agressores desconhecidos em grandes centros urbanos.⁽⁵⁾ No Brasil, o Mapa da Violência de 2015 mostrou que a prevalência de VS é maior entre adolescentes de 12 a 17 anos, alcançando 24,3% dos casos.⁽⁶⁾ Em Santa Catarina, a idade de 10 e 14 anos apresentou chance três vezes maior de gravidez decorrente de VS.⁽⁹⁾

Em nossos resultados, a maioria apresentou tempo mínimo de nove anos de escolaridade, compatível com o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, de 2018, no qual o Brasil apresentou um aumento na média de escolaridade de 7,2 anos, em 2010, para 7,8 anos, em 2018.⁽¹⁰⁾ Porém, não há um consenso sobre esse tópico, uma vez que a baixa escolaridade já foi associada com CS praticado tanto por desconhecidos^(5,11) quanto pelo parceiro íntimo no Brasil,⁽¹²⁾ semelhante ao que ocorre no Zimbábue e na Índia.^(12,13)

Dados censitários de 2016 indicam que 47,7% das brasileiras se autodeclararam brancas,⁽¹⁴⁾ o que é compatível com pesquisas com mulheres em situação de VS que buscaram AMU público.^(5,11,15) Nesse aspecto, nossos resultados divergiram dos de um estudo baseado nos dados do Sistema de Vigilância de Acidentes, no qual 70% das mulheres reportaram cor preta, reiterando a etnia como elemento que perpassa a violência e os conflitos de gênero.⁽¹⁶⁾ Mesmo o feminicídio, manifestação extrema da violência de gênero, atinge de forma mais contundente mulheres brasileiras pretas, com 5,6/100.000 assassinatos, ao passo que, em mulheres brancas, essa taxa é 3,2/100.000 assassinatos.⁽¹⁷⁾

A condição de não união no momento do CS predominou nos grupos estudados e está congruente com publicações brasileiras.⁽⁵⁻¹¹⁾ Aventa-se o fato de haver maior prevalência de VS entre mulheres mais jovens.

Ter parceiro íntimo e seu eventual apoio foi irrelevante em nosso estudo.

Práticas e vivências religiosas também podem ser relacionadas com diferentes prevalências e níveis de violência contra a mulher, particularmente no âmbito doméstico. Mulheres evangélicas brasileiras sofrem mais violência física e psicológica dentro do casamento do que as católicas.⁽¹⁵⁾ Na Índia, mulheres cristãs possuem menor risco de sofrer violência pelo parceiro íntimo.⁽¹²⁾

Em nossos resultados, a maioria das participantes declarou ter alguma religião, o que indica que isso não limitou o abortamento. Entretanto, o viés de seleção pelas mulheres primariamente decididas em interromper a gravidez após VS limitou uma avaliação ampliada. Em um estudo com servidoras públicas brasileiras com gravidez não planejada, 30%, aproximadamente, não realizaram o abortamento por convicções religiosas.⁽¹⁸⁾

A violência também atinge com maior frequência mulheres sem trabalho formal ou ocupação, inserindo-se o fenômeno dentro de uma perspectiva de estratificação social.⁽¹⁶⁾ Embora as restrições econômicas aumentem a vulnerabilidade feminina, no presente estudo, quase 70% declararam ter ocupação formal ou informal, porém sem estabelecer a renda pessoal ou familiar, o que impediu uma análise mais detalhada.

Dados brasileiros do Mapa da Violência de 2015 mostraram que casos de VS prevalecem no espaço privado e doméstico, representando 71,9% das ocorrências.⁽⁸⁾ Diferentemente, identificamos quase 80% dos atendimentos decorrentes de espaços públicos. Isso pode se relacionar com as características das usuárias que recorreram ao Hospital Pérola Byington, sendo a maioria violentada por desconhecidos em espaços públicos durante atividades cotidianas, compatível com outros estudos.^(5,11)

A trajetória ou rota crítica das mulheres brasileiras que sofrem CS indica que a maioria não busca por AMU nem o comunicam para as autoridades de segurança pública.^(5,15) No presente estudo, o emprego da força física isoladamente ocorreu na minoria dos casos (18%), sem relevância na busca de AMU, diferente do estudo de Facuri *et al.*,⁽¹¹⁾ que encontrou uso da violência física em 50,2% em CS.

A proximidade com o agressor poderia se relacionar com a recusa ao acesso aos procedimentos e cuidados, tornando-as mais sujeitas ao constrangimento, à intimidação ou à percepção de grave ameaça.^(5,19) Outra possibilidade consiste na cultura patriarcal tolerante com a violência e com a possível desmobilização feminina, reduzindo a percepção dos seus direitos.^(5,19) As desigualdades de gênero tanto naturalizam como invisibilizam a violência contra a mulher, tornando implícita a ideia de algo inevitável, subalternidade ocupada socialmente pelo feminino.⁽²⁰⁾

No mesmo sentido, o trauma e os danos emocionais podem interferir negativamente no reconhecimento dos riscos para a saúde a que estão expostas.^(7,20) Há ainda

a possibilidade de temor sobre um tratamento inquisitório ou julgador,⁽⁵⁾ falta de atendimento respeitoso e humanizado⁽⁵⁾ ou revelação à polícia contra seu desejo, colocando-as em risco.⁽⁶⁾ Adicionalmente, há possível descrença em respostas adequadas das instituições públicas para seus atendimentos e direitos.⁽²¹⁾

As graves ameaças contra a mulher, incluindo a promessa de morte, são descritas como frequente recurso intimidatório do agressor desconhecido para praticar a VS, tanto para inibir a resistência da vítima quanto para obter o seu silêncio, reduzindo a possibilidade de serem identificados e responsabilizados.⁽⁵⁾ Quando o perpetrador é o parceiro íntimo, registros brasileiros revelam agressão física e espancamento em 70,9% dos casos.⁽¹⁶⁾

Considera-se que a integração entre os serviços de saúde e da segurança pública seja essencial para garantir a integralidade, a qualidade e a resolutividade no atendimento de mulheres que sofrem CS.⁽²²⁾ No Brasil, constata-se expressivo crescimento dos registros oficiais de violência contra a mulher, maior comunicação para a polícia e maior busca pelo exame médico-legal após a implantação da Lei Maria da Penha.^(11,22) Essa participação de atores da segurança pública e de operadores do direito parece ser maior quando os casos envolvem adolescentes grávidas em decorrência de relação incestuosa.⁽¹⁹⁾

No Brasil, Facuri *et al.*⁽¹¹⁾ reportaram aumento significativo do AMU nas primeiras 24 horas da VS, quando se comparam os períodos entre 2006 e 2008 a 2009 e 2010. Contudo, há limitada capacitação dos serviços públicos de saúde em relação ao fenômeno. No campo da violência de gênero, os gestores brasileiros da saúde ainda se mostram fortemente influenciados por estruturas e crenças vigentes. Poucos compreendem seu papel no enfrentamento da violência contra a mulher, frequentemente desconhecem as legislações sobre o tema e, geralmente, não estão familiarizados com os protocolos e normativas técnicas de assistência em saúde.⁽²³⁾ Persistem concepções equivocadas e limitadas de que a VS não atende ao escopo da saúde, o que desfavorece o acolhimento e as intervenções necessárias para as mulheres.⁽⁶⁾

Isso poderia refletir no acesso das mulheres às medidas de profilaxia e de proteção à saúde, particularmente a AE. Na Zâmbia, poucas instalações de saúde estavam adequadamente preparadas para abordar casos de VS e apenas 16% garantiam a profilaxia para HIV e AE.⁽²⁴⁾ Nos EUA, padrões e práticas de médicos de emergência de Maryland, Virgínia e Columbia mostram que, apesar de 83% prescreverem AE, metade restringe, equivocadamente, a prescrição até 48 horas da VS.⁽²⁵⁾ Em populações em situação de vulnerabilidade, como na fronteira entre a Tailândia e a Birmânia, atribuiu-se o baixo uso de AE a barreiras estruturais e à falta de protocolos de saúde reprodutiva baseados em evidências.⁽²⁶⁾ No Brasil, há prescrição de AE em 72,7% dos atendimentos.⁽¹¹⁾

