

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 50, Número 2, 2022

Mulheres com cariótipo 46,XY

Como deve ser o
atendimento de
pessoas com DDS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Taxa reduziu 40% em duas
décadas e representa 14% do
total de nascimentos no país
– O desafio ainda é grande



COMPORTAMENTO,
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA

ACESSE, CURTA
E COMPARTILHE.

AFINAL, ELA É
FEITA PARA VOCÊ!



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

ELA É PLATAFORMA DE RELACIONAMENTO DA FEBRASGO COM A MULHER DE TODAS AS IDADES

Aqui sua paciente encontra as informações que precisa para cuidar bem da saúde, carreira profissional, bem-estar e qualidade de vida.

ELA é a amiga de todas as horas e que está sempre por perto: no Site, Instagram, Facebook. Acesse, curta e compartilhe. Afinal, **ELA é VOCÊ!**

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

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 Obstetrícia) 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.

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**

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




Publicação oficial da Federação Brasileira
das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

CONSELHO EDITORIAL

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



Femina olha fevereiro com nostalgia. O professor Salvatore, longo, nos deixa com saudade maior. Admiradores, já sentíamos sua ausência há anos. Agora em outro plano. Fez muito pela ginecologia e obstetrícia (GO). Sua paixão pela ginecologia continua em nós. E, com a mesma deferência, *Femina* faz homenagem ao professor Rosas, de Sorocaba! O professor Marcos Felipe, nosso editor, introduz com sabedoria o artigo de capa sobre mulheres 46,XY. A leitura completa do artigo, além de imperdível, mostra a dimensão do conhecimento de seus autores sobre a mulher. Entrevistadas pela jornalista Letícia, duas autoras destacam a necessidade da empatia e do acolhimento como pilares da consulta adequada. A gravidez na adolescência é novamente estudada em *Femina* na forma de entrevista com quatro ginecologistas que se dedicam ao estudo da adolescente no país. Apesar do registro de queda de pouco mais da metade no número de nascidos vivos de mães adolescentes nos últimos 20 anos, os números são heterogêneos por regiões e apontam que há muito o que fazer, quando se compara o Brasil com outros países.

Tema acerca de violência no local do trabalho médico é visto pela ótica do professor Jesus Paula Carvalho, ícone da nossa ginecologia oncológica. O texto é duro, mas real. No cenário cirúrgico, comportamentos agressivos, com exacerbação do ego, aumentam o percentual de eventos adversos. No conjunto, o texto empilha magistralmente tópicos de profundo interesse para nós, médicos, que exercemos a clínica. O autor é amável na sua existência e professoral na figura do médico na sua essência. Não deixem de ler! O impacto da COVID-19 na residência médica em GO é examinado em detalhes por professora-membro da Comissão Nacional de Residência Médica de Febrasgo. Ficou clara a necessidade de adaptação de todos. Os prejuízos serão dimensionados no médio prazo. O professor Marcos Felipe, editor da outra revista de Febrasgo, a *RBGO*, dissecou o cenário da produção e publicação científica no Brasil. O modelo Capes na avaliação das revistas brasileiras necessita ser modificado urgentemente. Na situação atual, o país perde! Suas melhores publicações são direcionadas a revistas de outros países. Nesse assunto, como professores de programas de pós-graduação, o verbo conjugado é pecar. Eu peço, você peca, nós pecamos...

No Caderno Científico, *Femina* publica o posicionamento da Febrasgo sobre a conduta no perioperatório em cirurgia ginecológica com fundamentos no programa ERAS (melhora na recuperação após a cirurgia), destacando seus aspectos-chave e provendo 13 recomendações ao cirurgião. É texto utilíssimo, elaborado pelas Comissões Nacionais Especializadas em Endoscopia, Endometriose e Oncologia Ginecológica da Febrasgo. Um interessante artigo original mostra a extensão do conhecimento que gestantes e puérperas têm sobre o atendimento em Unidade Básica de Saúde no Pará. O aspecto positivo observado foi o de que mais de 80% das gestantes realizaram mais de seis consultas no pré-natal. Outro artigo original explora o conhecimento das adolescentes baianas sobre os diferentes métodos contraceptivos e revela a pobreza das informações apreendidas por essa população. Este volume de *Femina* termina com artigo de revisão narrativa provocador. Além de taxas mais elevadas de algumas comorbidades, seriam as gestantes negras atendidas com algum grau de preconceito pela equipe de saúde em nosso país? A realização de episiotomia com menos anestésico seria imaginável? Como médicos obstetras, vale a nossa reflexão.

O ano de 2022 vai ser melhor! Estamos confiantes! E você, leitor, continua sendo a nossa maior motivação!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros
EDITOR

SUMÁRIO

71 Capa/Introdução

Atendendo mulheres XY no consultório

92 Entrevista

Consulta adequada a mulheres com DDS

72 Capa

Atendendo mulheres com cariótipo 46,XY



94 Entrevista

Gestação fora de hora



70 *In memoriam*
Prof. Dr. Carlos Alberto Salvatore
Prof. Dr. Antonio Rosas

99 Opinião do Especialista
**Violências no local de
trabalho médico**

102 Federada
**Assago: ações reais para
enfrentar a pandemia**

103 Residência Médica
**Impacto da pandemia da
COVID-19 na residência médica**

106 Mensagem RBGO
**Para os orientadores de
programas de pós-graduação
em ginecologia e obstetrícia**

109 Defesa e Valorização Profissional
**Anvisa proíbe oficialmente a
comercialização e a propaganda
de ativos contendo gestrinona**



111 Caderno Científico

FEBRASGO POSITION STATEMENT

**Manejo perioperatório
em cirurgia ginecológica
baseado no programa ERAS**

ARTIGO ORIGINAL

**Conhecimento de gestantes
e puérperas sobre o
atendimento na atenção
primária do município de
Ananindeua, estado do Pará**

Prof. Dr. Carlos Alberto Salvatore

☼1917 / ☩2022



Faleceu em 17 de fevereiro, aos 104 anos, o Prof. Carlos Alberto Salvatore. Nascido em 19 de abril de 1917, o Prof. Salvatore aprendeu a tocar piano na infância, hábito que manteve até o fim de sua vida.

Figura histórica da Medicina brasileira, formou-se, em 1942, na quinta turma da Escola Paulista de Medicina (EPM),

onde ingressou em 1937. Na época não havia Residência Médica e as especializações eram feitas após a graduação, em estágios voluntários. No último ano, como interno, começou a frequentar a Clínica Ginecológica do Hospital São Paulo, que era chefiada pelo Prof. Medina e depois pelo Prof. Sylla Mattos. Realizou, como sexto anista seu primeiro trabalho científico, que foi laureado com o Prêmio Lemos Torres.

O Prof. Salvatore desenvolveu sua brilhante carreira acadêmica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ao todo, foram 64 anos dedicados à Medicina – 42 deles no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Submeteu-se a seis concursos públicos: doutoramento, três livres-docências, professor associado e concurso para professor titular da disciplina de Ginecologia em 1972.

Durante seus 15 anos como professor titular, reestruturou e ampliou a Clínica Ginecológica com a criação de novos ser-

viços. Sob sua orientação, formaram-se 11 professores livre-docentes, 21 doutores e 24 mestres. Foi professor titular da FMUSP até a sua aposentadoria, em 1987, quando se tornou professor emérito. O Prof. Carlos Alberto Salvatore teve uma produção científica ampla, com mais de 250 trabalhos, dezenas deles em revistas estrangeiras. Publicou ainda 16 livros, incluindo três Atlas de Cirurgia Ginecológica.

Foi membro de 32 sociedades médicas, participou da diretoria da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e presidiu a Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia. Foi laureado com várias honrarias, entre as quais a medalha Anchieta e o diploma de Gratidão da Cidade de São Paulo, outorgadas pela Câmara Municipal de São Paulo. Também é recipiente da Ordem do Mérito Republicano da Academia Brasileira de História e fundador da Academia de Medicina de São Paulo.

Edmundo Chada Baracat
Professor Titular. Departamento de Ginecologia (FMUSP)

Prof. Dr. Antonio Rosas

☼1930 / ☩2022



Em 21/02/2022, aos 91 anos de idade, nos deixou o Prof. Dr. Antonio Rosas, um dos grandes pilares da Obstetrícia. Graduado pela Universida-

de Federal de São Paulo (Unifesp) em 1956, exerceu com paixão e maestria a função de professor titular da disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), *campus* Sorocaba, tendo participado de inúmeros congressos da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), partilhando seu grande conhecimento com todos nós. Como grande estudioso, tinha vasto conhecimento de Clínica Médica, tornando fácil conduzir as patologias obstétricas nas enfermarias dos hospitais-escola onde atuou. Participou ativamente de várias bancas de doutorado e mestrado de grandes mestres que atuam hoje na Obstetrícia e recebeu grandes homenagens em toda a sua vida acadêmica, seja de socie-

dades médicas, seja de alunos, sendo nome da Liga de Ginecologia e Obstetrícia da PUC-Sorocaba. Iniciou ainda o Serviço de Obstetrícia na Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, onde ficou por quatro anos e pelo qual tinha grande carinho. Como ele mesmo se intitulava, era parteiro, e dizia que gostava de conversar com as pacientes, porque assim chegava aos diagnósticos. “Hoje não sou médico, sou professor, e quero, acima de tudo, ensinar!” E quanto ensinou o Prof. Antonio Rosas àqueles que tiveram o privilégio de conviver com ele! Levamos em nossas vidas o seu ensinamento: “Estudem muito e examinem suas pacientes. Isto nada mais é do que fiz na minha vida!”.

Carla Muniz Pinto de Carvalho
Aluna, residente do Prof. Antonio Rosas e docente da FCMS da PUC-SP, *campus* Sorocaba

Atendendo mulheres XY no consultório

Marcos Felipe Silva de Sá
Editor de *Femina*

O tema distúrbios da diferenciação sexual (DDS) tem sido muito pouco abordado nos eventos científicos de ginecologia e obstetrícia. Mesmo nos grandes congressos e jornadas da especialidade, o assunto tem sido muitas vezes olvidado pelos organizadores. Certamente, existe uma série de razões para tal. Trata-se de um assunto cujos conhecimentos se modificaram muito nos últimos anos, especialmente devido aos avanços da biologia molecular, que puderam identificar, mais detalhadamente, as alterações genéticas causadoras dos DDS, tornando o tema um assunto bastante complexo. Essa complexidade também provocou mudanças nas abordagens das pacientes, pois envolve a participação de outras áreas do conhecimento.

Nesse sentido, os autores procuraram mostrar aspectos básicos fundamentais para o entendimento da etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento de pacientes com DDS, limitando-se, pela extensão do tema, às pacientes portadoras de células com linhagem XY. Os conceitos são dirigidos aos ginecologistas e obstetras, considerando que eles podem, em várias circunstâncias, ser os primeiros profissionais a abordar essas pacientes. O obstetra e o neonatologista ocasionalmente podem se deparar com um recém-nascido com DDS e devem estar atentos para essa possibilidade. Portanto, devem sempre examinar com cuidado o recém-nascido ainda na recepção pós-parto. Para tal, precisam conhecer as noções básicas da embriologia humana e saber diferenciar o que é anormal das variantes da normalidade, para não incorrer em erros diagnósticos.

Os casos de DDS podem, porém, se apresentar em outro momento e, com certa frequência, a entrada dos pacientes poderá se dar, tempos mais tarde, nos ambulatórios de ginecologia, pediatria, urologia, endocrinologia, cirurgia geral, infertilidade etc. Com base nos avanços dos conhecimentos atuais não só da etiopatogenia, fisiopatologia e quadro clínico, a abordagem psíquico-comportamental das pacientes ganhou muita importância nas últimas décadas, de forma que o atendimento delas deve ser feito sempre com o apoio outros profissionais, como geneticistas, patologistas (anatomopatologia e patologia clínica), psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e pediatras, trabalhando em equipes especializadas instaladas em centros de referência terciária, para onde devem, sempre, ser encaminhadas as pacientes.

Esta revisão procurou trazer de forma bastante didática os conhecimentos básicos de embriologia relativos ao aparelho reprodutor, utilizando, inclusive, figuras clássicas da coleção CIBA e outras ilustrações simplificadas. Sem essa base, fica muito difícil compreender alguns dos temas abordados que são ainda bastante controversos e que merecem atenção especial. Os autores são vinculados a dois serviços universitários que há muitos anos trabalham nesse tema, inclusive brindando os leitores com ilustrações de casos clínicos atendidos nos seus ambulatórios. Esta revisão vem preencher uma lacuna na bibliografia brasileira sobre DDS e será muito útil para os associados da Febrasgo leitores da *Femina*.

Atendendo mulheres com cariótipo 46,XY

Attending women with 46,XY karyotype

Anaglória Pontes^{1,2}, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva³, Lúcia Alves Silva Lara², Maria Célia Mendes³, Ester Silveira Ramos⁴, Marcos Felipe Silva de Sá³

Descritores

Transtorno 46,XY do desenvolvimento sexual; Terapia de reposição de estrogênios; Síndrome de resistência a androgênios; Disgenesia gonadal 46,XY; Deficiência da 5- α -redutase 2; Transtornos ovotesticulares do desenvolvimento sexual

Keywords

Disorder of sex development 46,XY; Estrogen replacement therapy; Androgen-insensitivity syndrome; Gonadal dysgenesis 46,XY; 5- α -reductase 2 deficiency; Ovotesticular disorders of sex development

1. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.
2. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
3. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
4. Departamento de Genética, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Anaglória Pontes
Rua Tenente Catão Roxo, 3.900, Vila Monte Alegre, 14015-010, Ribeirão Preto, SP, Brasil
anagloria.pontes@unesp.br

Como citar:

Pontes A, Silva AC, Lara LA, Mendes MC, Ramos ES, Sá MF. Atendendo mulheres com cariótipo 46,XY. *Femina*. 2022;50(2):71-90.

RESUMO

As diferenças ou distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) compreendem um grupo heterogêneo de condições congênitas que resultam na discordância entre os cromossomos sexuais, as gônadas e/ou o sexo anatômico de um indivíduo. A classificação desses distúrbios é baseada no cariótipo conforme o Consenso de Chicago de 2006 e substitui os termos pseudo-hermafroditismo, hermafroditismo e intersexo. O objetivo desta revisão é fornecer ao ginecologista conhecimentos básicos sobre a etiologia, fisiopatologia e orientações das principais anormalidades de DDS para uma avaliação diagnóstica e terapêutica no atendimento de mulheres na infância, adolescência e em idade adulta com cariótipo 46,XY. O diagnóstico deve ser realizado pela interação entre o exame clínico as dosagens hormonais, os exames de imagem e a análise genética, desde o cariótipo até o estudo de alterações dos genes por técnicas de biologia molecular. O tratamento é realizado de acordo com a etiologia e inclui intervenções cirúrgicas como a gonadectomia e plásticas sobre a genitália externa, terapia de reposição hormonal e apoio psicológico. São necessárias a individualização dos casos e uma equipe interdisciplinar, para um atendimento adequado às mulheres com cariótipo 46,XY.

ABSTRACT

Differences or disorders of sexual development (DSDs) comprise a heterogeneous group of congenital conditions that result in the disagreement between an individual's sex chromosomes, gonads and/or anatomic sex. The classification of these disorders is based on the karyotype according to the 2006 Chicago Consensus and replaces the terms pseudohermaphroditism, hermaphroditism and intersex. The aim of this review is to provide the gynecologist with basic knowledge about the etiology, pathophysiology and guidelines of the main abnormalities of DDS for a diagnostic and therapeutic evaluation in the care of women in childhood, adolescence and adulthood with a karyotype 46,XY. The diagnosis must be made by the interaction between clinical examination hormonal measurements, imaging and genetic analysis from the karyotype to the study of gene alterations by molecular biology techniques. Treatment is carried out according to the etiology and includes surgical interventions such as gonadectomy and plastic surgery on the external genitalia, hormone replacement therapy and psychological support. Individualization of cases and an interdisciplinary team are required to provide adequate care for women 46,XY karyotype.

INTRODUÇÃO

As diferenças ou distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) compreendem um grupo heterogêneo de condições congênitas que resultam na discordância entre o sexo cromossômico, gonadal e/ou anatômico de um indivíduo.⁽¹⁾ Em 2006, um grupo de especialistas reuniu-se em Chicago e classificou os DDS em três principais categorias, de acordo com o cariótipo do indivíduo (Quadro 1).⁽²⁾ Cada categoria foi subdividida em grupos secundários que orientam para um diagnóstico específico.⁽³⁾ Essa classificação teve como objetivo substituir os termos intersexo, pseudo-hermafroditismo masculino ou feminino e hermafroditismo verdadeiro, com o intuito de atenuar problemas de terminologias consideradas inadequadas, duvidosas, estigmatizantes, trazendo constrangimento para essas pacientes,⁽⁴⁾ bem como evitar confusão com as condições como transgêneros,

disforia de gênero e homossexualidade.^(5,6) Essa classificação ainda é controversa, pois, apesar dos propósitos iniciais, apresenta pontos negativos, visto que a própria palavra distúrbio tem conotação de defeito e nos dias atuais é bem provável que as próprias pacientes tenham conhecimento do que significa 46,XY ou 46,XX. Além disso, algumas condições clínicas não se encaixam em uma categoria específica dentro da classificação.⁽⁵⁾

A incidência de DDS em indivíduos 46,XY tem sido estimada em 1:20.000 nascimentos. A etiologia heterogênea, a raridade, a complexidade dos casos, a falta de padronização no diagnóstico e a variação geográfica dificultam as análises epidemiológicas. Os estudos, em geral, são com pequeno número de casos, e as metodologias utilizadas nem sempre são adequadas.

Neste artigo inicialmente descreveremos, de forma sucinta, os fenômenos biológicos e os mecanismos hormonais envolvidos no desenvolvimento e diferenciação

Quadro 1. Classificação das diferenças/distúrbios do desenvolvimento sexual em três categorias de acordo com o cariótipo

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

DDS: diferenças/distúrbios do desenvolvimento sexual; LH: hormônio luteinizante; AMH: hormônio antimülleriano.

Fonte: Adaptado de Lee PA, et al.⁽²⁾

sexual na espécie humana. Em que pesem a amplitude e a variedade de DDS contida no quadro 1,⁽²⁾ o enfoque será sobre pessoas com genitália feminina ou ambígua e que tenham no seu cariótipo uma linhagem de células 46,XY. O objetivo principal desta revisão é orientar o ginecologista para a abordagem dessas pacientes em suas clínicas ou ambulatórios, dando atenção às situações mais frequentes.

DESENVOLVIMENTO E DIFERENCIAÇÃO SEXUAL

O sexo do indivíduo é determinado no momento da fertilização, porém o processo de diferenciação sexual ocorrerá algum tempo depois. Em humanos, esse processo se inicia na sétima semana de vida e, até esse momento, não há indicação do sexo morfológico do embrião. As gônadas originalmente são indiferenciadas, apresentando uma região medular (mais interna) e uma cortical (externa). É fundamental para a diferenciação da gônada a presença do gene *SRY* (*sex-determining region Y*), que corresponderia ao TDF (*testis determining factor*), no braço curto do cromossomo Y e responsável pela formação do testículo a partir da gônada indiferenciada. Na ausência desse gene e na presença de dois cromossomos X, haverá a formação de gônada feminina (ovários) (Figura 1).

Outros genes têm sido descritos como envolvidos na diferenciação sexual, como os genes da família WNT, citados como importantes para o desenvolvimento dos genitais femininos. Entretanto, a sua ação ainda precisa ser mais bem estabelecida.^(7,8) Trabalhos mais recentes descrevem que, durante o período bipotencial, as cristas gonadais XX e XY mostram perfis de expressão idênticos para fatores supostamente pró-testiculares, como SOX9 e FGF9, e fatores pró-ovarianos, como WNT4, RSPO1 e DAX1,⁽⁹⁾ tendo o gene *SRY* controle importante sobre a estimulação dos genes pró-testiculares e a inibição dos genes pró-ovarianos.

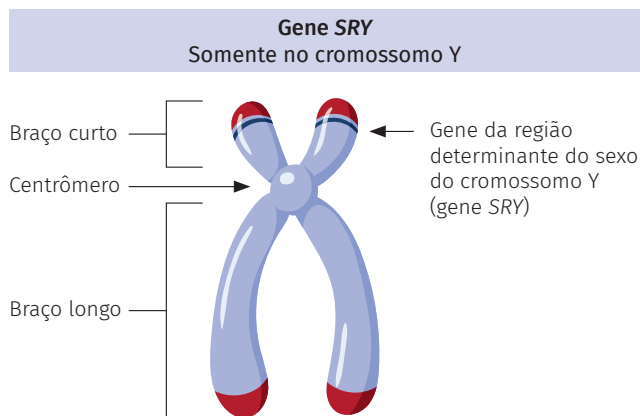


Figura 1. Gene *SRY* presente no braço curto do cromossomo Y. Síntese dos mecanismos da diferenciação gonadal com o papel preponderante do gene *SRY* na indução dos genes pró-testiculares e inibição dos genes pró-ovarianos

No feto masculino, o evento inicial do processo de diferenciação gonadal é o desenvolvimento dos cordões seminíferos, primeiro passo na formação dos testículos. As células germinativas, que nessa fase são chamadas de espermatogônias, precocemente são circundadas por células somáticas, precursoras das células de Sertoli, e formam o cordão seminífero. Um terceiro tipo de células que se diferenciam na formação do testículo é o das células intersticiais ou de Leydig que se originam das células mesenquimais localizadas entre os cordões seminíferos.

O desenvolvimento ovariano é mais tardio, permanecendo a gônada indiferenciada mais tempo. Os cordões sexuais primitivos se formam similarmente aos dos testículos, porém eles se desintegram, formando pequenos ninhos celulares com um gonócito (oogônia) no seu interior, circundados por células do epitélio celomático, semelhantes às células de Sertoli, formando os folículos primordiais.

Na fase indiferenciada, os embriões de ambos os sexos apresentam, como precursores dos órgãos genitais internos, simultaneamente, dois pares de ductos: os ductos mesonéfricos ou de Wolff e os ductos paramesonéfricos ou de Müller (Figura 2).⁽¹⁰⁾

No caso de embriões masculinos, a diferenciação dos genitais internos e externos começa logo após a diferenciação testicular, quando as células de Sertoli começam a produzir o hormônio antimülleriano (AMH) e as células de Leydig produzem testosterona. Dois processos distintos ocorrem em um primeiro momento: a degeneração dos ductos de Müller e, em seguida, a estabilização e o desenvolvimento dos ductos de Wolff, que se transformarão nos canais deferentes e suas estruturas anexas. Esses processos são decorrentes da ação do AMH em sinergia com a testosterona (Figura 2).⁽¹⁰⁾ Nos embriões femininos (ovários), pela falta da produção de AMH e de testosterona, os ductos de Wolff entrarão em regressão e os ductos de Müller se desenvolverão, formando as trompas, o útero e a porção superior da vagina (Figura 2).⁽¹⁰⁾

Na genitália externa, também inicialmente indiferenciada, a testosterona produzida pelos testículos fetais

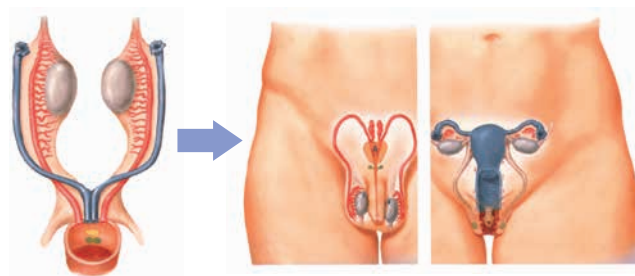


Figura 2. Embriogênese da genitália interna. Ductos de Wolf (vermelho) e ductos de Müller (azul) dando origem aos genitais internos masculinos e femininos, respectivamente⁽¹⁰⁾

Fonte: Netter FH. Reproductive system. Milton Park: Taylor & Francis; 1965. (Ciba Collection of Medical Illustrations; v. 2).⁽¹⁰⁾

levará ao desenvolvimento dos genitais externos masculinos. Na ausência da testosterona, a genitália se diferenciará em padrão feminino (Figura 3).

A figura 4 corresponde a um resumo desse processo de diferenciação sexual.

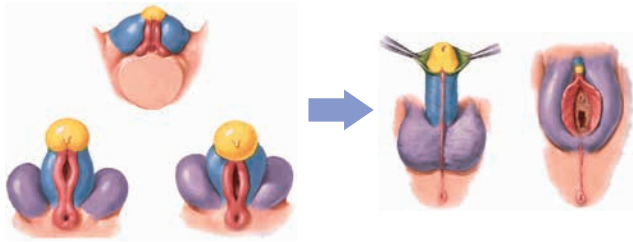
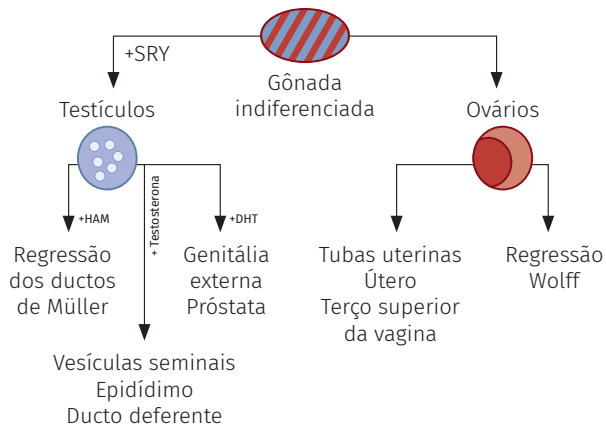


Figura 3. Embriogênese da genitália externa a partir do seio urogenital

Fonte: Adaptada de Netter FH.⁽¹⁰⁾



HAM: hormônio antimülleriano; DHT: di-hidrotestosterona.

Figura 4. Principais eventos que regulam a diferenciação e o desenvolvimento sexual normal

MECANISMOS DE AÇÃO DOS ANDRÔGENIOS (TESTOSTERONA)

Durante a embriogênese, é fundamental a ação dos hormônios androgênicos, principalmente a testosterona. A testosterona age nas células do organismo humano através de seus receptores. O gene do receptor de androgênicos (AR) está localizado no braço longo do cromossomo X, na região Xq11-12. Um passo importante no mecanismo de ação da testosterona é a sua conversão, na célula-alvo, por ação da enzima 5- α -redutase 2 (5 α RE2), em di-hidrotestosterona (DHT), que é um androgênio mais potente, o que vai amplificar as suas ações.⁽¹¹⁾ A DHT vai se ligar ao receptor androgênico e esse complexo sofre dimerização antes de penetrar no núcleo da célula onde exercerá seu efeito (Figura 5).⁽¹¹⁾ A intensidade da conversão da testosterona em DHT varia de tecido para tecido, sendo muito forte no seio urogenital durante a embriogênese.

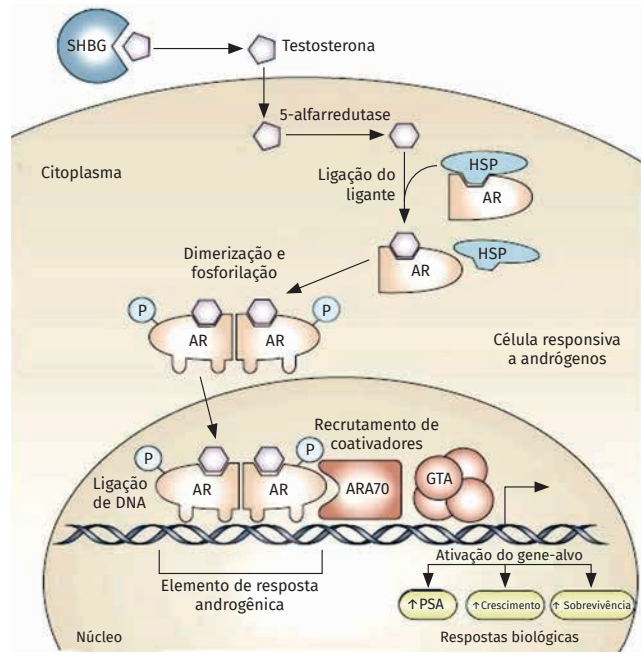


Figura 5. Mecanismo de ação da testosterona. A conversão da testosterona em DHT por ação da 5 α RE2 amplifica seu efeito nas células-alvo

Fonte: Adaptada de Feldman BJ, et al.⁽¹¹⁾

Portanto, a diferenciação sexual intrauterina envolve uma série de processos de iniciação e regulamentação de numerosos genes, proteínas e hormônios. Esses conceitos iniciais são importantes para o entendimento dos DDS, pois as suas manifestações clínicas decorrem de falhas dos mecanismos genéticos da formação das gônadas (disgenesias) ou problemas na síntese ou na ação dos androgênicos, particularmente a testosterona, e do AMH, que são os “hormônios-chave” na diferenciação das genitálias interna e externa. Anormalidade em qualquer nível desses processos pode resultar no desenvolvimento de DDS.⁽¹²⁾

DIAGNÓSTICO DOS DDS

Os indivíduos com DDS podem ser diagnosticados em diferentes fases da vida, desde o período neonatal, infância, adolescência até a idade adulta.⁽⁵⁾ Ao nascimento e durante a infância, a criança com DDS pode apresentar genitália externa com aparência normal ou com graus variáveis de genitália atípica. As manifestações clínicas das DDS na adolescência incluem ausência ou desenvolvimento incompleto dos caracteres sexuais secundários, amenorreia primária ou sinais de virilização na puberdade. Nos adultos, as manifestações podem ser infertilidade ou aparecimento de tumores gonadais.^(5,13)

Na história clínica, é importante verificar a consanguinidade entre os pais, condições semelhantes na família, cirurgia prévia na infância, morte inexplicada de familiares na infância e exposição materna aos androgênicos.

No exame físico, deve-se verificar, além do peso, estatura e pressão arterial, o desenvolvimento das mamas e pelos pubianos. O exame da genitália externa inclui realizar medidas do clitóris/pênis, averiguar se as gônadas ou massas são palpáveis, na região inguinal ou mesmo na região correspondente aos grandes lábios, observar o grau de hiperpigmentação e a presença de fusão das dobras labioescrotales, identificar o meato uretral e o introito vaginal e verificar se são orifícios distintos, e avaliar a existência de assimetria genital.^(12,14,15) A avaliação do grau de virilização genital pode ser feita utilizando a escala de Prader (Figura 6).^(12,16)

Os exames laboratoriais iniciais incluem o cariótipo a partir de células do sangue periférico, que permite verificar em que categoria o indivíduo com DDS está incluído. De acordo com o caso, pode-se ampliar a investigação genética para a detecção de marcadores do gene *SRY* utilizando a técnica de hibridização *in situ* por fluorescência (FISH) ou outras técnicas de biologia molecular, como a reação em cadeia da polimerase (PCR).⁽⁵⁾ As dosagens de testosterona total, hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo-estimulante (FSH), AMH e 17- α -hidroxiprogesterona e os exames de imagem, como ultrassom e/ou ressonância nuclear magnética (RNM), complementam a investigação diagnóstica. A vaginoscopia pode ser utilizada para avaliação das dimensões da vagina, e a laparoscopia pode ser útil na localização e realização de biópsia das gônadas, bem como na eventual exérese delas.⁽¹³⁾

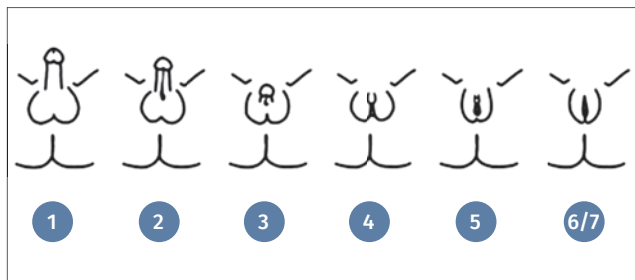


Figura 6. Padrões de genitália externa encontrados em indivíduos com síndrome de insensibilidade androgênica, os quais vão desde o padrão de homem normal (1) até o padrão completamente feminino (6/7), variando entre estes últimos apenas na distribuição pilosa

Fonte: Adaptada de Guerrero-Fernández J, et al.⁽¹²⁾ Quigley CA, et al.⁽¹⁶⁾

DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM LINHAGEM DE CÉLULAS XY

SÍNDROME DE INSENSIBILIDADE AOS ANDROGÊNIOS (SIA)

A SIA foi descrita pela primeira vez por Morris, em 1953,⁽¹⁷⁾ e é a causa mais comum dos DDS 46,XY. É um distúrbio genético recessivo ligado ao cromossomo X. Resulta de mutações no gene codificador do AR localizado no braço

longo do cromossomo X (Xq 12), determinando a perda da sua função, tornando os tecidos-alvo insensíveis à ação dos androgênios (Figura 7).^(16,18)

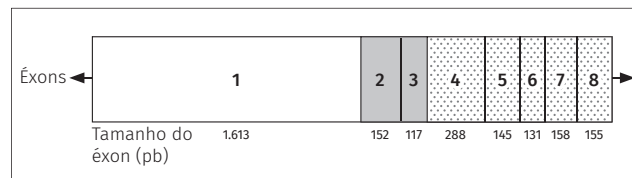


Figura 7. Estrutura do gene do receptor androgênico mostrando os "pontos vulneráveis" onde podem ocorrer as mutações com maior frequência (áreas cinzas e pontilhadas)

Fonte: Adaptada de Quigley CA, et al.⁽¹⁶⁾ Bertelloni S, et al.⁽¹⁸⁾

Se uma mãe não afetada é portadora desse gene mutado em um dos seus cromossomos X, o risco de transmitir esse distúrbio aos seus descendentes 46,XY é de 50%.^(19,20) Esses indivíduos têm o gene *SRY* normal, o que determina a formação dos testículos. Assim, as células de Leydig secretam testosterona e as células de Sertoli sintetizam o AMH que promovem a regressão dos ductos de Müller. Portanto, a genitália interna é masculina, com ausência das tubas uterinas, do útero e do terço proximal da vagina.⁽²¹⁾ Entretanto, o desenvolvimento da genitália externa, androgênio-dependente, sofrerá alterações no seu desenvolvimento, e o desfecho clínico vai depender do grau de insensibilidade androgênica, que varia de acordo com as mutações no gene do receptor androgênico e suas consequências.⁽¹⁶⁾

Conforme o grau de resistência aos androgênios, a SIA apresentar-se-á clinicamente sob três fenótipos, descritos a seguir: 1) forma completa, denominada síndrome de insensibilidade completa aos androgênios (SICA) ou síndrome de Morris, em que as pacientes apresentam um fenótipo feminino; 2) forma parcial, que tem um amplo espectro de fenótipos, do predominantemente feminino ao predominantemente masculino, a genitália externa pode ser ambígua ao nascimento, a hipospádia é um achado comum e frequentemente se desenvolve ginecomastia na puberdade; e 3) forma leve, em que os indivíduos são fenotipicamente do sexo masculino e podem apresentar infertilidade e/ou ginecomastia na vida adulta.^(22,23)

QUADRO CLÍNICO DAS PACIENTES COM SIA

Forma completa: As pacientes com a forma completa (SICA) têm genitália externa feminina. Em geral, a forma completa não é percebida ao nascimento e as crianças são registradas como do sexo feminino. O diagnóstico é realizado na adolescência e na idade adulta, pela presença de amenorreia primária. Com relação aos caracteres sexuais secundários, as mamas são bem desenvolvidas, há ausência ou rarefação de pelos pubianos e/ou

axilares (Figura 8-A), a vagina é curta, em fundo cego, com ausências do terço proximal da vagina, do colo e corpo do útero e das trompas uterinas.⁽²⁰⁾

Essas pacientes não apresentam acne ou outros sinais de ação androgênica. A estatura final, em geral, é acima da média para o sexo feminino, pelo fato de a regulação do crescimento estar relacionada com a presença do cromossomo Y, presente nessas pacientes.⁽²⁴⁾ Apresentam testículos, que podem estar localizados na região intra-abdominal (Figura 8-B), labial ou inguinal, e nesse caso pode simular uma hérnia. É bom lembrar que a presença de hérnia inguinal bilateral em uma criança do sexo feminino é rara e, quando presente, sempre deve-se fazer o diagnóstico diferencial com a SICA.⁽²²⁾

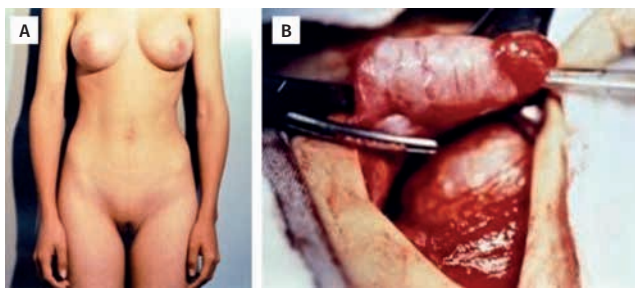


Figura 8. (A) Fenótipo de uma paciente de 17 anos de idade com síndrome de insensibilidade completa aos androgênios. Mamas bem desenvolvidas e ausência de pelos pubianos. (B) Presença de testículo localizado na região intra-abdominal

Fonte: Arquivo do Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP).

