ISSN 0100-7254

Femina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 50, Número 5, 2022

FEBRASGO *POSITION STATEMENT*

Propedêutica mínima no climatério

A consulta médica da mulher no climatério é uma excelente oportunidade para realizar rastreamento de doenças

RESIDÊNCIA MÉDICA

A ESTRUTURA DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS NO BRASIL E NO MUNDO

CADERNO CIENTÍFICO | Febrasgo *Position Statement* e artigos aprovados pelas comissões da Febrasgo

60º CBGO

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 Obstetrícia

INSCRIÇÕES ABERTAS

para o reencontro mais aguardado do ano!

Realização

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Acesse o site e confira todas as informações do evento

www.cbgo2022.com.br

Gerenciamento

CCM CONGRESSES

Femina®
Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Volume 50, Número 5, 2022

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.

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

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

febrasgo
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

PRESIDENTE
Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR ADMINISTRATIVO
Sérgio Podgaec (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO
César Eduardo Fernandes (SP)

DIRETOR FINANCEIRO
Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Celeste Osório Wender (RS)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE
Marta Franco Finotti (GO)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE
Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE
Ricardo de Almeida Quintairos (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

Femina®

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
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 Nardozza
Luiz Gustavo Oliveira Brito
Luiz Henrique Gebrim
Marcelo Zugaib
Marco Aurélio Albernaz
Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Felipe Silva de Sá
Maria Celeste Osório Wender
Marilza Vieira Cunha Rudge
Mário Dias Corrêa Júnior
Mario Vicente Giordano
Marta Francis Benevides Rehme
Mauri José Piazza
Newton Eduardo Busso
Olímpio Barbosa de Moraes Filho
Paulo Roberto Dutra Leão
Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Renato de Souza Bravo
Renato Zocchio Torresan
Ricardo de Carvalho Cavalli
Rodolfo de Carvalho Pacagnella
Rodrigo de Aquino Castro
Rogério Bonassi Machado
Rosa Maria Neme
Roseli Mieko Yamamoto Nomura
Rosires Pereira de Andrade
Sabas Carlos Vieira
Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad
Sergio Podgaec
Silvana Maria Quintana
Soubhi Kahhale
Vera Lúcia Mota da Fonseca
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Zuleide Aparecida Felix Cabral

EDITORIAL

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que aproximadamente 31% das mulheres têm idade entre 40 e 65 anos. E cerca de 11% delas têm mais de 65 anos de idade! Logo, de cada três pacientes que o ginecologista atende, uma estará no climatério. O atendimento racional da mulher implica o conhecimento epidemiológico das condições mais frequentes que a afetam após os 40 anos de idade. Neste volume de Femina, a Comissão Nacional Especializada de Climatério publica a posição da Febrasgo acerca da avaliação mínima necessária. Cinco pontos-chave e 10 recomendações são destacados. O texto é rico. Acrescento aqui a relevância do rastreamento do câncer pulmonar, o quarto mais frequente entre as mulheres. A jornalista Letícia descreve, em entrevista, as opiniões de três de nossos expoentes na assistência à mulher no climatério, e todos eles destacam a necessidade de empatia e ensinamentos acerca da dieta e atividades físicas e lúdicas. A Comissão de Defesa e Valorização Profissional examina os desafios éticos que enfrentamos na condução de pacientes que recusam transfusão de sangue. O texto é maravilhoso! Deixa claro nosso papel e o respeito pela vontade soberana da paciente. Na urgência, vamos pecar!

Os obstetras são premiados com texto excelente sobre o rastreamento da pré-eclâmpsia já no primeiro trimestre da gestação. Dois especialistas em medicina fetal exploram etiopatogenia, fatores de risco, marcadores clínicos e marcadores bioquímicos de modo elegante e preciso. Mesmo para quem já não assiste gestantes, o texto é majestoso! Residência médica em Ginecologia e Obstetrícia! A Febrasgo de novo traz um texto de dois de nossos destacados educadores. Neste volume, eles exploram a estrutura das nossas residências, comparando-as com as de outros países, nos quais o tempo de treinamento varia entre três e sete anos. Vale conhecer as particularidades e os objetivos. Nosso modelo, teoricamente adequado, perde na vigilância. Continuamos tendo residências que não oferecem todos os serviços. E o quarto ano em área específica enriquece nossa formação, certamente!