A adoção e a acessibilidade aos protocolos médicos e à capacitação das equipes de saúde mostram-se fundamentais na qualificação do AMU em casos de VS. Na Bélgica, o atendimento considerado ideal, que inclui investigações das infecções sexualmente transmissíveis, profilaxia antibiótica, AE e seguimento médico e psicológico, aumentou de 10% para 90% após medidas abrangentes para a aplicação de protocolos e preparo técnico das equipes de saúde.⁽²⁶⁾ Na Inglaterra, a *The British Association of Sexual Health and HIV* adotou instrumento de gestão dos serviços de emergência para mulheres em situação de VS e demonstrou melhora considerável em seus parâmetros em três anos.⁽²⁷⁾

Entretanto, muitos hospitais autodenominados católicos recusam-se a fornecer AE com base na *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. Baseiam-se na retórica de que a AE tem mecanismo de ação “abortivo”,⁽²⁸⁾ mesmo havendo consistentes evidências científicas contrárias.⁽⁷⁾

No Brasil, em Jundiá e Ilha Bela, há leis draconianas e inconstitucionais proibindo a venda da AE nas farmácias e sua distribuição nos serviços públicos de saúde com o mesmo falso argumento.⁽²⁹⁾ Em 2013, a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) manifestou-se publicamente contrária ao uso da AE nos CS, requisitando veto para a Lei nº 12.845, que garantia assistência integral em saúde para mulheres em situação de VS no âmbito do SUS, por supor que a AE tem “efeito abortivo”.⁽²⁹⁾

Posicionamentos fundamentalistas podem inibir a expansão da rede de enfrentamento à VS, na medida em que atingem gestores de saúde. A questão se agrava quando existe a necessidade de recorrer ao abortamento legal quando a gravidez decorre da VS. A maternidade é fortemente associada ao início da vida desde a concepção, ideia difundida notadamente nas sociedades ocidentais que se alinham aos princípios judaico-cristãos.⁽⁶⁾ A decisão das mulheres pelo abortamento em casos de VS deve ser algo individual, mediante o acionamento de seus valores pessoais e de sua consciência. Assim, não cabe atribuir ao abortamento legal intervenções morais, políticas ou religiosas, tendo em vista que se trata de um direito reprodutivo garantido por normas internacionais de direitos humanos e, especificamente, pela Legislação Penal Brasileira.^(6,29)

Em cenários restritivos para a saúde sexual e reprodutiva, as farmácias privadas podem consistir em espaços alternativos de acesso à AE com sigilo e confidencialidade. Porém, não são universais e gratuitas.

Entretanto, devem-se destacar outras políticas públicas. Em 2002, o Estatuto de Roma do Tribunal Penal permitiu ao Estado reconhecer a VS, entre outras formas de violência, como crime contra a humanidade. Em 2011, a Secretaria de Políticas para as Mulheres estabeleceu a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, articulando as organizações governamentais e não governamentais e a comunidade, integrando o SUS com a assistência social, sistema de justiça e direitos humanos,

segurança pública e sociedade civil.⁽³⁾ Além disso, incorporar a questão de gênero e as concepções de direitos humanos e sociais ao campo da saúde coletiva permite novas configurações para o modelo de atendimento em saúde de mulheres em situação de violência.⁽³⁰⁾

Em nossos resultados, 16,5% das mulheres com gravidez decorrente de estupro não receberam AE nos serviços de saúde a que recorreram, apesar da elegibilidade para sua administração. Pode-se inferir que parte expressiva dessas mulheres seria poupada de uma dramática e danosa experiência. Mesmo assim, a rota crítica de mulheres grávidas de CS passa, majoritariamente, pelos serviços de saúde, com relatos permeados por preconceito, conotações morais e religiosas, acolhimento precário e baixa resolutividade.⁽³⁰⁾

Todavia, consideramos positiva a sustentada redução dos percentuais de casos que buscaram AMU ao longo de 20 anos, o que pode refletir o uso mais frequente e adequado da AE na região metropolitana de São Paulo, evitando a gravidez. O número de mulheres em ambos os grupos com falha da anticoncepção pode ser atribuído à taxa média de falha inerente ao método, de aproximadamente 15%.⁽⁶⁾

Ressalta-se o aspecto documental de 20 anos deste estudo em um centro de referência, embora haja limitações de uma amostra de conveniência. É possível alguma imprecisão nas respostas quanto ao AMU que receberam. A restrição de validação externa decorre da região metropolitana de São Paulo, a qual concentra o maior número de serviços de saúde de urgência organizados para oferecer a AE.

CONCLUSÃO

A partir de uma análise de 20 anos, não se identificaram características sociodemográficas ou do CS associadas com a busca ou não das mulheres por AMU em um serviço público de referência. A queda expressiva dos percentuais de gestantes que buscaram atendimento desde a publicação da primeira normativa técnica do MS sugere, indiretamente, melhora da eficácia de um serviço de saúde de referência em prover a AE. Os resultados permitem supor que questões estruturais de gênero tenham papel importante para que muitas mulheres não recebam a AE em situações de VS. A persistência de uma cultura de violência contra a mulher, culpabilizadora e julgadora, pode interferir na motivação e na decisão em recorrer ao AMU, limitando a profilaxia da gravidez. Ao mesmo tempo, pode se refletir na qualidade das ações dos serviços de saúde, considerando-se o expressivo número de casos em que a AE não foi oferecida para as mulheres.

REFERÊNCIAS

- Centre for Development and Population Activities CEDPA. Cairo conference affirms CEDPA priorities. CEDPA Netw. 1995;1-2.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 May 28]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2021 May 28]. (Norma Técnica. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 11). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf
- Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *Int Arch Med*. 2015;8(29):1-14. doi: 10.3823/1628
- Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil – a national study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):563-72. doi: 10.1590/1413-81232015212.10352015
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde [Internet]. 2ª ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2011. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf
- Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Flacso; 2015 [cited 2021 May 20]. Available from: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
- Delziovo CR, Coelho EB, d’Orsi E, Lindner SR. Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina – Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1687-96. doi: 10.1590/1413-81232018235.20112016
- United Nations Development Programme. Human development indices and indicators: 2018 statistical update [Internet]. Washington (DC): United Nations Development Programme; 2018 [cited 2021 May 20]. Available from: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf
- Facuri CO, Fernandes AM, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RC. [Sexual violence: a descriptive study of rape victims and care in a university referral center in São Paulo State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98. doi: 10.1590/s0102-311x2013000500008. Portuguese.
- Kimuna SR, Djamba YK, Ciciurkaite G, Cherukuri S. Domestic violence in India: insights from the 2005-2006 national family health survey. *J Interpers Violence*. 2013;28(4):773-807. doi: 10.1177/0886260512455867
- Mukanangana F, Moyo S, Zvoushe A, Rusinga O. Gender based violence and its effects on women’s reproductive health: the case of Hatcliffe, Harare, Zimbabwe. *Afr J Reprod Health*. 2014;18(1):110-22.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2021 May 20]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
- Leite FM, Amorim MH, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:33. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006815
- Garcia LP, Silva GD. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4):e00062317. doi: 10.1590/0102-311X00062317
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2019. Brasília (DF): IPEA/Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019 [cited 2021 May 20]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf

18. Bento SF, Pacagnella RC, Faúndes A, de Pádua KS, Fernandes KG, Araújo DM, et al. The abstract versus the concrete: differing opinions of medical residents in obstetrics and gynaecology about abortion and punishment of abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(6):494-500. doi: 10.1080/13625187.2019.1682135
19. Bessa MM, Drezett J, Adami F, Araújo SD, Bezerra IM, Abreu LC. Characterization of adolescent pregnancy and legal abortion in situations involving incest or sexual violence by an unknown aggressor. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(8):474. doi: 10.3390/medicina55080474
20. Souza FB, Drezett J, Meirelles AC, Ramos DG. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprod Clim*. 2012;27(3):98-103. doi: 10.1016/j.recli.2013.03.002
21. Frias S. Violación e intento de violación de mujeres, patrones de búsqueda de ayuda y denuncia. Un análisis a partir de la ENDIREH 2016. *Pap Poblac*. 2018;24(95):237-72. doi: 10.22185/24487147.2018.95.10
22. Campos MA, Schor N, Anjos RM, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saúde Soc*. 2005;14(1):101-9. doi: 10.1590/S0104-12902005000100011
23. Batista KB, Schraiber LB, D'Oliveira AF. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(8):e00140017. doi: 10.1590/0102-311X00140017
24. Dennis ML, Owolabi OO, Cresswell JA, Chelwa N, Colombini M, Vwalika B, et al. A new approach to assess the capability of health facilities to provide clinical care for sexual violence against women: a pilot study. *Health Policy Plan*. 2019;34(2):92-101. doi: 10.1093/heapol/czy106
25. Bakhru A, Mallinger JB, Fox MC. Postexposure prophylaxis for victims of sexual assault: treatments and attitudes of emergency department physicians. *Contraception*. 2010;82(2):168-73. doi: 10.1016/j.contraception.2010.01.005
26. Gilles C, Manigart Y, Rousseau C, Libois A, Gennotte AF, Rozenberg S. Implementation of a protocol and staff educational sessions improves the care of survivors of sexual assault. *Maturitas*. 2019;124:39-42. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.03.004
27. Kumari BS, Bopitiya S, Bassinder A, Das S. Audit on management of sexual assault victims attending an integrated sexual health service in Coventry. *Int J STD AIDS*. 2019;30(9):911-4. doi: 10.1177/0956462419832102
28. Wicclair MR. Conscientious refusals by hospitals and emergency contraception. *Camb Q Healthc Ethics*. 2011;20(1):130-8. doi: 10.1017/S0963180110000691
29. Drezett J. Fundamentalismo religioso e violência sexual. *Reprod Clim*. 2013;28(2):47-50. doi: 10.1016/j.recli.2013.10.001
30. Santos DL. Mulheres na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.

Características relacionadas à ocorrência de infecção puerperal em mulheres submetidas ao parto cesáreo

Characteristics related to the occurrence of puerperal infection in women submitted to cesarean delivery

Rayane Mayara Costa Santos¹, Danúzia Cardoso Lago²

Descritores

Infecção puerperal; Parto cesáreo; Endometrite; Fator de risco; Mortalidade materna

Keywords

Puerperal infection; Cesarean delivery; Endometritis; Risk factor; Maternal mortality

Submetido

15/10/2021

Aceito

14/03/2022

1. Universidade Estadual de Feira de Santana, Novo Horizonte, BA, Brasil.

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Rayane Mayara Costa Santos
Av. Adhemar de Barros, s/nº,
Ondina, 40170-110, Salvador, BA,
Brasil
rayane.mayara@ufba.br

Como citar:

Santos RM, Lago DC. Características relacionadas à ocorrência de infecção puerperal em mulheres submetidas ao parto cesáreo. Femina. 2022;50(7):505-12.

RESUMO

Objetivo: Este artigo de revisão sistemática tem como objetivo analisar as principais características relacionadas à infecção puerperal em mulheres submetidas ao parto cesáreo. **Fonte dos dados:** Foi realizada busca nas bases de dados *on-line* Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed. **Seleção dos estudos:** Selecionaram-se artigos publicados nos últimos 11 anos (2010-2021), totalizando 12 artigos analisados. **Coleta de dados:** Realizou-se a busca dos artigos a partir dos descritores infecção puerperal, mortalidade materna, cesárea, fatores de risco em inglês e português. Em seguida à adequação aos critérios de inclusão (artigos em inglês, português e espanhol, com publicação nos últimos 11 anos, realizados em humanos) e exclusão (artigos duplicados, revisão de literatura, estudos de caso e dissertações), a análise dos títulos e dos resumos dos artigos encontrados permitiu a exclusão daqueles que se afastavam do tema em estudo. **Síntese dos dados:** Dentre os fatores sociodemográficos, destacam-se mulheres nos extremos de idade, negras, residentes na zona rural, com baixo nível econômico e escolar, primíparas e tabagistas. Em relação aos fatores clínicos, obesidade, HIV, *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, anemia e infecções geniturinárias apresentaram-se como fatores de risco para infecção puerperal. Fatores obstétricos também foram avaliados, identificando-se como variáveis importantes o parto cesáreo, rotura prematura de membranas, tempo de membrana rota, trabalho de parto maior que 12 horas, parto prematuro e trabalho de parto induzido, hemorragia pós-parto, transfusão prévia e mecônio em líquido amniótico. Por fim, as características assistenciais trazem o baixo número de consultas de pré-natal e número de toques vaginais antes e após a ruptura de membranas como variáveis de risco. **Conclusão:** Muitos dos fatores identificados são passíveis de controle, e a sua reversão contribui para a redução dos índices de infecção puerperal e, conseqüentemente, de mortalidade materna.

ABSTRACT

Objective: This systematic review article aims to analyze the main characteristics related to puerperal infection in women undergoing cesarean delivery. **Source of data:** A search was performed in the online databases Virtual Health Library (VHL) and PubMed. **Selection of studies:** Articles published in the last 11 years were selected, totaling

12 analyzed articles. **Data collection:** Articles were searched based on the keywords puerperal infection, maternal mortality, cesarean section, risk factors in English and Portuguese. Following the adaptation to the inclusion criteria (articles in English, Portuguese and Spanish, publication in the last 11 years, carried out in humans) and exclusion (duplicates, literature review, case studies and dissertations), the analysis of the titles and abstracts of the found articles allowed the exclusion of those who departed from the topic under study. **Summary of the findings:** Among the sociodemographic factors, women of extreme age, blacks, residents in the rural area, with low economic and educational status, primiparous women and smokers, stand out. Regarding clinical factors, obesity, HIV, Diabetes Mellitus, Cardiovascular Diseases, Hypertension, Pre-eclampsia and Eclampsia, Anemia and genitourinary infections were risk factors for puerperal infection. Obstetric factors were also evaluated, identifying as important variables cesarean delivery, premature rupture of membranes, ruptured membrane time, labor longer than 12 hours, premature labor and induced labor, postpartum hemorrhage, previous transfusion and meconium in amniotic fluid. Finally, the care characteristics bring the low number of prenatal consultations, the number of vaginal touches before and after rupture of membranes as risk variables. **Conclusion:** Many of the identified factors are possible to control and their reversion contributes to the reduction of puerperal infection rates and consequently maternal mortality.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾ define a sepsé puerperal como infecção bacteriana do trato genital ocorrida a qualquer momento do rompimento das membranas ou do trabalho de parto até o 42º dia do pós-parto, com, no mínimo, dois dos seguintes critérios: dor pélvica, febre, corrimento vaginal anormal, corrimento com odor fétido/anormal ou atraso na involução uterina.