Formas parciais (incompletas): As formas parciais da SIA são observadas ao nascimento, com diferentes graus de ambiguidade genital. Pode apresentar desde um padrão fenotípico muito próximo do homem, com pequeno defeito na masculinização (como, por exemplo, uma hipospádia), passando por outros mais graves, como micropênis, hipospádia perineoescretal, escroto bífido ou criptorquidismo, pregas labioescretais, orifício perineal único normal, fusão labial posterior e clitoromegalia (Figura 9).

Formas leves: Nas formas leves da SIA, os indivíduos são fenotipicamente homens, aparentemente normais. Frequentemente não são diagnosticadas, pois as várias pequenas anormalidades que podem ocorrer nem sempre são percebidas pelo paciente ou pelo médico. Elas serão identificadas somente quando o homem afetado apresentar problemas de fertilidade. Fica um alerta para os inférteis para, quando se depararem com um paciente oligozoospermico, com pilosidade reduzida, pensarem na possibilidade da SIA forma leve. Também se deve atentar, nesses casos, para ginecomastia e hipospádia com níveis séricos aumentados de LH e/ou testosterona normal ou elevada. Mas o diagnóstico é sempre concluído com o exame genético para mutações do gene do AR.⁽⁶⁾

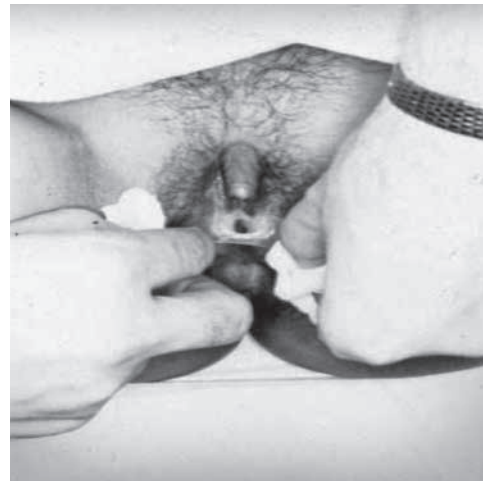


Figura 9. Paciente com síndrome da insensibilidade androgênica forma parcial ou incompleta. Observar a presença de pelos pubianos, a hipertrofia de clitóris e o orifício perineal único

Fonte: Arquivo do Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Setor de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NA SÍNDROME DA INSENSIBILIDADE ANDROGÊNICA

Os exames laboratoriais das pacientes com SIA mostram testosterona total com valores que variam de 300 a 1.200 ng/dL, ou seja, compatíveis com a faixa de normalidade para o sexo masculino, o que, de certa forma, traduz a função hormonal testicular regular. As dosagens do LH estão acima dos valores de normalidade, devido ao fato de que a testosterona produzida pelos testículos não está fazendo o seu *feedback* negativo natural (insensibilidade aos androgênios) sobre as células do eixo hipotálamo-hipófise. Já o FSH é usualmente normal,⁽²⁰⁾ considerando que o seu mecanismo de retrocontrole é feito principalmente pela inibina B em nível hipofisário. Entretanto, em algumas pacientes seus níveis podem estar elevados, e tal fato poderia ser explicado pelo aumento do GnRH hipotalâmico decorrente da insensibilidade à testosterona.

O AMH está elevado nas pacientes com essa síndrome na adolescência e na idade adulta.^(12,25) O mecanismo para explicar essa elevação se baseia na falha do mecanismo de controle inibitório da testosterona sobre as células de Sertoli. Em indivíduos normais, durante a infância, os níveis de AMH ainda são elevados e os níveis de testosterona estão baixos. Após a puberdade, a testosterona produzida pelas células de Leydig se eleva e age sobre as células de Sertoli, inibindo a secreção de AMH. Por essa razão, os níveis de AMH em homens normais pós-adolescência e adultos são baixos. Nos casos de SIA, observam-se valores elevados de AMH na adolescência e na idade adulta, visto que os receptores de testosterona não são funcionais, com AMH extremamente elevado nas formas completas da síndrome. Nas

formas parciais, os valores elevados de testosterona inibem parcialmente o AMH, permanecendo, porém, ainda elevados quando comparados aos controles normais da mesma idade.⁽²⁶⁻²⁸⁾

A ultrassonografia pélvica/abdominal é o exame de primeira linha para a identificação das gônadas (ovários ausentes e presença de testículos) e para confirmar a ausência de útero e vagina proximal. Entretanto, a qualidade da informação fornecida pelo exame ultrassonográfico depende da experiência do avaliador e do equipamento utilizado.⁽⁷⁾ A RNM com contraste está indicada em casos duvidosos ao ultrassom ou quando não conseguimos localizar as gônadas.⁽¹²⁾ A RNM pode encontrar, por exemplo, os testículos que não desceram para a bolsa escrotal. A laparoscopia com biópsia gonadal é realizada quando o diagnóstico não está claro, ou mesmo nos casos em que não se visualizam as gônadas.⁽¹²⁾ A análise do cariótipo 46,XY realizada no sangue periférico confirma o diagnóstico de SIA. A pesquisa de mutações do gene do receptor androgênio por técnicas de biologia molecular, apesar de muito importante para o diagnóstico, não é usada de rotina pelo alto custo e por ser realizada em centros especializados. No entanto, tem se tornado cada mais acessível.

TRATAMENTO DA SIA

FORMAS COMPLETAS (SICA)

O tratamento dessa condição consiste na remoção das gônadas após o desenvolvimento puberal completo, o que ocorre aproximadamente dos 18 aos 20 anos de idade. A gonadectomia está indicada, tendo em vista o risco de degeneração tumoral nessas gônadas, a partir da segunda década de vida. São descritos mais frequentemente hamartomas e adenomas das células de Sertoli, e a frequência de tumores malignos nos adultos é em torno de 5%-10%, aumentando até 30% nos pacientes com mais de 50 anos.⁽²⁹⁾

O adiamento da gonadectomia até os 18-20 anos é muito importante, pois permite que ocorra o desenvolvimento puberal de forma natural, devido aos níveis de estradiol derivado da aromatização periférica da testosterona produzida pelos testículos,⁽²⁰⁾ mantendo mais adequadas as proporções corporais e o desenvolvimento de mamas. O risco de malignidade nessas gônadas antes da puberdade é pouco frequente, ocorrendo em apenas 0,8% dos casos.⁽³⁰⁾

Após a gonadectomia, os sintomas vasomotores podem aparecer e às vezes costumam ser intensos. Portanto, é necessária a terapia de reposição hormonal (TRH), sendo indicada somente a terapia estrogênica (TE) de modo contínuo e, ocasionalmente, pode-se utilizar androgênios se a paciente apresentar ondas de calor e não melhorar com a TE. A associação com progestágenos não é necessária, uma vez que essas pacientes não têm útero.⁽²⁰⁾ Em algumas situações, a gonadectomia poderá ser indicada precocemente, por exemplo, caso

haja trauma ou risco de trauma, estando os testículos presentes no canal inguinal. Se a gonadectomia for realizada antes da puberdade, devemos iniciar com a TE, para a indução do desenvolvimento puberal, entre 9 e 11 anos de idade e aumentar a dose gradativamente a cada seis meses, por dois a três anos, para mimetizar o tempo normal da puberdade, até atingir a dose utilizada para adultos, de acordo com a resposta clínica. As baixas doses iniciais de estrogênios são recomendadas para evitar a aceleração da maturação óssea com fechamento precoce das epífises ósseas e conseqüente baixa estatura na vida adulta.^(6,7) Existem várias opções de TE para indução da puberdade, conforme observado no quadro 2, mas esbarramos com um obstáculo, pois não temos disponíveis no mercado estrogênios em baixas doses. Entre os estrogênios, o 17- β -estradiol, em adesivo ou gel, é a primeira opção, sendo recomendado por ser considerado o mais fisiológico, ao prevenir o metabolismo da primeira passagem hepática com menor efeito trombogênico, não alterar o perfil lipídico e ter menor interferência no fator de crescimento IGF-1,⁽³¹⁾ além de ter melhor efeito na massa óssea.⁽³²⁾ A dose recomendada é de 6,25-12,5 μ g/dia,^(33,34) com aumento progressivo a cada seis meses até a dose adulta, de 100 a 200 μ g/dia. A troca dos adesivos deve ser feita duas vezes por semana. Os adesivos têm a vantagem de ter a apresentação comercial de 25 e 50 μ g, que poderiam ser cortados em quatro a oito partes.⁽³³⁾ Os adesivos têm como desvantagem a possibilidade de irritação da pele no local da aplicação.

Quando não for possível o uso do 17- β -estradiol transdérmico, uma alternativa seria utilizar o 17- β -estradiol por via oral (VO), na dose inicial de 0,5 mg/dia e aumentá-la a cada seis a 12 meses até a dose adulta, de 2,0 a 4,0 mg/dia. Outra opção é o valerato de estradiol, um estrogênio sintético, por VO, que poderia ser utilizado para a indução da puberdade, na dose de 0,5 mg/dia, aumentada de maneira similar ao 17- β -estradiol. O estrogênio equino conjugado (EEC), disponível em dose baixa de 0,3 mg, vem sendo cada vez menos utilizado.^(18,34) Da mesma forma, sua dosagem vai progressivamente aumentando até 1,25 mg/dia. Na literatura nacional está publicada uma proposição da Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) para indução do processo puberal em pacientes com insuficiência ovariana prematura e que pode ser adotada para essa finalidade em pacientes com DDS. No quadro 2, observam-se as diferentes opções e doses recomendadas para a TRH, do início do desenvolvimento puberal até a dose de adulto para pacientes com DDS.⁽³⁵⁾

Após o desenvolvimento puberal completo ou após gonadectomia, a TE deve ser utilizada de modo contínuo. Apesar do uso da terapia hormonal, muitas pacientes com SICA referem diminuição do bem-estar psicológico e da satisfação sexual após a gonadectomia.⁽³⁶⁾ Acredita-se que essas pacientes com SICA necessitem de doses

Quadro 2. Diferentes opções de terapia de reposição hormonal, do início do desenvolvimento puberal até a dose de adulto, para pacientes com DDS

Droga	Estradiol TD µg/dia	Estradiol VO mg/dia	EEC mg/dia
Dose inicial	12,5	0,5	0,3
Aumento gradual a cada 6 meses	25, 50, 100	0,5; 1,0; 1,5	0,625
Dose para mulher adulta	100-200	2-4	1,25

TD: transdérmico; VO: via oral; EEC: estrogênio equino conjugado.

Fonte: Adaptado de Benetti-Pinto CL, *et al.* (35)

maiores de estrogênio do que a mulher na pós-menopausa.⁽³⁷⁾ Embora não exista consenso, a literatura sugere que a melhor opção terapêutica para essas pacientes é utilizar o 17-β-estradiol transdérmico adesivo na dose de 100-200 µg (trocar duas vezes por semana) ou na forma de gel na dose de 1 a 2 mg/dia. Também tem sido indicado o 17-β-estradiol ou o valerato de estradiol VO na dose de 2 a 4 mg/dia. Como outra opção, podemos utilizar o EEC na dose de 1,25 a 2,5 mg/dia.⁽¹⁸⁾ Lembramos, entretanto, que a TE deve ser sempre realizada utilizando a dose efetiva para cada paciente, e o ajuste deve ser feito individualmente. Como as pacientes não têm útero, não há necessidade de complementação da TE com progestagênicos.

Se a paciente estiver motivada e/ou desejar iniciar a atividade sexual, a dilatação vaginal utilizando o método de Frank é a melhor opção. A neovaginoplastia raramente é necessária, pois essas pacientes normalmente apresentam a vagina com comprimento de 4 a 6 cm.⁽²²⁾ O método de Frank, descrito em 1938, consiste em dilatar e aprofundar a vagina curta por 10 a 30 minutos, de uma a três vezes ao dia, fazendo exercícios com o uso de molde vaginal rígido, aumentando gradual e progressivamente o seu tamanho. As pacientes devem ser orientadas de que, com o uso dos dilatadores, podem ocorrer dor, pequenos sangramentos e sintomas urinários. A frequência da dilatação tem mostrado ser mais eficaz que a duração. Anestésico local e/ou analgésico pode ser utilizado antes de se usar o dilatador, o que melhora a adesão ao tratamento. É importante que o uso adequado de dilatadores seja supervisionado pelo médico pelo menos uma vez por semana, durante os dois meses iniciais. A avaliação e o acompanhamento psicológico são importantes para a aceitação do uso de dilatadores e a expectativa quanto ao tratamento, pois para algumas pacientes, o uso dos dilatadores pode ter impacto emocional negativo.⁽³⁸⁾

Embora essa decisão seja controversa, 15% das pacientes com SICA preferem preservar as gônadas, mesmo após a puberdade,⁽³⁹⁾ alegando os seguintes motivos: não querem usar a terapia hormonal ou não desejam se submeter a uma cirurgia e têm conhecimento de que após a gonadectomia pode ocorrer a diminuição do bem-estar psicológico e da satisfação sexual.⁽³⁶⁾ Contra essa decisão, as pacientes devem ser informadas e alertadas de que essa síndrome está associada ao risco aumentado

de tumores de células germinativas dos testículos e de que, depois da puberdade, a prevalência de tumores malignos aumenta, variando de 1,5% a 14%.^(40,41) Esse risco aumenta progressivamente com a idade, a localização dos testículos (criptorquidia), a predisposição genética e o efeito parácrino dos androgênios.⁽⁴²⁾ É mandatória a monitorização das gônadas a cada 12 meses com ultrassonografia e/ou RNM, mesmo nas pacientes adolescentes, até a realização da gonadectomia. Se a opção for de conservar as gônadas após a puberdade, há necessidade de confirmar a mutação do receptor androgênico por meio de técnicas de biologia molecular no sangue periférico e no tecido gonadal. O diagnóstico genético molecular permite analisar o potencial risco de malignidade.⁽⁴³⁾ É importante informar às pacientes que não existem dados suficientes na literatura médica para garantir essa conduta com segurança.

Enfim, a TE tem inúmeros benefícios, promove a indução, o desenvolvimento e a manutenção dos caracteres sexuais secundários, previne a atrofia vulvovaginal, melhora a função sexual, promove o bem-estar físico e psíquico-social, reforça a identidade de gênero e promove aquisição e manutenção da massa óssea, melhorando, assim, a qualidade de vida.^(6,7) A TE pode ser continuada até aproximadamente os 50 anos de idade, quando devem ser discutidos com a paciente os riscos *versus* os benefícios de se estender o uso de estrogênio após essa idade.⁽⁴⁴⁾

A SICA está associada à diminuição da densidade mineral óssea e ao aumento de osteoporose na idade adulta.^(18,32,45) A baixa densidade mineral óssea pode ser devida à resistência dos receptores à ação dos androgênios no tecido ósseo e à deficiência estrogênica, entre outros fatores envolvidos, o que pode reduzir o pico de massa óssea. Essa perda de massa óssea pode ser maior em pacientes submetidas a gonadectomia.⁽¹⁸⁾ Essa redução da densidade mineral óssea independe do estado gonadal e é maior na coluna lombar do que no colo do fêmur, sugerindo que a expressão dos receptores dos androgênios tem padrões diferentes entre o osso trabecular, presente principalmente na coluna lombar, e o osso cortical, que predomina no colo do fêmur. As pacientes com baixa densidade mineral óssea devem ser orientadas a realizar exercícios físicos de maneira regular e a aumentar a ingestão de cálcio e ser informadas da necessidade da exposição solar e/ou da reposição

de vitamina D, associada a TE, com o objetivo de melhorar a massa óssea.^(18,23)

O diagnóstico diferencial da SICA é realizado com a agenesia dos ductos de Müller, conhecida como síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, de etiologia ainda não esclarecida. Essa é caracterizada por ausência congênita de útero, cérvix e dois terços proximais da vagina em mulheres com cariótipo 46,XX e função ovariana normal. Apresenta dois subtipos: tipo I – ausência isolada de útero; tipo II – com malformações extragenitais. As malformações renais podem ser detectáveis em 20% a 40% e as malformações esqueléticas, em 15% a 20% dos casos.⁽⁴⁶⁾ Essas duas condições têm em comum a ausência de útero e a vagina em fundo cego, mas diferem, porque as pacientes com SICA apresentam ausência ou escassez de pelos pubianos e axilares, testículos presentes, cariótipo 46,XY e testosterona total muito alta, compatível com o sexo masculino, enquanto as pacientes com agenesia dos ductos de Müller têm pelos pubianos e axilares normais, valores de testosterona normais para o sexo feminino, cariótipo 46,XX e ovários presentes. Para as pacientes com SICA, o prognóstico reprodutivo, até o presente momento, é absolutamente fechado, e nos casos de agenesia dos ductos de Müller a fertilidade é possível com a utilização das técnicas de fertilização *in vitro* (FIV) e o uso de útero de substituição⁽²¹⁾ ou transplante de útero.

FORMAS INCOMPLETAS (SIA)

Na SIA, na forma incompleta ou parcial, o diagnóstico geralmente é suspeitado em recém-nascidos com genitália atípica e gônadas palpáveis. O grau de virilização da genitália externa está relacionado à função dos receptores androgênicos residuais e pode ser preditivo para a resposta dos androgênios na puberdade.⁽²²⁾ Em sua maioria, esses pacientes são criados como homens e frequentemente desenvolvem ginecomastia na puberdade.⁽²²⁾ Vale, entretanto, lembrar que as intervenções sobre as gônadas, conforme descrito anteriormente para as formas completas, também são aplicadas nas formas parciais por conta do risco de degeneração tumoral, que é maior do que na forma completa⁽⁴⁷⁾ e pode atingir até 50% se as gônadas não estiverem na bolsa escrotal.^(30,48) Por conseguinte, pacientes com fenótipo masculino poderiam se submeter a orquidopexia até completarem a puberdade, com vigilância irrestrita das gônadas e reavaliação da decisão após essa etapa, sempre com a possibilidade de orquiectomia, devido aos riscos apontados. A terapia de reposição com testosterona para indução da puberdade masculina tem início entre 10 e 12 anos de idade. A opção é por injeção intramuscular de ésteres de testosterona de curta duração, embora haja outras opções como undecanato de testosterona VO. A dose inicial de testosterona de curta duração é de 25-50 mg/mês via intramuscular, com aumento de 50 mg adicionais a

cada 6-12 meses até atingir a dose de 100-150 mg/mês. As doses de adulto de 200-250 mg a cada 2-3 semanas (ésteres de testosterona de curta ação), de 1.000 mg a cada 10-14 semanas (ésteres de testosterona de longa ação) ou de 50-100 mg para testosterona gel ou outra preparação transdérmica aplicada topicamente são efetivas em manter as características sexuais secundárias masculinas.⁽⁷⁾ As pacientes com fenótipo feminino devem se submeter a gonadectomia bilateral.⁽⁴⁹⁾ Uma vez realizada a gonadectomia, devem ser tomadas as medidas corretivas de reposição hormonal para o tempo da puberdade.

As formas de insensibilidade parcial com ambiguidade genital são de condução mais complexa e requerem a intervenção de uma equipe multidisciplinar e multiprofissional para a definição do sexo fenotípico definitivo; esse assunto será abordado ao final deste texto.

Formas leves – Como dito anteriormente, as formas leves da SIA, muitas vezes, passam despercebidas ao longo da puberdade e adolescência e, frequentemente, são diagnosticados em indivíduos adultos, fenotipicamente masculinos, com clínica de infertilidade e/ou pilosidade diminuída. Quanto aos aspectos psicológicos, esses pacientes se identificam como do sexo masculino, não havendo necessidade de intervenções sobre os órgãos genitais. Do ponto de vista reprodutivo, o prognóstico é ruim. O trabalho de Müller,⁽⁵⁰⁾ de 1984, demonstrou que as células germinativas podem ser encontradas em número normal em crianças com SIA somente até os 5 anos de idade, mas, a partir dos 7 anos, elas estão ausentes ou presentes apenas em pequenos focos. Em adultos com a forma completa e incompleta (média de idade de 27 anos), a presença de células germinativas foi descrita em pequeno número em cerca de 28% dos pacientes, particularmente naqueles mais jovens, até os 19 anos. Após os 30 anos, nenhum paciente apresentava células germinativas, e os autores concluíram que há uma progressiva redução dessas células com a idade, até o seu completo desaparecimento.⁽²⁹⁾ Os riscos de degeneração tumoral nessas gônadas estão presentes e valem as mesmas observações descritas anteriormente.

DISGENESIA GONADAL XY

Disgenesia gonadal é o termo utilizado para um tipo específico de DDS caracterizado pela formação incompleta ou defeituosa da gônada (ovário ou testículo) devido às anomalias estruturais ou numéricas dos cromossomos sexuais ou mutações nos genes envolvidos no desenvolvimento gonadal. As gônadas disgenéticas são caracterizadas por graus variáveis de imaturidade ou disfunção. Neste texto vamos tratar apenas das pacientes com disgenesia gonadal com linhagem celular 46,XY. A disgenesia gonadal com cromossomo Y presente pode se classificar em formas completas (DGC) ou parciais (DGP), dependendo da morfologia da gônada.

DISGENESIA GONADAL XY FORMA COMPLETA (DISGENESIA GONADAL PURA XY)

Na forma completa, descrita em 1955 e conhecida como síndrome de Swyer, não há desenvolvimento gonadal (disgenesia gonadal bilateral). A sua etiologia mais importante é a mutação do gene *SRY*, mas já foram descritas mutações em outros genes relacionados com o desenvolvimento gonadal, com destaque para os genes *SOX9*, *DAX1*, *SF1* e *DMRT1*. Devido a isso, o padrão de herança nesses casos é bem diversificado, o que torna importante a investigação de outros casos na família. Diferentemente do que ocorre com a SIA, não há desenvolvimento de testículo, mas, sim, a formação de uma gônada disgenética (também conhecida como gônada em fita ou *streak*) em que há ausência dos túbulos seminíferos. Não há células de Sertoli ou de Leydig, predominando o tecido conjuntivo, portanto não produzindo testosterona nem AMH. A falta na produção do AMH resulta no desenvolvimento dos ductos de Müller, com formação do útero (corpo e colo), das tubas uterinas e da porção superior da vagina. A falta de testosterona induz à formação de genitália externa feminina (vulva e porção inferior da vagina).⁽⁵¹⁾

As características clínicas das pacientes com disgenesia gonadal completa 46,XY são a amenorreia primária e a estatura normal, acima da média para os padrões femininos, devido à presença de genes envolvidos com

o crescimento estatural localizados no cromossomo Y.⁽⁵²⁾ Pela falta da gônada funcional, o processo puberal não ocorre, levando ao hipodesenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. O fenótipo é feminino, com mamas, genitália externa, quadril e pélvis hipodesenvolvidos (Figura 10). As gônadas são em fita, o útero é pequeno (Figura 10), as tubas uterinas são finas e a vagina é normal.⁽¹⁹⁾ O exame histopatológico dessa gônada disgenética mostra um epitélio de revestimento cuboide simples. O estroma subjacente é fibroso indiferenciado, composto de células fusiformes dispostas em paralelo ou padrão estoriforme (aspecto de redemoinho) (Figura 10).⁽⁵¹⁾

As mulheres com disgenesia gonadal completa 46,XY são propensas a ter osteoporose e têm risco aumentado entre 15% e 35% de desenvolver gonadoblastoma ou disgerminoma. Esse risco aumenta com a idade.⁽¹⁾ O disgerminoma pode estar associado ao gonadoblastoma em 50% dos casos, e em 15% das vezes pode ser bilateral, sendo mais frequente na segunda década de vida. Segundo a literatura, eles são tumores que necessitam da presença de fragmentos ou de genes ainda funcionantes do cromossomo Y para se desenvolver.⁽⁵³⁾ Os achados laboratoriais mostram LH e FSH aumentados (maior que 30 mUI/mL) e testosterona total baixa ou nos limites inferiores da normalidade para o sexo feminino. A dosagem do AMH e do estradiol apresentam valores baixos. O cariótipo é 46,XY. A ultrassonografia pélvica e a RNM são exames importantes para avaliar as gônadas,

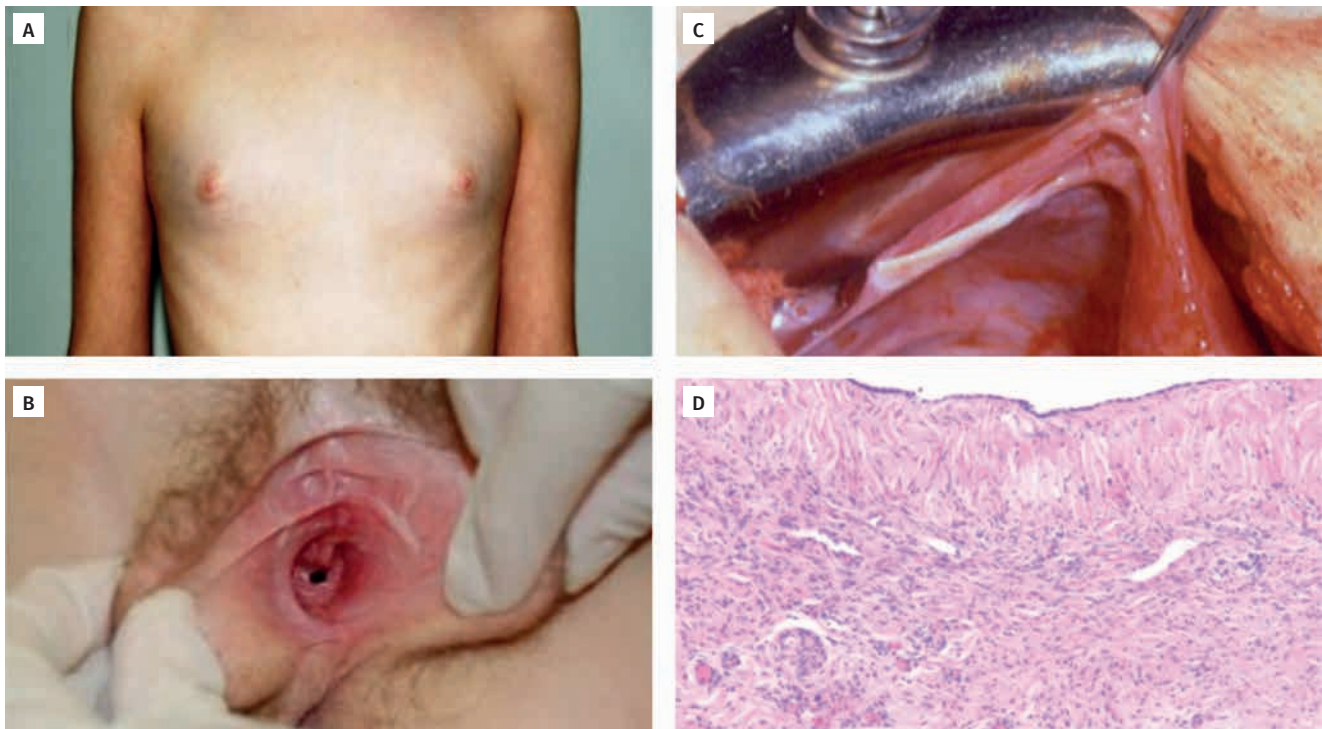


Figura 10. Fotos de uma paciente de 19 anos com disgenesia gonadal completa 46,XY. (A) Mamas e (B) genitália externa hipodesenvolvidas. (C) Visão intraoperatória da gônada em fita. (D) Corte histológico da gônada em fita

Fonte: Arquivo do Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP).

embora nem sempre seja fácil a sua visualização. A falta de detecção das gônadas em exames de imagem não implica a sua ausência.⁽¹²⁾

O tratamento consiste na realização de gonadectomia profilática assim que o diagnóstico é feito, devido ao alto risco de degeneração tumoral dessas gônadas disgenéticas.^(19,51) Quando há, no exame por imagem, suspeita de massa gonadal, recomenda-se a dosagem de marcadores tumorais como a alfafetoproteína (AFP), a desidrogenase láctica (LDH) e a β -gonadotrofina coriônica (β hCG) antes do procedimento cirúrgico, sendo preferencial nesses casos a laparotomia em vez da laparoscopia.⁽⁵⁴⁾

Após a gonadectomia, é necessária a TRH, para a indução, o desenvolvimento e a manutenção dos caracteres sexuais secundários. As diferentes opções e doses da TE seguem as mesmas diretrizes daquelas descritas anteriormente, que podem ser observadas no quadro 2. Iniciar a TRH entre 9 e 11 anos de idade, com baixas doses de estrogênio, de um quarto a um sexto da dose de adulto, e aumentar gradativamente a cada seis meses de acordo com a resposta clínica. Uma vez que essas pacientes têm útero, após dois a três anos de uso de estrogênio isolado, ou na ocorrência de sangramento vaginal, deve-se associar progestagênio por 12 a 14 dias/mês para a proteção endometrial e a indução de sangramento mensal. Os esquemas preconizados para o regime cíclico são progesterona micronizada 100-200 mg/dia VO, didrogesterona 10 mg/dia VO e acetato de medroxiprogesterona 10 mg/dia VO.^(7,35) Para regimes contínuos, sugere-se uso por VO de progesterona micronizada 100 mg/dia, didrogesterona 5 mg/dia ou acetato de noretisterona 1 mg/dia. Os contraceptivos orais combinados com 30 g de etinilestradiol podem ser utilizados de forma contínua.⁽³⁵⁾

O diagnóstico diferencial é realizado com a disgenesia gonadal completa 46,XX (disgenesia gonadal pura XX). Nela, o quadro clínico é semelhante, com amenorreia primária, ausência de caracteres sexuais secundários, estatura normal, fenótipo e genitália externa feminina e presença de estruturas müllerianas. Os exames laboratoriais mostram estradiol, AMH e testosterona baixos ou nos limites inferiores da normalidade para o sexo feminino e gonadotrofinas elevadas. As gônadas são em fita e, a princípio, não há indicação de gonadectomia, considerando, como dito acima, que a degeneração tumoral em gônadas disgenéticas está condicionada à presença de fragmentos ou de genes ainda funcionantes do cromossomo Y. Entretanto, a monitorização anual das gônadas por ultrassonografia deve ainda ser considerada obrigatória pela possibilidade de detecção de neoplasia maligna,⁽⁵⁵⁾ pois a ausência de cromossomo ou fragmentos de Y em cariótipos convencionais não elimina a possibilidade de mosaïcismo com a presença de Y em outros tecidos, incluindo as gônadas ou translocação de fragmentos do Y em outros cromossomos.^(56,57) O ideal seria realizar a pesquisa do cromossomo Y ou de seus

fragmentos pelas técnicas de biologia molecular para nortear ou não a realização de gonadectomia.⁽¹²⁾

Tanto na disgenesia gonadal pura 46,XY quanto na 46,XX, a presença de estruturas müllerianas permite que a gravidez seja possível com a ovodoação e a FIV.^(21,58,59)

DISGENESIA GONADAL 46,XY FORMA PARCIAL (DGP) X DISGENESIA GONADAL MISTA (DGM)

A disgenesia gonadal parcial (DGP) é caracterizada pela presença do cariótipo 46,XY, em indivíduos com diferenciação testicular parcial (testículos disgenéticos), na ausência de sinais clínicos de síndrome de Turner.⁽⁶⁰⁾ Na forma parcial, há a formação incompleta do testículo, e o grau de masculinização da genitália externa vai depender da intensidade da função testicular. Os indivíduos apresentam graus variados de ambiguidade genital, desde um fenótipo majoritariamente feminino até um fenótipo quase que exclusivamente masculino⁽⁶¹⁾ (Figura 11). A histologia das gônadas pode revelar testículo disgenético bilateralmente ou uma fita (*streaks*) e um testículo disgenético contralateral⁽²⁷⁾ ou uma fita e um testículo com aparência normal.

Há muita controvérsia com relação à diferenciação entre a DGP e a disgenesia gonadal mista (DGM). De maneira geral, o termo DGP tem sido usado para descrever indivíduos com diferenciação testicular incompleta com cariótipo 46,XY, ao passo que na DGM os indivíduos teriam o cariótipo 45,X/46,XY (mais comum), além de outras formas de mosaïcismo envolvendo o cromossomo Y. Historicamente, os indivíduos com DGM têm sido caracterizados por apresentar assimetria na histologia das gônadas, como, por exemplo, um testículo disgenético de um lado e gônada em fita do outro lado, independentemente do cariótipo. Já o termo DGP tem sido usado para descrever indivíduos com testículos disgenéticos bilateralmente.