O Caderno Científico publica um artigo original, quatro revisões narrativas e um relato de caso. O estudo original compara escores de Apgar após partos normais e cesárias realizados em hospital público de Brasília. A taxa de cesárias de 50% não é diferente daquelas de outras unidades de saúde, e os aspectos neonatais são claramente descritos. Dois especialistas de Porto Alegre opinam sobre a Resolução CFM nº 2.294/2021, que dispõe sobre o emprego das técnicas de reprodução assistida no Brasil, e apontam inconstitucionalidades. Independentemente das resoluções, os casais brasileiros inférteis continuarão em sofrimento triplo: físico, emocional e financeiro. Os ovários policísticos são novamente explorados neste volume. A revisão dos possíveis riscos de doença cardiovascular confirma a relevância do hiperandrogenismo, do aumento do tecido adiposo e da resistência à insulina. A elevação dos riscos da COVID-19 na gestação é mostrada em elegante revisão narrativa por colegas de Santa Catarina. Os aspectos emocionais relacionados ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama são considerados por especialistas de São José dos Campos. Um relato ricamente ilustrado sobre disgerminoma na gravidez conclui este volume.

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros

EDITOR

SUMÁRIO

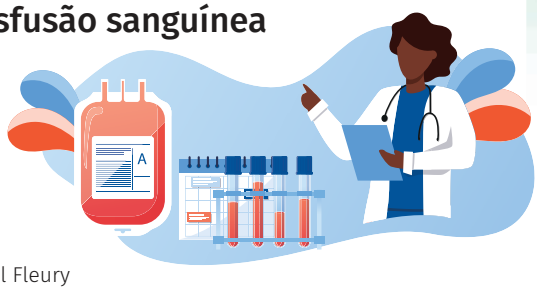
263 Capa
FEBRASGO *POSITION STATEMENT*
Propedêutica mínima no climatério

272 Entrevista
Conversando sobre o climatério

Femina®
Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
Volume 50, Número 5, 2022

276 Federada
Sogoes
Planejar é preciso, comemorar as conquistas também!

277 Defesa e Valorização Profissional
Desafios éticos na condução de pacientes que recusam transfusão sanguínea



281 Especial Fleury
Rastreamento de pré-eclâmpsia no primeiro trimestre de gestação

284 Residência Médica
Estrutura das Residências Médicas no Brasil e no mundo

289 Caderno Científico

ARTIGO ORIGINAL
Escore de Apgar e indicação de cesárea por sofrimento fetal em um hospital público do Distrito Federal

ARTIGOS DE REVISÃO
As inconstitucionalidades da Resolução CFM nº 2.294/2021 sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida

Aumento do risco cardiovascular em mulheres com síndrome do ovário policístico

Infecção por COVID-19 na gestação

Aspectos psicológicos do câncer de mama em mulheres

RELATO DE CASO
Disgerminoma ovariano na gestação: relato de caso

A pirâmide populacional mostra que o número de mulheres acima de 40 anos de idade está aumentando significativamente em todos os países do mundo. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quase metade das mulheres já está nessa faixa etária e no ano de 2050 se ultrapassará a marca de 50%. Com o declínio das taxas de natalidade, as mulheres climatéricas estarão se tornando majoritárias nos consultórios em relação às gestantes. Frequentemente, os sintomas próprios do climatério podem se iniciar logo após os 40 anos de idade, e essa tem sido a faixa etária que se convencionou para delimitar a insuficiência ovariana prematura do período pré-menopáusico natural. Portanto, a partir dos 40 anos de idade, as mulheres merecem atenção diferenciada, considerando que após esse período elas estão mais suscetíveis a doenças crônico-degenerativas como diabetes, hipertensão, doenças da tireoide, entre outras, e aos cânceres, particularmente o de colo uterino e de mama, que podem ser preveníveis e/ou rastreados.

Dados de pesquisa realizada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) em 2019 mostraram que o(a) ginecologista é considerado(a) pela ampla maioria das mulheres como o(a) especialista que elas reconhecem como referência para cuidar de sua saúde. Portanto, seus consultórios se constituem em locais de referência para pesquisar, diagnosticar e prevenir doenças crônico-degenerativas e os cânceres mais frequentes nessa faixa etária. Assim, é extremamente importante que os(as) ginecologistas também estejam preparados(as) para analisar e encaminhar corretamente suas pacientes para colegas de outras especialidades ou profissionais de outras áreas da saúde quando o caso assim o exigir. As consultas com mulheres climatéricas devem ser metodizadas, de forma a ter a maior abrangência possível com o menor custo. Os exames complementares devem ser pedidos com muita parcimônia, evitando-se o desperdício de recursos, assim como a criação de demandas adicionais desnecessárias para a complementação diagnóstica, que são causas frequentes de iatrogenia e erros médicos. Dessa forma, como fazem as maiores sociedades de especialidades em todo o mundo, a Febrasgo, por meio da sua Comissão Nacional Especializada (CNE) de Climatério, propôs um roteiro para o atendimento das pacientes climatéricas, visando abranger as necessidades de rastreamento de doenças crônico-degenerativas e cânceres mais prevalentes nas mulheres nessa faixa etária. Vale dizer que o roteiro proposto atende às necessidades dessas pacientes e os exames e recursos técnicos são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, com algumas diferenças regionais. Esse é o motivo de nossa matéria de capa neste fascículo. Vale a pena a sua leitura. Nossos agradecimentos à diretoria da Febrasgo e aos especialistas da CNE de Climatério pelo texto e pelas entrevistas.