A infecção puerperal (IP) está entre as quatro principais complicações associadas ao parto e ao puerpério, sendo causa importante de morbimortalidade no mundo, principalmente em países menos desenvolvidos, e responsável por 10% das mortes maternas globais.^(1,2)

No Brasil, a IP aparece como a terceira causa de morte materna, abrangendo 73% das mortes por causas diretas. Entre os seus fatores de risco, o parto cesáreo é o principal fator predisponente para sua ocorrência. Ainda, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), mulheres apresentam cinco vezes mais risco de desenvolver IP pós-cesárea.⁽³⁾

Nesse cenário, o Brasil mantém índices altos de IP, já que vive atualmente uma “epidemia de cesarianas”, com taxas de 55,4% de partos cesáreos em 2016. Nesse mesmo ano, a Fundação Oswaldo Cruz divulgou novos dados do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, afirmando que 88% dos partos realizados nos serviços de saúde privados e 43% dos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) foram por meio de cesarianas. Enquanto isso, as taxas de cesáreas recomendadas pela OMS variam em torno de 10% a 15%.^(4,5)

Como os fatores de risco para a IP envolvem comorbidades maternas preexistentes, a exemplo da desnutrição, *diabetes mellitus* (DM), anemia, vaginose bacteriana, obesidade, além de fatores dependentes da assistência durante o trabalho de parto e o parto, torna-se essencial que as estratégias para a prevenção sejam focadas na identificação precoce desses fatores.⁽¹⁾

Diante do exposto, verifica-se que a IP é uma causa evitável de mortalidade materna e sua prevenção evita sequelas graves para mulher, como a infertilidade. Por isso, é importante o reconhecimento das características envolvidas na doença, pois, segundo a OMS, o levantamento do perfil das mulheres que desenvolvem a IP permite analisar as práticas de assistência prestadas, reduzindo o índice de infecções, o que resultará em melhoria da assistência e da qualidade de vida dessas mulheres.⁽¹⁾ A partir dessas reflexões e análises, o estudo aqui apresentado teve como objetivo analisar as principais características relacionadas à IP em mulheres submetidas ao parto cesáreo.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura realizada a partir de buscas nas bases de dados BVS e PubMed utilizando os descritores “infecção puerperal”, “mortalidade materna”, “cesárea” e “fatores de risco”, em português e em inglês. Foram selecionados estudos obedecendo aos critérios de inclusão (artigos em inglês, português e espanhol, com publicação nos últimos 11 anos, realizados em humanos) e de exclusão (artigos duplicados, revisão de literatura, estudos de caso e dissertações). A figura 1 demonstra o percurso da escolha dos artigos. A partir desse levantamento, foram selecionados 12 artigos específicos sobre o tema publicados nos últimos 11 anos.

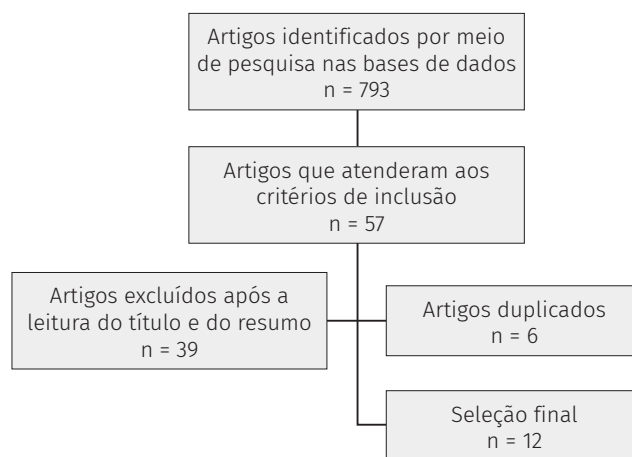


Figura 1. Percurso de escolha dos estudos analisados

RESULTADOS

As principais informações concernentes aos artigos analisados encontram-se no quadro 1.

Quadro 1. Principais características dos artigos analisados após a seleção final

Autor	Título	Ano de publicação	Local	Tipo de estudo	Período de análise	Objetivos
Charrier <i>et al.</i> ⁽⁶⁾	Post-partum surgical wound infections: Incidence after caesarean section in an Italian hospital	2009	Itália	Estudo prospectivo	Abril a setembro de 2005	Estimar a incidência de infecção de sítio cirúrgico e endometrite após parto cesáreo e fatores de risco relacionados à assistência
Al-Ostad <i>et al.</i> ⁽⁷⁾	Incidence and risk factors of sepsis mortality in labor, delivery and after birth: population-based study in the USA	2015	EUA	Coorte, retrospectivo, de base populacional	1998 a 2008	Estimar a incidência e a taxa de mortalidade por sepse associadas aos fatores de risco para o seu desenvolvimento durante a gestação, no trabalho de parto, no parto e no período pós-parto
Petter <i>et al.</i> ⁽⁸⁾	Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos	2013	Brasil	Transversal, retrospectivo	2009 a 2010	Descrever as características e fatores de risco relacionados à infecção de ferida cirúrgica
Acosta <i>et al.</i> ⁽⁹⁾	Maternal sepsis: a Scottish population-based case-control study	2012	Escócia	Caso-controle	1986 a 2009	Descrever o risco de sepse materna associada a obesidade e outros fatores clínicos e demográficos após parto vaginal operatório
Demisse <i>et al.</i> ⁽¹⁰⁾	Determinants of puerperal sepsis among post partum women at public hospitals in west SHOA zone Oromia regional STATE, Ethiopia (institution BASEDCASE control study)	2019	Etiópia	Caso-controle, prospectivo	Fevereiro a abril de 2018	Identificar os determinantes da sepse puerperal que contribuem para a mortalidade materna
Morhason-Bello <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾	Determinants of post-caesarean wound infection at the University College Hospital Ibadan Nigeria	2009	Nigéria	Observacional	Julho a setembro de 2004	Determinar os fatores de risco relacionados à infecção pós-cesárea
Araújo <i>et al.</i> ⁽¹²⁾	Ocorrência de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea em uma maternidade pública	2019	Brasil	Transversal, retrospectivo	2010 a 2013	Identificar as ocorrências de infecção do sítio cirúrgico pós-cesárea em uma maternidade
Sebitloane <i>et al.</i> ⁽¹³⁾	Determinants of postpartum infectious complications among HIV uninfected and antiretroviral naïve-HIV infected women following vaginal delivery: a prospective cohort study	2009	África do Sul	Coorte, prospectivo	2003 a 2005	Determinar a taxa de infecção puerperal entre mulheres com HIV e os fatores de risco associados à infecção puerperal após parto vaginal
Céspedes-Fernández <i>et al.</i> ⁽¹⁴⁾	Factores asociados a la presentación de sepsis puerperal en provincia Guantánamo, 2017-2018	2020	Cuba	Estudo explicativo, observacional, longitudinal, retrospectivo e caso-controle	2017 a 2018	Identificar os fatores associados à apresentação de sepse puerperal em pacientes internados no serviço de terapia intensiva de um hospital geral de ensino
Benincasa <i>et al.</i> ⁽¹⁵⁾	Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre	2012	Brasil	Coorte, retrospectivo	2004 a 2010	Comparar a taxa de infecção puerperal pós-parto normal versus taxa de infecção puerperal pós-parto cesáreo
Bodner <i>et al.</i> ⁽¹⁶⁾	Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population	2011	Áustria	Coorte, prospectivo	Novembro de 2005 a janeiro de 2009	Comparar ocorrência de morbidade materna e neonatal entre parto cesáreo eletivo e parto vaginal planejado
Tuuli <i>et al.</i> ⁽¹⁷⁾	Infectious morbidity is higher after second-stage compared with first-stage cesareans	2014	EUA	Coorte, retrospectivo	2005 a 2012	Comparar risco de morbidade infecciosa neonatal e materna no primeiro e no segundo estágio de parto cesáreo

Nos 12 artigos analisados, identificaram-se variáveis relacionadas à IP com base em fatores sociodemográficos (Figura 2), clínicos (Figura 3), obstétricos (Figura 4) e assistenciais (Figura 5).