Desde o *Consensus Statement on DSD*, em 2006,⁽²⁾ o termo DGP tem sido aplicado aos pacientes 46,XY que apresentam diferenciação testicular incompleta, e o termo DGM tem sido usado para aqueles que têm um mosaïcismo com uma linhagem de células 45,X e outra com cromossomo Y, sem considerar a histologia gonadal, sendo a classificação baseada na constituição do cariótipo.⁽²⁾

Do ponto de vista clínico, as diferenças entre DGP e DGM não são muito bem definidas. Quando comparadas as duas formas, foram encontradas similaridades nos diversos graus de androgenização da genitália externa, nas características das gônadas e nas funções hormonais, e a principal diferença encontrada entre a DGP e a DGM foi a estatura.⁽⁶¹⁾ Os indivíduos com a linhagem 45,X tendem a apresentar mais tendência ao fenótipo feminino, presença de útero em maior frequência e menor estatura.⁽⁶¹⁾

Apesar de vários estudos utilizarem a classificação baseada nos critérios histológicos das gônadas, alguns



Figura 11. Genitália externa de paciente com disgenesia gonadal mista, virilizada depois do processo puberal

Fonte: Arquivo do Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Setor de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

resultados não corroboram essa proposição, pois não têm sido encontradas diferenças na proporção de gônadas em fita e de testículo contralateral ou testículos bilateralmente, assim como diferenças histológicas entre os indivíduos DGP *versus* DGM, sugerindo os autores que os critérios para diferenciá-los deveria se basear no cariótipo, e não no quadro histológico.⁽⁶¹⁾ Portanto, os dados da literatura sugerem que, sempre que haja algum grau de diferenciação testicular, ela pode levar ao aparecimento de ambiguidade genital, em indivíduos 46,XY ou 45,X/46,XY.

As estruturas müllerianas vão estar desde ausentes até completamente desenvolvidas, dependendo do grau de disgenesia testicular,^(57,62) pois a sua involução ou o seu desenvolvimento depende dos hormônios testiculares. Os níveis de testosterona e AMH estão geralmente diminuídos,⁽⁵⁵⁾ e as dosagens de LH e FSH podem estar aumentadas se a gônada não é funcionante.⁽⁵⁵⁾

Algumas alterações somáticas encontradas na síndrome de Turner, particularmente nos indivíduos 45,X/46,XY, podem estar presentes, além de outras descritas na literatura, como displasia óssea, tumor de Wilms, deficiência intelectual (rara) e outras.⁽⁶²⁾

Indivíduos com DGP têm risco aumentado para o desenvolvimento de tumores nas gônadas disgenéticas, especialmente quando não estão na bolsa escrotal,⁽⁶⁰⁾ portanto valem as mesmas recomendações para vigilância na abordagem desse problema. Na DGP, a decisão e o *timing* para a retirada dos testículos vão depender do grau de virilização dos genitais externos e da identificação sexual do(a) paciente.

Para as pacientes com pequeno grau de virilização da genitália e com identificação sexual feminina, está indi-

cada a gonadectomia, tão logo seja feito o diagnóstico. Quando o grau de virilização é pequeno, mas a identificação sexual é imprecisa ou masculina, a decisão sobre a gonadectomia pode variar e vai depender das características da gônada para a tomada de decisão: se houver alterações à palpação ou nos exames por imagem e localização (se criptorquídico, canal inguinal ou na bolsa escrotal). Ao menor sinal de anormalidade, deve-se considerar a possibilidade de gonadectomia.

Em geral, homens com DGP, fenotipicamente normais, com cariótipo 46,XY, podem não ter o diagnóstico até apresentarem, na vida adulta, infertilidade por produção de esperma reduzida, decorrente do testículo disgenético. Nos casos em que o indivíduo se apresenta com fenótipo ligeiramente subvirilizado ou completamente masculino, a decisão de retirada das gônadas deve ser expectante, com acompanhamento anual; se qualquer alteração for observada nas gônadas, estas deverão ser biopsiadas.⁽⁵⁴⁾

DEFICIÊNCIA DA 5- α -REDUTASE 2

Vimos no início deste artigo (Figura 5) a importância da conversão da testosterona em DHT, pela ação da enzima 5 α RE2, para a diferenciação da genitália externa masculina. A deficiência da 5 α RE2 é um distúrbio com padrão de herança autossômico recessivo, causado pela mutação do gene *SRD5A2*, que codifica a 5 α RE2 e está situado no braço curto do cromossomo 2. Os pacientes têm cariótipo 46,XY.⁽⁶³⁾

A resultante dessa afecção é que a produção de DHT no tecido-alvo será baixa, de forma que a criança apresentará graus variáveis de masculinização da genitália externa e seu fenótipo poderá variar desde estruturas femininas quase normais (Figura 12-A) até um fenótipo masculino com genitália ambígua ao nascimento. Pode haver micropênis (Figura 12-B), hipoplasia da próstata e testículos com espermatogênese normal ou reduzida, rarefação de pelos faciais e no corpo, sem acne ou alopecia temporal masculina. Os testículos estão usualmente localizados na região inguinal. Desenvolvem-se normalmente os ductos de Wolff, pois o desenvolvimento deles é dependente do AMH e da testosterona, que está presente em altas concentrações.^(64,65)

Durante o processo puberal, os pacientes exibem virilização, sem o desenvolvimento de mamas, e essas mudanças frequentemente são acompanhadas de mudanças da identidade de mulheres para homens. Por essa razão, o diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, antes de qualquer intervenção cirúrgica, para a identificação de gênero.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com a SIA e inclui avaliação bioquímica e análise genética. O princípio da avaliação bioquímica é a relação entre testosterona e DHT (T/DHT), após um estímulo com hCG (gonadotrofina coriônica humana), que tem ação similar à do LH. As crianças portadoras da afecção mostrarão

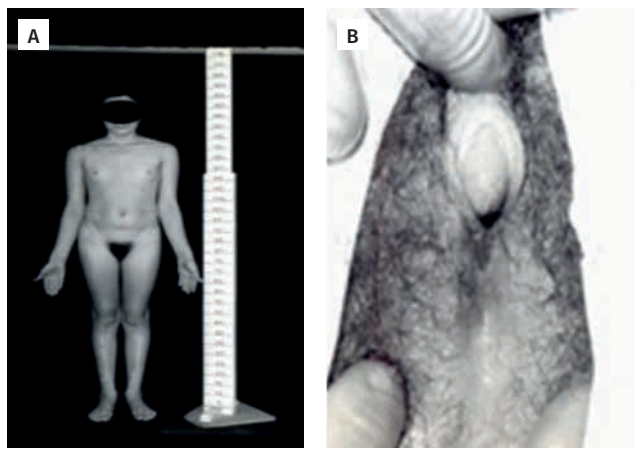


Figura 12. (A) Paciente com deficiência da 5- α -redutase 2. (B) Detalhe da genitália externa

Fonte: Arquivo do Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Setor de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

aumento dessa relação T/DHT após a administração de hCG. A administração de hCG pode ser feita em uma única vez, na dose de 5.000 UI intramuscular, com coleta de sangue para dosagem de T e DHT antes e três dias após a injeção, ou em sete doses de 1.200 UI, administradas em dias alternados, com coleta de sangue no dia zero (pré-injeção), no dia da quarta injeção e um dia após a última injeção. Os testes dão resultados similares, porém no teste prolongado os valores da relação T/DHT são mais elevados e a discriminação fica mais evidente. Nos indivíduos normais (controle), a relação T/DHT (ambos os hormônios medidos em nmol/L) chega até o valor 11. No grupo de pacientes, os valores são bem mais elevados, mas há grande variabilidade nos dois grupos, o que pode dificultar a interpretação dos resultados. A crítica que se faz ao teste é de que o diagnóstico não poderá ser descartado se a relação T/DHT não for elevada o suficiente, tendo em vista uma série de fatores que poderiam interferir, principalmente o fato de que a deficiência pode ser parcial e nesses casos o teste não teria utilidade. As publicações sobre o teste têm casuística pequena devido à raridade da doença.^(65,66) A alternativa seria a quantificação da atividade da 5- α -redutase em cultura de fibroblastos de pele da região genital, que, apesar de mais específica, é de alto custo e de difícil realização.

A dosagem do AMH tem sido indicada como auxiliar no diagnóstico diferencial de pacientes com ambiguidade genital, sendo encontrados valores elevados nos casos de insensibilidade androgênica, em especial nas formas completas. Já em relação à deficiência de 5 α RE2, têm sido relatados estudos nos quais os pacientes com essa doença apresentaram valores de AMH abaixo da média.⁽⁶⁷⁾

O diagnóstico da deficiência da 5 α RE2 somente é confirmado com a identificação da alteração molecular

no gene específico. A análise genética envolve o gene *SRD5A2*, que codifica a 5 α RE2 e para o qual já são descritas pelo menos 90 mutações. A severidade das manifestações clínicas vai depender do grau de perda da atividade da enzima devido à mutação.⁽⁶²⁾ Em metade das vezes a perda da atividade é total e no restante o gene produz uma enzima com baixa atividade biológica.^(63,64)

A conduta nessas pacientes é complexa e envolve equipe interdisciplinar devido ao fato de inicialmente serem atribuídas como do sexo feminino e mais tarde submetidas a mudança de identidade de gênero (masculino), pela virilização na puberdade. Recomenda-se atribuição do sexo masculino, apesar da aparência genital quase feminina, pois não há necessidade de reposição hormonal, e pela alta probabilidade de identificação posteriormente com o gênero masculino. A fertilidade é possível com técnicas de reprodução assistida.⁽⁶⁴⁾

Ao contrário dos outros grupos descritos anteriormente, a incidência de tumores nos testículos não tem sido relatada. A densidade mineral óssea nesses indivíduos é normal.

DISTÚRBO DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL OVOTESTICULAR OU HERMAFRODITISMO VERDADEIRO

O DDS ovotesticular ou hermafroditismo verdadeiro é uma condição rara em grande parte do mundo, mas é frequente na África do Sul.⁽⁶⁸⁾ É definida pela presença simultânea de tecidos ovariano (folículos) e testicular (túbulos seminíferos) no mesmo indivíduo. Quando os dois tecidos estão presentes na mesma gônada, ela é chamada de ovotestis. Podemos observar ovotestis bilateral e ovotestis unilateral com ovário ou testículo do outro lado e, por fim, pode ocorrer ovário de um lado e testículo do outro.⁽⁶⁹⁾ Para o diagnóstico dessa condição, é necessária a comprovação histopatológica da presença de estruturas testicular e ovariana (Figura 13). O cariótipo, na maioria das vezes, é 46,XX (80% dos casos), mas pode ser 46,XY ou quimerismo 46,XX/46,XY, o que explicaria a presença de testículo nesses outros casos.^(68,70)

Na ausência do cromossomo Y, não se esperaria a diferenciação da gônada em testículo. Nos pacientes 46,XX com testículo ou ovotestis, o gene *SRY* pode estar presente, translocado em um cromossomo X ou, mais raramente, em um autossomo, e pode variar de 10% a 33% dos pacientes, sendo menos frequente quando pesquisados em células sanguíneas de indivíduos 46,XX com ovotestis e genitália ambígua, ou estar até 100% presente em células sanguíneas em indivíduos 46,XX completamente masculinizados. Também tem alta prevalência quando pesquisado no tecido gonadal (ovotesticular), pois uma linhagem celular pode estar albergada naquele tecido.⁽⁷¹⁾

Nos casos *SRY*-negativos, tem sido descrita a possibilidade de mutação ou variações nos genes estratégicos envolvidos no equilíbrio para a diferenciação da gônada

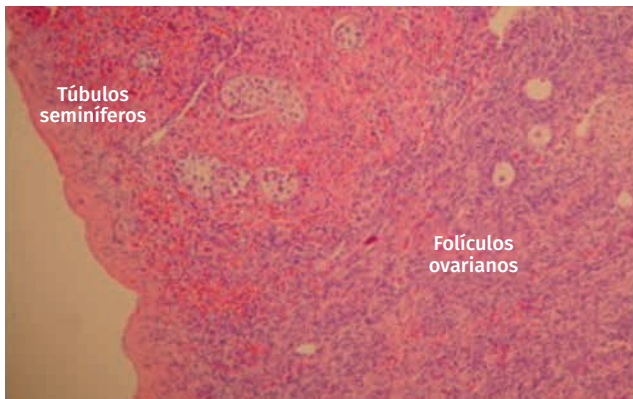


Figura 13. DDS ovotesticular. Histopatologia de ovotestis (tecido ovariano – folículos – e testicular – túbulos seminíferos – na mesma gônada)

Fonte: Arquivo do Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP).

primitiva em testículo ou ovário, resultando na formação de ambos os tipos de gônadas.^(9,72)

Em indivíduos *SRY*-positivos, há a diferenciação em testículo. Em indivíduos *SRY*-negativos, o desenvolvimento testicular pode ser o resultado de uma superexpressão dos fatores pró-testiculares (por exemplo: *SOX9*, *SOX3*, *SOX10*, *FGF9*, *DMRT1*) ou devido a mutações inativadoras dos fatores pró-ovarianos (por exemplo: *RSPO1*, *WNT4*, *FOXL2*) ou ainda à presença de fatores que poderiam favorecer o balanço gênico a favor da “via ovariana” (*WT1*, *SF1*, *COUP-TF2*).⁽⁹⁾

O ovotestis é o achado histopatológico mais frequente, seguido de ovário, comumente localizado à esquerda, e testículo, à direita.⁽⁶⁸⁾ As pacientes com DDS ovotesticular podem apresentar ampla variabilidade clínica, com história de ambiguidade genital, que é o mais frequente, às vezes gônadas palpáveis, assimétricas e na região labioescrotal e ginecomastia. Embora menos comum, pode ocorrer a virilização durante o processo puberal (hipertrofia do clitóris, voz grave, aumento da massa muscular) (Figura 14-A), decorrente da resposta testicular ao estímulo gonadotrófico. O grau de masculinização vai depender da quantidade de testosterona produzida pela massa de tecido testicular presente nas gônadas, e isso terá impacto no quadro clínico.

Não raro os fenótipos são de homens ou mulheres normais, sendo o achado fortuito durante a investigação de problemas reprodutivos. Nesses casos, a quantidade de tecido ovariano ou testicular presente pode ser tão reduzida em um indivíduo a ponto de não provocar qualquer alteração fenotípica. Útero, trompas e vagina estão presentes em 90% dos casos, principalmente se a paciente apresenta ovotestis bilateral ou ovário unilateral. Os valores da testosterona total podem estar diminuídos, normais ou aumentados para o sexo feminino. O risco de malignização das gônadas é menor em relação a outras DDS.⁽⁴⁸⁾



Figura 14. (A) Adolescente de 12 anos de idade com DDS ovotesticular, quando do diagnóstico. (B) Aos 15 anos de idade, três anos após a gonadectomia e em uso de terapia de reposição hormonal

Fonte: Arquivo do Ambulatório de Ginecologia Endócrina do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (FMB-UNESP).

O tratamento é realizado de acordo com o caso e as características das gônadas e consiste em gonadectomia ou, se for possível, a preservação do ovário, com acompanhamento periódico e rigoroso pela ultrassonografia. São relatados vários casos de gravidez em pacientes hermafroditas verdadeiros,⁽⁷³⁾ pois o tecido ovariano possui células germinativas, enquanto o tecido testicular pós-puberal se assemelha aos testículos dos casos de síndrome de Klinefelter. Se a opção for pelo sexo feminino e a decisão for pela gonadectomia bilateral, principalmente nos casos com a presença de cromossomo Y, ou *SRY*-positivo, deve-se fazer a TRH, inicialmente com estrogênio e, após dois a três anos, com estrogênio associado a progestagênio (Figura 14-B), conforme descrito anteriormente.

ABORDAGEM DAS PACIENTES XY COM GENITÁLIA AMBÍGUA

Ao longo deste texto foram abordados os diversos aspectos clínicos, genéticos e hormonais dos casos mais frequentes de DDS em pacientes com cariótipo contendo uma linhagem 46,XY. Para o diagnóstico, são necessários história clínica e antecedentes familiares, exame físico e dosagens hormonais e é indispensável o exame citogenético. Reconhecemos que, para um diagnóstico mais acurado, algumas vezes é necessária a realização do estudo citogenético e molecular não só no sangue periférico, mas também no tecido gonadal, devido à possibilidade de mosaïcismo/quimerismo e de modificações epigenéticas relacionadas a mudanças de tecidos específicos.⁽⁵⁾ Evidentemente essas metodologias não estão ao alcance das rotinas do clínico no seu dia a dia e são possíveis apenas em serviços e laboratórios

especializados e, muitas vezes, em caráter investigativo, vinculados a projetos de pesquisa. O diagnóstico de diferenciação das principais causas de DDS 46,XY e 46,XX é mostrado no quadro 3.

INTERVENÇÕES SOBRE AS GÔNADAS

Para cada situação clínica, foram apontados critérios para indicação de condutas sobre as gônadas; algumas mais expectantes, outras com intervenções cirúrgicas mais conservadoras ou então cirurgias mais mutiladoras como a gonadectomia. As intervenções sobre as gônadas devem levar em conta principalmente os riscos de degeneração tumoral, que são diferentes em cada situação. Existem critérios de riscos sugeridos por alguns autores nessa avaliação para a tomada de decisão com relação à gonadectomia em indivíduos XY.

De acordo com a literatura, são considerados critérios de baixo risco: fenótipo masculino completamente virilizado, gônadas posicionadas na bolsa escrotal com aparência normal, gônadas em fita, ovários, testículo ou gônada disgenética, com marcador tumoral de células germinativas embrionárias OCT $\frac{3}{4}$ * (*octamer-binding transcription factor*) negativo; risco médio: subvirilização moderada, gônada inguinal e testículo disgenético com OCT $\frac{3}{4}$ * positivo com risco intermediário; risco elevado: genitália ambígua, gônada abdominal, tecido gonadal indiferenciado e testículo disgenético com OCT $\frac{3}{4}$ * positivo de alto risco.^(54,74)

O OCT $\frac{3}{4}$ é um anticorpo monoclonal, marcador tumoral recomendado para a detecção de antígenos específicos em tecidos normais ou neoplásicos, particularmente os tumores de células germinativas, como o seminoma/disgerminoma/germinoma e o carcinoma embrionário. É utilizado como um método complementar aos estudos histopatológicos convencionais.

Além dos critérios de riscos de degeneração tumoral que reputamos de importância primordial, outros pontos relevantes em relação ao papel das gônadas que merecem ser considerados na tomada de decisão são: 1) o papel das secreções gonadais no desenvolvimento somático e esquelético do indivíduo, 2) o papel dos hormônios sexuais sobre o fenótipo, aqui considerada não só a genitália, mas também os caracteres sexuais secundários, 3) o futuro reprodutivo e sexual e 4) o suporte psicológico e psiquiátrico com educação individual e informação detalhada sobre sua condição.⁽⁶⁾ Somente após avaliar o conjunto dos fatores é que a intervenção sobre as gônadas deve ser decidida.

INTERVENÇÕES SOBRE A GENITÁLIA AMBÍGUA

DILEMAS NA CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO GENITAL EM CRIANÇAS COM GENITÁLIA AMBÍGUA

É desafiador decidir sobre o momento ideal para realizar a cirurgia de reconstrução da genitália em crianças que nascem com genitália ambígua. Além do dilema ético de

realizar um procedimento sem o consentimento direto do paciente, o médico terá que atribuir o gênero da criança, o que, se não estiver correto, poderá resultar em sérias consequências psíquicas e emocionais para ela na vida adulta. No cotidiano, os pais informam o nascimento da criança à família e aos amigos comunicando o sexo. Isso não é possível nos casos das crianças que nascem com genitália ambígua, o que gera constrangimento a eles. Muitas vezes a equipe de saúde é pressionada a fornecer uma definição rápida do sexo da criança, porém a decisão sobre a realização da cirurgia nesses casos envolve o trabalho de equipe multidisciplinar.⁽⁷⁵⁾

A cirurgia de reconstrução envolve a vaginoplastia, o reposicionamento da uretra e do introito vaginal e a clitoroplastia, e tem o objetivo de alinhar o sexo genital com a identidade de gênero da criança. Mas a evolução do conhecimento sobre os aspectos biológicos da identidade de gênero tem motivado a discussão sobre a conveniência da realização dessa cirurgia em idade precoce, visando a um resultado estético melhor⁽⁷⁶⁾ versus a definição mais tardia do gênero da criança que não pôde ser assegurado na infância. Estudos observacionais evidenciam neutralidade das crianças muito pequenas em relação ao seu gênero. Os estereótipos masculinos e femininos em relação a brinquedos e brincadeiras são mais bem observados em crianças entre 3 e 5 anos, período em que elas passam a expressar o gênero com o qual se identificam.⁽⁷⁷⁾

A decisão sobre realizar a cirurgia era pautada em antigas hipóteses de autores que achavam que, ao corrigir o defeito da genitália, a criança poderia ser ensinada a sentir-se como homem ou mulher e que a prescrição de esteroides sexuais poderia contribuir para a formação da identidade da criança.⁽⁷⁸⁾ Assim, a atribuição de gênero para essas crianças era baseada, essencialmente, em resultados cirúrgicos. No entanto, não existe nenhum estudo comprovando que o ambiente em que a criança vive ou a prescrição de esteroides sexuais exógenos possam influenciar na construção da identidade de gênero. Estudos mais recentes indicam que a expressão de gênero é variável na infância e, mesmo quando as crianças se comportam como sendo do outro gênero, a maioria delas na vida adulta poderá ser homo, bi ou heterossexual e somente cerca de 12% a 15% delas terão incongruência de gênero.⁽⁷⁹⁾ Isso sugere que a afirmação do gênero evolui com o progredir da idade e com o desenvolvimento neuropsíquico e social da criança. Porém, não existe na literatura nenhum estudo que comprove que o meio social ou a maneira de educar uma criança possam influenciar na construção da identidade de gênero dela.

As teorias mais recentes consideram a influência pré e pós-natal dos esteroides sexuais e da genética no processo de *imprint* da identidade da pessoa na vida intrauterina,⁽⁸⁰⁾ mas o mecanismo desse processo não está totalmente esclarecido.^(81,82) Diante disso, deve-se ter muito cuidado com as terapias hormonais precoces e

Quadro 3. Diagnóstico sinóptico das diferenças de desenvolvimento sexual 46,XY e 46,XX

DDS	Quadro clínico	Cariótipo	Gônadas	Ductos de Müller	Testosterona total	FSH	LH	AMH	Risco de tumor
Síndrome de insensibilidade completa aos androgênicos	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia primária • Mamas desenvolvidas • Pelos pubianos e axilares ausentes ou escassos 	46,XY	Testículos	Ausente	Aumentada, compatível com sexo masculino	→	↑ →	↑ →	1,5%-14%
Agenesia mülleriana	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia primária • Características sexuais secundárias normais 	46,XX	Ovário	Ausente	Mulher normal	→	→	Mulher normal	Similar à mulher normal
Síndrome de insensibilidade parcial aos androgênicos	<ul style="list-style-type: none"> • Genitália variável, ambígua • Hipertrofia do clitóris • Fusão posterior labioscrotal • Testículo inguinal ou labial • Ginecomastia na puberdade 	46,XY	Testículos	Ausente	Variável Aumentada ou normal	→	↑ →	↑ →	15%-50%
Disgenesia gonadal completa 46,XY – Síndrome de Swyer	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia primária • Características sexuais secundárias ausentes ou pouco desenvolvidas 	46,XY	Gônadas em fita bilateral	Presente	Baixa	↑	↑	↓	15%-30%
Disgenesia gonadal completa 46,XX	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorreia primária • Características sexuais secundárias ausentes 	46,XX	Gônadas em fita bilateral	Presente	Baixa	↑	↑	↓	Similar à mulher normal
Disgenesia gonadal parcial	<ul style="list-style-type: none"> • Genitália variável, ambígua 	46,XY	Disgenéticas Diferenciação testicular parcial	Variável	Baixa ou normal para o sexo masculino	↑ →	↑ →	↓	30%
Disgenesia gonadal mista	<ul style="list-style-type: none"> • Genitália variável • Assimetria genital • Criptorquidia unilateral • Baixa estatura e estigmas somáticos 	45,X/46,XY	Gônadas em fita de um lado e testículo disgenético do outro	Hipoplástico, presente de acordo com a gônada ipsilateral	Baixa ou normal para o sexo masculino	↑	↑	→ ↓	2%-30%
Deficiência da 5-α-reductase	<ul style="list-style-type: none"> • Hipospádia • Hipertrofia do clitóris • Virilização na puberdade 	46,XY	Testículos na região inguinal	Ausente	Após teste com hCG T/ DHT > 20	→	→	→	Baixo
DDS ovotesticular	<ul style="list-style-type: none"> • Genitália variável, ambígua • Virilização na puberdade 	46,XX ou 46,XY ou químera 46,XX/46,XY	Tecido ovariano e testicular na mesma gônada ou em gônadas opostas	Variável Presente em 90% dos casos	Variável	↑ →	↑ →	→ ↓	3%

DDS: diferenças do desenvolvimento sexual; FSH: hormônio folículo-estimulante; LH: hormônio luteinizante; AMH: hormônio antimülleriano; hCG: gonadotrofina coriônica humana; DHT: di-hidrotestosterona. → - Normal. ↑ - Aumentado. ↓ - Baixo.

seria recomendável aguardar a criança manifestar a sua identidade de gênero para depois realizar a correção cirúrgica, pois algumas crianças operadas se revelaram com identidade masculina, apesar de terem a genitália reconstruída como feminina.⁽⁸³⁾

Uma metanálise de estudos observacionais, heterogêneos e com pequena casuística, evidenciou que mais de 70% das mulheres operadas na infância (em torno dos 2 anos de idade) estão satisfeitas com a cirurgia. Os resultados também são favoráveis em termos estéticos e permitem a atividade sexual, que é referida como desconfortável, para a maioria das mulheres (52%). Essa queixa pode estar relacionada com a estenose vaginal, que ocorre em uma em cada quatro mulheres operadas precocemente.⁽⁸³⁾ Diante disso, tem-se discutido a realização parcial do procedimento cirúrgico, postergando-se a neovaginoplastia para uma idade mais avançada.⁽⁸⁴⁾ No entanto, ainda faltam estudos prospectivos e controlados para melhor avaliar os parâmetros anatômicos, psicológicos e sexuais de mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico. O quadro 4 sumariza os principais aspectos a serem considerados antes da tomada de decisão sobre a cirurgia de reconstrução da genitália ambígua.

Quadro 4. Aspectos clínicos da reconstrução da genitália em crianças com genitália ambígua

Mesmo quando a criança se comporta como sendo do outro gênero, somente cerca de 12% a 15% delas terão incongruência de gênero na vida adulta.
A cirurgia para correção da genitália ambígua realizada precocemente tem resultado estético satisfatório para mais de 70% das mulheres.
A incongruência de gênero foi identificada em 11,5% das mulheres operadas na infância por genitália ambígua.
O desconforto na relação sexual é referido por 52% das mulheres com reconstrução da genitália.
A estenose vaginal ocorre em uma em cada quatro mulheres operadas precocemente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão não teve a pretensão de trazer informações detalhadas sobre todas as situações clínicas envolvendo indivíduos 46,XY com DDS, mas contém as noções básicas dos casos mais frequentes para auxiliar os ginecologistas ao atender as pacientes que são a eles encaminhadas. As portas de entrada para a assistência dessas pacientes podem ser em outras especialidades, mas em boa porcentagem delas o problema se apresenta logo ao nascimento e toda a estratégia de atendimento se inicia no período neonatal. Considerando que a imensa maioria dos partos hoje ocorre em ambiente hospitalar, cabe ao gineco-obstetra e ao neonatologista (quando presente) fazer a avaliação inicial do recém-nascido que se apresenta com genitália ambígua. Por essa razão, ambos devem ter conhecimento básico sobre esse assunto

e todo cuidado deve ser tomado no exame físico inicial da genitália, pois é preciso saber diferenciar o que é anormal das variantes da normalidade, que podem causar erros na avaliação inicial. Entretanto, nem sempre o obstetra e/ou o neonatologista fazem esse exame com o necessário cuidado e, ocasionalmente, o achado de uma anomalia genital é feito por um membro da família. Assim, com certa frequência, a entrada dos pacientes poderá se dar, tempos mais tarde, nos ambulatórios de ginecologia, pediatria, urologia, endocrinologia, cirurgia geral, infertilidade etc.

Reconhecemos que hoje seria praticamente impossível o bom atendimento desses pacientes sem o apoio de geneticistas, patologistas (anatomopatologia e patologia clínica), psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e pediatras,^(6,15) mas é importante que o ginecologista tenha conhecimentos básicos para o melhor encaminhamento dessas pacientes, cujo atendimento deve ser feito por equipe especializada instalada em centros de referência terciária, com a menor perda de tempo possível, sempre com alguns cuidados adicionais na abordagem delas do ponto de vista psicológico.

As opiniões divergem sobre quando e como contar sobre essa condição às pacientes com DDS 46,XY. Problemas psiquiátricos e psicológicos são frequentes e o apoio especializado é essencial. Essas pacientes são mais propensas a relatar episódios de depressão maior, somatização, personalidade antissocial e distúrbios obsessivos-compulsivos, quando comparadas a mulheres não afetadas.⁽⁸⁵⁻⁸⁷⁾ Recomenda-se que as famílias sejam educadas e orientadas sobre essa condição e a paciente seja informada gradualmente, tendo como base a sua idade e maturidade, conforme preconiza a Resolução nº 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina.⁽⁸⁸⁾ É necessário que essa resolução seja atualizada, pois alguns pontos são passíveis de questionamentos. Essa conduta limita o risco de problemas psicológicos, pois a descoberta inadvertida de que os sexos cromossômico e gonadal não são consistentes com o fenótipo pode ser emocionalmente devastadora. Grupos de apoio têm mostrado ter efeito positivo no bem-estar psicológico desses indivíduos.^(12,89) A abordagem no diagnóstico e o tratamento das pacientes com DDS 46,XY envolve uma equipe interdisciplinar treinada, levando-se em consideração a individualização dos casos com suporte psicológico e educacional.^(6,7,15,90)

REFERÊNCIAS

- Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA; LWPES Consensus Group; ESPE Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. Arch Dis Child. 2006;91(7):554-63. doi: 10.1136/adc.2006.098319
- Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA; International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society; European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus statement on management of intersex disorders. Pediatrics. 2006;118(2):e488-500. doi: 10.1542/peds.2006-0738

3. Cools M, Nordenström A, Robeva R, Hall J, Westerveld P, Flück C, et al. Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a consensus statement. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(7):415-29. doi: 10.1038/s41574-018-0010-8
4. Hughes IA. Disorders of sex development: a new definition and classification. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2008;22(1):119-34. doi: 10.1016/j.beem.2007.11.001
5. García-Acero M, Moreno O, Suárez F, Rojas A. Disorders of sexual development: current status and progress in the diagnostic approach. *Curr Urol*. 2020;13(4):169-78. doi: 10.1159/000499274
6. Lee PA, Nordenström A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al. Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. *Horm Res Paediatr*. 2016;85(3):158-80. doi: 10.1159/000442975
7. Wisniewski AB, Batista RL, Costa EM, Finlayson C, Sircili MH, Dénes FT, et al. Management of 46,XY differences/disorders of sex development (DSD) throughout life. *Endocr Rev*. 2019;40(6):1547-72. doi: 10.1210/er.2019-00049
8. Biason-Lauber A, Konrad D, Navratil F, Schoenle EJ. A WNT4 mutation associated with Müllerian-duct regression and virilization in a 46,XX woman. *N Engl J Med*. 2004;351(8):792-8. doi: 10.1056/NEJMoa040533
9. Grinspon RP, Rey RA. Molecular characterization of XX maleness. *Int J Mol Sci*. 2019;20(23):6089. doi: 10.3390/ijms20236089
10. Netter FH. Reproductive system. Milton Park: Taylor & Francis; 1965. (Ciba Collection of Medical Illustrations; v. 2).
11. Feldman BJ, Feldman D. The development of androgen-independent prostate cancer. *Nat Rev Cancer*. 2001;1(1):34-45. doi: 10.1038/35094009
12. Guerrero-Fernández J, Azcona San Julián C, Barreiro Conde J, Bermúdez de la Vega JA, Carcavilla Urquí A, Castaño González LA, et al. [Management guidelines for disorders/different sex development (DSD)]. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(5):e315-9. doi: 10.1016/j.anpedi.2018.06.009. Spanish.
13. Nordenström A. Puberty in individuals with a disorder of sex development. *Curr Opin Endocr Metab Res*. 2020;14:42-51. doi: 10.1016/j.coemr.2020.05.004
14. Raza J, Zaidi SZ, Warne GL. Management of disorders of sex development – with a focus on development of the child and adolescent through the pubertal years. *Best Pract Clin Endocrinol Metab*. 2019;33(3):101297.
15. Vora KA, Srinivasan S. A guide to differences/disorders of sex development/intersex in children and adolescents. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(7):417-22. doi: 10.31128/AJGP-03-20-5266
16. Quigley CA, De Bellis A, Marschke KB, el-Awady MK, Wilson EM, French FS. Androgen receptor defects: historical, clinical and molecular perspectives. *Endocr Rev*. 1995;16(3):271-321. doi: 10.1210/edrv-16-3-271
17. Morris JM. The syndrome of testicular feminization in male pseudohermaphrodites. *Am J Obstet Gynecol*. 1953;65(6):1192-211. doi: 10.1016/0002-9378(53)90359-7
18. Bertelloni S, Meriggiola MC, Dati E, Balsamo A, Baroncelli GI. Bone mineral density in women living with complete androgen insensitivity syndrome and intact testes or removed gonads. *Sex Dev*. 2017;11(4):182-9. doi: 10.1159/000477599
19. Jorgensen PB, Kjartansdóttir KR, Fedder J. Care of women with XY karyotype: a clinical practice guideline. *Fertil Steril*. 2010;94(1):105-13. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.02.087
20. Lanciotti L, Cofini M, Leonardi A, Bertozzi M, Penta L, Esposito S. Different clinical presentations and management in Complete Androgen Insensitivity Syndrome (CAIS). *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):1268. doi: 10.3390/ijerph16071268
21. Gomes NL, Chetty T, Jorgensen A, Mitchell RT. Disorders of sex development-novel regulators, impacts on fertility, and options for fertility preservation. *Int J Mol Sci*. 2020;21(7):2282. doi: 10.3390/ijms21072282
22. Batista RL, Costa EM, Rodrigues AS, Gomes NL, Faria JA Jr, Nishi MY, et al. Androgen insensitivity syndrome: a review. *Arch Endocrinol Metab*. 2018;62(2):227-35. doi: 10.20945/2359-3997000000031
23. Kosti K, Athanasiadis L, Goulis DG. Long-term consequences of androgen insensitivity syndrome. *Maturitas*. 2019;127:51-4. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.06.004
24. Danilovic DL, Correa PH, Costa EM, Melo KF, Mendonca BB, Arnhold IJ. Height and bone mineral density in androgen insensitivity syndrome with mutations in the androgen receptor gene. *Osteoporos Int*. 2007;18(3):369-74. doi: 10.1007/s00198-006-0243-6
25. Kusumi M, Mitsunami M, Onoue H, Noma M, Matsumura F, Tabata C, et al. Complete androgen insensitivity syndrome and anti-Müllerian hormone levels before and after laparoscopic gonadectomy. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2017;6(3):126-8. doi: 10.1016/j.gmit.2016.11.001
26. Rey RA, Mebarki F, Forest MG, Mowazowicz I, Cate RL, Morel Y, et al. Anti-Müllerian hormone in children with androgen insensitivity. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994;79(4):960-4. doi: 10.1210/jcem.79.4.7962305
27. Aksglaede L, Sorensen K, Boas M, Mouritsen CP, Hagen RB, Jensen JH, et al. Changes in anti-Müllerian hormone (AMH) throughout the life span: a population-based study of 1027 healthy males from birth (cord blood) to the age of 69 years. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(12):5357-64. doi: 10.1210/jc.2010-1207
28. Boukari K, Meduri G, Brailly-Tabard S, Guibourdenche J, Ciampi ML, Massin N, et al. Lack of androgen receptor expression in Sertoli cells accounts for the absence of anti-Müllerian hormone repression during early human testis development. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(5):1818-25. doi: 10.1210/jc.2008-1909
29. Rudgers JL, Scully RE. Androgen insensitivity syndrome (testicular feminization): a clinical/pathologic study of 43 cases. *Int J Gynecol Pathol*. 1991;10(2):126-44. doi: 10.1097/00004347-199104000-00002
30. Cools M, Drop SL, Wolffebuttel KP, Oosterhuis JW, Looijenga LH. Germ cell tumors in the intersex gonad: old paths, new directions, moving frontiers. *Endocr Rev*. 2006;27(5):468-84. doi: 10.1210/er.2006-0005
31. Crandall CJ, Hovey KM, Andrews C, Cauley JA, Stefanick M, Shufelt C, et al. Comparison of clinical outcomes among users of oral and transdermal estrogen therapy in the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause*. 2017;24(10):1145-53. doi: 10.1097/GME.0000000000000899
32. Gava G, Mancini I, Orsili I, Bertelloni S, Alvisi S, Seracchioli R, et al. Bone mineral density, body composition and metabolic profiles in adult women with complete androgen insensitivity syndrome and removed gonads using oral or transdermal estrogens. *Eur J Endocrinol*. 2019;181(6):711-8. doi: 10.1530/EJE-19-0383
33. Ankarberg-Lindgren C, Gawlik A, Kriström B, Mazzanti L, Ruijgrok EJ, Sas TC. Estradiol matrix patches for subcutaneous induction: stability of cut pieces at different temperatures. *Endocr Connect*. 2019;8(4):360-6. doi: 10.1530/EC-19-0025
34. Klein KO, Rosenfield RL, Santen RJ, Gawlik AM, Backeljauw PF, Gravholt CH, et al. Estrogen replacement in Turner syndrome: literature review and practical considerations. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(5):1790-803. doi: 10.1210/jc.2017-02183
35. Benetti-Pinto CL, Soares Júnior JM, Maciel GA, Nacul AP, Yela DA, Silva AC. Premature ovarian insufficiency: a hormonal treatment approach: Febrasgo Statement Position. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(8):511-8. doi: 10.1055/s-0040-1716929
36. Birnbaum W, Marshall L, Werner R, Kulle A, Holterhus PM, Rall K, et al. Oestrogen versus androgen in hormone-replacement therapy for complete androgen insensitivity syndrome: a multicentre, randomised, double-dummy, double-blind crossover trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6(10):771-80. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30197-9
37. Birnbaum W, Bertelloni S. Sex hormone replacement in disorders of sex development. *Endocr Dev*. 2014;27:149-59. doi: 10.1159/000363640
38. Amies Oelschläger AM, Debiec K. Vaginal dilator therapy: a guide for providers for assessing readiness and supporting patients through the process successfully. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(4):354-8. doi: 10.1016/j.jpjag.2019.05.002
39. Deans R, Creighton SM, Liao LM, Conway GS. Timing of gonadectomy in adult women with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS): patient preferences and clinical evidence. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2012;76(6):894-8. doi: 10.1111/j.1365-2265.2012.04330.x
40. Chaudhry S, Tadokoro-Cuccaro R, Hannema SE, Acerini CL, Hughes IA. Frequency of gonadal tumours in complete androgen insensitivity syndrome (CAIS): a retrospective case-series analysis. *J Pediatr Urol*. 2017;13(5):498e1-e6. doi: 10.1016/j.jpuro.2017.02.013
41. Cools M, Wolffebuttel KP, Hersmus R, Mendonca BB, Kaprová J, Drop SL, et al. Malignant testicular germ cell tumors in postpubertal individuals with androgen insensitivity: prevalence, pathology and relevance of single nucleotide polymorphism-based susceptibility profiling. *Hum Reprod*. 2017;32(12):2561-73. doi: 10.1093/humrep/dex300
42. Hersmus R, van Bever Y, Wolffebuttel KP, Biermann K, Cools M, Looijenga LH. The biology of germ cell tumors in disorders of sex development. *Clin Genet*. 2017;91(2):292-301. doi: 10.1111/cge.12882
43. Weidler EM, Linnaus ME, Baratz AB, Goncalves LF, Bailey S, Hernandez SJ, et al. Management protocol for gonad preservation in patients with androgen insensitivity syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(6):605-11. doi: 10.1016/j.jpjag.2019.06.005
44. Gomez-Lobo V, Amies Oelschläger AM; North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. Disorders of sexual development in adult women. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):1162-73. doi: 10.1097/AOG.0000000000001672