Marcos Felipe Silva de Sá

FEBRASGO *POSITION STATEMENT*

Propedêutica mínima no climatério

Número 5 – Maio 2022

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

PONTOS-CHAVE

- A síndrome do climatério é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da interação entre fatores socioculturais, psicológicos e endócrinos que ocorrem na mulher que envelhece. Seu diagnóstico é clínico nas mulheres com faixa etária esperada para a hipofunção ovariana. O termo "menopausa" se refere à data do último episódio de sangramento menstrual apresentado pela mulher e sua definição é feita retrospectivamente.
- Mulheres na transição menopausal apresentam necessidades de prevenção de doenças e de promoção de saúde. O hipoestrogenismo associado ao envelhecimento e à síndrome metabólica pode levar a diminuição da qualidade de vida e maior ocorrência de doença cardiovascular.
- A consulta médica da mulher no climatério é uma excelente oportunidade para realizar rastreamento de doenças crônicas e neoplasias.
- A propedêutica complementar para mulheres no climatério deve ser realizada de maneira criteriosa. O benefício e o risco de cada exame devem ser observados. Exames complementares sem uma definição específica de plano diagnóstico e terapêutico devem ser evitados.
- A terapêutica hormonal (TH) da menopausa pode ser indicada para tratar os sintomas do climatério. História clínica detalhada e propedêutica complementar racional são fundamentais para definição do planejamento terapêutico e acompanhamento da mulher que realiza TH.

RECOMENDAÇÕES

- Para mulheres com idade superior a 45 anos e sintomas sugestivos de hipoestrogenismo como ondas de calor típicas, o diagnóstico de síndrome do climatério é clínico. A definição da data da menopausa é feita retrospectivamente, após 12 meses de amenorreia em uma mulher com mais de 45 anos. Quando houver dúvida, recomendam-se duas dosagens de hormônio folículo-estimulante (FSH) com intervalo de 4-6 semanas. Valores acima de 25 mUI/mL indicam o início da transição menopausal. Para mulheres com idade inferior a 45 anos que apresentam queixas de sangramento uterino com padrão irregular e ciclos menstruais pouco frequentes, recomenda-se que seja realizada propedêutica complementar para investigação.
- O diagnóstico de síndrome geniturinária da menopausa deve ser realizado de forma proativa, com questionamento direcionado aos sintomas urogenitais, associado a exame ginecológico minucioso.
- Em mulheres com risco habitual, o rastreamento do câncer de mama deve ser iniciado aos 40 anos. A mamografia é o exame recomendado, com periodicidade anual (se estiver normal). Em mulheres com mamas densas, a ultrassonografia deve ser considerada como complementar à mamografia. O rastreamento do câncer de mama pode ser interrompido quando a expectativa de vida for menor que sete anos ou quando não houver condições clínicas para o diagnóstico ou tratamento.
- O rastreamento do câncer do colo uterino é realizado por meio de citologia oncótica periódica. Recomenda-se que, após a realização de duas citologias negativas consecutivas com intervalo anual, o exame seja realizado a cada três anos. O rastreamento pode ser interrompido após os 64 anos se a paciente tiver dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. O exame físico ginecológico deve fazer parte da avaliação ginecológica periódica, independentemente de as mulheres não possuírem mais indicação de rastreamento de câncer do colo uterino.