Idade > 30 anos foi relacionada à IP por Charrier *et al.*⁽⁶⁾ e Al-Ostad *et al.*⁽⁷⁾ (>35 anos). Outro estudo analisado encontrou uma média de idade de 25,86 (+/- 6,62) anos entre as mulheres com infecção de sítio cirúrgico (ISC) pós-cesárea.⁽⁸⁾ Acosta *et al.*⁽⁹⁾ também observaram que mulheres ≤ 25 anos apresentaram cinco vezes mais chances de desenvolver sepse não complicada e 10 vezes mais riscos de apresentar quadro grave, em comparação com mulheres acima de 34 anos. Os autores acreditam que tal associação se deve à média de idade do grupo caso (mulheres mais jovens), enquanto as mulheres do grupo controle eram mais velhas.

No estudo realizado por Acosta *et al.*,⁽⁹⁾ a proporção de mulheres negras ou de etnias não brancas era maior entre as mulheres com sepse (27,1%). Igualmente, Al-Ostad *et al.*⁽⁷⁾ identificaram a raça negra como potencial fator de risco para IP.

Em relação à procedência, Demisse *et al.*⁽¹⁰⁾ afirmam que residentes na zona rural apresentam 2,5 vezes mais chances de IP. Essa relação ocorre por questões culturais e costumes locais, pois as mulheres apresentam noção de higiene ruim, levando ao surgimento de sinais e sintomas de IP.⁽¹⁸⁾

Mulheres de baixa renda apresentaram maior risco para sepse pós-parto no estudo de Al-Ostad *et al.*⁽⁷⁾ e no estudo de Demisse *et al.*⁽¹⁰⁾

Segundo Morhason-Bello *et al.*,⁽¹¹⁾ mulheres com baixa escolaridade foram 20 vezes mais propensas a desenvolver infecção de ferida cirúrgica. Petter *et al.*⁽⁸⁾ (66,7%) e Araújo *et al.*⁽¹²⁾ (84,9%) também encontraram um percentual maior de mulheres com IP e baixa escolaridade. No estudo de Demisse *et al.*,⁽¹⁰⁾ participantes sem educação formal ou com nível primário apresentaram quase sete vezes mais riscos de infecção, em comparação com mulheres com ensino superior.

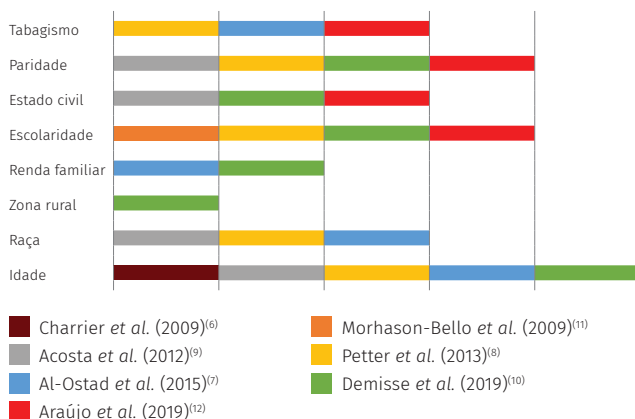


Figura 2. Variáveis sociodemográficas identificadas como fatores de risco distribuídas por autor

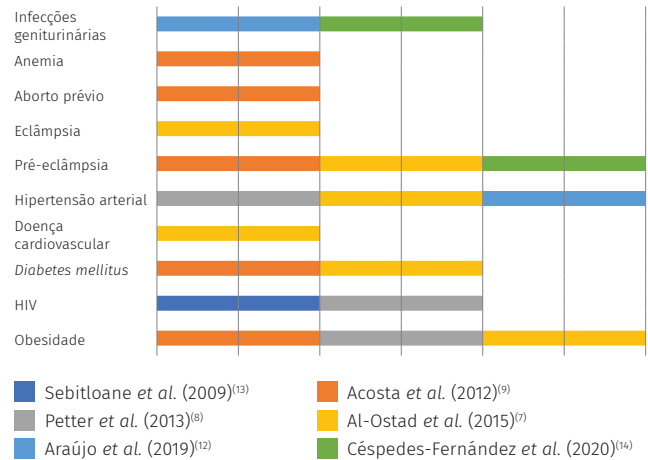


Figura 3. Variáveis clínicas identificadas como fatores de risco distribuídas por autor

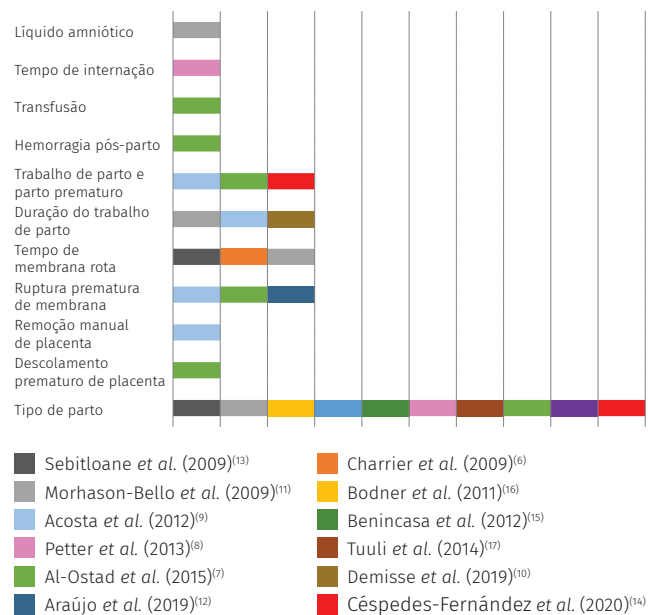


Figura 4. Variáveis obstétricas identificadas como fatores de risco distribuídas por autor

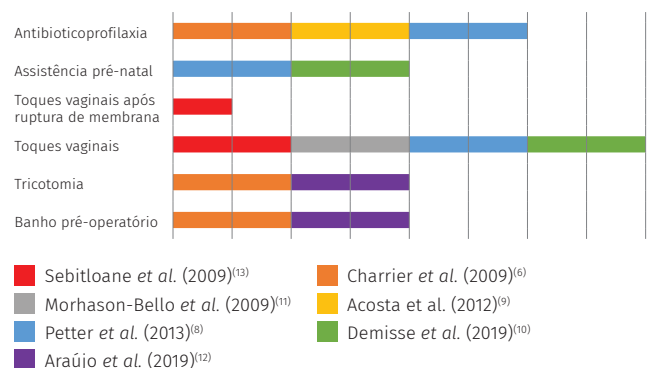


Figura 5. Variáveis assistenciais identificadas como fatores de risco distribuídas por autor

Com relação à paridade, os estudos realizados por Acosta *et al.*⁽⁹⁾ e Demisse *et al.*⁽¹⁰⁾ encontraram maior número de múltiparas entre os casos de IP. Já no estudo de Petter *et al.*⁽⁸⁾ e Araújo *et al.*,⁽¹²⁾ 50% e 64,2%, respectivamente, das mulheres com IP eram primíparas.

O tabagismo foi outra variável associada à IP por Al-Ostad *et al.*,⁽⁷⁾ Petter *et al.*⁽⁸⁾ e Araújo *et al.*,⁽¹²⁾ com taxas de 11%, 2,42% e 3,8%, respectivamente.

A obesidade foi abordada em apenas 3 dos 12 artigos revisados. Para Acosta *et al.*,⁽⁹⁾ as mulheres obesas apresentaram chances dobradas de desenvolver sepse não complicada, em relação às mulheres com peso normal. Isso também ocorreu nos estudos de Petter *et al.*⁽⁸⁾ (46%) e Araújo *et al.*⁽¹²⁾ (3,8%).