45. King TF, Wat WZ, Creighton SM, Conway GS. Bone mineral density in complete androgen insensitivity syndrome and the timing of gonadectomy. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2017;87(2):136-40. doi: 10.1111/cen.13368
46. Herlin MK, Petersen MB, Brännström M, Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: a comprehensive update. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;15(1):214. doi: 10.1186/s13023-020-01491-9
47. Looijenga LH, Hersmus R, Oosterhuis JW, Cools M, Drop SL, Wolffenbuttel KP. Tumor risk in disorders of sex development (DSD). *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2007;21(3):480-95. doi: 10.1016/j.beem.2007.05.001
48. Kathrins M, Kolon TF. Malignancy in disorders of sex development. *Transl Androl Urol*. 2016;5(5):794-8. doi: 10.21037/tau.2016.08.09
49. Hiort O, Birnbaum W, Marshall L, Wüsch L, Werner R, Schöder T, et al. Management of disorders of sex development. *Nat Rev Endocrinol*. 2014;10(9):520-9. doi: 10.1038/nrendo.2014.108
50. Müller J. Morphometry and histology of gonads from twelve children and adolescents with androgen insensitivity (testicular feminization syndrome). *J Clin Endocrinol Metab*. 1984;59(4):785-9. doi: 10.1210/jcem-59-4-785
51. Jung EJ, Im DH, Park YH, Byun JM, Kim YN, Jeong DH, et al. Female with 46, XY karyotype. *Obstet Gynecol Sci*. 2017;60(4):378-82. doi: 10.5468/ogs.2017.60.4.378
52. Ogata T, Matsuo N. Sex chromosome aberrations and stature: deduction of the principal factors involved in the determination of adult height. *Hum Genet*. 1993;91(6):551-62. doi: 10.1007/BF00205079
53. Pauls K, Franke FE, Büttner R, Zhou H. Gonadoblastoma: evidence for a stepwise progression to dysgerminoma in a dysgenetic ovary. *Virchows Arch*. 2005;447(3):603-9. doi: 10.1007/s00428-005-1272-9
54. McCann-Crosby B, Mansouri R, Dietrich JE, McCullough LB, Sutton VR, Austin EG, et al. State of the art review in gonadal dysgenesis: challenges in diagnosis and management. *Int Pediatr Endocrinol*. 2014;2014(1):4. doi: 10.1186/1687-9856-2014-4
55. Huang H, Wang CQ, Tian QJ. Clinical features and management of 33 patients with 46,XX pure gonadal dysgenesis. *Gynecol Endocrinol*. 2016;32(12):995-8. doi: 10.1080/09513590.2016.1190820
56. Sá MF, Moura MD, Ferriani RA, Velludo MA, Soares LR, Cavalcanti DP. Association of microscopic gonadoblastoma and contralateral ovarian fibroadenoma in patients with gonadal dysgenesis and Turner phenotype. *Gynecol Obstet Invest*. 1990;30(3):186-8. doi: 10.1159/000293265
57. Osaka A, Ide H, Matsuoka K, Iwahata T, Kobori Y, Ban S, et al. SRY-positive 46, XX testicular disorder of sexual development with Leydig cell tumor. *Am J Mens Health*. 2020;14(5):1557988320970071. doi: 10.1177/1557988320970071
58. Gupta A, Bajaj R, Jindal UN. A rare case of Swyer syndrome in two sisters with successful pregnancy outcome in both. *J Hum Reprod Sci*. 2019;12(3):267-9. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_14_19
59. Plante BJ, Fritz MA. A case report of successful pregnancy in a patient with pure 46,XY gonadal dysgenesis. *Fertil Steril*. 2008;90(5):2015.e1-2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.04.043
60. Lipay MV, Bianco B, Verreschi IT. Disgenesias gonadais e tumores: aspectos genéticos e clínicos. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2005;49(1):60-70. doi: 10.1590/S0004-27302005000100008
61. Andrade JG, Fabbri-Scallet H, Santos AP, Cools M, Werner R, Hiort O, et al. Clinical findings and follow-up of 46, XY and 45,X/46,XY testicular dysgenesis. *Sex Dev*. 2019;13(4):171-7. doi: 10.1159/000504239
62. Cools M, Looijenga LH, Wolffenbuttel KP, Drop SL. Disorders of sex development: update on the genetic background, terminology and risk for the development of germ cell tumors. *World J Pediatr*. 2009;5(2):93-102. doi: 10.1007/s12519-009-0020-7
63. Mendonça BB, Batista RL, Dominice S, Costa EM, Arnhold JJ, Russell DW, et al. Reprint of "steroid 5- α -reductase 2 deficiency". *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2017;165(Pt A):95-100. doi: 10.1016/j.jsbmb.2016.11.006
64. Cheon CK. Practical approach to steroid 5 α -reductase type 2 deficiency. *Eur J Pediatr*. 2011;170(1):1-8. doi: 10.1007/s00431-010-1189-4
65. Kumar G, Barboza-Meca JJ. 5 Alpha reductase deficiency [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539904/>
66. Hiort O, Willenbring H, Albers N, Hecker W, Engert J, Dibbelt L, et al. Molecular genetic analysis and human chorionic gonadotropin stimulation tests in the diagnosis of prepubertal patients with partial 5 α -reductase deficiency. *Eur J Pediatr*. 1996;155(6):445-51. doi: 10.1007/BF01955179
67. Stuchi-Perez EG, Hackel C, Oliveira LE, Ferraz LF, Oliveira LC, Nunes-Silva D, et al. Diagnosis of 5 α -reductase type 2 deficiency: contribution of anti-Müllerian hormone evaluation. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2005;18(12):1383-9. doi: 10.1515/jpem.2005.18.12.1383
68. Ganie Y, Aldous C, Balakrishna Y, Wiersma R. The spectrum of ovotesticular disorders of sex development in South Africa: a single-centre experience. *Horm Res Paediatr*. 2017;87(5):307-14. doi: 10.1159/000466693
69. Abd Wahab AV, Lim LM, Mohamed Tarmizi MH. Ovotesticular disorders of sex development: improvement in spermatogonia after removal of ovary and müllerian structures. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(1):74-7. doi: 10.1016/j.jpags.2018.09.006
70. Wiersma R, Ramdial PK. The gonads of 111 South African patients with ovotesticular disorder of sex differentiation. *J Pediatr Surg*. 2009;44(3):556-60. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.08.013
71. Grinspon RP, Rey RA. Disorders of sex development with testicular differentiation in SRY-negative 46,XX individuals: clinical and genetic aspects. *Sex Dev*. 2016;10(1):1-11. doi: 10.1159/000445088
72. Josso N, Rey RA. What does AMH tell us in pediatric disorders of sex development? *Front Endocrinol*. 2020;11:619. doi: 10.3389/fendo.2020.00619
73. Schoenhaus SA, Lentz SE, Saber P, Munro MG, Kivnick S. Pregnancy in a hermaphrodite with a male-predominant mosaic karyotype. *Fertil Steril*. 2008;90(5):2016.e7-10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.104
74. Pleskacova J, Hersmus R, Oosterhuis JW, Setyawati BA, Faradz SM, Cools M, et al. Tumor risk in disorders of sex development. *Sex Dev*. 2010;4(4-5):259-69. doi: 10.1159/000314536
75. Money J, Ehrhardt AA. Man and woman, boy and girl: differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1972.
76. Michala L, Liao LM, Wood D, Conway GS, Creighton SM. Practice changes in childhood surgery for ambiguous genitalia? *J Pediatr Urol*. 2014;10(5):934-9. doi: 10.1016/j.jpurol.2014.01.030
77. Ruble DN, Taylor LJ, Cyphers L, Greulich FK, Lurye LE, Shrout PE. The role of gender constancy in early gender development. *Child Dev*. 2007;78(4):1121-36. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01056.x
78. Money J. Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Arch Sex Behav*. 1975;4(1):65-71. doi: 10.1007/BF01541887
79. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol*. 2008;44(1):34-45. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.34
80. Byne W. Developmental endocrine influences on gender identity: implications for management of disorders of sex development. *Mt Sinai J Med*. 2006;73(7):950-9.
81. Nugent BM, McCarthy MM. Epigenetic underpinnings of developmental sex differences in the brain. *Neuroendocrinology*. 2011;93(3):150-8. doi: 10.1159/000325264
82. Fisher AD, Ristori J, Fanni E, Castellini G, Forti G, Maggi M. Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: a major of dilemma. *J Endocrinol Invest*. 2016;39(11):1207-24. doi: 10.1007/s40618-016-0482-0
83. Almasri J, Zaiem F, Rodriguez-Gutierrez R, Tamhane SU, Iqbal AM, Prokop LJ, et al. Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(11):4089-96. doi: 10.1210/jc.2018-01863
84. Oswiecimska JM, Paradysz A, Zyczkowski M, Ziora K, Pkiewicz-Koch A, Stojewska M, et al. Effects of feminizing surgery for ambiguous genitalia – a novel scale for evaluation of cosmetic and anatomical results. *Neuro Endocrinol Lett*. 2009;30(2):262-7.
85. Engberg H, Strandqvist A, Nordenström A, Butwicka A, Nordenskjöld A, Hirschberg AL, et al. Increased psychiatric morbidity in women with complete androgen insensitivity syndrome or complete gonadal dysgenesis. *J Psychosom Res*. 2017;101:122-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.08.009
86. Falhammar H, Claahsen-van der Grinten H, Reisch N, Slowikowska-Hilczler J, Nordenström A, Roehle R, et al. Health status in 1040 adults with disorders of sex development (DSD): a European multicenter study. *Endocr Connect*. 2018;7(3):466-78. doi: 10.1530/EC-18-0031
87. Amies Oelschläger AM, Muscarella M, Gomez-Lobo V. Transition to adult care in persons with disorders of sexual development: the role of the gynecologist. *Obstet Gynecol*. 2015;126(4):845-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000001034
88. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.664/2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2003 May 13 [cited 2021 Oct 14];Sec. 1.1. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1664>
89. Baratz AB, Sharp MK, Sandberg DE. Disorders of sex development peer support. *Endocr Dev*. 2014;27:99-112. doi: 10.1159/000363634
90. Roen K. Intersex or diverse sex development: critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *J Sex Res*. 2019;56(4-5):511-28. doi: 10.1080/00224499.2019.1578331

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

Consulta adequada a mulheres com DDS

Ela deve envolver empatia, respeito e acolhimento. Além disso, é fundamental individualizar os casos dessa condição rara

Por Letícia Martins



Como o próprio nome sugere, doenças raras não acontecem com frequência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), rara é a doença que afeta 1,3 indivíduo para cada 2.000 pessoas. E o que essas condições têm em comum é que seus portadores merecem ser atendidos e cuidados com respeito e empatia. No caso de mulheres com cariótipo 46,XY não é diferente. “Para o médico, os maiores desafios no atendimento às mulheres com cariótipo 46,XY são as nossas próprias ideias do que seja sexo (biológico, social) ‘normal’. Por isso, a empatia deve ser a linha de condução do atendimento, de preferência com o apoio de uma equipe multidisciplinar”, analisa a médica especialista em Genética Clínica, Dra. Ester Silveira Ramos, professora titular do Departamento de Genética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

É difícil estimar a prevalência das diferenças de desenvolvimento sexual (DDS) em mulheres com cariótipo 46,XY devido a raridade, etiologia heterogênea, falta de padronização no diagnóstico e ampla variação geográfica que dificultam os estudos epidemiológicos. “Mas a incidência das DDS em mulheres com cariótipo 46,XY tem sido estimada em 1 para 20.000 nascimentos”, aponta a médica ginecologista Anaglória Pontes, professora livre-docente aposentada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp) e médica colaboradora do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Empatia e respeito passam pela forma como nos referimos a essas pessoas com distúrbios raros. A Dra. Anaglória explica que os termos intersexo, hermafroditismo e pseudo-hermafroditismo, por exemplo, não são mais usa-

dos desde o Consenso de Chicago, em 2006. “O termo mais adequado é distúrbios ou diferenças do desenvolvimento sexual, e os ginecologistas devem utilizá-lo não só por ser mais apropriado, como também para evitar confusão com outras condições”, esclarece a médica, que, em conjunto com a Dra. Ester e outros médicos, assinou o artigo principal desta edição de *Femina*.

Na consulta com as pacientes, a abordagem precisa ser pessoal. “O médico deve acolher essas mulheres como elas gostam de ser tratadas, com nome, adjetivos e pronomes que concordem com a expectativa da paciente”, recomenda a Dra. Ester.

As DDS são definidas como um grupo de condições congênitas que resultam na discordância entre o sexo cromossômico, gonadal e/ou sexo anatômico de um indivíduo. “É muito importante que o ginecologista tenha em mente que nem o sexo cromossômico por si só nem o tipo de gônada define a identidade de gênero de um indivíduo”, continua a Dra. Anaglória. É válido destacar que identidade de gênero é a percepção que a pessoa tem de si mesma como homem ou mulher, ou seja, é um conjunto de convicções que se estabelece na socialização.

As DDS são classificadas em três categorias de acordo com o cariótipo: DDS 46,XY, DDS 46,XX e DDS por anomalias cromossômicas. As mulheres com cariótipo 46,XY podem ser identificadas em diferentes fases da vida, desde o período neonatal, infância, em que podem apresentar desde genitália externa normal para o sexo feminino ou com graus variáveis de genitália ambígua ou atípica. A Dra. Anaglória esclarece que a presença de hérnia inguinal na infância é rara em criança do sexo feminino. “Quando presente, pode indicar o diagnóstico de síndrome de insensibilidade an-

drogênica completa. Na adolescência, os sintomas e sinais são amenorreia primária, atraso puberal, ausência ou desenvolvimento incompleto dos caracteres sexuais secundários e virilização na puberdade.”

Na idade adulta, as manifestações clínicas podem ser infertilidade ou a presença de tumores gonadais. “Como podemos observar, os sinais e sintomas das mulheres com cariótipo 46,XY são variáveis e podem ser percebidos em qualquer idade”, afirma a Dra. Anaglória.

DIFICULDADES NA VIDA SOCIAL, SEXUAL E REPRODUTIVA

São inúmeros os desafios que as mulheres com cariótipo 46,XY enfrentam, a começar pelo estigma social e o medo de se relacionar e sofrer preconceito. As dificuldades sexuais podem variar conforme o tipo de DDS que apresentam e de outros fatores, como a época do diagnóstico e como o tratamento foi abordado e conduzido.

Por isso, a Dra. Ester reforça a mensagem do início da matéria: “A empatia e o respeito devem sempre ser observados”. Vale destacar que, durante a consulta, o médico deve procurar saber a idade em que a mulher foi diagnosticada com DDS, o conhecimento prévio dela sobre o assunto e as preocupações que ela traz consigo, para que possa ajudá-la e apoiá-la. “Muitas dessas mulheres ficam traumatizadas por atendimentos que, embora tentem informar sobre o diagnóstico e o tratamento, não levam em conta as suas preocupações. Por isso, é importante um atendimento multidisciplinar, para que cada caso seja analisado e essas mulheres possam ter todo o apoio necessário durante o processo.”

A Dra. Anaglória corrobora, explicando que, muitas vezes, é necessário um acompanhamento psicológico. “Problemas psiquiátricos e psicológicos, por exemplo, são frequentes, e essas mulheres são propensas a ter depressão, somatização, personalidade antissocial, distúrbios compulsivos-obsessivos, com comprometimento da qualidade de vida.” Outro cuidado fundamental é o de transmitir as informações de uma forma que a mulher possa compreender, sempre respeitando a fase pessoal por que passa cada uma. “A informação de que o ‘sexo’, na verdade, é um conjunto, e não apenas partes individualizadas (como o sexo genético), auxilia na aceitação e adesão ao tratamento”, diz a Dra. Ester.

REPRODUÇÃO HUMANA

Em relação à reprodução, a Dra. Ester indica que “o grande problema é o estigma social, devido ao preconceito e ao medo que essas mulheres podem enfrentar em um relacionamento ao saber do seu cariótipo”. Ela explica: “do ponto de vista gonadal e da genitália interna, vai depender de cada caso. Em mamíferos com placenta, há uma barreira natural para que indivíduos com o mesmo tipo gonadal (por exemplo, testículo e testículo, que produziram apenas espermatozoides, e não óvulos) possam ter filhos geneticamente de ambos os parceiros”.

Há também algumas alterações gonadais que podem levar a gônadas que não produzem células germinativas (nem espermatozoide nem óvulo), como nos casos de disgenesia



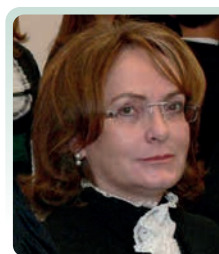
“O médico deve acolher essas mulheres como elas gostam de ser tratadas, com nome, adjetivos e pronomes que concordem com a expectativa de cada uma”, recomenda a Dra. Ester Ramos.

gonadal completa 46,XY, ou síndrome de Swyer. Ela caracteriza-se pela falha no desenvolvimento do testículo e, no lugar dele, há formação de uma gônada em fita fibrosa não funcionante, que não sintetiza a testosterona nem o hormônio antimülleriano, portanto não há regressão dos ductos de Müller. A falta de produção do hormônio antimülleriano resulta na formação do útero, tubas uterinas e vagina. Nessas pacientes, a gravidez é possível com ovodação. “A causa da disgenesia gonadal completa 46,XY não está totalmente esclarecida. Em 15% dos casos, ela ocorre por mutação devido à inativação do gene SRX, mas na grande maioria pode resultar de disruptores de vários genes envolvidos na diferenciação sexual normal”, expõe a Dra. Anaglória.

No entanto, aponta a Dra. Ester, algumas mulheres 46,XY podem apresentar útero e, embora haja dificuldade de terem um filho geneticamente delas, podem recorrer às técnicas de reprodução assistida com óvulos heterólogos (de outra mulher 46,XX) para a concepção de um embrião que poderá se desenvolver no útero de uma mulher 46,XY. “Atualmente, há pesquisas em andamento em relação a transplante de útero, o que favoreceria também as mulheres sem o desenvolvimento dessa estrutura”, completa a médica especialista em genética clínica.

Por isso, o atendimento das mulheres com cariótipo 46,XY deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar, composta de pediatra, urologista, geneticista, endocrinologista, ginecologista, patologista, psicólogo, psiquiatra e grupo de ética, que tenha experiência no atendimento dessas pacientes. “Os casos devem ser individualizados, levando-se em consideração, entre outros fatores, a qualidade da função sexual, o potencial de fertilidade, o risco de malignidade das gônadas, os fatores psicossociais, entre outros”, afirma a Dra. Anaglória.

O Conselho Federal de Medicina recomenda que tanto as pacientes quanto seus familiares sejam educados sobre o desenvolvimento sexual normal, orientados sobre sua condição de forma simples e detalhada e sobre o tratamento hormonal e/ou cirúrgico e informados gradualmente sobre o diagnóstico, tendo como base a idade e a maturidade do indivíduo. “O suporte psicológico é fundamental e os grupos de apoio têm mostrado um efeito positivo no bem-estar dessas mulheres com DDS”, finaliza a Dra. Anaglória.



“O atendimento das mulheres com cariótipo 46,XY deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar. Grupos de apoio têm mostrado um efeito positivo no bem-estar delas”, afirma a Dra. Anaglória Pontes.



ENTREVISTA

Gestação fora de hora

O número de bebês nascidos de mães adolescentes reduziu 40% em duas décadas e 9% entre 2019 e 2020. Mas o desafio ainda é grande. Campanhas como a Semana Nacional de Prevenção à Gravidez na Adolescência e projetos localizados visam mudar esse cenário

Por Letícia Martins

A taxa de gestação na adolescência vem apresentando redução lenta e gradual nas últimas duas décadas no Brasil. Em 2020, nasceram 380 mil filhos de mães com idade entre 10 e 19 anos (17.528 nascimentos de meninas de 10 a 14 anos), enquanto em 2019 a quantidade foi de 419 mil bebês nascidos de mães adolescentes, sendo 19.330 filhos de meninas na faixa dos 10 aos 14 anos, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde.

Os números vão na contramão do que se previa no início da pandemia. “Interessante observar que a expectativa durante a pandemia de COVID-19 era de aumento de casos de gravidez na adolescência, o que não ocorreu; pelo contrário, entre 2019 e 2020 houve redução de 9%, no total de nascimentos”, analisa a Dra. Marta Francis Benevides Rehme, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Infanto-Puberal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) desde 2016.

Para quem acompanha e trabalha com gravidez na adolescência desde 1991, a Dra. Denise Leite Maia Monteiro, secretária da CNE de Ginecologia Infanto-Puberal da Febrasgo e vice-presidente da Associação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (Sogia-BR), observa com satisfação a redução do número de partos entre as adolescentes, mas, assim como a Dra. Marta Rehme, avalia que o número de gestações na adolescência ainda é muito alto. “A década de 1990 foi a que apresentou o maior crescimento da gravidez nessa faixa etária e culminou com a maior frequência em 2000, quando 750.537 adolescentes ti-

veram filhos. Isso representou, naquele ano, 23,4% do total de nascidos vivos no Brasil, ou seja, a cada 4 bebês brasileiros, 1 era filho de mãe adolescente”, relata a Dra. Denise, que é professora titular de Obstetrícia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Na figura 1, é possível observar a proporção de nascimentos de bebês de mães com até 19 anos no período de 2000 a 2020.

Nesses 21 anos, a gravidez na adolescência reduziu 40% e agora representa 14% do total de nascimentos no país. Esse declínio indica que o País está no caminho certo para mudar o cenário, mas distante ainda do ideal. “No entanto, para chegarmos perto dos valores da Europa, América do Norte e grande parte da Ásia, precisamos reduzir este índice à metade”, afirmam as médicas.

Ou seja, embora o Brasil tenha apresentado queda nos índices de gravidez na adolescência nos últimos anos, a taxa de fecundidade na adolescência está acima da média mundial: em 2000, era de 81 em cada 1.000 adolescentes de

Em 2000, a cada 4 bebês brasileiros, 1 era filho de mãe adolescente.

Em 2020, a proporção era de 1 filho de mãe adolescente para cada 7.

Os partos de adolescentes representam 14% do total de nascimentos no Brasil.

15 a 19 anos. Em 2015, essa taxa era de 62/1.000, e em 2019 foi de 48/1.000. A taxa mundial em 2019 foi de 41,5/1.000. “A maioria dos estudos internacionais calcula a taxa de fecundidade apenas nessa parcela de 15-19 anos, pois a taxa de fecundidade entre 10-14 anos é inferior a 1/1.000 na Europa, América do Norte e grande parte da Ásia. No Brasil, a parcela de 10-14 anos apresenta taxa de fecundidade muito mais alta e a redução ocorre de forma mais lenta do que no grupo de 15-19 anos. Essa taxa correspondia em 2000 a 3,4/1.000 adolescentes entre 10-14 anos e em 2019 correspondeu a 2,5/1.000”, explicou a Dra. Denise Monteiro.

As adolescentes que vivem nas regiões mais pobres do País sofrem mais os reflexos da gravidez não planejada. De acordo com a vice-presidente da Sogja-BR, a taxa de gravidez na adolescência é inversamente proporcional ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). “Então, nas regiões mais pobres e de menor escolaridade, encontram-se as maiores taxas de gravidez na adolescência. Na região Norte, a taxa de fecundidade foi de 74,9/1.000, no Nordeste, de 54,5/1.000 e no Centro-Oeste, de 50,1/1.000, cuja taxa é pouco superior à do Brasil (48/1.000 em 2019)”, expõe.

Os estados que tiveram a frequência de gravidez na adolescência em 2020 inferior a 10% de todos os nascimentos neste ano foram: Distrito Federal, Santa Catarina e São Paulo.

SEMANA NACIONAL DE PREVENÇÃO

Pensando em como acelerar a redução de casos de gravidez entre as meninas que ainda nem terminaram o ensino médio, o Governo Federal instituiu a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, por meio da Lei nº 13.798, de 3 de janeiro de 2019, que acrescentou o Artigo 8º-A ao Estatuto da Criança e do Adolescente. De acordo com essa lei, na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, o poder público, em conjunto com organizações da sociedade civil, deverá desenvolver ações com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas para diminuir o número de gestações nessa faixa etária. Tais ações devem abranger toda a população, afinal, “a gravidez precoce acarreta mudanças na vida da adolescente, do parceiro e da família”, explica a Dra. Marta. “São comuns os conflitos com familiares e parceiro, resultando muitas vezes em término de relacionamento, maternidade solitária e evasão escolar. A maternidade precoce induz um círculo vicioso de pobreza e baixa escolaridade”, acrescenta.

A Dra. Fernanda Garanhani de Castro Surita, professora do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp) e responsável pelo ambulatório de Pré-natal de Adolescentes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)/Unicamp, reconhece que as campanhas são um alerta para a população geral e para os profissio-



“Precisamos normatizar o ensino de educação sexual, da igualdade de gênero e do empoderamento feminino desde a educação básica”, disse Dra. Fernanda Surita.

Tabela 1. Proporção de nascimentos de bebês de mães de 10 a 19 anos no Brasil (2000-2020)

Ano	NV Adolescentes	Total de NV	Prevalência de GA
2000	750.537	3.206.761	23,4%
2006	632.880	2.944.928	21,5%
2007	610.372	2.891.328	21,1%
2008	599.238	2.934.828	20,4%
2009	574.766	2.881.581	19,9%
2010	552.630	2.861.868	19,3%
2011	560.888	2.913.160	19,3%
2012	560.145	2.905.789	19,3%
2013	559.991	2.904.027	19,3%
2014	562.608	2.979.259	18,9%
2015	547.564	3.017.668	18,1%
2016	487.876	2.857.800	17,0%
2017	480.923	2.923.535	16,4%
2018	456.128	2.944.932	15,5%
2019	419.252	2.849.146	14,7%
2020	380.780	2.726.025	14,0%

NV: Nascidos vivos; GA: Gestação na adolescência.

Fonte: Sinasc/SVS/MS em relação ao total de nascimentos (2000-2020)

Tabela 2. Taxa de fecundidade em adolescentes em 2019

Região	10 a 14 anos	15 a 19 anos
Norte	4,8%	74,9%
Nordeste	3,1%	54,5%
Sudeste	1,6%	38,2%
Sul	1,5%	38,9%
Centro-Oeste	2,6%	50,1%

Fonte: DATASUS/SINASC, 2019

nais de saúde, mas ressalta que o tema deve ser lembrado continuamente. “Determinar uma semana dedicada a um tema específico não pode substituir a importância do cuidado contínuo com uma questão tão importante como a que estamos abordando aqui.”

Para enfrentar o problema, acrescenta a médica, precisa-se de muito mais. “Precisamos normatizar o ensino de educação sexual, da igualdade de gênero e do empoderamento feminino desde a educação básica. Além disso, há necessidade de sensibilização e reciclagem contínua dos profissionais de saúde com relação à orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, e de como estender todo esse cuidado aos adolescentes, independentemente do gênero e orientação sexual. Precisamos ainda da provisão de contraceptivos efetivos, que sejam da escolha das adolescentes, e de profissionais adequadamente treinados para sua orientação e sua utilização”, afirma a Dra. Fernanda.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NÃO É BRINCADEIRA

Essa frase, que foi mote de uma das edições da campanha da Semana de Prevenção da Gravidez na Adolescência, alerta para os riscos de se tornar mãe precocemente. Como bem apontou a Dra. Fernanda Surita, são necessárias políticas públicas específicas voltadas à redução da gravidez na adolescência. O incentivo ao uso correto e consistente dos métodos contraceptivos, principalmente aqueles de longa ação e reversíveis, como dispositivos intrauterinos (DIUs) e implantes, é fundamental para a vivência da sexualidade de forma responsável e que vislumbre o planejamento reprodutivo. Atualmente, existem vários métodos contraceptivos, muitos deles disponíveis no sistema público de saúde, mas em um país com as dimensões geográficas e as diferenças culturais, sociais e religiosas, como o Brasil, infelizmente o acesso a esses recursos não acontece de forma universal e equânime, como analisa a médica ginecologista Dra. Ana Karla Freitas, professora associada do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), chefe do Setor de Gestão do Ensino da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) da UFRN e responsável pelo Ambulatório de Ginecologia da Infância e Adolescentes do MEJC/UFRN.

A médica argumenta que a gestação precoce é causa e consequência de várias disparidades na educação e na saúde para pais jovens e seus filhos. “Muitos fatores podem estar relacionados à gravidez na adolescência, desde o desconhecimento sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos, em função de uma educação sexual familiar e escolar falha, acesso limitado a métodos contraceptivos e ao acompanhamento com a equipe de saúde multiprofissional, até a compreensão da maternidade como uma forma de ascensão social e cumprimento de expectativas em torno do papel da mulher na sociedade”, elencou a Dra. Ana Karla.

Outros fatores de risco associados à gestação na adolescência incluem primeira relação sexual antes dos 16 anos, experiência de abuso ou exploração sexual, uso de álcool e ocorrência de uma gravidez anterior.

A gravidez pode trazer consequências ao longo da vida da adolescente em vários aspectos, sendo considerada um problema de saúde pública devido aos riscos à saúde da adolescente e do bebê, traduzido por uma maior morbimortalidade materna e fetal.

A Dra. Ana Karla explica que as complicações e a gravidade da gestação estão correlacionadas à idade da adolescente. Menores de 14 anos ou com menos de dois anos da

menarca/primeira menstruação correm mais riscos de sofrer alguma complicação biológica. “Além da idade, o início e a aderência ao pré-natal, a associação com maior risco de aborto espontâneo, distúrbios nutricionais, anemia, parto pré-termo entre outros fatores concorrem para o risco aumentado.”

Pelo lado psicossocial, uma gravidez em idade prematura pode provocar evasão escolar e restringir o crescimento pessoal e profissional, gerando baixas oportunidades de ascensão socioeconômica e perpetuação do ciclo de pobreza. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), mães com menos de 20 anos têm risco 30% maior de apresentar problemas de saúde mental dois anos após o parto e são mais propensas do que outras jovens a não estar em educação, emprego ou treinamento. O relatório da Opas aponta, ainda, que, aos 30 anos, as mulheres que foram mães na adolescência são 22% mais propensas a viver em pobreza do que as mães que dão à luz com 24 anos ou mais.