Segundo Sebitloane *et al.*⁽¹³⁾, há risco aumentado para IP entre mulheres portadoras de HIV com baixa contagem de CD₄⁺ (<200/μL). Ademais, entre as mulheres de baixo risco (não infectadas com HIV ou infectadas com contagem de CD₄ elevada), a ocorrência de episiotomia no parto vaginal dobra o risco de desenvolvimento da IP. Já em mulheres com baixa contagem de células CD₄ e episiotomia associadas, esse risco era de 3,4 vezes. Eles ressaltam a importância da antibioticoprofilaxia nesses casos. Para Petter *et al.*,⁽⁸⁾ o HIV foi referido por 2,7% das mulheres com ISC.

O DM duplicou o risco de IP no estudo de Al-Ostad *et al.*⁽⁷⁾, enquanto as doenças cardiovasculares ofereceram cinco vezes mais risco e 1,21% das puérperas com sepse apresentaram eclâmpsia. Uma glicemia < 200 mg/dL nas primeiras 24 horas pós-cirurgia reduz os riscos de IP, já que uma gestante diabética tem cinco vezes mais chances de desenvolver infecção pós-parto.⁽¹⁹⁾

Para Araújo *et al.*,⁽¹²⁾ 3,8% das puérperas com ISC eram hipertensas, sendo a hipertensão arterial (HA) considerada fator de risco para IP.

Céspedes-Fernández *et al.*⁽¹⁴⁾ identificaram que mulheres com pré-eclâmpsia apresentaram 1,85 vez mais chances para IP. Segundo eles, o estado de pré-eclâmpsia modifica a imunidade celular e humoral, tornando as mulheres mais suscetíveis à infecção.

Acosta *et al.*⁽⁹⁾ também analisaram a anemia como fator de risco para a sepse puerperal e encontraram uma incidência progressivamente maior entre as mulheres com sepse não complicada e grave, de 67,4% e 92,9%, respectivamente.

Araújo *et al.*⁽¹²⁾ e Céspedes-Fernández *et al.*⁽¹⁴⁾ identificaram infecções do trato urinário (ITUs) e infecções cervicovaginais como fatores predisponentes para IP. No primeiro estudo, as ITUs apresentaram taxas de 9,4%, mesmo 77,4% dos prontuários não possuindo informações sobre esses dados. Já o segundo estudo identificou um risco de 1,82 vez para ITU e 1,75 vez para infecção cervicovaginal.

Com relação ao tipo de parto, Sebitloane *et al.*⁽¹³⁾ demonstraram que os partos com episiotomia apresentaram maiores taxas de IP, independentemente da infecção por HIV, em relação aos partos vaginais espontâneos.

Comparando o parto cesáreo com o parto vaginal, os estudos de Acosta *et al.*⁽⁹⁾, Benincasa *et al.*⁽¹⁵⁾ e Petter *et al.*⁽⁸⁾ encontraram relação entre o parto cesáreo e a IP, apresentando 1,5 e 2 vezes mais chances de desenvolver infecção pós-parto.

O estudo realizado por Morhason-Bello *et al.*⁽¹¹⁾ afirma que 100% das mulheres com IP foram submetidas à cesariana de emergência. Já Bodner *et al.*⁽¹⁶⁾ encontraram um risco maior de IP pós-cesarianas eletivas, com 9% desenvolvendo ISC e 25,8%, febre puerperal.

Tuuli *et al.*⁽¹⁷⁾ relacionaram a fase do trabalho de parto em que ocorreu a cesárea e a IP. Logo, descobriram que cesáreas realizadas na segunda fase apresentam três vezes mais chances de desenvolverem endometrite, em comparação às da primeira fase. Isso se deve à dilatação cervical maior, bem como a maior duração do trabalho de parto e maiores chances de rompimento das membranas na segunda fase com ascensão de microrganismos à cavidade uterina, favorecendo a endometrite.

Al-Ostad *et al.*⁽⁷⁾, Demisse *et al.*⁽¹⁰⁾ e Céspedes-Fernández *et al.*⁽¹⁴⁾ também confirmam a relação aumentada entre IP e partos cesáreos, com 43,28%, 3,8 e 2,71 vezes mais chances de casos de sepse após cesárea, respectivamente.

Céspedes-Fernández *et al.*⁽¹⁴⁾ identificaram a rotura prematura de membranas (RPM) > 12 horas como fator de risco para IP, com risco maior em 3,81 vezes.

Sebitloane *et al.*⁽¹³⁾ afirmam que o tempo de membrana rota esteve associado a um maior risco de IP, independentemente da contaminação por HIV. Semelhantemente, no estudo realizado por Charrier *et al.*⁽⁶⁾, essa variável foi o único fator de risco com relevância estatística.

Demisse *et al.*⁽¹⁰⁾ demonstraram que mães com trabalho de parto entre 12 e 24 horas ou ≥ 25 horas tiveram uma maior propensão de 3,1 e 4,7 vezes em desenvolver sepse puerperal, em comparação com mães com duração do trabalho de parto < 12 horas. Por isso, deve haver um monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, a fim de acompanhar o aparecimento de qualquer sinal que indique possíveis complicações.

O parto prematuro foi associado a maior risco de sepse não complicada nos estudos de Al-Ostad *et al.*⁽⁷⁾ e Acosta *et al.*⁽⁹⁾ apresentando em ambos um risco maior que o dobro em desenvolver sepse materna (2,46 e 2,43, respectivamente). Por outro lado, o trabalho de parto induzido esteve associado a um risco de 3,92 vezes para sepse grave.⁽⁹⁾ Céspedes-Fernández *et al.*⁽¹⁴⁾ encontraram forte associação de IP entre os partos com menos de 37 semanas de idade gestacional, estando 3,11 vezes mais propensos a desenvolver sepse puerperal.

A hemorragia pós-parto oferece, no estudo de Al-Ostad *et al.*,⁽⁷⁾ 3,46 vezes mais riscos de sepse materna, enquanto a realização de transfusão prévia oferece risco de 31,98 vezes.

No estudo de Morhason-Bello *et al.*,⁽¹¹⁾ 35,5% das pacientes com IP apresentaram líquido meconial.

Demisse *et al.*⁽¹⁰⁾ encontraram uma propensão 4,2 vezes maior em desenvolver IP entre as mulheres com uma a duas consultas de acompanhamento pré-natal, quando comparadas às mães que tiveram entre três e quatro consultas.

No estudo de Morhason-Bello *et al.*⁽¹¹⁾, a frequência de exames vaginais ≥ 2 está associada a um risco 3,33 vezes maior de desenvolver IP. Demisse *et al.*⁽¹⁰⁾ encontraram um risco um pouco maior; mulheres com um total de toques vaginais ≥ 5 tiveram quatro vezes mais probabilidade de sepse puerperal, quando comparadas com mulheres com um a dois toques.

Avaliando as características assistenciais, Araújo *et al.*⁽¹²⁾ informaram que 13,2% das pacientes com ISC realizaram tricotomia e banho pré-operatórios e 11,3% realizaram apenas tricotomia.

Petter *et al.*⁽⁸⁾ demonstraram que 82% das antibiótico-profilaxias ocorreram após o início da cirurgia. Em apenas 11% das mulheres, a profilaxia foi feita entre 30 e 60 minutos antes do procedimento.

DISCUSSÃO

Entre os fatores de risco relacionados à puérpera, a idade maior de 35 anos é citada. Entretanto, a idade precoce também é um risco considerável, uma vez que o corpo da mulher se encontra imaturo e mais suscetível às intercorrências, favorecendo as infecções pós-parto.^(8,20,21) Mesmo nos estudos com média etária entre 20 e 30 anos há preocupação, uma vez que as sequelas reprodutivas e psicológicas deixadas pela IP são preocupantes.^(19,22)

Mulheres negras, da zona rural ou de baixa renda fazem parte de uma população menos favorecida, estando suscetíveis às condições de assistência à saúde mais precárias ou ausentes. Baixas condições de saneamento básico e maiores distâncias aos serviços de saúde acarretam menos acompanhamentos e cuidados pré e pós-natais. Tais associações podem também ser explicadas devido à má nutrição, que pode influenciar a imunidade, à anemia e às condições higiênicas insatisfatórias.^(7,10,18)

Indivíduos com baixa escolaridade apresentam mais dificuldades em reconhecer sinais e sintomas sugestivos de uma complicação cirúrgica, além de terem menos acesso às informações, dificultando a continuidade dos cuidados necessários.⁽²³⁾

A paridade é muito controversa na literatura, mesmo com autores evidenciando-a como fator de risco para a IP. Entretanto, essa relação se deve mais ao comportamento médico do que à condição da gestante. Segundo estudo, os médicos apresentam tendência em encaminhar mulheres nulíparas para partos cesáreos por acreditarem que elas estão mais suscetíveis às lacerações perineais. Todavia, a literatura não apoia tal conduta, ao passo que há risco muito maior estabelecido entre parto cesáreo e ocorrência de IP.⁽²⁴⁾

Em relação ao tabagismo, o cigarro possui substâncias prejudiciais à circulação sanguínea e à cicatrização,

além de reduzir o nível sanguíneo de vitamina C, importante para a proliferação celular. Segundo estudo, a cessação do tabagismo por, no mínimo, quatro semanas pré-cirurgia restaura os níveis de oxigênio tecidual, reduz o estresse oxidativo, diminui o impacto no sistema imune e aumenta a concentração de vitamina C.⁽²⁵⁾

A obesidade prejudica a perfusão tecidual, pois camadas subcutâneas maiores que 2 cm favorecem a ocorrência de deiscências da ferida operatória e, conseqüentemente, as infecções.⁽¹⁹⁾

Diversos estudos demonstraram que mulheres soropositivas e com imunodeficiência apresentam maiores riscos de complicações infecciosas puerperais. Nesses estudos, a contagem de células T CD₄⁺ < 400/mm³ ou carga viral detectável no periparto ofereceu mais risco de IP às gestantes submetidas ao parto cesáreo.⁽²⁶⁻²⁹⁾

Comorbidades como DM, HA, síndromes hipertensivas da gravidez, ITU e doenças imunossupressoras contribuem para uma gestação de alto risco. Sendo assim, é comum encaminhar essas gestantes para partos cesáreos, deixando-as mais propensas ao desenvolvimento de IP.

Os autores trazem a anemia como um fator de risco independente para a sepse, porém a sua associação com infecções é ainda controversa. Algumas pesquisas defendem que a deficiência de ferro prejudica o sistema imune. Porém, outros estudos defendem que a carência de ferro seria um fator protetor para alguns processos infecciosos e que a sua suplementação seria muito mais deletéria para o organismo do que a sua falta.⁽³⁰⁾

Existe um consenso nos estudos sobre o risco aumentado de IP associado ao parto cirúrgico. Um estudo descobriu que as mulheres com HIV submetidas ao parto cesáreo apresentaram maior taxa de infecção (18,9%), em comparação com o parto vaginal. Dessas, 19,2% sofreram parto cesáreo eletivo e 17,8% foram de emergência. Para os autores, o primeiro grupo apresentou maiores taxas de morbidade febril puerperal, devido ao maior risco de sangramento e à incisão cirúrgica mais prolongada, em comparação aquelas realizadas após trabalho de parto iniciado.⁽²⁷⁾

Por isso, a OMS e o Ministério da Saúde incentivam a realização de partos normais, devendo a cesariana ocorrer somente quando houver indicações clínicas que coloquem em risco a saúde da mãe e/ou do bebê.⁽³¹⁾

Uma das principais causas de RPM é a infecção bacteriana. Assim, ela aparece como fator de risco para endometrite, principalmente quando há cultura de líquido amniótico positiva indicando infecção materna prévia.^(32,33) Esse fator ainda gera outro determinante de risco, que é o prolongamento do trabalho de parto por período superior a 10 horas, aumentando a exposição dessas mulheres a patógenos capazes de invadir a cavidade amniótica.⁽¹⁴⁾ Um estudo observou que a duração do trabalho de parto prolongado associado ao parto cesáreo constituiu-se como fator de risco para IP, com risco relativo de 2,16.⁽³⁴⁾

O tempo de membrana rota associa-se ao número de toques vaginais elevados e contribui para a contaminação da cavidade amniótica. Também, o parto prematuro favorece a invasão microbiana do líquido amniótico, sobretudo quando há rotura prematura de membranas.⁽³⁵⁾

Complicações hemorrágicas são associadas à hipotonia ou à atonia uterina. Além disso, o uso de ocitocina para prevenir hemorragias também pode favorecer a retenção de restos placentários, e esses fragmentos podem permanecer na cavidade uterina e causar IP.⁽³⁶⁾ A necessidade de transfusão se dá devido à perda de grandes volumes sanguíneos, logo, pode se relacionar à infecção devido à hemorragia prévia, e não ao procedimento.

O mecônio no líquido amniótico aumenta o teor de fosfato e o complexo zinco-proteico (antibacteriano) é inativado, tornando a parturiente mais suscetível à IP.⁽³⁴⁾

O baixo número de consultas no pré-natal dificulta a identificação dos riscos de diversas complicações maternas e neonatais, como a IP. Logo, deve-se seguir a recomendação do Ministério da Saúde de seis consultas mínimas de pré-natal.

A frequente manipulação do trato genital, devido a excessivos toques vaginais, favorece a ascensão de microrganismos patogênicos para o útero e anexos, contribuindo para a ocorrência de IP.⁽¹⁰⁾ Mais especificamente, cada toque vaginal realizado após o rompimento de membranas oferece 1,9 vez mais risco de IP.⁽¹³⁾

Segundo a OMS, os toques vaginais devem ser realizados em intervalo mínimo de quatro horas durante a primeira fase ativa de trabalho de parto em gestantes de baixo risco. Esse procedimento deve ser realizado o mínimo de vezes possível, principalmente se houver ruptura de membranas.⁽⁵⁾ Esses cuidados reduzem os riscos de exposição a microrganismos patogênicos inseridos durante o procedimento.

Em acordo com as recomendações internacionais, o Ministério da Saúde não defende a realização da tricotomia prévia ao parto vaginal, como prevenção para IP. Ao contrário, esse procedimento aumenta o risco de infecção, devendo ser utilizados tricotomizadores elétricos ou apenas a tonsura dos pelos somente quando muito necessário.⁽⁵⁾

A antibioticoprofilaxia tardia favorece a IP e diversos estudos defendem a sua administração entre 30 e 60 minutos antes do parto cesáreo para reduzir a incidência de morbidades infecciosas. O Ministério da Saúde recomenda o uso de cefalosporina de primeira geração 60 minutos antes da incisão.⁽⁵⁾