As consequências da maternidade precoce também podem impactar o recém-nascido. “O principal e o mais grave risco é a prematuridade, seguido por recém-nascido pequeno para a idade gestacional, com baixo peso ao nascimento, traumatismos e repercussões do parto, com graus variados de hipoxia, Apgar ao nascimento abaixo de 5, infecções congênitas, necessidade de UTI neonatal, dificuldades de amamentação, acompanhamento pediátrico falho e risco de negligência, ambiente familiar insalubre”, elenca a Dra. Ana Karla.

TODOS POR ELAS

Para os problemas citados, é de suma importância o papel da família nesse período tão conturbado que é a adolescência, mas não só dela. “É preciso um trabalho em conjunto de toda a sociedade: gestores, família, escola, universidades e unidades de saúde. O ginecologista tem papel fundamental, pois uma consulta bem-sucedida, na qual a adolescente tenha privacidade, confidencialidade e sigilo garantidos, fará com que ela retorne às consultas para receber orientação”, afirma a presidente da CNE de Ginecologia Infanto-Puberal da Febrasgo, Dra. Marta Rehme, que acrescenta: “As unidades de saúde devem ser acolhedoras para com os adolescentes e o atendimento deve ser individualizado. Para isso, é necessário capacitar médicos e demais profissionais da saúde para o atendimento nessa faixa etária”.

A orientação e a disponibilização de métodos contraceptivos são fundamentais. Atualmente, há preferência na indicação de contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs) como DIUs (de cobre e hormonal) e implantes de etonogestrel, porque eles independem da adolescente. A pílula anticoncepcional, por necessitar de tomada diária, costuma ser esquecida, o que diminui a sua eficácia.

Com ou sem pandemia, o ginecologista é visto como o clínico da mulher e, geralmente, ele começa a acompanhá-la desde a menarca. Portanto, “ele é quem tem ou deveria ter a formação profissional tanto para orientar sobre saúde sexual e reprodutiva quanto para indicar e prescrever os contraceptivos, incluindo a inserção de dispositivos intrauterinos e implantes”, declara a Dra. Fernanda Surita. Segundo ela, cabe também ao ginecologista reconhecer efeitos



“As unidades de saúde devem ser acolhedoras para com os adolescentes e o atendimento deve ser individualizado. Para isso é necessário capacitar médicos e demais profissionais da saúde para o atendimento nesta faixa etária”, destacou Dra. Marta Rehme.

OS DESAFIOS SÃO MUITOS

Geralmente, a gestação fora de hora impacta toda a família da jovem, que precisa de muito apoio e sobriedade para tomar qualquer decisão sobre a maternidade. Os desafios vão além, como destaca e analisa a seguir a vice-presidente da Sogia-BR, Dra. Denise Monteiro:



Casamento precoce: uma a cada quatro meninas no Brasil se casa ou está em união estável antes dos 18 anos. O Governo Federal publicou a Lei nº 13.811/2019 proibindo o casamento de menores de 16 anos, visando minimizar esse problema, mas não é possível evitar uniões consensuais;

Abandono escolar: ter filho na adolescência reduz em três vezes a oportunidade de adquirir um diploma universitário, o que dificulta conseguir um emprego de qualidade;

Reincidência de gestação na adolescência: a taxa constante desde 2012 acima de 30% de recidiva anual da gravidez na adolescência precisa diminuir. Suas principais causas são o casamento precoce, depressão e história de abortamento (ela tenta engravidar novamente para provar a si própria que é capaz);

Gravidez ocasionada por violência sexual: principal causa de gravidez em meninas de 10-14 anos. A lei do estupro de vulnerável pune o contato sexual com adolescentes menores de 14 anos, mas a invisibilidade do estupro é enorme. Fizemos um estudo, publicado em dezembro de 2021, no qual identificamos que 60% das meninas que tiveram filhos com 14 anos engravidaram aos 13 anos. Como não há crime quando ela tem 14 anos, esse estupro não aparece nas estatísticas. Somando os bebês de mães de 10 a 13 anos entre 2012 e 2018, ocorreram 40.255 nascimentos. Se somarmos as que foram mães aos 14 anos, mas engravidaram com 13 anos (79.930), o número real de meninas que engravidaram entre 10 e 13 anos totaliza 120.185, isto é, três vezes superior ao descrito nas bases do Sinasc, que considera a idade do parto, e não a da concepção; (Fonte: Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Ramos JAS. A invisibilidade da magnitude do estupro de meninas no Brasil. Rev Saúde Pública. 2021;55:103)

Paternidade responsável: este é o principal desafio que precisa ser muito trabalhado. Quando a menina engravida, geralmente ocorrem conflitos com o parceiro e a família e, em muitas vezes, o relacionamento é desfeito. Com isso, a adolescente vive a maternidade solitária e o peso da responsabilidade recai sobre ela e sua família.



“Para chegarmos perto dos valores da Europa, América do Norte e grande parte da Ásia, precisamos reduzir o índice de gravidez na adolescência pela metade”, afirma Dra. Denise Leite Monteiro.

colaterais indesejados e fazer todo o cuidado reprodutivo da mulher, adolescente ou não. “Outros profissionais de saúde, como os profissionais da enfermagem e outras especialidades médicas, como hebiatras e médicos do Programa Saúde da Família, também são muito importantes nessa função.”

A Dra. Ana Karla chama a atenção para o aspecto das “informações qualificadas e seguras, que podem contribuir para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e para a redução das desigualdades na saúde”. Ela aponta ainda que os serviços de saúde precisam ser acessíveis, acolhedores e amigáveis ao público adolescente, para que os vínculos formados incentivem o autocuidado e o exercício consciente e responsável da sexualidade e da autonomia informada para a tomada de decisões sobre o momento de engravidar. “Esses atendimentos devem reconhecer e abordar quaisquer lacunas de conhecimento sobre sexualidade e fertilidade, bem como as preocupações sobre segurança e efeitos colaterais dos métodos contraceptivos. Esse tipo de abordagem facilita a escolha e a adesão aos métodos de anticoncepção.”

Por fim, a médica da UFRN chama a atenção para uma “ferramenta” de comunicação que não depende de recursos financeiros: “O diálogo aberto e honesto sobre os relacionamentos sexuais, sem julgamento ou juízo de valores, também favorece o autocuidado e contribui para menores taxas de gravidez na adolescência”.

INICIATIVAS EXEMPLARES

Nesta realidade nacional em que sobram desafios relacionados à saúde da mulher, em especial das adolescentes, também nascem e persistem projetos inspiradores e iniciativas em vários serviços e unidades de saúde que colaboram para a redução da gravidez na adolescência.

A Dra. Fernanda Surita, por exemplo, coordenou um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), com foco em redução da segunda gestação entre meninas que tiveram parto no CAISM/Unicamp. “A repetição da gestação na adolescência é um problema ainda maior, pois, a partir da ocorrência da primeira gestação na adolescência, muitas meninas e jovens, geralmente aquelas que não têm uma rede de apoio, e após o nascimento do primeiro filho, abandonam seus projetos de vida e, como consequência disso, o próprio autocuidado e têm gestações sucessivas ainda na adolescência. Por conta disso, nosso estudo oferecia, durante o pré-natal, a possibilidade de sair da maternidade, logo após o parto, com um método contraceptivo efetivo que a protegesse de nova gestação”, relata a médica.

Nesse estudo, além dos métodos contraceptivos rotineiramente utilizados, foi oferecido o implante de etonogestrel,

CONEXÃO DIRETA

Smartphones, redes sociais, aplicativos de celular, internet. Se você perguntar de que forma o jovem se informa hoje, uma dessas palavras estará na resposta. Quando bem empregada, a internet pode contribuir na informação, educação e orientação desse público sobre planejamento reprodutivo e familiar e ser uma aliada nas campanhas de prevenção da gravidez precoce. “Várias postagens têm sido divulgadas por ginecologistas, ligas acadêmicas e sociedades médicas com orientações sobre métodos contraceptivos, prevenção de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis, principalmente na semana de prevenção da gravidez na adolescência”, expôs a Dra. Marta Rehme. “A questão é avaliar a fonte de informação”, alerta.

A Dra. Fernanda corrobora que muitas organizações têm usado a internet de forma positiva e também chama a atenção para a origem das informações. “Na internet, encontramos de tudo, mas se é correto ou não é outra história. É preciso saber a confiabilidade do local da busca e acredito que isso não é considerado por muitas pessoas, adolescentes ou não”, argumenta.

Ela destaca também que é preciso considerar as diferenças sociais e a falta de acesso de alguns grupos à internet. “Embora o uso de celulares e da internet esteja muito ampliado, há uma parcela da população, com certeza a mais vulnerável, que não tem acesso, assim não podemos fazer nossa base de políticas públicas para a população brasileira focada somente no *on-line*, pois excluiremos os mais vulneráveis”, afirma.

com aceitação de mais de 70% pelas meninas. “Infelizmente com o término do estudo, não pudemos manter essa prática clínica”, comenta a Dra. Fernanda, que completa: “Gostaria de salientar que há métodos disponíveis no SUS, como o DIU de cobre, que têm alta efetividade e podem ser usados nas adolescentes, inclusive no pós-parto imediato, evitando, também, gestações sucessivas. Entretanto, o oferecimento do DIU de cobre precisa ser ampliado pelos profissionais que atendem as adolescentes, explicando como funcionam, o tempo de duração (até 10 anos), ou, desfazendo qualquer informação que não seja adequada sobre ele”.

Da região Nordeste vem outro exemplo que comprova que ações contínuas de orientação e educação sobre saúde sexual e reprodutiva surtem efeitos positivos na população mais vulnerável. “O projeto Tenda Vermelha começou a partir das necessidades trazidas pelos líderes e jovens de Capoeiras, a maior comunidade quilombola do Rio Grande do Norte, onde 68% das grávidas eram adolescentes”, conta a Dra. Ana Karla Monteiro.

Desenvolvido pela UFRN e pelo Instituto Santos Dumont, o projeto baseia-se na metodologia de roda de conversa entre os organizadores (médica ginecologista e obstetra, médica pediatra, psicóloga e estudantes de Medicina) com o objetivo de criar vínculo com 30 adolescentes com idades entre 10 e 17 anos e identificar suas principais dúvidas, além de capacitar a equipe de saúde acerca do conhecimento a ser discutido com as adolescentes. “Por meio de estratégias



“O diálogo aberto e honesto sobre os relacionamentos sexuais, sem julgamento ou juízo de valores, também favorece o autocuidado e contribui para menores taxas de gravidez na adolescência”, afirmou Dra. Ana Karla Freitas.

lúdicas, como jogos e rodas de conversa, a equipe de saúde buscou fortalecer vínculos com as adolescentes e identificar suas principais dúvidas. Os conteúdos eram trabalhados em um ambiente protegido, escolhido e ambientado pelas próprias meninas, onde a liberdade de expressão e o sigilo eram absolutamente garantidos. O cuidado em não assumir uma postura prescritiva, autoritária, valorizando a construção de uma relação dialógica mais horizontal e simétrica, foi essencial para identificarmos problemas que variaram desde questões orgânicas até situações de violência sexual”, conta a Dra. Ana Karla.

Os resultados têm sido positivos: “Foi possível melhorar a adesão aos métodos contraceptivos e ao cuidado pré-natal para as que já estavam grávidas. Tudo isso buscando incluir lideranças femininas locais como apoiadoras e multiplicadoras das estratégias de autocuidado”, avalia a Dra. Ana Karla. Esse projeto foi vencedor do prêmio do Congresso Latino-Americano de Ginecologia da Infância e Adolescência, da Associação Latino-Americana de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (ALOGIA), em 2019, e segue tentando ampliar para essas meninas a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos e o exercício pleno de sua cidadania.

Já a Dra. Denise Monteiro, que durante toda a década de 1990 desenvolveu um programa de redução da gravidez na adolescência, confirma que o Brasil é berço de diversos projetos importantes nessa área. “Conheço o programa de saúde do adolescente de São Paulo e o de Fortaleza (Ceará), coordenados respectivamente pelas médicas Albertina Takiuti e Zenilda Vieira Bruno, e ambos com resultados exitosos. Existem outros projetos menores e pontuais espalhados pelo país e também ações governamentais nas unidades básicas de atenção primária à saúde com distribuição de métodos contraceptivos e o programa saúde na escola”, declara.

“Entre as ações do Ministério da Saúde, está a criação de uma nova caderneta do adolescente com conteúdo e ferramentas de apoio, estimulando a cultura de autocuidado, centrada em escolhas fortalecidas e de acordo com seus projetos de vida e fortalecimento de vínculos familiares”, aponta a Dra. Marta Rehme. Outra iniciativa do Ministério da Saúde é o lançamento de um programa voltado para mães adolescentes, visando à redução da reincidência de gravidez, que, desde 2012, se encontra acima de 30%, e esse número não se altera com o passar dos anos e que se possa seguir a lógica mais segura: primeiro a adolescência, depois a maternidade se a mulher assim desejar. “Esperamos sucesso nessas ações, que resultarão em grandes benefícios para nossas adolescentes, com melhora das oportunidades de vida para elas e para toda a sociedade”, finaliza a Dra. Denise.

Violências no local de trabalho médico

Jesus Paula Carvalho^{1,2}

INTRODUÇÃO

As interações humanas no local de trabalho podem ser positivas ou negativas. O conhecimento e a valorização dessas relações e seus efeitos ainda são um assunto muito negligenciado em diferentes instituições.

Faz 40 anos que, como aluno do quinto ano de Medicina, assisti, estarelecido, a um renomado professor atirar um baço recém-extraído do abdome de uma paciente no rosto de uma circulante de sala que lhe fizera uma pergunta inconveniente.

Os tempos mudaram, mas os médicos e outros profissionais de saúde continuam praticando e sofrendo incivildades nos seus locais de trabalho. Isso inclui comentários depreciativos, gestos, desprezo, omissões de saudações, exclusão social, sarcasmo e até agressões por dispositivos móveis em redes sociais.

Estudos mostram que as reações imediatas a uma incivildade são a diminuição proposital do comprometimento no trabalho e o boicote ao agressor, relatados por 48% das pessoas nessas condições, além de diminuição do rendimento.⁽¹⁾ Medidas objetivas são necessárias para atenuar comportamentos agressivos.

A incivildade dentro da equipe médica contamina a relação entre os médicos e também a relação com os pacientes, e afeta a qualidade da assistência, com impacto nos desfechos. As incivildades predispõem a erros e acidentes, perturbam as tomadas de decisões e dificultam as inovações, que só acontecem em ambientes onde as pessoas se sentem seguras para expor ideias.⁽¹⁾

ERGONOMIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A “ergonomia” (a ciência do trabalho), palavra derivada do grego (*ergon* = trabalho + *nomos* = leis), é uma disciplina científica que estuda a interação entre seres humanos e outros elementos de um sistema de produção, e aplica teorias, princípios, dados e métodos para aperfeiçoar o bem-estar humano no desempenho geral de um sistema.⁽²⁾ Aumentar o conhecimento de fatores humanos e ergonomia no sistema de saúde é uma estratégia nova e necessária para melhorar a segurança, diminuir os erros e promover o bem-estar de pacientes e profissionais de saúde.⁽³⁾

INCIVILIDADES NA PRÁTICA CIRÚRGICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Os efeitos de egos cirúrgicos exacerbados e comportamentos não civilizados têm sido documentados como fatores determinantes de resultados adversos.⁽⁴⁾ Habilidades consideradas não técnicas, por outro lado, contribuem para melhores desfechos nos procedimentos médicos.⁽⁵⁾

Este não é um assunto banal, pois um estudo com 16.424 pacientes cirúrgicos demonstrou que 14,4% tiveram algum evento adverso e 5,2% eram preveníveis. Os erros causados por fatores não relacionados à técnica cirúrgica foram os mais frequentes.⁽⁶⁾

Um estudo promovido pelo *The Royal College of Surgeons of Edinburgh*, com 505 cirurgiões do Reino Unido, buscou identificar fatores que pudessem melhorar o ambiente de trabalho e aumentar a segurança dos profissionais

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

2. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Jesus Paula Carvalho
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar,
255, Cerqueira César, 05403-000, São
Paulo, SP, Brasil
jesuspaulacarvalho@gmail.com

Como citar:

Carvalho JP. Violências no local de trabalho médico. *Femina*. 2022;50(2):99-101.

envolvidos em tratamentos cirúrgicos. É interessante notar que a maioria das sugestões apresentadas não necessitava de recursos extras para ser implementada.⁽³⁾

O PAPEL DAS REDES SOCIAIS NA PRÁTICA MÉDICA

O uso de redes sociais é um fenômeno recente. Um estudo com cirurgiões de várias especialidades demonstrou que 91,9% deles usavam dispositivos eletrônicos e redes sociais no trabalho por períodos que variavam de uma a quatro horas por dia. Um quarto dos pesquisados desconhecia as políticas do hospital que disciplinam o uso de redes sociais e potencialmente expunham informações médicas sensíveis dos pacientes.⁽⁷⁾ A interface entre questões médicas e legais não pode ser ignorada, especialmente em ginecologia e obstetrícia, que tradicionalmente é uma área com altas taxas de litígios.

Para avaliar a influência das redes sociais e do ambiente legal na carreira de médicos-residentes em ginecologia e obstetrícia, um estudo conduzido na Irlanda com 151 médicos dessa área observou que 86,7% deles consideraram que a exposição nas redes sociais não teve impacto positivo sobre os pacientes e apresentou uma visão injusta e distorcida da especialidade.⁽⁸⁾

BURNOUT E BULLYING

O ambiente de trabalho é onde mais se desenvolvem os fenômenos conhecidos como *burnout* e *bullying*. *Burnout* é uma síndrome caracterizada por exaustão emocional, redução do rendimento e cinismo, manifestados por dúvidas ou descrença em relação aos outros.⁽⁹⁾ *Burnout* acomete 43,9% dos médicos norte-americanos, com consequências negativas para os próprios profissionais, mas também para os pacientes e a instituição.⁽¹⁰⁾

As especialidades cirúrgicas como a ginecologia oncológica são áreas propícias para o desenvolvimento de *burnout*. Na cirurgia oncológica, as tarefas são complexas e o cirurgião está constantemente exposto a fatores de *stress*, como a necessidade de tomada de decisões rápidas, o contato com riscos de infecção pelos vírus da imunodeficiência humana e da hepatites e com substâncias neurotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas, as jornadas de trabalho prolongadas e a necessidade de posturas e bipedestação por tempo prolongado em espaços reduzidos, tudo isso levando a fadiga, perda de concentração e risco de erros.⁽¹¹⁾

SOFRIMENTO MORAL

Nas doenças complexas, o tratamento administrado nunca é determinado por um único indivíduo, mas por um conglomerado de profissionais, além de interferências institucionais, do próprio paciente e da família. Frequentemente o médico que está na linha de frente tem que agir de forma contrária às suas próprias convicções

devido aos fatores externos. Essa angústia e frustração é chamada de sofrimento moral (*moral distress*).⁽¹²⁾

Existe uma crença amplamente compartilhada entre profissionais de saúde e a população em geral de que, para ser considerado bom, o profissional de saúde precisa ter empatia. Médicos devem se conectar em vez de se separar de seus pacientes, especialmente seus estados emocionais, a fim de fornecer uma cura genuína.⁽¹³⁾

EMPATIA AFETIVA E COGNITIVA

A empatia, entretanto, tem dois componentes – empatia afetiva e empatia cognitiva, que se inter-relacionam. A empatia afetiva é uma gama de respostas que podemos ter para o que os outros sentem. A empatia cognitiva é a capacidade de compreender o estado de espírito da outra pessoa a partir da sua própria perspectiva.

A empatia é uma qualidade e uma necessidade de inegável valor. O fenômeno empático, entretanto, tem alguns aspectos sombrios. O componente afetivo da empatia clínica pode levar a distorções cognitivas e morais. As cobranças exageradas por empatia podem levar os profissionais a um estado de angústia e esgotamento. O componente cognitivo da empatia pode fazer-nos assumir uma tarefa mais difícil do que se pensa. A empatia pode se tornar um instrumento de desequilíbrio na relação médico-paciente, levando a atitudes paternalistas. O equilíbrio se restabelece quando o médico consegue uma abordagem sob medida, reconhecendo a singularidade do paciente e ao mesmo tempo traçando um plano terapêutico específico, sem paternalismo.

RACISMO E PRECONCEITOS

Muitas vezes os pacientes colocam o foco mais na cor da pele, na raça, na condição social ou no gênero do profissional do que na experiência médica. Isso insulta a identidade do profissional e é causa de sofrimento moral.⁽¹⁴⁾

Nos Estados Unidos da América do Norte, 28% dos médicos são estrangeiros, 51% são não brancos, 10% pertencem a minorias e 34% são mulheres.⁽¹⁵⁾ Não temos dados sobre esse assunto no Brasil, mas a consequência é que pacientes cada vez mais encontram médicos cuja identidade pode não se conformar com a sua noção de um médico competente e confiável. E isso é uma causa de sofrimento moral para o profissional médico.

IDENTIDADE SOCIAL E IDEAÇÃO SUICIDA

A saúde no local de trabalho é afetada pelo senso de identidade social dos trabalhadores. A identidade social é o senso de pertencer a um grupo. É a base para o fornecimento de apoio, formar o senso de conexão com os outros, o senso de controle e o senso de autoeficácia e de propósitos. Essa identidade ajuda as pessoas a trabalharem juntas para atenuar os vários fatores de sofrimento que encontram no local de trabalho.⁽¹⁶⁾

Esse sofrimento oculto em profissionais de saúde pode ser estimado pelo número de pessoas dessa população que relataram ideação suicida. Um estudo conduzido entre 2009-2014 demonstrou que 6% dos profissionais de saúde entre 18-25 anos de idade tiveram ideias suicidas. Esse número foi de 1,6% entre aqueles acima de 65 anos. Para cada 31 pessoas que tiveram ideação suicida, uma tentou, de fato, o suicídio.⁽¹⁷⁾

DESIGUALDADES DE GÊNERO

Desigualdades de gênero ocorrem na prática médica. Médicos do sexo masculino encaminham preferencialmente seus pacientes para cirurgões do sexo masculino.⁽¹⁸⁾ Na ginecologia e obstetrícia, a maioria dos profissionais são mulheres desde os anos 1990. Apesar dessa grande massa crítica de mulheres, a discriminação de gênero e o assédio sexual ainda são mais frequentes na população de mulheres médicas. As cirurgiãs ginecológicas enfrentam disparidades salariais não explicadas por diferenças de experiência e treinamento. Políticas relacionadas à gravidez e aos cuidados parentais podem afetar desproporcionalmente a carreira de mulheres ginecologistas.⁽¹⁹⁾

NÓS OU CADA UM POR SI

Profissionais de saúde que cuidam de pacientes graves correm grande risco de esgotamento, sofrimento moral e fadiga. Líderes precisam construir um senso de identidade social compartilhada em suas equipes para proteger todos os membros dos efeitos adversos do esgotamento. O ponto principal aqui é que a liderança estimule o senso de “nós” em vez do senso do “cada um por si”. O senso de “nós” dos membros da equipe cria a identidade social, o pertencimento, a segurança de não estar só diante dos obstáculos.⁽¹⁶⁾

CONCLUSÃO

O ambiente de trabalho do médico pode ser tóxico, e isso compromete o rendimento e a segurança de todos, induz a erros e inibe a criatividade. As redes sociais são instrumentos úteis para o compartilhamento de informações, mas frequentemente são usadas para disseminação de incivildades e estímulo à competição selvagem. A maioria dos erros origina-se não em causas técnicas, mas em práticas tóxicas. Os líderes em todos os níveis devem investir esforços para que a identidade social do grupo seja mantida. Preocupações apenas com os fundamentos técnicos da profissão não bastam.

REFERÊNCIAS

1. Bar-David S. What's in an eye roll? It is time we explore the role of workplace incivility in healthcare. *Isr J Health Policy Res.* 2018;7(1):15. doi: 10.1186/s13584-018-0209-0

2. Dul J, Bruder R, Buckle P, Carayon P, Falzon P, Marras WS, et al. A strategy for human factors/ergonomics: developing the discipline and profession. *Ergonomics.* 2012;55(4):377-95. doi: 10.1080/00140139.2012.661087
3. Baggaley A, Robb L, Paterson-Brown S, McGregor RJ. Improving the working environment for the delivery of safe surgical care in the UK: a qualitative cross-sectional analysis. *BMJ Open.* 2019;9(1):e023476. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023476
4. Paterson-Brown S, Youngson G, McIlhenny C, Maran N, Flin R, Yule S. Raising awareness of non-technical skills in operating theatres. *BMJ.* 2019;364:l61. doi: 10.1136/bmj.l61
5. Yule S, Paterson-Brown S. Surgeons' non-technical skills. *Surg Clin North Am.* 2012;92(1):37-50. doi: 10.1016/j.suc.2011.11.004
6. Anderson O, Davis R, Hanna GB, Vincent CA. Surgical adverse events: a systematic review. *Am J Surg.* 2013;206(2):253-62. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.11.009
7. Khan MN, Faraz A, Jamal AB, Craig S, Ilyas W, Ahmad F, et al. A study to see the effect of social media usage among healthcare providers. *Cureus.* 2021;13(7):e16350. doi: 10.7759/cureus.16350
8. McCarthy CM, O'Sullivan S, Corcoran P, Eogan M, Bennett D, Horgan M, et al. Medicine, media and the law: the effect on training in obstetrics and gynaecology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;257:35-41. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.12.004
9. Perumalswami CR, Takenoshita S, Tanabe A, Kanda R, Hiraike H, Okinaga H, et al. Workplace resources, mentorship, and burnout in early career physician-scientists: a cross sectional study in Japan. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):178. doi: 10.1186/s12909-020-02072-x
10. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in Burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(9):1681-94. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.10.023
11. Castañeda-Aguilera E, García de-Alba-García JE. Professional burnout syndrome in specialist surgeons: prevalence and risk factors. *Cir Cir.* 2020;88(3):354-60. doi: 10.24875/CIRU.19001502
12. Bayanzay K, Amoozgar B, Kaushal V, Holman A, Som V, Sen S. Impact of profession and wards on moral distress in a community hospital. *Nurs Ethics.* 2021 Nov 2:9697330211015349. doi: 10.1177/09697330211015349. [ahead of print].
13. Stefanello E. Your pain is not mine: a critique of clinical empathy. *Bioethics.* 2021 Dec 12. doi: 10.1111/bioe.12980. [ahead of print].
14. Charlot M. Power in our hands: addressing racism in the workplace. *J Clin Oncol.* 2020;38(34):4118-9. doi: 10.1200/JCO.20.02345
15. Wheeler M, de Bourmont S, Paul-Emile K, Pfeffinger A, McMullen A, Critchfield JM, et al. Physician and trainee experiences with patient bias. *JAMA Intern Med.* 2019;179(12):1678-85. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.4122
16. van Dick R, Cordes BL, Lemoine JE, Steffens NK, Haslam SA, Akfirat SA, et al. Identity leadership, employee Burnout and the mediating role of team identification: evidence from the global identity leadership development project. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22):12081. doi: 10.3390/ijerph182212081
17. Harmer B, Lee S, Duong TV, Saadabadi A. Suicidal ideation. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021 [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
18. Dossa F, Zeltzer D, Sutradhar R, Simpson AN, Baxter NN. Sex differences in the pattern of patient referrals to male and female surgeons. *JAMA Surg.* 2022;157(2):95-103. doi: 10.1001/jamasurg.2021.5784
19. Heisler CA, Mark K, Ton J, Miller P, Temkin SM. Has a critical mass of women resulted in gender equity in gynecologic surgery? *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(5):665-73. doi: 10.1016/j.ajog.2020.06.038

Assago: ações reais para enfrentar a pandemia

Em meio à pandemia, a Federada do maior Estado do Norte do país lutou por melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde

Por Letícia Martins

Em 2020, o Brasil e o mundo acompanharam as tristes notícias de um estado que foi extremamente castigado pela COVID-19, com pacientes internados e faltando-lhes o que há de mais valioso: o ar para respirar. Naquele ano, a médica Sigrid Maria Loureiro de Queiroz Cardoso estava assumindo a presidência da Associação Amazonense de Ginecologia e Obstetrícia (Assago) e testemunhou a luta diária de tantos colegas no enfrentamento da pandemia, sem condições adequadas de trabalho. “Muitos deles perderam a vida nessa luta”, lamenta.

Diante da tragédia e das perdas, a Assago não se calou. “Lutamos por condições dignas de trabalho para nossos profissionais: documentamos, comunicamos e exigimos das autoridades federais, estaduais e municipais que fosse estabelecido um fluxograma adequado, que fizessem um hospital de referência, treinamento para profissionais de maternidade, fornecimento de EPIs, criação adequada de Sala Rosa, rotinas de higienização dos locais de trabalho dos profissionais, entre outros”, conta a Dra. Sigrid.

No Ministério Público do Trabalho, a Federada participou de uma audiência *on-line* para denunciar o descaso na saúde, em especial nas atividades exercidas pelos obstetras. “Em paralelo, solicitamos doação de EPIs e fomos

prontamente atendidos pela Febrasgo. Com outras federadas, elaboramos um Manual de Orientações sobre o Manejo das Gestantes com COVID-19 e divulgamos a todos os obstetras”, detalha a presidente da Assago.

Com o avanço da pandemia, a Assago investiu em atualização médica *on-line* e realizou, até dezembro de 2021, mais de 20 webinários sobre diferentes temas em Ginecologia e Obstetrícia e com profissionais de alto nível. “Veio, então, o início da vacinação e travamos outra luta para que nossos profissionais fossem priorizados. Conseguimos.”

DESAFIOS CONTINUAM

O inimigo coronavírus ainda precisa ser combatido e a Assago inicia 2022 empenhando energia em outros desafios já conhecidos da população brasileira: o alto índice de mortalidade materna, de casos de gravidez na adolescência e de diagnóstico de câncer de colo uterino. “Temos atuado nessas problemáticas, oferecendo atualizações aos colegas e palestras em escolas, e solicitando – com sucesso – para a Secretaria Municipal de Saúde a realização de campanhas de vacinação contra HPV para adolescentes, entre outras iniciativas”, relata a Dra. Sigrid.

Com esperança de que a pandemia passe em breve, a Assago também pla-



Dra. Sigrid Maria Loureiro de Queiroz Cardoso

neja realizar cursos teóricos e práticos sobre hemorragias intra e pós-parto, manejo prático das pacientes com doença hipertensiva específica da gravidez, além de cursos de cardiocografia e métodos contraceptivos de longa duração. “Queremos promover jornadas de atualizações no sistema híbrido, além de palestras em escolas públicas e privadas, incentivo à pesquisa para nossos associados, entre outras ações. Ainda temos muito a fazer. A luta tem que ser diária e sempre com a esperança e o propósito de darmos o que há de melhor em cada um de nós. Portanto, vamos continuar na luta em prol da saúde feminina no nosso Estado para que amanhã, quando olharmos para trás, possamos ter a certeza do dever cumprido”, finalizou a Dra. Sigrid.

Impacto da pandemia da COVID-19 na residência médica

Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella¹

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

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy Di Bella
Rua Botucatu, 740, Vila Clementino, 04023-062, São Paulo, SP, Brasil
zsuvi@uol.com.br/z.bella@unifesp.br

Como citar:
Di Bella ZI. Impacto da pandemia da COVID-19 na residência médica. *Femina*. 2022;50(2):103-5.

INTRODUÇÃO

A residência médica em tocoginecologia é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* com a finalidade de aprofundar o conhecimento em obstetrícia e ginecologia. Tem duração de três anos, sendo o quarto ano opcional atualmente. Tem fundamento eminentemente prático, além do aprimoramento teórico-prático.⁽¹⁾

A dedicação integral à residência médica, organizada em 60 horas semanais, é um dos requisitos para uma boa formação, porém, nos últimos anos, uma mudança de paradigma se estabeleceu, o de que, para um aprendizado mais completo, haveria a necessidade da preservação da saúde física e psíquica do residente, pois o aumento da incidência da síndrome de *burnout* e suas variantes era observado mundialmente.^(1,2)

Precedendo a pandemia, em 2019, a Comissão de Residência Médica da Febrasgo (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) organizou a matriz de competências para o programa de residência médica de ginecologia e obstetrícia, baseada em mo-



delos internacionais envolvendo os aspectos de habilidade, atitude e conhecimento, distribuídos em diferentes níveis ao longo dos três anos de residência, com a finalidade de direcionar e padronizar o aprendizado em serviço em todo o território nacional.⁽³⁾

Outra conquista que vinha se realizando anualmente é o TPI-GO, o teste do progresso individual do residente de ginecologia e obstetrícia, com a finalidade de avaliar a aquisição de conhecimento ano a ano, permitindo que os diferentes programas de residência façam suas autoavaliações e tracem planos de melhoria na formação de seus residentes.⁽⁴⁾

Em meio a esse movimento, surgiu a pandemia da COVID-19, em meados de março de 2020, momento em que a maioria das residências médicas brasileiras começava seu novo ciclo e ia se adaptando à matriz de competências e estimulando seus residentes a realizarem anualmente o TPI-GO.^(2,4)

Pouco tempo depois, em maio de 2020, o Ministério da Saúde emitiu as recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos programas de residência médica durante o enfrentamento à pandemia por COVID-19.⁽⁵⁾

INTERFERÊNCIA DA PANDEMIA EM GINECOLOGIA

Houve uma interferência generalizada e mundial na formação dos residentes sem precedentes. Ainda no primeiro trimestre de 2020, após a declaração da pandemia pela OMS (Organização Mundial da Saúde), em março de 2020, houve a suspensão de praticamente todas as atividades ambulatoriais e cirúrgicas eletivas, trazendo enormes perdas na formação médica.⁽⁶⁾

As perdas foram variáveis, sendo mais observadas na formação em ginecologia, pois suas atividades concentram-se em diversos ambulatórios de especialidades e cirurgias eletivas. As cirurgias eletivas foram imediatamente suspensas devido à situação caótica que os hospitais estavam vivendo, com a necessidade de racionalizar leitos e drogas utilizadas nas unidades de tratamento intensivo. Além disso, a própria população, assustada, tentava cumprir as regras de sair de casa o mínimo necessário e evitar o transporte público. Em relação aos aspectos cirúrgicos na formação dos residentes, praticamente somente as cirurgias de urgência e emergência em ginecologia foram realizadas, citando-se exemplos como mioma em parturição, torção de cistos ovarianos, e as cirurgias oncológicas que já estavam programadas.⁽⁷⁾

Como alternativas, os programas de residência tentaram se adaptar com o treinamento de nós e suturas em modelos sintéticos e o uso da caixa preta para o treinamento em laparoscopia. Além disso, a visualização de vídeos das mais diferentes cirurgias também se tornou uma forma de aprendizagem.⁽⁷⁾

Em relação ao atendimento ambulatorial, as novas práticas de telemedicina foram aprendidas com uma ra-

pidez não planejada. Dependendo da estrutura do serviço, teleconsultas e videoconsultas passaram a ser realizadas, com boa aceitação por parte da população e dos médicos. Como esperado, para alguns supervisores de programa e preceptores, por não serem afeitos ao mundo virtual, houve uma demora maior na adaptação.^(7,8)

A questão da qualidade da internet, bem como dos equipamentos (celulares ou computadores) dos usuários, interferiu, sobretudo, nessa forma de consulta médica. Especialmente para informar resultados de exames e para avaliar a aderência ao tratamento, a telemedicina foi um avanço que ocorreu graças à pandemia. Questões regulamentárias ainda estão *sub judice*, e esperam-se diretrizes mais específicas ao final da pandemia por parte do Conselho Federal de Medicina.⁽⁷⁾

Em relação às atividades ambulatoriais presenciais, embora em número muito reduzido e respeitando-se a obrigatoriedade do uso de máscaras e do distanciamento social, mantiveram-se em funcionamento, principalmente, os ambulatórios de oncologia e planejamento familiar. Os demais ambulatórios, como os de endocrinologia, sexualidade, endometriose, algia pélvica, uroginecologia e patologia do trato genital inferior, restringiram muito o atendimento presencial na maioria dos serviços.⁽⁸⁾

Os serviços de residência médica, de forma geral, adaptaram-se, com a realização de discussão de casos clínicos e apresentação de seminários utilizando plataformas virtuais. Ainda assim, as perdas também foram consideráveis na formação dos residentes, embora tenha havido a tentativa de mitigação delas.^(7,8)

Algumas sociedades, como a Sogimig (Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais), e a EPM-Unifesp (Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo) organizaram cursos teóricos de complementação de formação dos residentes em tocoginecologia de todo o território nacional, em 2020, utilizando as plataformas virtuais em aulas semanais, que foram muito elogiadas na época.⁽⁷⁾

A Febrasgo e a Sogesp (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo) também organizaram várias sessões científicas virtuais específicas para os residentes, corroborando que houve vários movimentos no sentido de ajudar na formação científica desses novos colegas e mostrando a importância deles.^(2,7)

INTERFERÊNCIA DA PANDEMIA EM OBSTETRÍCIA

Enquanto nem todos os programas de residência médica em tocoginecologia têm um serviço forte em ginecologia, todos os programas têm a obstetrícia como o pilar principal na formação médica. Interessantemente, a pandemia teve um papel de fortalecimento nesse aprendizado, pois os residentes passaram a acompanhar gestantes com COVID-19, tanto casos leves como, muitas vezes, casos graves com desfechos na unidade de terapia intensiva.⁽⁸⁾

Também houve a necessidade de manutenção do funcionamento presencial dos ambulatorios de pré-natal, principalmente os de alto risco. As gestantes de baixo risco tiveram consultas virtuais mescladas com algumas presenciais.⁽⁷⁾

O número de partos manteve-se como esperado para 2020, pois, quando a pandemia surgiu, boa parte das mulheres com estimativa de nascimento de seus filhos para 2020 já se encontrava grávida, porém, em 2021, observou-se menor número de partos em algumas partes do país. Apesar disso, essa queda não interferiu na qualidade de formação dos residentes em obstetrícia.⁽⁸⁾

Outro aspecto a se levantar foi a contaminação dos residentes pelo SARS-CoV-2, que foi acontecendo de forma contínua, contudo não simultânea, e que na maioria das vezes se mostrou com quadros clínicos leves a moderados, resultando em poucos óbitos.^(7,8)

Apesar disso, alguns plantões ficaram com equipes reduzidas temporariamente por conta da contaminação de residentes, preceptores e funcionários da enfermagem de praticamente todos os serviços hospitalares de forma cíclica, o que ainda vem se repetindo com as diferentes ondas de maior contaminação populacional.⁽⁷⁾

A PANDEMIA E SUAS QUESTÕES EMOCIONAIS

Como dito no início deste texto, a pandemia surgiu bem num momento em que se questionavam as dificuldades emocionais e psíquicas dos residentes, particularmente em ginecologia e obstetrícia. Alguns programas de residência médica estavam iniciando ações envolvendo os residentes para a prevenção do *burnout* quando surgiu essa situação que abalou a saúde psíquica e emocional da humanidade.⁽²⁾

Em relação aos profissionais de saúde como um todo, houve um misto de sentimentos como o dever de proteger a saúde da população, mas também de lidar com a insegurança emocional e a necessidade de autodefesa.^(2,9)

Certamente, ainda não se conhece a gravidade dos impactos da pandemia sobre a saúde emocional dos residentes. Aspectos como o medo da contaminação, a transmissão para seus familiares e a insegurança de como evoluiriam seus respectivos casos clínicos, uma vez que a carga viral poderia ser mais alta devido à exposição hospitalar, não foram acompanhados por profissionais como psicólogos, por exemplo.^(7,9,10)

Por um lado, o tempo dedicado à formação está se encerrando ou já se encerrou para muitos residentes. Por outro lado, o residente, que já se sentia frágil, forma-se sabendo de suas deficiências em áreas cirúrgicas, por exemplo, e da dificuldade em adquiri-las, pois residentes mais novos estão nos postos dos mais graduados, que também buscam a melhor formação. Cabe aos preceptores e supervisores dividirem os casos cirúrgicos entre os que ainda cursam a residência, para diluir esse déficit. É até possível que exista um acúmulo de casos para plane-

jamento cirúrgico, mas muitos hospitais ainda enfrentam restrição de leitos e medicações em meio às ondas de aumento de casos e gravidade ao longo do tempo.⁽¹¹⁾

Vislumbra-se que esses residentes, particularmente os que queiram atuar em procedimentos cirúrgicos, precisem ficar mais tempo nos serviços hospitalares acompanhando casos, ou mesmo realizem cursos específicos ou pós-graduação para aprimoramento.⁽¹¹⁾

CONCLUSÃO

Uma coisa é certa, a pandemia mudou a vida de todos, seja a das pacientes, dos residentes e de seus respectivos preceptores e supervisores. Todos precisaram se adaptar à nova realidade, que ainda está se vivendo, e certamente, em meio a várias dificuldades, houve muito aprendizado no lidar com outras pessoas. Criou-se a necessidade de cada indivíduo se adaptar à nova rotina, a criar sua resiliência, mantendo responsabilidades com o outro, que pode ser uma pessoa muito próxima e querida ou um desconhecido. Houve muitas perdas, mas ganhos inesperados também aconteceram. Perdeu-se no processo de aprendizagem programado, mas, por outro lado, ganhou-se no aprendizado improvisado, que, aos poucos, tende a ser uma nova forma de ensino fundamentado em pilares atuais.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos programas de residência médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006 Maio 19;Seq. 1:23-36.
2. Zaconeta AC, Quintana MI, Jármy-Di Bella ZI. Síndrome de burnout durante a residência médica. Conceitos fundamentais para o reconhecimento e prevenção. *Femina*. 2020;48(9):435-9.
3. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRM nº 3, de 8 de abril de 2019. Dispõe sobre a matriz de competências dos programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia. Diário Oficial da União. 2019 Abr 11;Seq. 1:192.
4. Romão GS, Sá MF. A experiência da Febrasgo em três anos de edição do Teste do Progresso Individual do Residente de Ginecologia e Obstetrícia (TPI-GO). *Femina*. 2021;49(5):274-7.
5. Ministério da Educação. Nota Técnica nº 01/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos programas de residência médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia por COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
6. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19>
7. Sá MF. Deficiências nos programas de Residência Médica durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Como elas serão corrigidas? *Femina*. 2021;49(4):223-5.
8. Simões MC, Pereira Primo WQ, Jakobi HR, Duran TC, Heinen BG. Rodízio dos médicos-residentes em ginecologia e obstetrícia durante a pandemia de COVID-19. *Femina*. 2021;49(1):19-24.
9. Rozenfeld LM, Muller AB. Uncertainty and its repercussions: how do young doctors feel about the uncertainty in their professional practice? *Arch Med Fam*. 2018;20(2):59-74.
10. Carter AE, Anderson TS, Rodriguez KL, Hruska KL, Zimmer SM, Spagnoletti CL, et al. A program to support scholarship during internal medicine residency training: impact on academic productivity and resident experiences. *Teach Learn Med*. 2019;31(5):552-65. doi: 10.1080/10401334.2019.1604355
11. Coelho RA, Jármy-Di Bella ZI. Transição profissional após a residência médica em ginecologia e obstetrícia. *Femina*. 2021;49(2):88-91.

Para os orientadores de programas de pós-graduação em ginecologia e obstetrícia

Marcos Felipe Silva de Sá

Editor da RBGO – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia



A publicação de uma pesquisa científica em uma revista de grande impacto revela, por si, o reconhecimento da qualidade de um trabalho e a sua maior probabilidade de citações na literatura científica. É o objetivo dos pesquisadores em todo o mundo, o que torna imensa a competitividade por espaços nesses periódicos. Essas revistas geralmente são editadas na América do Norte e na Europa Ocidental e, tendo em vista a grande demanda e a restrição de espaço, elas vêm cobrando valores extremamente altos, em dólares americanos ou euros, por manuscrito publicado. Esse fato tem sido um grande limitante para os autores brasileiros devido à escassez de recursos disponíveis para tal finalidade nos orçamentos dos projetos de pesquisas financiados pelas agências de fomento. Ainda, considerando a atual crise econômica que se alonga no Brasil e as baixas perspectivas de financiamento para a ciência, certamente haverá cada vez menos recursos

para as pesquisas nacionais, o que as tornará menos competitivas para as publicações em revistas de grande impacto, ao contrário do que ocorre com autores dos países desenvolvidos e de alguns em desenvolvimento, como China, Índia, Coreia, entre outros, onde se investe cada vez mais em Ciência e Tecnologia. Não há dúvidas de que vamos perder espaço nessa corrida.

A política oficial para as publicações científicas no Brasil é expressa pelas regras do chamado Sistema (Estratificação) Qualis Capes, que, infelizmente, coloca as revistas brasileiras em disputa com os grandes periódicos do mundo, o que torna essa competitividade uma disputa muito desigual, pois, em comparação com as revistas internacionais, ainda permanecemos nos andares de baixo daquela estratificação. É essa estratificação que aponta para os programas de pós-graduação (PG), nos quais as pesquisas devem ser publicadas para terem um valor representativo na avaliação quadrienal do

programa. O resultado é que os pró-reitores, os coordenadores e os próprios orientadores dos programas de PG das universidades brasileiras valorizam pouco nessas revistas, uma vez que essas publicações têm o mínimo ou nenhum impacto na pontuação dos programas de PG para a sua classificação perante a Capes.

São poucas as revistas brasileiras nas áreas da saúde que têm Fator de Impacto (FI). Tal percepção se aplica com maior intensidade na área de Medicina III (cirúrgicas), na qual apenas seis revistas brasileiras têm FI, mas ocupam baixas posições no *ranking* quando comparadas com os demais periódicos nacionais, considerando todas as áreas da Medicina. Apesar das argumentações e apelos das diversas revistas solicitando a reconsideração desse modelo de ranqueamento, ele tem sido mantido pela Capes, e o resultado dessa política é que há um grande número de teses de doutorado e dissertações de mestrado recolhidas nas gavetas, sem terem sido publicadas, tendo em vista as dificuldades expostas acima.

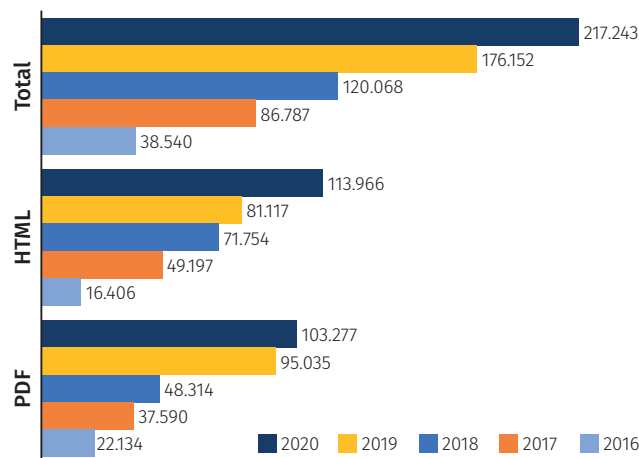
Praticamente em todas as áreas de Medicina, existem periódicos no Brasil financiados pelas próprias sociedades de especialidades médicas que os mantêm em alto padrão editorial, fruto de um trabalho abnegado de alguns associados que, em geral, são vinculados às universidades e instituições de pesquisa. São eles que exercem as funções de editores, editores associados, revisores, editorialistas etc. A maioria é composta de orientadores de PG. Todos trabalham voluntariamente, procurando oferecer aos autores brasileiros a oportunidade de publicação das suas produções científicas em revistas de qualidade, publicadas em inglês, *open access*, com periodicidade regular e cadastradas nas principais bases de dados internacionais. Elas têm, portanto, grande visibilidade internacional. É difícil, portanto, entender como a Capes, que tem nos orientadores/pesquisadores o alicerce dos programas de PG, não reconhece essas atividades docentes e esses periódicos como parte importante da expressão da produção científica nacional.

A *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* (RBGO), mantida pela Febrasgo, tem conseguido manter a regularidade das suas edições no calendário mensal, graças ao apoio que tem recebido da Diretoria Executiva da Febrasgo e ao incansável trabalho de seu corpo de editores associados e de revisores. Todos entendem que a RBGO constitui um importante canal de comunicação da comunidade científica brasileira com os seus pares internacionais, pois tem qualificações para tal. Graças a esses esforços, o prestígio da RBGO é crescente, o que pode ser verificado pelo número de *downloads* da revista em todo o mundo (Figura 1),⁽¹⁾ de acordo com os dados da Thieme Publishers, empresa de prestígio internacional que é editora da revista. Entre os acessos à RBGO, apenas 25% são originários do Brasil, sendo os demais originários dos diferentes países, em todos os continentes, o que denota o alcance internacional da revista (Tabela 1).⁽¹⁾

No quadro 1 são apresentados os avanços obtidos nos indicadores pela RBGO por meio das métricas aplicadas por diferentes bases de dados, durante o último triênio.

Estamos procurando melhorar cada vez mais, e a meta da RBGO é a conquista do FI, para a qual já demos importantes passos. Já tivemos a aprovação em 24 dos 28 quesitos considerados para o FI. Os quatro quesitos que ainda nos faltam dependem das citações de nossos

Downloads de texto



Fonte: Thieme Publishers. Indicadores RBGO. São Paulo: Thieme Revinter; 2021.⁽¹⁾

Figura 1. Número de acessos aos artigos publicados em RBGO de 2016 a 2020

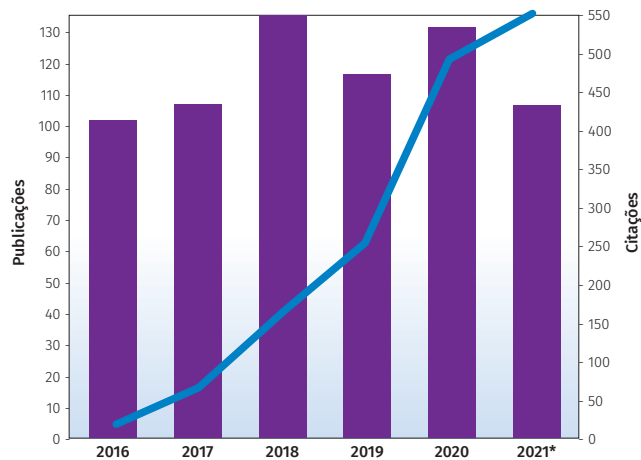
Tabela 1. Distribuição percentual dos acessos à RBGO, de acordo com a origem dos pesquisadores

País	%	País	%
Brasil	25,32	China	3,21
EUA	12,84	Itália	2,65
Espanha	4,54	Japão	2,65
Reino Unido	3,97	Austrália	2,45
Turquia	3,97	Canadá	2,45
México	3,59	Outros	32,36

Fonte: Thieme Publishers. Indicadores RBGO. São Paulo: Thieme Revinter; 2021.⁽¹⁾

Quadro 1. Indicadores da RBGO nas principais bases de dados internacionais

Base de dados	Métricas de RBGO		
	2018	2019	2020
Google Scholar – h5 Median	21	25	28
Google Scholar – h5 Index	18	19	22
Scimago (SJR) – h Index	19	20	23
Web of Science (WoS) – h Index	7	9	12
Scopus – CiteScore	0,76	1,20	1,50



*2021: Dados computados até o mês de outubro.

Fonte: Adaptada de Web of Science.⁽²⁾

Figura 2. Número de artigos editados por ano por RBGO (barras roxas) e o número de citações por ano dos artigos (linha azul)

Quadro 2. Dados referentes à Figura 2. Número de citações/artigo publicado na RBGO nos últimos anos

	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (jan/set)
Artigos	103	108	137	118	133	108
Citações	18	68	165	255	494	550

artigos em revistas internacionais e, para tal, estamos sob observação da *Clarivate*, que é a responsável pela decisão final, que é feita com base nas citações auferidas na *Web of Science* (WoS). Os dados das citações na base WoS estão crescentes (Figura 2)⁽²⁾ (Quadro 2).

No quadro 2 são mostrados os números de artigos publicados por ano e de citações dos artigos por ano, de acordo com a WoS. A média de citações/artigo em cinco anos foi de 2,2, mas observa-se o crescimento de 0,17 em 2016 para 5,0 em 2021, considerando-se os dados até o mês de setembro. É bom lembrar que apenas a partir de 2016 é que a RBGO passou a ser editada em inglês e se tornou *open access*.

No primeiro semestre de 2021, a RBGO recebeu submissões de 233 manuscritos para publicação. A taxa de aceitação tem sido de uma para cada quatro submissões, e cerca de 25%-30% dos artigos publicados na RBGO são originários de autores estrangeiros. Já temos a liderança entre as revistas de ginecologia e obstetrícia (GO) na América Latina, de acordo com os dados da Scimago (Tabela 2).⁽³⁾

Diante do exposto, entende-se que estamos diante de um periódico com grande potencial de abrangência internacional e que, para vencer esse desafio, é necessário o apoio da comunidade de pesquisadores brasileiros, particularmente da área de GO. Por essas razões,

Tabela 2. Ranking Scimago dos periódicos de ginecologia e obstetrícia da América Latina em 2020

Periódico	SJR	Hindex
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	0,413	23
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	0,248	20
Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología	0,158	9
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología	0,139	8
Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología	0,131	11
Ginecología y Obstetricia de México	0,126	16
Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela	0,11	8

Fonte: Adaptada de Scimago.⁽³⁾

vimos convidá-lo(a), como orientador de programa de PG em GO, a aderir aos esforços da Febrasgo para fazer da RBGO uma revista competitiva internacionalmente. Precisamos da força intelectual de nossos pesquisadores para impulsionar a RBGO a melhorar cada vez mais seus indicadores, atingir o seu FI e melhorar sua posição na estratificação do Qualis da Capes.

Junte-se a nós e venha participar deste projeto: 1) submeta sua produção científica (teses, dissertações) para publicação na RBGO; 2) atenda, quando solicitado pelos editores associados, aos pedidos para atuar como *reviewer* dos manuscritos submetidos à RBGO – é uma oportunidade para conhecer e acompanhar o que se passa na pesquisa brasileira em sua área de atuação, assim como interagir com os melhores pesquisadores do Brasil; 3) cite artigos da RBGO em suas publicações internacionais, o que também será de grande valia para a obtenção e o crescimento do FI.

Ainda, caso tenha interesse em participar do nosso *editorial board*, entre em contato conosco. Escreva para editorial.office@febrasgo.org.br. Mande seu nome e endereço (e-mail e celular) e o *link* para acesso ao seu *Curriculum Lattes*. A RBGO entrará em contato com você.

Ajude a RBGO a conseguir seu FI para a sua consolidação como referência internacional em GO. Todos sairão ganhando: o seu grupo de pesquisa, os seus orientados e a pesquisa brasileira. Contamos com sua participação.

REFERÊNCIAS

1. Thieme Publishers. Indicadores RBGO. São Paulo: Thieme Revinter; 2021.
2. Web of Science. Filadélfia: Clarivate Analytics; 2021 [citado 2021 Oct 28]. Disponível em: <https://www-webofscience.ez69.periodicos.capes.gov.br/wos/woscc/citation-report/bb0cf39e-1209-4712-b504-fa9aabd2cb-0fb49cd8>.
3. Scimago, (n.d.). SJR – Scimago Journal & Country Rank [Portal]. Retrieved Date you Retrieve, from <https://www.scimagojr.com/journalrank.php?category=2729&type=j&country=Latin%20America>.

Anvisa proíbe oficialmente a comercialização e a propaganda de ativos contendo **gestrinona**



Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio²

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

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

Em 23 de dezembro de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, no Diário Oficial da União, uma proibição oficial de comercialização e de propaganda da substância gestrinona e de produtos (industrializados ou manipulados) que a contêm.⁽¹⁾ De acordo com o documento, as ações de fiscalização determinadas se aplicam a todos os insumos farmacêuticos contendo o ativo gestrinona, a todas as formas farmacêuticas, bem como a quaisquer pessoas físicas ou jurídicas ou veículos de comunicação que comercializem ou divulguem os produtos.⁽¹⁾ O inteiro teor está na **Resolução-RE nº 4.768, de 22 de dezembro de 2021**, que proíbe a propaganda ao público em geral da substância gestrinona e de produtos (industrializados ou manipulados) que a contêm.⁽²⁾

A publicação é uma manifestação oficial sobre tema que tem movimentado a prática clínica dos ginecologistas e obstetras em todo o Brasil, muitas vezes com discussões acaloradas e divulgações que colocam em dúvida os potenciais riscos e benefícios.

A decisão da agência reguladora foi bem recebida e considerada acertada por diversas entidades médicas. A Febrasgo manifestou-se sobre o tema em setembro de 2021, com texto das Comissões Nacionais Especializadas de Climatério e de Anticoncepção, no qual não recomendam os implantes hormonais manipulados não aprovados pela Anvisa, seja com a finalidade de realizar a terapêutica hormonal da menopausa ou anticoncepção, por escassez de dados de segurança, especialmente de longo prazo.⁽³⁾

Em novembro de 2021, manifestaram-se em nota a Comissão Nacional Especializada em Endometriose da Febrasgo e a Sociedade Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva,⁽⁴⁾ trazendo as seguintes recomendações:

“1. Não há na literatura médica trabalho científico de relevância que tenha avaliado a eficácia do citado implante no tratamento da endometriose;

2. Não se sustenta a colocação de que a via de administração de uma medicação, seja qual for, tem ação semelhante. Portanto, os efeitos do implante de gestrinona não podem ser, de forma alguma, comparados aos da gestrinona via oral. Essa via, apesar de ter sido avaliada em artigos científicos, possui evidências escassas sobre sua efetividade;

3. Não há informações disponíveis para a classe médica, tampouco para a população geral sobre os efeitos adversos relacionados à colocação dos referidos implantes. Ao contrário das medicações disponibilizadas em farmácias ‘não magistrais’, não há bulário que possa esclarecer, às usuárias e aos profissionais da saúde, os possíveis efeitos da medicação, incluindo hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, efeitos sobre o perfil lipídico, metabolismo hormonal, retorno aos ciclos menstruais normais, ganho de peso, assim como os efeitos masculinizantes (aumento de oleosidade de pele, acne, hirsutismo, alteração de voz, aumento de clitóris, entre outros);

4. Por fim, é evidente que, para uso de qualquer medicação, ressaltamos a necessidade de estudos que demonstrem eficácia e segurança, havendo ainda nos implantes outras questões não esclarecidas, como a quantidade de droga liberada e absorvida no organismo (Estudo Fase I).

Dessa forma, ambas as entidades supracitadas não recomendam o uso de implantes hormonais contendo gestrinona para o tratamento de endometriose.”

Ainda sobre o tema, em novembro, o Departamento de Endocrinologia Feminina, Andrologia e Transgêneridade (DEFAT) e a Diretoria Nacional da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) emitiram o posicionamento sobre e contra o uso (e abuso) de implantes de gestrinona no Brasil. O documento foi enviado para a Anvisa, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB). Em resposta, a Anvisa enviou a Nota Técnica nº 477/2021/SEI/GGMED/DIRE2/Anvisa⁽⁵⁾ com a seguinte conclusão: “A Gerência-Geral de Medicamentos e Produtos Biológicos (GGMED) ratifica que não há medicamentos contendo o insumo farmacêutico ativo gestrinona com registro sanitário válido no Brasil. Tampouco constam em seu banco de dados pedidos de registro aguardando análise ou em avaliação pela área técnica. Adicionalmente, esta GGMed destaca que é preocupante o relato da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia sobre o uso de implantes contendo esse insumo farmacêutico ativo, haja vista que claramente se tratam de produtos irregulares, que não passaram pelo escrutínio das áreas técnicas desta GGMed. Em outras palavras, não é possível alegar que esses produtos são eficazes e seguros, o que representa, per se, um risco à saúde pública.”

Em ofícios relacionados ao tema, a posição da Febrasgo é não recomendar: a prescrição e o uso de produtos manipulados contendo gestrinona, sejam produtos destinados a aplicação vaginal ou uso oral ou na forma farmacêutica de implante; produtos contendo gestrinona destinados ao tratamento de endometriose ou de sintomas da tensão pré-menstrual (como cólicas, enxaqueca, retenção de líquido), assim como para reposição hormonal da menopausa, contracepção, melhora da massa óssea ou aumento da libido; produtos para fins estéticos como redução da gordura corporal e flacidez e favorecimento do ganho de massa magra.

De acordo com a recente publicação da Anvisa,⁽¹⁾ a propaganda e a comercialização de produtos contendo gestrinona para o público geral ferem o parágrafo 1º do artigo 58 da Lei nº 6.360/1976,⁽⁶⁾ que prevê que a propaganda, sob qualquer forma de divulgação e meio de comunicação, dos produtos sob o regime dessa lei (que são medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos) somente poderá ser promovida após autorização do Ministério da Saúde, conforme se dispuser em regulamento e quando se tratar de droga, medicamento ou qualquer outro produto com a exigência de venda sujeita à prescrição médica ou odontológica, e ficará restrita a publicações que se destinem exclusivamente à distribuição a médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos. De acordo com a lei, a inobservância configura infração de natureza sanitária, com as devidas sanções previstas, como, por exemplo, as previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.⁽⁷⁾ Recomendações semelhantes para limitar a propaganda a quem possa prescrever encontram-se também no artigo 36 da RDC nº 96/2008,⁽⁸⁾ e o

artigo 5.14 da RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007,⁽⁹⁾ prevê expressamente: “Não é permitida a exposição ao público de produtos manipulados, com o objetivo de propaganda, publicidade ou promoção”.

Pelo exposto, para além de opiniões e experiências clínicas descritas como diversas, a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo entende que a divulgação e os esclarecimentos sobre o momento atual das normativas sobre o tema no Brasil requerem atenção dos ginecologistas e obstetras na sua prática profissional e pessoal. Na vigência da recente e atual resolução da Anvisa, há proibição expressa de comercialização e de propaganda da substância gestrinona, inclusive com as previsões de infração sanitária. Os debates devem continuar de forma salutar e à luz de todas as evidências e novidades sobre os temas, mas atender às normas vigentes é recomendação preventiva de adversidades e questionamentos, inclusive legais, na atuação dos nossos associados.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanecerá atenta a essa matéria, com divulgação de informações oficiais e de qualidade com o fim precípuo de auxiliar e defender a prática profissional de todos os seus associados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RE nº 4.768, de 22 de dezembro de 2021. Dispõe sobre ações de fiscalização em vigilância sanitária. Diário Oficial da União. 2021 Dez 23;Sec. 1:547.
2. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Posicionamento da SBEM sobre implantes de gestrinona e ações da Anvisa [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.endocrino.org.br/noticias/posicionamento-da-sbem-sobre-implantes-de-gestrinona-e-acoes-da-anvisa/>
3. Posição das Comissões Nacionais Especializadas de Anticoncepção e Climatério da Febrasgo sobre implantes hormonais [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 12]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1312-posicao-das-comissoes-nacionais-especializadas-de-anticoncepcao-e-climaterio-da-febrasgo-sobre-implantes-hormonais>
4. Posicionamento sobre gestrinona da Comissão Nacional Especializada em Endometriose da Febrasgo e Sociedade Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 25]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1362-posicionamento-sobre-gestrinona-da-comissao-nacional-especializada-em-endometriose-da-febrasgo-sociedade-brasileira-de-endometriose-e-cirurgia-minimamente-invasiva>
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 477, de 11 de março de 2021. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 456, de 17 de dezembro de 2020, que dispõe sobre as medidas a serem adotadas em aeroportos e aeronaves em virtude da situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente do surto do novo coronavírus – SARS-CoV-2. Diário Oficial da União [Internet]. 2021 Mar 12 [cited 2021 Dec 15];Sec. 1:171. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-477-de-11-de-marco-de-2021-308019310>
6. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências [Internet]. 1976 [cited 2021 Dec 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm
7. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências [Internet]. 1977 [cited 2021 Dec 19]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6437.htm
8. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos [Internet]. 2008 [cited 2021 Dec 19]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0096_17_12_2008.html
9. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias [Internet]. 2007 [cited 2021 Dec 19]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/rdc0067_08_10_2007.html

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, Almir Antonio Urbanetz, Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, Antonio Rodrigues Braga Neto, Belmiro Gonçalves Pereira, Bruno Ramalho de Carvalho, Camil Castelo Branco, Carlos Augusto Faria, César Eduardo Fernandes, Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos, Cristiane Alves de Oliveira, Cristina Laguna Benetti Pinto, Corintio Mariani Neto, David Barreira Gomes Sobrinho, Denise Leite Maia Monteiro, Edmund Chada Baracat, Eduardo 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 Gebirim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

112 Manejo perioperatório em cirurgia ginecológica baseado no programa ERAS

Aline Evangelista Santiago, Agnaldo Lopes da Silva Filho, Eduardo Batista Cândido, Paulo Ayrosa Ribeiro, Julio César Rosa e Silva, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Jesus Paula Carvalho, Sérgio Podgaec, Carlos Augusto Pires Costa Lino, Ricardo de Almeida Quinteiros, Luiz Gustavo Oliveira Brito

ARTIGO ORIGINAL

121 Conhecimento de gestantes e puérperas sobre o atendimento na atenção primária do município de Ananindeua, estado do Pará

Carolina Bastos Brega, Layse Stephanie Baia Coelho, Yuri Fadi Geha, Ivete Moura Seabra

Manejo perioperatório em cirurgia ginecológica baseado no programa ERAS

Número 2 – Fevereiro 2022

As Comissões Nacionais Especializadas em Endoscopia Ginecológica, Endometriose e Ginecologia Oncológica da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) 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

- O programa ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) é baseado na otimização médica perioperatória, incluindo aconselhamento pré-admissional, alívio da dor, ingestão de carboidratos, profilaxia de tromboembolismo, protocolo anestésico padrão, administração otimizada de fluidos intraoperatórios, recuperação da função gastrointestinal normal e mobilização precoce.
- Os principais objetivos do programa ERAS são: reduzir a duração da internação após a cirurgia e acelerar o retorno das pacientes às atividades diárias normais, sem aumentar complicações, taxas de readmissão hospitalar e custo.
- O programa ERAS tem sido adotado em várias especialidades cirúrgicas e é associado a recuperação mais rápida e segura, com melhoria da qualidade de vida e da satisfação do paciente.
- O processo de implementação desse programa envolve equipe multidisciplinar e todas as unidades que lidam com o paciente cirúrgico.
- Eventos adversos pós-operatórios, como tromboembolismo venoso, estão associados a maior tempo de internação hospitalar e aumento na mortalidade. Além disso, fatores como dor pós-operatória e retomada da função intestinal continuam a ser barreiras para a alta precoce e o retorno às atividades diárias.
- O programa oferece cuidados perioperatórios seguros e de alta qualidade e deve tornar-se uma prática-padrão para todas as mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas eletivas.

RECOMENDAÇÕES

- Antes da internação, deve-se promover aconselhamento pré-admissional, com informações sobre o procedimento cirúrgico, anestesia e cuidados pós-operatórios.
- Refeição leve pode ser ingerida até seis horas antes da cirurgia e líquidos claros podem ser administrados até duas horas antes da cirurgia.
- Carboidratos orais devem ser administrados duas a três horas antes da indução da anestesia.
- Preparo intestinal não deve ser realizado rotineiramente.
- Profilaxia tromboembólica perioperatória deve incluir profilaxia de modalidade dupla (heparina, compressão pneumática e/ou meias compressivas), dependendo da indicação de cada caso.
- Deve-se evitar a sobrecarga de fluido intraoperatória, adotando terapia direcionada por objetivos.
- Deve-se evitar hipotermia, com o uso intraoperatório de mantas térmicas, roupas de água circulante e aquecimento de fluidos intravenosos.
- Deve-se evitar o uso de drenos, tubos e cateteres, mas, se forem indispensáveis, seu uso deve ser limitado à menor duração necessária.

- A infiltração incisional com bupivacaína ou bupivacaína lipossomal deve ser incorporada a todos os protocolos ERAS como um componente da analgesia multimodal.
- No pós-operatório, as pacientes podem ingerir líquidos imediatamente após a cirurgia, e os fluidos intravenosos devem ser interrompidos quando elas demonstrarem capacidade de manter a hidratação oral, com ingestão de pelo menos 500 mL de fluidos orais.
- A mobilização e a alimentação precoces devem ser estimuladas.
- É recomendada no pós-operatório analgesia multimodal poupadora de opioides, com maior ênfase em medicamentos não opioides como anti-inflamatórios não esteroides, acetaminofeno, gabapentina e dexametasona.
- Abordagem multimodal para prevenção e tratamento de náuseas e vômitos pós-operatórios deve ser considerada, com o uso intraoperatório de pelo menos dois agentes de diferentes classes de antieméticos.