CONCLUSÃO

Entre os fatores de risco identificados, encontram-se características não modificáveis e modificáveis. O perfil socioeconômico inclui fatores que, apesar de não serem passíveis de modificação, podem ser utilizados na estratificação para risco de desenvolver IP e,

a partir disso, na implementação de medidas que reduzam esse risco já no pré-natal, como, por exemplo, extremos de idade, déficit econômico e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As mulheres com esse perfil devem receber acompanhamento mais atento, como suporte social e busca ativa pelos serviços de atenção básica, além de maior controle de métodos preventivos para infecções durante o parto, a exemplo da antibioticoprofilaxia no momento e na duração correta, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Entre os fatores clínicos, obstétricos e assistenciais, muitos são passíveis de controle, a exemplo da obesidade, o que, por si só, representa fator de risco para outras comorbidades, como diabetes, hipertensão e eclâmpsia, sendo seu controle útil para a redução dos demais fatores de risco para IP. Além disso, o manejo correto do tipo de parto, bem como dos procedimentos durante e após o parto, de acordo com as orientações dos órgãos e *guidelines* voltados à obstetrícia, poderá auxiliar na redução dos índices de IP. Ademais, os centros hospitalares devem realizar constantes atualizações sobre práticas de controle de infecção, além de avaliar frequentemente suas taxas de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), por meio dos Centros de Controle e Internações Hospitalares (CCIH), que visam realizar busca ativa de infecções hospitalares, traçar medidas de controle e, assim, reduzir os riscos de IRAS e, portanto, da IP. Nesse sentido, a triagem dos fatores aqui apresentados no pré-natal e na admissão para o parto seria uma forma de identificação do risco de IP, o que auxiliaria na implementação de medidas profiláticas e consequente redução das taxas de IP entre as mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto: sumário executivo [Internet]. Geneva: OMS; 2015 [cited 2019 Nov 22]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205681/WHO_RHR_16.01_por.pdf?ua=1
2. World Health Organization. Maternal mortality: key facts [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF): Ipea/MP/SPI; 2014.
4. Leonel F. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 8]. Available from: <https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-nascer-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade>
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Medidas de prevenção e critérios diagnósticos de infecções puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana. Brasília (DF): Anvisa; 2017.
6. Charrier L, Serafini P, Ribatti A, Castella A, Rabacchi G, Zotti CM. Post-partum surgical wound infections: incidence after caesarean section in an Italian hospital. *J Prev Med Hyg.* 2009;50(3):159-63.
7. Al-Ostad G, Kezouh A, Spence AR, Abenhaim HA. Incidence and risk factors of sepsis mortality in labor, delivery and after birth: population-based study in the USA. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(8):1201-6. doi: 10.1111/jog.12710

8. Petteer CE, Farret TC, Scherer JS, Antonello VS. Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. *Sci Med*. 2013;23(1):28-33. doi: 10.15448/1980-6108.2013.1.12715
9. Acosta CD, Bhattacharya S, Tuffnell D, Kurinczuk JJ, Knight M. Maternal sepsis: a Scottish population-based case-control study. *BJOG*. 2012;119(4):474-83. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03239.x
10. Demisse GA, Sifer SD, Kedir B, Fekene DB, Bulto GA. Determinants of puerperal sepsis among post partum women at public hospitals in west SHOA zone Oromia regional STATE, Ethiopia (institution BASEDCASE control study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):95. doi: 10.1186/s12884-019-2230-x
11. Morhason-Bello IO, Oladokun A, Adedokun BO, Obisesan KA, Ojengbade OA, Okuyemi OO. Determinants of post-caesarean wound infection at the University College Hospital Ibadan Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2009;12(1):1-5.
12. Araújo AB, Dantas JC, Souza FM, Silva BC, Santos WN. Ocorrência de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea em uma maternidade pública. *Enferm Actual*. 2019;(37):16-29. doi: 10.15517/revenf.v0iNo.37.34936
13. Sebitloane HM, Moodley J, Esterhuizen TM. Determinants of postpartum infectious complications among HIV uninfected and antiretroviral naïve-HIV infected women following vaginal delivery: a prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;145(2):158-62. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.05.021
14. Céspedes-Fernández PL, Díaz-Martínez A, Vázquez-Nassiff JJ, Céspedes-Díaz PE. Factores asociados a la presentación de sepsis puerperal en provincia Guantánamo, 2017-2018. *Rev Inf Cient*. 2020;99(1):12-9.
15. Benincasa BC, Walker C, Cioba C, Rosa CC, Martins DE, Dias E, et al. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2012;32(1):5-9.
16. Bodner K, Wierrani F, Grunberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(6):1193-8. doi: 10.1007/s00404-010-1525-y
17. Tuuli MG, Liu L, Longman RE, Odibo AO, Macones GA, Cahill AG. Infectious morbidity is higher after second-stage compared with first-stage cesareans. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(4):410.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.040
18. Santos CN, Lago EC, Gomes RN, Lino MR, Leal RC, Silva KS. Perfil clínico-epidemiológico da infecção puerperal em uma maternidade pública do interior do Maranhão. *Rev Interd*. 2015;8(2):1-10.
19. Martins Filho ED, Santos AC, Rodrigues Junior RS, Adeodato L, Coutinho I, Katz L. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes admitidas com diagnóstico de sepse puerperal de origem pélvica em uma UTI obstétrica no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(4):469-75. doi: 10.1590/S1519-38292010000400007
20. Torres R, Mendes N, Valadares S, Serrano F. Maternal sepsis. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2015;9(1):65-72.
21. Ziegel EE, Cranley MS. *Enfermagem obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
22. Gonçalves MV, Fernandes MF, Nishiyama MP, Cruz PH, Leite RC, Campos RR, et al. Endometrite puerperal e sepse: uma revisão. *Rev Med Minas Gerais*. 2012;22 Supl 5:S21-4.
23. Monteiro TL, Silva RC, Sousa GC, Neiva MJ. Eventos de infecção puerperal em uma maternidade de referência no município de Caxias, Maranhão. *Rev Enferm UFPI*. 2016;5(2):11-5. doi: 10.26694/reufpi.v5i2.5110
24. Cavalcante MF, Feitosa VC, Soares FA, Araújo DC. Caracterização das infecções puerperais em uma maternidade pública municipal de Teresina em 2013. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2015;5(1):47-51. doi: 10.17058/reci.v5i1.5471
25. Cavichio BV, Pompeo DA, Oller GA, Rossi LA. Tempo de cessação do tabagismo para a prevenção de complicações na cicatrização de feridas cirúrgicas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):174-80. doi: 10.1590/S0080-623420140000100022
26. Urbani G, Vries MM, Cronjé HS, Niemand I, Bam RH, Beyer E. Complications associated with cesarean section in HIV-infected patients. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;74(1):9-15. doi: 10.1016/s0020-7292(01)00380-0
27. De Marcos A, Lunardi L, Amed PC, Castelo Filho A. Morbidade febril puerperal em pacientes infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(3):155-61. doi: 10.1590/S0100-72032003000300003
28. Bjorklund K, Mutyaba T, Nabunya E, Mirembe F. Incidence of postcesarean infections in relation to HIV status in a setting with limited resources. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):967-71. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00875.x
29. Duarte G, Read JS, Gonin R, Freimanis L, Ivalo S, Melo VH, et al. Mode of delivery and postpartum morbidity in Latin American and Caribbean countries among women who are infected with human immunodeficiency virus-1: The NICHD International Site Development Initiative (NISDI) Perinatal Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(1):215-29. doi: 10.1016/j.ajog.2006.01.040
30. Pinto GM. Deficiência de ferro: resistência ou suscetibilidade a infecções? *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18(3):191-6.
31. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
32. Corrêa Júnior MD, Melo VH; Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria. Rotura prematura de membranas [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM); 2008 [cited 2020 Sep 29]. (Projeto Diretrizes). Available from: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/rotura-prematura-de-membranas.pdf
33. Scandiuzzi MM, Pinheiro TC, Rodrigues AA, Alcadipane FA. Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2014;16(4):178-81.
34. Guimarães EE, Chianca TC, Oliveira AC. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(4):1-7. doi: 10.1590/S0104-11692007000400003
35. Rodrigues MA, Anjos VM. Infecção puerperal: fatores de risco [Internet]. 2008 [cited 2020 Sep 29]. Available from: <https://www.webartigos.com/artigos/infeccao-puerperal-fatores-de-risco/11610>
36. Machado NX, Praça NS. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):55-60. doi: 10.1590/S0034-71672005000100010

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



CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

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



INSCRIÇÕES ABERTAS

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



Acesse o site e confira todas as
informações do evento

www.cbgo2022.com.br

Realização



Gerenciamento