CONTEXTO CLÍNICO

O programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS – <https://erassociety.org/>) representa mudança de paradigma no atendimento perioperatório convencional, substituindo, quando necessário, algumas práticas tradicionais por práticas baseadas em evidências e alcançando melhorias da qualidade cirúrgica, melhorias clínicas e menores custos para o sistema de saúde. O programa é baseado na otimização perioperatória, incluindo aconselhamento pré-operatório, alívio da dor, ingestão de carboidratos, profilaxia de tromboembolismo, protocolo anestésico padrão, administração otimizada de fluidos, recuperação da função gastrointestinal normal e mobilização precoce.⁽¹⁾

O programa ERAS tem sido adotado em várias especialidades cirúrgicas e instituições em todo o mundo, associando-se a redução do período médio de internação hospitalar e das taxas de complicações, além de recuperação mais rápida e segura e melhoria da qualidade de vida e da satisfação do paciente.⁽¹⁾ Um aspecto essencial para a implementação de um programa ERAS é uma abordagem multimodal e multidisciplinar.⁽²⁾ O processo de implementação desse programa envolve equipe composta por cirurgiões, anestesistas, um coordenador ERAS, enfermeiras, nutricionistas e fisioterapeutas das unidades que cuidam do paciente cirúrgico.⁽³⁾ A adesão ao programa é crucial e a auditoria contínua do processo de atendimento permite que a equipe tenha uma visão abrangente dos resultados do paciente (Quadro 1).⁽⁴⁾

Os principais objetivos do programa ERAS são: reduzir a duração da internação após a cirurgia e acelerar o retorno dos pacientes às atividades diárias normais, sem aumentar as complicações, as taxas de readmissão hospitalar ou o custo.⁽²⁾ Para isso, o programa ERAS se concentra principalmente em minimizar a resposta ao estresse da operação, mantendo a homeostase, evitando o catabolismo com conseqüente perda proteica e de força muscular, além de minimizar a disfunção celular.⁽⁵⁾

Quadro 1. Princípios do programa ERAS

Programa <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> (ERAS)		
O que promove?	Por que deve ser implementado?	O que é necessário para a implementação?
<ul style="list-style-type: none"> - Minimização da resposta ao estresse da operação, controlando a fisiologia perioperatória - Otimização médica cirúrgica: aconselhamento pré-operatório, alívio da dor, ingestão de carboidratos, profilaxia de tromboembolismo, protocolo anestésico padrão, administração de fluidos intraoperatórios otimizada, recuperação da função gastrointestinal normal e mobilização precoce 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor tempo de internação hospitalar - Sem aumento nas taxas de readmissões e/ou reoperações e/ou complicações - Recuperação mais rápida e segura do paciente - Melhor qualidade de vida e satisfação do paciente - Redução dos custos gerais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenador do programa - Envolvimento de todas as unidades que lidam com o paciente cirúrgico - Equipe multidisciplinar trabalhando com o paciente - Abordagem multimodal para resolver problemas que atrasam a recuperação e causam complicações - Abordagem científica baseada em evidências para protocolos de atendimento - Mudança na gestão por meio de auditorias interativas e contínuas - Sempre que possível, cirurgia minimamente invasiva

Fonte: Adaptado de Silva Filho AL, Santiago AE, Derchain SF, Carvalho JP. *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): new concepts in the perioperative management of gynecologic surgery.* Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(8):433-6. doi: 10.1055/s-0038-1668581.⁽⁴⁾

QUAIS AS RAZÕES PARA ADOTAR A PROGRAMA ERAS EM CIRURGIA GINECOLÓGICA?

Embora a maioria dos dados seja extrapolada da cirurgia colorretal, estudos comparando o programa ERAS às

práticas convencionais em cirurgia ginecológica geral mostram resultados positivos consequentes da implementação do programa ERAS, com redução significativa da duração da internação, sem aumento das taxas de readmissão e complicações em pacientes submetidas às práticas recomendadas pelo programa.⁽¹⁾

Embora a maioria dos estudos relacionados ao programa ERAS em ginecologia tenha se concentrado na cirurgia aberta, há evidências crescentes de segurança e viabilidade para pacientes submetidas à cirurgia minimamente invasiva, incluindo procedimentos intestinais.⁽⁶⁾ Uma publicação do *Royal College of Obstetricians and Gynecologist* analisou os principais elementos do ERAS e sugeriu que o programa oferece cuidados perioperatórios seguros e de alta qualidade e deve tornar-se uma prática-padrão para todas as mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas eletivas.⁽⁷⁾

Enfoque especial é dado às pacientes com câncer ginecológico, uma vez que, para essas pacientes, retornar ao nível fisiológico basal ou próximo a ele é essencial, pois permite a realização das terapias adjuvantes planejadas sem demora, resultando em melhores desfechos oncológicos.⁽²⁾ Ensaio clínico não randomizados envolvendo pacientes com neoplasias malignas ginecológicas e a implementação de um programa ERAS mostraram controle aceitável da dor, redução do tempo de permanência hospitalar, satisfação adequada da paciente e redução substancial de custos, sem nenhuma diferença nas complicações pós-operatórias ou mortalidade em relação ao cuidado perioperatório convencional.⁽⁸⁾ Isso sugere a viabilidade e a segurança da implementação do programa ERAS em ginecologia oncológica, com benefício para pacientes submetidas a cirurgia abdominal de grande porte.⁽⁴⁾

O QUE FAZER ANTES DA INTERNAÇÃO?

Antes da internação, é recomendado um aconselhamento pré-admissional, com o objetivo de definir expectativas sobre os procedimentos cirúrgicos e anestésicos, bem como fornecer informações sobre um plano de cuidados no período pós-operatório. A educação pré-operatória e a preparação psicológica podem reduzir a ansiedade e aumentar a satisfação do paciente, o que pode melhorar a recuperação e facilitar a alta precoce.⁽⁵⁾

Os profissionais de saúde e a equipe de enfermagem devem identificar as expectativas do paciente em relação à hospitalização e mostrar os benefícios da mobilização e alimentação pós-operatória precoce, metas do controle da dor pós-operatória e duração da hospitalização.⁽¹⁾ Durante esse período, orientações como a suspensão do uso de tabaco e álcool, que deve ocorrer quatro semanas antes da cirurgia, devem ser fornecidas. É nesse momento que se inicia também a oferta de suporte nutricional.⁽⁹⁾

QUAIS AS EVIDÊNCIAS SOBRE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO E LIBERAÇÃO DE DIETA APÓS A CIRURGIA?

O estresse cirúrgico após uma grande cirurgia induz resposta metabólica pós-operatória marcada e bem definida. Usar carboidratos orais pré-operatórios e evitar jejum prolongado pré-operatório atenua essas respostas pós-operatórias.⁽⁵⁾ Vários ensaios clínicos randomizados relataram que fluidos claros podem ser administrados com segurança por até duas horas, assim como uma refeição leve pode ser administrada por até seis horas antes de procedimentos eletivos que requerem anestesia geral (Quadro 2).^(1,5,10)

Quadro 2. Protocolo ERAS: recomendações pré-operatórias

Jejum: refeição leve até 6 horas antes e ingestão de líquidos claros até 2 horas antes de procedimentos eletivos que requerem anestesia geral ou regional, ou sedação/analgesia
Bebidas com carboidratos*
Preparo intestinal: uso rotineiro não é recomendado em cirurgia ginecológica
Analgesia preemptiva: uso pré-operatório de gabapentina, inibidores da ciclo-oxigenase 2 (COX-2) por via oral ou intravenosa (ex.: celecoxibe) e paracetamol por via oral ou intravenosa
Se risco aumentado de tromboembolismo venoso: profilaxia mecânica dupla (meias e compressão pneumática) e quimioprofilaxia com heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada

Fonte: Adaptado de Kalogera E, Dowdy SC. Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: improving outcomes through evidence-based medicine. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016;43(3):551-73. doi: 10.1016/j.ogc.2016.04.006.⁽¹⁾ Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(4):651-68. doi: 10.1136/ijgc-2019-000356.⁽⁵⁾ Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. *Anesthesiology.* 2017;126(3):376-93. doi: 10.1097/ALN.0000000000001452.⁽¹⁰⁾

* Atenção para pacientes com esvaziamento gástrico retardado ou distúrbios da motilidade gastrointestinal – dados insuficientes quanto à segurança.

Quanto à administração pré-operatória de carboidratos orais duas a três horas antes da indução da anestesia, a maioria dos protocolos utiliza uma bebida pré-operatória contendo 50 g de carboidratos.^(5,11) Os carboidratos orais, em estudos randomizados controlados, mostraram melhorar o bem-estar pré-operatório, reduzir a resistência à insulina pós-operatória, diminuir a degradação de proteínas, manter a massa corporal magra e a força muscular e fornecer efeitos cardíacos benéficos.^(11,12)

Entretanto, os fluidos orais, incluindo carboidratos orais, podem não ser administrados com segurança em pacientes com esvaziamento gástrico retardado ou distúrbios da motilidade gastrointestinal, bem como

em pacientes submetidos a cirurgia de emergência.⁽⁵⁾ Embora pacientes obesos e diabéticos tenham sido incluídos em estudos recentes com carboidratos orais e nenhum problema com relação à segurança tenha sido relatado, os estudos são insuficientes para permitir uma recomendação geral.^(5,13)

No pós-operatório, a manutenção do estado nutricional adequado leva a melhorias no retorno da atividade intestinal, redução do tempo de internação hospitalar e taxas de complicações, como pior cicatrização de feridas, vazamentos anastomóticos ou complicações pulmonares.^(5,14) A alimentação precoce é considerada a retomada da ingestão de líquidos e sólidos dentro de 24 horas após a cirurgia. De acordo com o protocolo ERAS, o paciente normalmente pode beber líquidos ao se recuperar da anestesia e é encorajado a retomar a dieta regular ao chegar ao quarto. Fundamental para o conceito ERAS, a ingestão oral não é forçada nem proibida, mas é encorajada, ou seja, o paciente dita a quantidade e o tipo de ingestão oral.⁽¹⁾

Atualmente não há diretrizes definitivas para pacientes cirúrgicos no que se refere às necessidades de proteína, mas parece que uma dieta rica em proteínas no pós-operatório pode reduzir complicações, e a nutrição imunológica e a suplementação de arginina têm mostrado resultados promissores em relação a regimes de nutrição heterogêneos.^(5,15,16)

COMO PREPARO INTESTINAL DEVE SER REALIZADO?

O preparo intestinal pré-operatório tem sido tradicionalmente usado para diminuição da morbidade infecciosa pós-operatória, incluindo vazamento anastomótico após cirurgia intestinal. Embora esse benefício ainda não tenha sido comprovado de forma inequívoca, além da insatisfação do paciente, seu uso tem sido associado a desidratação pré-operatória e anormalidades eletrolíticas, que podem dificultar a recuperação pós-operatória. Dados de qualidade advindos de estudos em cirurgia colorretal mostraram que o preparo mecânico, por si só, não diminui a morbidade pós-operatória e deve, portanto, ser abandonado.⁽⁵⁾ Entretanto, mais dados são necessários para orientar o uso do preparo intestinal em ressecções retais eletivas abaixo da reflexão peritoneal.⁽¹⁷⁾

O preparo intestinal com antibiótico oral pode diminuir as taxas de infecção em cirurgia colorretal, mas faltam evidências de alta qualidade que apoiem seu uso em ginecologia.⁽¹⁾ Os dados de ensaios clínicos randomizados sobre o uso de preparo intestinal em cirurgia ginecológica são limitados a pacientes submetidas à cirurgia ginecológica minimamente invasiva. Esses estudos mostraram, de forma conclusiva, que seu uso não está associado a melhora da visualização intraoperatória, facilidade de manuseio intestinal ou realização de procedimentos.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Cirurgiões que indicam preparo do intestino devem limitar seu uso a pacientes nos quais uma ressecção de cólon está planejada. Nesses casos, o uso de antibióticos orais isoladamente deve ser considerado ou combinado com o preparo mecânico do intestino.⁽⁵⁾

COMO PREVENIR COMPLICAÇÕES TROMBOEMBÓLICAS?

A profilaxia tromboembólica perioperatória deve incluir profilaxia de modalidade dupla e deve ser iniciada antes da indução da anestesia.⁽²⁰⁾ A eficácia da profilaxia mecânica é equivalente à da heparina isolada e leva à maior redução do risco de tromboembolismo venoso (TEV) quando combinada com heparina em pacientes ginecológicas oncológicas. Meias de compressão graduada, quando ajustadas corretamente, também parecem diminuir a taxa de trombose venosa profunda em pacientes hospitalizados, especialmente quando combinada com outro método de profilaxia para TEV.⁽⁵⁾ A presença de malignidade, índice de massa corporal elevado, idade avançada, cirurgia pélvica, doença extrapélvica, histologia, uso de corticosteroides pré-operatórios, recebimento de quimioterapia, imobilidade e estado hipercoagulável foram identificados como fatores de risco independentes para TEV e são comuns entre mulheres submetidas a cirurgia ginecológica, especialmente para câncer.⁽²¹⁾ Todas as pacientes oncológicas ginecológicas submetidas a cirurgias de grande porte com duração superior a 30 minutos devem receber profilaxia mecânica dupla de TEV e quimioprofilaxia com heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada, e a profilaxia dupla deve continuar durante toda a internação hospitalar. Essas pacientes atendem aos critérios de alto risco do *American College of Chest Physicians* (ACCP) e, por esse motivo, é recomendada quimioprofilaxia prolongada por 28 dias.^(20,21)

COMO MANTER A NORMOTERMIA?

No protocolo ERAS, são utilizadas técnicas de aquecimento do paciente, com início ainda no período pré-operatório, a fim de minimizar a queda inicial na temperatura central na indução anestésica. Essas técnicas, que incluem o uso intraoperatório de mantas térmicas, roupas de água circulante e aquecimento de fluidos IV, têm se mostrado eficazes na prevenção da hipotermia e devem ser continuadas durante toda a cirurgia e na unidade de recuperação pós-anestésica.⁽²²⁾ No intraoperatório, o monitoramento contínuo da temperatura corporal central é fundamental para orientar o manejo desses dispositivos e prevenir temperaturas corporais extremas, incluindo hipotermia e hipertermia (Quadro 3).^(1,5)

Quadro 3. Protocolo ERAS: recomendações intraoperatórias

Anestésicos de ação curta: infusão contínua de propofol/analgésicos opioides de curta ação/anestesia intravenosa (IV) total com propofol/anestesia regional com ou sem anestesia geral concomitante
Mantas térmicas e aquecimento de fluidos IV: monitoramento contínuo da temperatura corporal central
Manter a euvolemia – terapia direcionada por objetivos: minimizar o uso de cristaloides e aumentar o uso de coloides no caso de hipotensão, porém, no caso de euvolemia, considerar uso de vasopressor em vez da administração liberal de cristaloides
Prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios – uso intraoperatório de pelo menos 2 agentes antieméticos de diferentes classes: antagonistas 5HT ₃ (ondansetrona), antagonistas NK-1 (aprepitanto), corticosteroides (dexametasona), anti-histamínicos (dimenidrinato), anticolinérgicos (escopolamina), butirofenonas (haloperidol) e fenotiazinas (clorpromazina)
Uso limitado de drenos, tubos e cateteres, mas, se forem indispensáveis, seu uso deve ter a menor duração necessária

Fonte: Adaptado de Kalogera E, Dowdy SC. Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: improving outcomes through evidence-based medicine. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016;43(3):551-73. doi: 10.1016/j.ogc.2016.04.006.⁽¹⁾ Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(4):651-68. doi: 10.1136/ijgc-2019-000356.⁽⁵⁾

O controle adequado da temperatura corporal é fundamental, porque a temperatura corporal intraoperatória inferior a 36 °C pode levar a resultados intra e pós-operatórios adversos, incluindo coagulopatia, com aumento do risco de sangramento, metabolismo de drogas e transporte de oxigênio prejudicado, consumo periférico aumentado de oxigênio, morbidade cardíaca e risco aumentado de infecções do sítio cirúrgico.⁽²³⁾

COMO PROCEDER EM RELAÇÃO A DRENOS, TUBOS E SONDAS?

O protocolo ERAS recomenda o uso limitado de drenos, tubos e cateteres, mas, se forem indispensáveis, seu uso deve ser limitado à menor duração necessária.⁽¹⁾ O uso seletivo ou nenhum uso de sonda nasogástrica (SNG) foi associado a retorno mais precoce da função intestinal, diminuição das complicações pulmonares, tendência a tempo de hospitalização mais curto e nenhuma alteração nas taxas de vazamento anastomótico ou outras complicações pós-operatórias, em comparação com o uso de SNG de rotina.^(5,9) Além disso, o uso de SNG de rotina tem sido associado a taxas mais altas de pneumonia pós-operatória, atelectasia e febre.⁽¹⁾

Quanto aos drenos peritoneais, eles devem ser considerados no protocolo ERAS quando há maior probabilidade de coleções pélvicas no pós-operatório, pre-

ocupações com sangramento, apesar da hemostasia meticulosa, ou ressecções intestinais muito baixas sem desvio intestinal temporário concomitante.⁽²⁴⁾ Com exceção das anastomoses intestinais abaixo da reflexão peritoneal, onde pode haver um benefício potencial na drenagem profilática por um curto período no pós-operatório, dados não apoiam o uso rotineiro de drenagem profilática após a ressecção intestinal.⁽¹⁾

No pós-operatório, a recomendação é a remoção dos cateteres urinários dentro de 24 horas após a cirurgia, com alguns defendendo removê-los ainda mais precocemente.⁽¹⁾ Isso porque estudos mostraram que as pacientes que tiveram a sonda vesical removida dentro das primeiras 24 horas de pós-operatório apresentaram menor tempo para urinar espontaneamente, com maior volume de urina e menor necessidade de recateterização para retenção urinária, além de internação hospitalar mais curta.⁽²⁵⁾ Quando considerada a remoção intermediária (seis horas após a cirurgia), esta parece superior à remoção imediata (no final da cirurgia), em termos de necessidade menos frequente de recateterização, e superior à remoção tardia (dentro de 24 horas de pós-operatório), em termos de infecções menos frequentes do trato urinário, deambulação mais precoce e menor tempo de internação hospitalar.⁽²⁶⁾

QUAL O PADRÃO DE ANESTESIA RECOMENDADO?

Os avanços nos medicamentos anestésicos e a expansão da assistência ambulatorial permitiram a aplicação de alguns dos princípios da cirurgia ambulatorial à cirurgia de grande porte, a fim de atenuar os efeitos negativos do estresse cirúrgico e da dor, diminuir os efeitos colaterais relacionados aos anestésicos e acelerar a recuperação.⁽¹⁾ O propofol tornou-se o medicamento-padrão para indução de anestesia geral, devido ao seu rápido início, perfil antiemético favorável e rápida recuperação. A anestesia geral pode ser mantida com anestesia inalatória ou anestesia venosa total.⁽⁵⁾ Agentes inalatórios de ação curta, como sevoflurano, ou infusão contínua de propofol são recomendados para permitir o rápido despertar da anestesia, que é realizado de forma segura quando essas técnicas são combinadas no intraoperatório com analgésicos opioides de curta ação. A anestesia IV total com propofol foi associada a menos efeitos colaterais pós-operatórios e, especificamente, a uma diminuição nas náuseas e vômitos pós-operatórios (NVPO).^(5,27)

A anestesia regional com ou sem anestesia geral concomitante foi associada ao despertar rápido e à diminuição da necessidade sistêmica de opioides.⁽⁵⁾ As técnicas analgésicas regionais incluem anestesia neuroaxial (por exemplo, epidural, espinhal), bloqueios de nervos periféricos e infiltração de ferida operatória.⁽²⁸⁾ A infiltração incisional com bupivacaína ou bupivaca-

ina lipossomal não tem efeitos colaterais sistêmicos quando usada adequadamente e deve ser incorporada a todos os protocolos ERAS como um componente da analgesia multimodal.⁽¹⁾

COMO GERENCIAR A ADMINISTRAÇÃO DE FLUIDOS?

Manter a euvolemia é um dos princípios do programa ERAS.⁽¹⁾ A sobrecarga de fluidos pode levar a anormalidades eletrolíticas, edema de tecido mole periférico, que prejudica a mobilidade, edema do intestino delgado, que contribui para o retardo do retorno da função intestinal, e congestão pulmonar, que leva ao aumento da morbidade pulmonar. A hipovolemia, por sua vez, pode resultar em diminuição do débito cardíaco, afetando o fornecimento de oxigênio aos tecidos, com consequente dano aos órgãos.⁽²⁹⁾

Para atingir a euvolemia no intraoperatório, o protocolo ERAS recomenda evitar a sobrecarga de fluido intraoperatória, com a minimização de cristaloides e o aumento do uso de coloides. Se um paciente estiver hipotenso, mas, ao mesmo tempo, euvolêmico (o que pode ocorrer após a anestesia peridural), o uso de vasopressor em vez da administração liberal de cristaloides é encorajado.⁽¹⁾ Com esse objetivo, alguns protocolos ERAS começaram a adotar a terapia direcionada por objetivos, termo usado para descrever o uso de parâmetros hemodinâmicos, como volume sistólico, débito cardíaco, resistência vascular periférica ou parâmetros semelhantes para orientar a utilização de fluidos IV e a terapia inotrópica.⁽³⁰⁾

No pós-operatório, as pacientes podem ingerir líquidos imediatamente após a cirurgia e os fluidos intravenosos (IV) são interrompidos quando elas demonstram capacidade de manter a hidratação oral (normalmente após terem ingerido pelo menos 500 mL de fluidos orais).⁽¹⁾ Mesmo no período pós-operatório imediato, a taxa de administração de fluidos IV é mantida em um mínimo, não superior a 1,2 mL/kg, muitas vezes muito mais baixa. Nos protocolos ERAS, é muito raro que fluidos IV sejam necessários além de 12 a 24 horas no pós-operatório.^(7,9) Cristaloides balanceados (Ringer lactato), que são soluções com uma concentração de eletrólitos semelhante à do plasma, são preferíveis à solução salina 0,9% para prevenir acidose hiperclorêmica.⁽¹⁾

COMO OTIMIZAR O CONTROLE DE DOR, NÁUSEAS E VÔMITOS?

No protocolo ERAS, o gerenciamento da dor começa antes da incisão. Essa teoria é baseada no conceito de analgesia preemptiva, em que os analgésicos bloqueiam a ativação dos receptores da dor antes que eles sejam ativados pela presença de estímulos nocivos, resultando em controle superior da dor e diminuição da necessidade de analgésicos. Uma abordagem

multimodal que incorpora o uso pré-operatório de gabapentina, inibidores da ciclo-oxigenase 2 (COX-2) por via oral ou IV (celecoxibe ou parecoxibe) e paracetamol oral ou IV foi associada ao uso reduzido de opioides no pós-operatório e, portanto, é normalmente utilizada em protocolos ERAS.⁽¹⁾

O uso de opioides tem sido tradicionalmente associado a aumento de NVPO, comprometimento da função intestinal, mobilização retardada, devido a alterações sensoriais mentais, e aumento da morbidade pulmonar, devido à depressão do impulso respiratório, além de maior risco de dependência, levando a custos financeiros e sociais associados.⁽¹⁾ Por esses motivos, também é recomendada, no pós-operatório, analgesia multimodal poupadora de opioides, com maior ênfase em medicamentos não opioides como anti-inflamatórios não esteroides, acetaminofeno, gabapentina e dexametasona. A eficácia dessa abordagem é baseada na capacidade de dois ou mais analgésicos com diferentes mecanismos de ação agirem sinergicamente.⁽⁵⁾

Além da analgesia poupadora de opioides, o protocolo ERAS adota também uma abordagem multimodal para o tratamento preventivo de NVPO, que inclui o uso intraoperatório de pelo menos dois agentes de diferentes classes de antieméticos. Essas classes de medicamentos antieméticos incluem antagonistas 5HT₃, antagonistas NK-1, corticosteroides, anti-histamínicos, anticolinérgicos, butirofenonas e fenotiazinas. Estratégias adicionais para diminuir NVPO incluem o uso de infusão de propofol e a redução do uso de opioides.⁽³¹⁾

POR QUE ESTIMULAR A MOBILIZAÇÃO PRECOZE?

A mobilização precoce é um componente vital no protocolo ERAS, uma vez que confere proteção contra a perda muscular e de condicionamento físico, ao evitar repouso prolongado no leito e imobilidade. Como consequência, ajuda a reduzir complicações tromboembólicas pulmonares e venosas, melhora a resistência à insulina e contribui para diminuir o tempo de hospitalização.⁽¹⁾ Além disso, a deambulação precoce contribui para o retorno da função intestinal, diminuindo as taxas de íleo pós-operatório.⁽⁵⁾

COMO PREVENIR O ÍLEO PÓS-OPERATÓRIO?

O retorno da função intestinal costuma ser o último marco alcançado antes da alta hospitalar pós-operatória após uma laparotomia. Entre os fatores que influenciam o retorno da função intestinal estão o uso de opioides, o equilíbrio de fluidos venosos, a extensão da doença peritoneal, no caso das pacientes oncológicas, a complexidade da cirurgia, a necessidade de hemotransfusão e as complicações abdominopélvicas pós-operatórias.⁽³²⁾

A implementação de cirurgia minimamente invasiva reduz a taxa de íleo pós-operatório, porém nem

todos os pacientes são candidatas a essa via de acesso cirúrgico. Entre os pacientes que precisam de laparotomia, intervenções que estimulam o sistema nervoso entérico e reduzem o uso de opioides, como alimentação precoce, consumo de café e goma de mascar, mostraram-se eficazes na redução do tempo de retorno da função intestinal em alguns estudos. Entretanto, embora o uso de goma de mascar seja seguro e barato, um grande estudo randomizado bem conduzido recentemente não mostrou nenhum benefício. Já o consumo de café no pós-operatório demonstrou reduzir a taxa de íleo pós-operatório em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica oncológica de 30% para 10%. Além disso, medidas como deambulação precoce e analgesia modal demonstraram diminuir a taxa de íleo pós-operatório em duas a cinco vezes.^(5,33)

O protocolo ERAS também considera a possibilidade de uso de laxantes com o objetivo de acelerar o retorno da função gastrointestinal, uma vez que foi observado um tempo mais precoce para a primeira evacuação quando se realizou estimulação do intestino com laxantes orais osmóticos dentro de seis horas após a histerectomia abdominal, sem alteração nos escores de dor e NVPO.^(1,34) Já em relação aos procinéticos, há pouca ou nenhuma evidência para apoiar o seu uso com a finalidade de prevenção de íleo pós-operatório (Quadro 4).^(1,5)

Quadro 4. Protocolo ERAS: recomendações pós-operatórias

Retomada da ingestão oral de líquidos e sólidos dentro de 24 horas após a cirurgia: - Encorajar ingestão de líquidos quando o paciente se recuperar da anestesia - Considerar dietas ricas em proteínas
Mobilização precoce
Remoção da sonda vesical dentro de 24 horas após a cirurgia
Sistema multimodal farmacológico para dor (2 ou mais medicamentos) poupador de opioides e analgesia regional: - Combinação de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) com paracetamol - Analgesia peridural torácica, bloqueios do plano transversal do abdome, infiltração da ferida com anestésico local e anestésico local intraperitoneal
Se risco aumentado de tromboembolismo venoso: profilaxia mecânica dupla (meias e compressão pneumática) e quimioprofilaxia com heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada: Quimioprofilaxia estendida (28 dias pós-operatório) para pacientes que atendem aos critérios de alto risco
Euvolemia: - Interromper fluidos intravenosos (IV) quando houver capacidade de manter a hidratação oral (pelo menos 500 mL de fluidos orais) - No período pós-operatório imediato, fluidos IV devem ser mantidos, no mínimo, não superior a 1,2 mL/kg

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os princípios do protocolo ERAS são aplicáveis a todas as especialidades cirúrgicas, e a inovação constante deve ser a tônica para permitir a melhoria dos processos. A implementação do programa ERAS representa uma mudança de paradigma na gestão perioperatória do paciente cirúrgico e é uma abordagem multidisciplinar baseada na gestão de evidências científicas. O programa é clinicamente eficaz e tem impactos nos resultados dos pacientes, oferecendo abordagem segura e de alta qualidade e cuidados perioperatórios com boa relação custo-benefício e economia de custos. Além disso, um programa bem-sucedido pode levar a recuperação mais rápida e segura e melhor qualidade de vida e satisfação do paciente. Portanto, o programa ERAS deve se tornar a prática-padrão para todas as mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas eletivas.

REFERÊNCIAS

- Kalogera E, Dowdy SC. Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: improving outcomes through evidence-based medicine. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016;43(3):551-73. doi: 10.1016/j.ogc.2016.04.006
- Miralpeix E, Nick AM, Meyer LA, Cata J, Lasala J, Mena GE, et al. A call for new standard of care in perioperative gynecologic oncology practice: impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. *Gynecol Oncol.* 2016;141(2):371-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.02.019
- Myriokefalitaki E, Smith M, Ahmed AS. Implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynaecological oncology. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(1):137-43. doi: 10.1007/s00404-015-3934-4
- Silva Filho AL, Santiago AE, Derchain SF, Carvalho JP. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS): new concepts in the perioperative management of gynecologic surgery. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(8):433-6. doi: 10.1055/s-0038-1668581
- Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(4):651-68. doi: 10.1136/ijgc-2019-000356
- Kalogera E, Glaser GE, Kumar A, Dowdy SC, Langstraat CL. Enhanced recovery after minimally invasive gynecologic procedures with bowel surgery: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(2):288-98. doi: 10.1016/j.jmig.2018.10.016
- Torbé E, Nordin A, Acheson N. Enhanced recovery in gynaecology. *Obstet Gynaecol.* 2013;15(4):263-8. doi: 10.1111/tog.12061
- Kalogera E, Bakkum-Gamez JN, Jankowski CJ, Trabuco E, Lovely JK, Dhanorker S, et al. Enhanced recovery in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):319-28. doi: 10.1097/AOG.0b013e31829aa780
- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achari C, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations – Part I. *Gynecol Oncol.* 2016;140(2):313-22. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.11.015
- Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of

- Anesthesiologists Task Force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. *Anesthesiology*. 2017;126(3):376-93. doi: 10.1097/ALN.0000000000001452
11. Nygren J, Thorell A, Ljungqvist O. Preoperative oral carbohydrate therapy. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28(3):364-9. doi: 10.1097/ACO.0000000000000192
 12. Azagury DE, Ris F, Pichard C, Volonté F, Karsegard L, Huber O. Does perioperative nutrition and oral carbohydrate load sustainably preserve muscle mass after bariatric surgery? A randomized control trial. *Surg Obes Relat Dis*. 2015;11(4):920-6. doi: 10.1016/j.soard.2014.10.016
 13. Laffin MR, Li S, Brisebois R, Senior PA, Wang H. The use of a pre-operative carbohydrate drink in patients with diabetes mellitus: a prospective, non-inferiority, cohort study. *World J Surg*. 2018;42(7):1965-70. doi: 10.1007/s00268-017-4413-9
 14. Minig L, Biffi R, Zanagnolo V, Attanasio A, Beltrami C, Bocciolone L, et al. Reduction of postoperative complication rate with the use of early oral feeding in gynecologic oncologic patients undergoing a major surgery: a randomized controlled trial. *Ann Surg Oncol*. 2009;16(11):3101-10. doi: 10.1245/s10434-009-0681-4
 15. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(2):159-211. doi: 10.1177/0148607115621863
 16. Wischmeyer PE, Carli F, Evans DC, Guilbert S, Kozar R, Pryor A, et al. American Society for Enhanced Recovery and Perioperative Quality Initiative Joint Consensus Statement on nutrition screening and therapy within a surgical enhanced recovery pathway. *Anesth Analg*. 2018;126(6):1883-95. doi: 10.1213/ANE.0000000000002743
 17. Fanning J, Valea FA. Perioperative bowel management for gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(4):309-14. doi: 10.1016/j.ajog.2011.05.010
 18. Kantartzis KL, Shepherd JP. The use of mechanical bowel preparation in laparoscopic gynecologic surgery: a decision analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(5):721.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.05.017
 19. Huang H, Wang H, He M. Is mechanical bowel preparation still necessary for gynecologic laparoscopic surgery? A meta-analysis. *Asian J Endosc Surg*. 2015;8(2):171-9. doi: 10.1111/ases.12155
 20. Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JJ, Heit JA, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e227S-e77S. doi: 10.1378/chest.11-2297
 21. Lyman GH, Khorana AA, Kuderer NM, Lee AY, Arcelus JJ, Balaban EP, et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2013;31(17):2189-204. doi: 10.1200/JCO.2013.49.1118
 22. Galvão CM, Marck PB, Sawada NO, Clark AM. A systematic review of the effectiveness of cutaneous warming systems to prevent hypothermia. *J Clin Nurs*. 2009;18(5):627-36. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02668.x
 23. Scott EM, Buckland R. A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. *AORN J*. 2006;83(5):1090-104, 107-13. doi: 10.1016/s0001-2092(06)60120-8
 24. Lopes AD, Hall JR, Monaghan JM. Drainage following radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: dogma or need? *Obstet Gynecol*. 1995;86(6):960-3. doi: 10.1016/0029-7844(95)00311-e
 25. Griffiths R, Fernandez R. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD004011. doi: 10.1002/14651858.CD004011.pub3
 26. Ahmed MR, Sayed Ahmed WA, Atwa KA, Metwally L. Timing of urinary catheter removal after uncomplicated total abdominal hysterectomy: a prospective randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;176:60-3. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.02.038
 27. Gupta A, Stierer T, Zuckerman R, Sakima N, Parker SD, Fleisher LA. Comparison of recovery profile after ambulatory anesthesia with propofol, isoflurane, sevoflurane and desflurane: a systematic review. *Anesth Analg*. 2004;98(3):632-41. doi: 10.1213/01.ane.0000103187.70627.57
 28. Wick EC, Grant MC, Wu CL. Postoperative multimodal analgesia pain management with nonopioid analgesics and techniques: a review. *JAMA Surg*. 2017;152(7):691-7. doi: 10.1001/jamasurg.2017.0898
 29. MacKay G, Fearon K, McConnachie A, Serpell MG, Molloy RG, O'Dwyer PJ. Randomized clinical trial of the effect of postoperative intravenous fluid restriction on recovery after elective colorectal surgery. *Br J Surg*. 2006;93(12):1469-74. doi: 10.1002/bjs.5593
 30. Gómez-Izquierdo JC, Feldman LS, Carli F, Baldini G. Meta-analysis of the effect of goal-directed therapy on bowel function after abdominal surgery. *Br J Surg*. 2015;102(6):577-89. doi: 10.1002/bjs.9747
 31. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2014;118(1):85-113. doi: 10.1213/ANE.0000000000000002
 32. Bakkum-Gamez JN, Langstraat CL, Martin JR, Lemens MA, Weaver AL, Allensworth S, et al. Incidence of and risk factors for postoperative ileus in women undergoing primary staging and debulking for epithelial ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2012;125(3):614-20. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.02.027
 33. American Society of Anesthesiologists Committee. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology*. 2011;114(3):495-511. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181fcbfd9
 34. Hansen CT, Sørensen M, Møller C, Ottesen B, Kehlet H. Effect of laxatives on gastrointestinal functional recovery in fast-track hysterectomy: a double-blind, placebo-controlled randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(4):311.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2006.10.902

Como citar:

Santiago AE, Silva Filho AL, Cândido EB, Ribeiro PA, Rosa e Silva JC, Primo WQ, et al. Manejo perioperatório em cirurgia ginecológica baseado no programa ERAS. *Femina*. 2022;50(2):112-20.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Perioperative management in gynecological surgery based on the ERAS program", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(2):202-10.

Aline Evangelista Santiago

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

Agnaldo Lopes da Silva Filho

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

Eduardo Batista Cândido

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

Paulo Ayrosa Ribeiro

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Julio César Rosa e Silva

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

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Jesus Paula Carvalho

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

Sérgio Podgaec

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Carlos Augusto Pires Costa Lino

Hospital São Rafael, São Paulo, SP, Brasil.

Ricardo de Almeida Quintáiros

Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

Luiz Gustavo Oliveira Brito

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

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

Paulo Augusto Ayroza Galvão Ribeiro

Vice-presidente:

Mariano Tamura Vieira Gomes

Secretário:

Thomas Moscovitz

Membros:

Fabio Ohara

Francisco Eduardo Prota

Gustavo Anderman Silva Barison

Jean Pierre Barguil Brasileiro

Karin Kneipp Costa Rossi

Luciano Gibran

Luiz Flavio Cordeiro Fernandes

Raquel Papandreu Dibi

Raquel Silveira da Cunha Araújo

Ricardo Bassil Lasmar

Rita De Cássia Barbosa Tavares Santos

Romulo Muller dos Santos Melo

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

Julio Cesar Rosa e Silva

Vice-presidente:

Helizabet Salomao Abdalla

Secretária:

Márcia Mendonça Carneiro

Membros:

Carlos Alberto Petta

Carlos Augusto Pires Costa Lino

Corival Lisboa Alves de Castro

Eduardo Schor

João Nogueira Neto

João Sabino Lahorgue da Cunha Filho

Marco Aurélio Pinho de Oliveira

Marcos Tcherniakovsky

Maurício Simões Abrão

Omero Benedicto Poli Neto

Ricardo de Almeida Quinteiros

Sidney Pearce Furtado

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

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Vice-presidente:

Suzana Arenhart Pessini

Secretário:

Jesus Paula Carvalho

Membros:

Angélica Nogueira Rodrigues

Caetano da Silva Cardial

Delzio Salgado Bicalho

Eduardo Batista Candido

Etelvino de Souza Trindade

Fernando Maluf

Francisco José Cândido dos Reis

Georgia Fontes Cintra

Heloisa de Andrade Carvalho

Marcia Luiza Appel Binda

Mirian Helena Hoeschl Abreu Macedo

Renato Moretti Marques

Ricardo dos Reis

Sophie Françoise Mauricette Derchain

Conhecimento de gestantes e puérperas sobre o atendimento na atenção primária do município de Ananindeua, estado do Pará

Knowledge of pregnant and postpartum women about care in primary care in the city of Ananindeua, state of Pará

Carolina Bastos Brega¹, Layse Stephanie Baia Coelho¹, Yuri Fadi Geha², Ivete Moura Seabra¹

Descritores

Educação pré-natal;
Atenção primária à saúde;
Gestantes; Puerpério

Keywords

Prenatal education; Primary health care; Pregnant women; Puerperium

Submetido

09/06/2021

Aceito

29/11/2021

1. Centro Universitário do Pará, Belém, PA, Brasil.
2. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Yuri Fadi Geha
R. Augusto Corrêa, 1, Guamã, 66075-110, Belém, PA, Brasil
yuri.geha@ics.ufpa.br

Como citar:

Brega CB, Coelho LS, Geha YF, Seabra IM. Conhecimento de gestantes e puérperas sobre o atendimento na atenção primária do município de Ananindeua, estado do Pará. Femina. 2022;50(2):121-8.

RESUMO

Objetivo: Analisar o impacto das orientações médicas recebidas durante o pré-natal sobre o conhecimento adquirido de puérperas e gestantes, a respeito da importância dos principais exames solicitados para a assistência do pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com grupo de comparação. A pesquisa foi realizada na UBS Júlia Seffer, localizada no município de Ananindeua, Pará, Brasil. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de questionário a 50 mulheres, 25 gestantes e 25 mulheres pós-parto, que tinham entre 18 e 49 anos e fizeram o pré-natal de agosto de 2019 a agosto de 2020. **Resultados:** Entre os dados analisados, apenas 52% das gestantes e 44% das puérperas conseguiram descrever a medição da altura uterina. Em relação ao processo educativo durante o pré-natal, pode-se evidenciar que 88% das gestantes e 72% das puérperas não estavam envolvidas em nenhuma atividade educativa. Em relação à avaliação pré-natal, apenas 32% das gestantes e 44% das mulheres pós-parto avaliaram como excelente o atendimento realizado na UBS. **Conclusão:** Observou-se a presença de falhas no processo educativo, que indica a necessidade de maior cuidado e investimentos na atenção primária direcionada ao cuidado e orientação das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

ABSTRACT

Objective: To analyze the impact of medical guidance received during prenatal care on the knowledge acquired by postpartum and pregnant women regarding the importance of the main tests requested for prenatal care in a Basic Health Unit (BHU). **Methods:** This is an observational, descriptive study, with comparison group. The research was conducted at UBS Júlia Seffer, located in the municipality of Ananindeua, Pará, Brazil. Data collection was performed by applying a questionnaire to 50 women, 25 pregnant and 25 postpartum women, who were between 18 and 49 years old and had prenatal care from August 2019 to August 2020. **Results:** Among the data analyzed, only 52% of pregnant women and 44% of puerperal women were able to describe the measurement of uterine height. Regarding the educational process during prenatal care, it can be evidenced that 88% of pregnant women and 72% of puerperal women were not involved in any educational activity. Regarding prenatal evaluation,

*only 32% of pregnant women and 44% of postpartum women evaluated as excellent the care provided in the BHU. **Conclusion:** It was observed the presence of flaws in the educational process that indicate the need for greater care and investment in primary care directed to the care and guidance of women in the gravidic-puerperal cycle.*

INTRODUÇÃO

A qualidade do acesso, no que diz respeito ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, deixa a desejar nas várias regiões do país e, principalmente, em determinados grupos populacionais menos favorecidos econômica e socialmente,⁽¹⁾ sendo a não realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante, cada vez mais, relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil.⁽²⁾ Dessa forma, durante as últimas décadas, a adequação da assistência ao pré-natal vem sendo verificada e monitorada por inúmeros indicadores, levando em consideração o mês de início do pré-natal e o número de consultas realizadas.⁽³⁾

Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materno-infantil a partir de adequações disponibilizadas para a melhor assistência às gestantes pelas urbanizações. Dentre as ações estabelecidas voltadas à melhoria das condições de qualidade de vida para as gestantes, destaca-se: a execução de, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal e de, pelo menos, uma consulta no puerpério, além da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação.⁽⁴⁾

Com o PHPN, os municípios se responsabilizam em garantir o acesso e a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, melhor cobertura e melhoria da assistência ao parto e ao puerpério e do amparo neonatal. Para a realização desses objetivos, é necessária a concretização de uma rede de organizações baseadas em princípios éticos que garantam a privacidade, a autonomia e a partilha de conhecimento da gestante e de sua família, bem como a organização de uma rotina de procedimentos benéficos para a gestante e para o feto durante o período da gravidez até o puerpério.⁽⁵⁾

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê atendimento durante todo o período gravídico-puerperal, por meio de ações de promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do recém-nascido, nos diferentes níveis de atenção à saúde – do atendimento básico ao hospitalar (inclusive de alto risco). Além disso, visa à incorporação de medidas acolhedoras, ao desenvolvimento de ações sem intervenções desnecessárias, ao estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto e ao fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar.⁽⁶⁾

Visto que o maior aprimoramento da efetividade das ações executadas na atenção primária se fundamenta, também, no investimento na educação em saúde, a compreensão do desempenho dos serviços e do papel dos profissionais de saúde no programa de pré-natal e das leis que asseguram os direitos das gestantes e puérperas constitui a base para o fortalecimento do engajamento no programa e do vínculo e da aproximação dos profissionais de saúde com as gestantes.⁽⁷⁾

Nesse sentido, a compreensão das estratégias de promoção da saúde adotadas pelas unidades de saúde públicas é de fundamental importância para a melhor assistência da população-alvo, ampliando o conhecimento sobre a importância, a atuação e a influência do pré-natal nos índices de morbimortalidade dessa parcela da população. Dessa forma, o presente estudo visa analisar o impacto das orientações médicas recebidas no conhecimento das puérperas e gestantes sobre a importância dos principais exames solicitados e cuidados necessários durante o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com grupo de comparação. A pesquisa foi realizada na UBS Júlia Seffer, localizada no bairro de Águas Lindas, município de Ananindeua, região metropolitana de Belém, no período de dezembro de 2019 a agosto de 2020.

Foram convidadas a participar da pesquisa mulheres que fizeram pré-natal durante o período vigente de pesquisa. A população-alvo foi constituída de mulheres pertencentes à área de abrangência da UBS Júlia Seffer e cadastradas no programa de pré-natal, escolhidas por meio de uma estratégia de amostragem intencional. Ao todo, foram entrevistadas 50 mulheres, sendo 25 grávidas, com média gestacional de 21 semanas, e 25 puérperas, com tempo médio de puerpério de 39 dias. Foram incluídas no estudo: mulheres que estavam no ciclo gravídico-puerperal com idade entre 18 e 49 anos, cadastradas no programa de pré-natal, que aceitaram participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da pesquisa: puérperas e gestantes que preencheram o protocolo de pesquisa de forma incompleta, que apresentavam algum déficit cognitivo e que moravam em área descoberta pela UBS.

As entrevistas foram estruturadas e individualizadas, conduzidas pelos pesquisadores e guiadas por um roteiro de entrevista. O protocolo de pesquisa continha perguntas referentes ao conhecimento das puérperas e das gestantes a respeito do atendimento do pré-natal e perguntas sobre os exames realizados na gravidez. Além disso, foram coletados dados a respeito da situação socioeconômica das puérperas e das gestantes, incluindo: grau de escolaridade, profissão, renda familiar e estado civil. O conhecimento a respeito do pré-natal foi analisado por meio de perguntas que abordam a periodicidade

dade das consultas, sua finalidade e cuidados necessários na gestação.

As entrevistadas foram identificadas apenas por letras (P = Puérperas e G = Gestantes) e por número de ordem crescente do protocolo de pesquisa (01 a 50). A coleta de dados foi realizada dentro de um consultório médico para manter a privacidade da paciente. As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2019 a agosto de 2020; primeiramente foi feita uma reunião com a equipe de profissionais da UBS informando sobre a pesquisa que estava sendo proposta de acordo com o critério de inclusão, com posterior assinatura do TCLE pelo público-alvo.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft Excel 2010[®], no qual também foram confeccionadas tabelas para representação dos dados. Posteriormente, os dados foram analisados no programa Bioestat 5.3[®] para a geração de resultados estatísticos para a verificação da associação de variáveis pertinentes ao estudo, considerando o intervalo de confiança (IC) de 95% e o valor de alfa (α) de 5% (p -valor < 0,05). Nas variáveis quantitativas, foram realizadas as medidas de tendência central, sendo calculadas a média e a mediana com seus respectivos desvios-padrão. A comparação realizada entre as variáveis associadas às gestantes e às puérperas foi intencionada para a mensuração do conhecimento adquirido a respeito do pré-natal, mediante o acompanhamento médico ao longo do ciclo gravídico-puerperal das participantes na unidade de saúde.

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Estado do Pará, respeitando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com princípios regidos pelo Código de Nuremberg e de Helsinque. A pesquisa só foi iniciada após a aprovação do referido CEP – Parecer nº 3.749.569.

RESULTADOS

Entre as características sociodemográficas das participantes analisadas, observou-se a apresentação de grupos homogêneos. Do total de mulheres, 48% tinham idade entre 18 e 25 anos, 30%, entre 26 e 30 anos e apenas 14%, acima de 30 anos. Entre as gestantes, 72% tinham escolaridade maior que oito anos e 56% tinham renda salarial de um a três salários mínimos. Ao se tratar das puérperas, 52% apresentavam escolaridade maior que oito anos e 48% relataram ter renda salarial menor que um salário mínimo (Tabela 1).

Entre a parcela analisada, 72% das gestantes faziam uso regular do mesmo serviço de saúde e 48% relataram frequência de quatro a cinco vezes ao ano. Já entre as puérperas, 80% referiram fazer uso regular de um serviço de saúde, porém apenas 32% tinham frequência de quatro a cinco vezes ao ano (Tabela 2).

Na tabela 3, observa-se que, de acordo com o conhecimento sobre o pré-natal, 96% das gestantes responderam que ele deve ser iniciado no primeiro trimestre de

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes e puérperas registradas

Variáveis	Total n (%)	Grávidas n (%)	Puérperas n (%)	p-value	
Estado civil	Casada	13 (26,0)	6 (24,0)	7 (28,0)	0,7816 ^a
	Solteira	27 (54,0)	13 (52,0)	14 (56,0)	
	União estável	10 (20,0)	6 (24,0)	4 (16,0)	
Idade	18-25	24 (48,0)	12 (48,0)	12 (48,0)	0,4921 ^a
	26-30	15 (30,0)	9 (36,0)	6 (24,0)	
	31-45	11 (14,0)	4 (16,0)	7 (28,0)	
Escolaridade	1 a 3 anos	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	0,1880 ^a
	4 a 8 anos	18 (36,0)	6 (24,0)	12 (48,0)	
	>8 anos	31 (62,0)	18 (72,0)	13 (52,0)	
Renda	Menos de 1 salário mínimo	21 (42,0)	9 (36,0)	12 (48,0)	0,6933 ^a
	1 a 3 salários mínimos	25 (50,0)	14 (56,0)	11 (44,0)	
	Mais de 4 salários mínimos	4 (8,0)	2 (8,0)	2 (8,0)	
Número de filhos	Um	27 (54,0)	14 (56,0)	13 (52,0)	0,7702 ^a
	Dois	20 (40,0)	10 (40,0)	10 (40,0)	
	Três	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	
	Quatro	2 (4,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	

^a Teste G.

Tabela 2. Distribuição das gestantes e puérperas quanto ao serviço de saúde

		Total n (%)	Grávidas n (%)	Puérperas n (%)	p-value
Possui plano de saúde privado	Sim	11 (22,0)	5 (20,0)	6 (24,0)	1,000 ^b
	Não	39 (78,0)	20 (80,0)	19 (76,0)	
Uso regular do mesmo serviço de saúde	Sim	38 (76,0)	18 (72,0)	20 (80,0)	0,7405 ^b
	Não	12 (24,0)	7 (28,0)	5 (20,0)	
Tipo de serviço de saúde de uso regular	Plano de saúde	6 (12,0)	2 (8,0)	4 (16,0)	0,9954 ^a
	SUS	34 (68,0)	17 (68,0)	17 (68,0)	
Frequência com que utiliza serviço de saúde	2 a 3 vezes por ano	11 (22,0)	6 (24,0)	5 (20,0)	0,171 ^a
	4 a 5 vezes por ano	20 (40,0)	12 (48,0)	8 (32,0)	
	Mais de 5 vezes por ano	6 (12,0)	1 (4,0)	5 (20,0)	
	Não informado*	13 (26,0)	6 (24,0)	7 (28,0)	
Domicílio cadastrado na ESF	Sim	37 (74,0)	17 (68,0)	20 (80,0)	0,6654 ^a
	Não	10 (20,0)	6 (24,0)	4 (16,0)	
	Não sei*	3 (6,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	

^a Teste G. ^b Teste qui-quadrado. * Não foi incluído nos cálculos estatísticos.

gestação e que é importante a verificação dos batimentos cardíacos fetais. Porém, apenas 52% das gestantes sabiam descrever o que é a medida da altura uterina e 60% responderam que é necessária a realização do toque vaginal na gestação. Entre as puérperas, a totalidade delas respondeu que o pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre de gestação, enquanto 44% delas relataram ser necessário o toque vaginal na gravidez e que conhecem a altura uterina. Somando-se o número de erros ou desconhecimentos relativos à avaliação do conhecimento acerca do pré-natal, foram obtidas apenas 14,8% respostas incorretas ou enquadradas na opção “não sei”. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao conhecimento acerca do pré-natal, porém chamam a atenção a falta de conhecimento sobre a altura uterina e a significativa divisão de respostas a respeito do toque vaginal, nos dois grupos.

Quanto ao processo educativo durante o período do pré-natal, pode-se evidenciar que 88% das gestantes não se envolveram em nenhuma atividade educativa e apenas 32% dessas receberam alguma informação de caráter educativo durante a gravidez. Entre o grupo das puérperas, 72% delas não se envolveram em nenhuma atividade educativa durante a gestação, porém 60% relatam que receberam alguma informação de caráter educativo no mesmo período. Somente uma única gestante disse ter recebido orientação sobre vacinação e aleitamento materno no pré-natal e, ainda, somente gestantes disseram ter recebido orientações sobre alimentação, o que foi estatisticamente significativo ($p = 0,037$) (Tabela 4).

Em relação à avaliação dos cuidados durante o pré-natal, apenas 32% das grávidas avaliaram os atendi-

mentos realizados na UBS como ótimos, porém 92% delas referiram ter sido bem orientadas durante as consultas. Entre as puérperas, 44% avaliaram as consultas realizadas na UBS, nesse período, como ótimas, porém 92% consideraram que foram bem orientadas durante os atendimentos e que o profissional de saúde que as atendeu alcançou todas as expectativas criadas (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos, percebe-se que o conhecimento das grávidas e puérperas acerca do pré-natal envolve diversas variáveis que necessitam ser interpretadas de forma correlacionada para uma compreensão mais clara da qualidade do serviço oferecido pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

No presente estudo, observou-se maior frequência de gestantes e puérperas na faixa etária entre 18 e 25 anos, com ambas representando 48% do grupo analisado, além do predomínio de escolaridade maior que oito anos em 72% das grávidas, em contraposição aos 52% observados entre as puérperas e, por fim, verificou-se uma representação de renda salarial entre um e três salários mínimos em 56% das entrevistadas grávidas, enquanto 48% das puérperas declaravam renda menor que um salário mínimo (Tabela 1). Tais classificações socioeconômicas divergem dos achados do estudo sobre os conhecimentos de gestantes no pré-natal no município de Santa Quitéria (CE),⁽⁷⁾ o qual destacou a majoritária participação de entrevistadas enquadradas em situação de baixa renda, associada a um número elevado de gestantes com baixa escolaridade.

Tabela 3. Distribuição das grávidas e puérperas quanto ao conhecimento acerca do pré-natal

		Total n (%)	Grávidas n (%)	Puérperas n (%)	p-value
O pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre de gravidez?	Sim	49 (98,0)	24 (96,0)	25 (100,0)	1,000 ^a
	Não sei	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	
O exame de HIV deve ser feito no pré-natal	Sim	48 (96,0)	24 (96,0)	24 (96,0)	1,000 ^a
	Não	2 (4,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	
O exame de sífilis deve ser feito no pré-natal?	Sim	50 (100,0)	25 (100,0)	25 (100,0)	1,000 ^a
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
No pré-natal devem ser realizadas mais de 6 consultas?	Sim	46 (92,0)	21 (84,0)	25 (100,0)	0,0947 ^a
	Não	2 (4,0)	2 (8,0)	0 (0,0)	
	Não sei	2 (4,0)	2 (8,0)	0 (0,0)	
É necessária a realização do toque vaginal na gravidez?	Sim	26 (52,0)	15 (60,0)	11 (44,0)	0,3746 ^b
	Não	21 (42,0)	8 (32,0)	13 (52,0)	
	Não sei	3 (6,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	
Conhece o que é a medida da altura uterina?	Sim	24 (48,0)	13 (52,0)	11 (44,0)	0,688 ^b
	Não	21 (42,0)	9 (36,0)	12 (48,0)	
	Não sei	5 (10,0)	3 (12,0)	2 (8,0)	
É importante a verificação dos batimentos cardíacos fetais?	Sim	49 (98,0)	24 (96,0)	25 (100,0)	1,000 ^a
	Não	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	
É importante verificar a pressão arterial da gestante na gravidez?	Sim	50 (100,0)	25 (100,0)	25 (100,0)	-
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
O peso materno pode ter relação com complicações na gravidez?	Sim	40 (80,0)	22 (88,0)	18 (72,0)	0,1226 ^a
	Não	7 (14,0)	1 (4,0)	6 (24,0)	
	Não sei	3 (6,0)	2 (8,0)	1 (4,0)	
O ultrassom é utilizado apenas para a verificação de malformações fetais?	Sim	5 (10,0)	2 (8,0)	3 (12,0)	0,5432 ^a
	Não	44 (88,0)	22 (88,0)	22 (88,0)	
	Não sei	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	

^a Teste exato de Fisher. ^b Teste qui-quadrado.

Em relação ao serviço de saúde que utilizam, grande parcela das grávidas, cerca de 72%, relatou o uso regular do mesmo serviço de saúde; dessas, 48% das gestantes referiram uma frequência de comparecimento de cerca de quatro a cinco vezes ao ano (Tabela 2). Isso se correlaciona com o achado do estudo sobre a avaliação das consultas de pré-natal,⁽⁸⁾ que verificou que a maioria das mulheres realizou a primeira consulta do pré-natal logo após obter a confirmação da gestação, manifestando atenção e interesse nessa nova fase da vida.

Pôde-se ainda constatar que 80% das puérperas fazem uso regular do mesmo serviço de saúde, porém apenas 32% delas relataram frequência de comparecimento de quatro a cinco vezes por ano (Tabela 2). Tal cenário demonstra que ainda há incipiência na procura por atendimento médico, pois, de acordo com o estudo

sobre a qualidade da assistência pré-natal,⁽⁹⁾ verificou-se que as mulheres orientadas e devidamente acompanhadas durante o pré-natal expressavam segurança e tinham diminuição de medos, tensões e ansiedades nessa nova fase da vida.

No tocante ao conhecimento sobre o pré-natal, 96% das gestantes responderam que ele deve ser iniciado no primeiro trimestre de gestação e que é importante a verificação dos batimentos cardíacos fetais. A totalidade das grávidas entrevistadas respondeu que o exame de sífilis deve ser feito no decorrer da gestação e que a verificação da pressão é importante nesse período (Tabela 3). Porém, apenas 52% das gestantes sabiam descrever o que é a medida da altura uterina e 60% responderam que é necessária a realização do toque vaginal na gestação. Porém, verificou-se que as entre-

Tabela 4. Distribuição das grávidas e puérperas quanto ao processo educativo durante o período do pré-natal

		Total n (%)	Grávidas n (%)	Puérperas n (%)	p-value	
Participou da realização de atividades educativas durante o pré-natal?	Sim	10 (20,0)	3 (12,0)	7 (28,0)	0,1814 ^c	
	Não	40 (80,0)	22 (88,0)	18 (72,0)		
Recebeu algumas informações de caráter educativo durante a gravidez?	Sim	23 (46,0)	8 (32,0)	15 (60,0)	0,0887 ^b	
	Não	27 (54,0)	17 (68,0)	10 (40,0)		
Qual(is) orientação(ões) recebeu durante o pré-natal?	Alimentação	4 (8,0)	4 (16,0)	0 (0,0)	0,037 ^a	
	Alimentação e exercício físico	5 (10,0)	2 (8,0)	3 (12,0)		
	Amamentação	10 (20,0)	1 (4,0)	9 (36,0)		
	Planejamento familiar	2 (4,0)	1 (4,0)	1 (4,0)		
	Pré-natal	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)		
	Vacinação	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)		
	Não informado*	27 (54,0)	15 (60,0)	12 (48,0)		
É inofensivo o fumo e/ou ingestão de álcool para a gravidez?	Sim	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	1,000 ^c	
	Não	49 (98,0)	25 (100,0)	24 (96,0)		
Fez uso de vitaminas, sulfato ferroso e ácido fólico?	Sim	48 (96,0)	24 (96,0)	24 (96,0)	1,000 ^c	
	Não	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (4,0)		
	Não sei*	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)		
Fez uso de algum medicamento durante a gravidez?	Sim	18 (36,0)	6 (24,0)	12 (48,0)	0,1697 ^b	
	Não	31 (62,0)	18 (72,0)	13 (52,0)		
	Não sei*	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)		
	Se sim, foi prescrito pelo seu médico?					
	Sim	18 (36,0)	6 (24,0)	12 (48,0)		-
	Não informado*	32 (64,0)	19 (76,0)	13 (52,0)		

^a Teste G. ^b Teste qui-quadrado. ^c Teste exato de Fisher. * Não foi incluído nos cálculos estatísticos.

vistadas tiveram uma boa média de acertos, divergindo do estudo sobre a avaliação do conhecimento sobre o pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes da periferia de Rio Grande, no Rio Grande do Sul,⁽¹⁰⁾ o qual observou que as respostas corretas na forma espontânea foram escassas nas gestantes entrevistadas ao serem questionadas sobre exames laboratoriais e clínicos a que deveriam ser submetidas durante a gestação.

Em relação às puérperas, a totalidade delas respondeu que o pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre da gestação, assim como devem ser realizadas mais de seis consultas e que é importante a verificação dos batimentos cardíacos fetais. Apenas 44% delas relataram que conhecem o que é a medida da altura uterina, chamando a atenção o fato de que esse dado se repete nos dois grupos analisados (Tabela 3). Esse achado é preocupante, visto que a medição da altura uterina é

um método clínico simples e de baixo custo, capaz de avaliar o crescimento fetal e, principalmente, diagnosticar possíveis complicações em gestações de alto risco, cada vez mais frequentes, demonstrando, possivelmente, a relação entre tal estatística e a baixa realização do exame na atenção primária, como já destacado na literatura o baixo registro de tais medidas no pré-natal de gestantes nas regiões Norte e Nordeste.⁽¹¹⁾

Ao verificar a relação das respostas entre grávidas e puérperas sobre o conhecimento acerca do pré-natal, identifica-se que o desempenho entre os dois grupos não obteve diferença para a formação de tendência significativa ($p > 0,05$) (Tabela 3). Essa situação se contradiz com a do estudo sobre a avaliação do grau de conhecimento de gestantes e puérperas no pré-natal em uma Unidade de Saúde de Belém-PA,⁽¹²⁾ o qual constatou que a média de acertos de puérperas foi superior, em comparação com a das gestantes (teste de Sperman: $p < 0,05$).

Tabela 5. Distribuição das grávidas e puérperas quanto à avaliação dos cuidados durante o pré-natal

		Total n (%)	Grávidas n (%)	Puérperas n (%)	p-value
Você foi orientada a iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez?	Sim	42 (84,0)	21 (84,0)	21 (84,0)	1,000 ^a
	Não	8 (16,0)	4 (16,0)	4 (16,0)	
Foram realizados exames no pré-natal?	Sim	49 (98,0)	24 (96,0)	25 (100,0)	-
	Não sei*	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	
Foram realizadas mais de 6 consultas no pré-natal?	Sim	37 (74,0)	16 (64,0)	21 (84,0)	1,000
	Não	8 (16,0)	4 (16,0)	4 (16,0)	
	Não sei*	5 (10,0)	5 (20,0)	0 (0,0)	
Foram verificados a altura uterina e os batimentos cardíacos nas consultas?	Sim	42 (84,0)	20 (80,0)	22 (88,0)	1,000 ^a
	Não	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	
	Não sei*	7 (14,0)	5 (20,0)	2 (8,0)	
Foi aferida a pressão arterial em todas as consultas?	Sim	48 (96,0)	23 (92,0)	25 (100,0)	1,000 ^a
	Não	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	
	Não sei*	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	
Foi aferida a pressão arterial em todas as consultas?	Sim	47 (94,0)	24 (96,0)	23 (92,0)	1,000 ^a
	Não	3 (6,0)	1 (4,0)	2 (8,0)	
Como você avalia as consultas de pré-natal realizadas na UBS?	Ótima	19 (38,0)	8 (32,0)	11 (44,0)	0,514 ^b
	Boa	19 (38,0)	9 (36,0)	10 (40,0)	
	Regular	11 (22,0)	7 (28,0)	4 (16,0)	
	Ruim	1 (2,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	
Você considera que foi bem orientada nas consultas?	Sim	46 (92,0)	23 (92,0)	23 (92,0)	1,000 ^a
	Não	2 (4,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	
	Não sei*	2 (4,0)	1 (4,0)	1 (4,0)	

^a Teste exato de Fisher. ^b Teste G. * Não foi incluído nos cálculos estatísticos.

Constatou-se ainda que 88% das gestantes não se envolveram em nenhuma atividade educativa durante o pré-natal e apenas 32% dessas receberam alguma informação de caráter educativo durante a gravidez, sendo, inclusive, evidenciado o fato de nenhuma gestante ter recebido orientações sobre aleitamento materno durante a realização das consultas de pré-natal (Tabela 4). Entre os diversos fatores relacionados a tal realidade, enquadraram-se como possíveis fatores associados: a baixa aderência de atividades que estejam relacionadas à busca da unidade por motivos educativos, o receio associado aos ambientes hospitalares em decorrência da emergência da pandemia de COVID-19, a qualidade do serviço prestado pela unidade e a influência da internet como um meio cada vez mais próximo e recorrente da busca de informações médicas. Entretanto, ressalta-se que tal aderência está, intrinsecamente, relacionada à melhoria do acompanhamento dessa parcela da população, como destacado no estudo sobre a avaliação do conhecimento de gestantes após intervenção educativa,⁽¹³⁾ o qual verificou que, após medidas intervencionis-

tas para as gestantes, houve um aumento no nível de conhecimento acerca de perguntas sobre o pré-natal.

No presente estudo, verificou-se que 72% das puérperas não se envolveram em nenhuma atividade educativa durante a gestação, porém 60% relatam que receberam alguma informação de caráter educativo no mesmo período (Tabela 4). Isso se assemelha com o estudo feito sobre o atendimento pré-natal pela ótica das puérperas,⁽¹⁴⁾ o qual verificou que a maioria das entrevistadas não participou de atividades de educação em saúde, o que representa uma situação emblemática do descompasso entre as diretrizes do Ministério da Saúde.

No que se refere à avaliação dos cuidados durante o atendimento do pré-natal, 84% das entrevistadas relataram terem sido orientadas a iniciar as consultas no primeiro trimestre de gravidez e 64% das grávidas referiram ter realizado mais de seis consultas durante o pré-natal. Apenas 32% das gestantes avaliaram as consultas realizadas na UBS como ótimas, porém 92% consideraram que foram bem orientadas durante os atendimentos e 96% relataram que o médico/enfermeiro atendeu suas

expectativas quanto ao cuidado e atenção no atendimento (Tabela 5). Esses resultados se correlacionam com o estudo que avaliou o conhecimento entre os profissionais de saúde sobre a rotina do pré-natal,⁽¹⁵⁾ o qual verificou que, apesar do bom conhecimento dos profissionais da saúde a respeito do manejo do pré-natal, a entrevista aplicada durante o estudo observou alguns equívocos e esquecimentos que poderiam ser evitados caso ocorresse maior reflexão dos profissionais quanto ao que está sendo realizado, e não apenas a execução automática de algumas condutas.

Análise símile envolvendo as puérperas observou que 84% foram orientadas a iniciar o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e realizaram mais de seis consultas. Apenas 44% avaliaram os atendimentos realizados na UBS, nesse período, como ótimos, porém 92% consideraram que foram bem orientadas durante as consultas e que o profissional de saúde que as atendeu alcançou todas as expectativas criadas (Tabela 5). Esses achados contradizem o estudo que avaliou a percepção das puérperas provenientes de diferentes serviços sobre a assistência pré-natal,⁽¹⁶⁾ o qual verificou que as entrevistadas que realizaram pré-natal na UBS perceberam a falta de esclarecimentos durante esse período, porém destacou-se que, no momento da realização da pesquisa, a atenção básica do município encontrava-se em precária condição de constituição das equipes mínimas.

Por fim, reconhece-se a presença de limitações da compreensão do impacto da orientação da unidade de saúde no entendimento do pré-natal, em especial pela dificuldade enfrentada de aumento da amostragem populacional, sendo necessários mais estudos para complementação da análise. Entretanto, tal estudo ressalta sua importância para a avaliação e a atualização de dados relativos à temática, em específico, a respeito das medidas e do acompanhamento das pacientes atendidas na UBS Júlia Seffer, de forma que tais levantamentos são fundamentais para a melhoria do serviço e do atendimento dessas mulheres.

CONCLUSÃO

Com base nos dados obtidos, entre os grupos analisados (puérperas e grávidas), não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) quanto ao conhecimento adquirido a respeito do reconhecimento dos exames e dos cuidados necessários durante a gravidez. Outro fator observado foi o fato de 54% das entrevistadas terem relatado não receber informação educacional durante a gravidez, com a presença de um único relato de orientação no pré-natal a respeito do aleitamento materno e da vacinação. Dessa forma, ganha destaque a presença de falhas no processo educativo, que indica a necessidade de maior cuidado e investimentos na atenção primária direcionada ao cuidado e à orientação das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Dado o impacto social relacionado à promoção da qualidade e do conhecimento sobre os cuidados pré-natais, o presente estudo revela a sua participação e

contribuição para a expansão da compreensão acerca das necessidades de planejamento de políticas públicas voltadas à temática, em especial na região analisada. Concomitantemente, espera-se garantir o reconhecimento das necessidades e dos obstáculos enfrentados na educação em saúde na atenção primária e, principalmente, promover a redução da sua interferência nas taxas de morbidade e mortalidade de mulheres e crianças.

REFERÊNCIAS

- Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S85-100. doi: 10.1590/0102-311X00126013
- Barbeiro FM, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira MS, Silva FP, Ventura PM, et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:22. doi: 10.1590/s0034-8910.2015049005568
- Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt SD, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S192-207. doi: 10.1590/0102-311X00133213
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; nº 32).
- Martins QP, Ferreira GS, Aragão AE, Gomes FM, Araújo LM, Ferreira FI. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. *Sanare*. 2015;14(2):65-71.
- Pereira DO, Ferreira TL, Araújo DV, Melo KD, Andrade FB. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. *Rev Ciênc Plur*. 2017;3(3):2-15.
- Castro ME, Moura MA, Silva LM. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. *Rev Rene*. 2010;11:72-81.
- Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):2157-66. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900023
- Paiva CC, Freire DM. Efetividade de curso de capacitação em medida da altura uterina para enfermeiros e graduandos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):775-9. doi: 10.1590/S0034-71672012000500009
- Rezende RW, Rodrigues GL. Pré-natal e direitos da gestante e puérpera: avaliação do grau de conhecimento de pacientes de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Educ Saúde*. 2019;9(2):7-12. doi: 10.18378/rebes.v9i2.6382
- Cunha MV, Carneiro LS, Evangelista DR, Oliveira JD. Intervenção educativa para gestantes: avaliação do conhecimento. *Rev Cereus*. 2018;10(3):1-16. doi: 10.18605/2175-7275/cereus.v10n3p1-16
- Cabral FB, Hirt LM, van der Sand IC. Prenatal care from puerperal women's point of view: from medicalization to the fragmentation of care. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):281-7. doi: 10.1590/s0080-62342013000200002
- Gonçalves CV, da Costa Kerber NP, Alves CB, Backes AP, Wachholz VA, Oliveira FS. Avaliação do conhecimento da rotina pré-natal entre os profissionais do Programa Saúde da Família. *VITALLE*. 2013;25(1):11-9.
- Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. *Rev CEFAAC*. 2013;15(3):653-62. doi: 10.1590/S1516-18462012005000081

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



CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O congresso de todos os brasileiros

16-19/Nov, 2022 • Rio de Janeiro, RJ

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

**Participe do maior e melhor evento de
Ginecologia e Obstetrícia do Brasil,
que em 2022 retornará à edição presencial!**

**Mais informações,
em breve!**

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Gerenciamento

 **CCM CONGRESSES**