- A solicitação de ultrassonografia pélvica e transvaginal para mulheres (de risco habitual) sem sinais ou sintomas sugestivos de doença não demonstra boa relação custo-benefício. Para mulheres sintomáticas, como aquelas com sangramento uterino anormal, sangramento vaginal na pós-menopausa ou desconforto abdominal, a ultrassonografia pélvica transvaginal apresenta boa relação entre acessibilidade e custo, sendo o exame complementar inicial de escolha para avaliar doenças do útero e ovários.
- Para mulheres com risco habitual e idade superior a 50 anos, recomenda-se o rastreamento do câncer colorretal.
- O rastreamento de fatores de risco para doença cardiovascular, entre eles, hipertensão, *diabetes mellitus*, obesidade, tabagismo e dislipidemia, deve ser sempre considerado na consulta da mulher climatérica. É fundamental pesquisar todos os critérios para definição de síndrome metabólica. A transição menopausal é uma janela de vulnerabilidade para o desenvolvimento de alterações do humor, como o transtorno depressivo. Identificar mulheres que apresentam sintomas depressivos é importante para que a terapêutica adequada possa ser instituída.
- Recomenda-se a realização de densitometria óssea para o rastreamento de osteoporose em todas as mulheres com 65 anos ou mais. A densitometria também é indicada para mulheres no climatério com idade inferior a 65 anos que apresentem ao menos um fator de risco para osteoporose. O FRAX-Brasil, analisado de acordo com a recomendação do *National Osteoporosis Guideline Group* (NOGG), também pode ser utilizado para avaliar a necessidade de realização de densitometria.
- As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no climatério e pós-menopausa não podem ser subestimadas. O aconselhamento comportamental e o tratamento da síndrome geniturinária da menopausa são importantes ferramentas para diminuir o risco de ISTs. O rastreamento de ISTs deve ser realizado com base nos dados da história clínica de cada paciente.
- As doenças da tireoide são prevalentes em mulheres que envelhecem e podem aumentar a morbimortalidade. A avaliação clínica da tireoide deve ser realizada rotineiramente durante o exame físico da mulher climatérica. Mulheres com idade superior a 60 anos ou com sintomas de disfunção tireoidiana devem ser avaliadas inicialmente com a dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH).

CONTEXTO CLÍNICO

Na vida da mulher, a transição entre o estágio reprodutivo e o não reprodutivo é denominada climatério.[1] Nessa fase, as mulheres apresentam inúmeras necessidades de prevenção de doenças e de promoção de saúde, e os médicos devem estar atentos a uma série de condutas direcionadas à otimização da qualidade de vida.[2] A consulta ginecológica é uma excelente oportunidade de suprir essas necessidades. Com o objetivo de sistematizar a propedêutica mínima durante a consulta ginecológica da mulher climatérica, foi realizada revisão da literatura pertinente sobre o tema. Os resultados mais relevantes são demonstrados a seguir, divididos em: diagnóstico de menopausa e síndrome do climatério; rastreamento oportunístico de doenças crônicas e neoplasias; propedêutica específica direcionada à mulher que utiliza TH da menopausa.

Como é feito o diagnóstico de menopausa e de síndrome do climatério?

O envelhecimento leva à falência ovariana progressiva, determinando a interrupção dos ciclos ovulatórios e a parada do sangramento menstrual. Com o objetivo de normatizar a definição dos diferentes estágios do envelhecimento reprodutivo, foi desenvolvido o sistema STRAW, do inglês *Stages of Reproductive Aging Workshop*.[3] Com base em padrões de sintomas e de achados laboratoriais, é realizada a caracterização do período reprodutivo, da transição menopausal e do período pós-menopausa.

A data do último episódio de sangramento menstrual apresentado pela mulher é definida como menopausa.[1] Acontece em média aos 51 anos, e 90% das mulheres apresentam a menopausa entre os 45 e os 55 anos de idade.[4] Sua definição é feita retrospectivamente após 12 meses de amenorreia em uma mulher na faixa etária esperada para a transição menopausal.[4] A insuficiência ovariana prematura é uma síndrome decorrente da perda da atividade ovariana antes dos 40 anos de idade.[5] Essa condição afeta aproximadamente 1% das mulheres.[6] A menopausa que ocorre entre os 40 e os 45 anos de idade acomete aproximadamente 5% das mulheres e tem sido denominada *early menopause*.[6]

O termo "síndrome do climatério" se refere ao conjunto de sintomas e de sinais decorrentes da interação entre fatores socioculturais, psicológicos e endócrinos que ocorrem na mulher que envelhece.[1] Seu diagnóstico se baseia em anamnese detalhada complementada por exame físico minucioso.[2]

Os sintomas vasomotores, também conhecidos como fogachos ou ondas de calor, são os mais frequentemente associados à transição menopausal. Consistem em sensações súbitas de calor na região central do corpo, mais notadamente na região da face, tórax e pescoço, e duram em média três a quatro minutos.[7] Frequentemente ocorre aumento na frequência cardíaca, vasodilatação periférica, elevação da temperatura cutânea e sudorese. Quando ocorrem durante a madrugada, podem se associar a insônia.[8]

Com frequência, mulheres procuram atendimento em decorrência de alterações do ciclo menstrual na transição menopausal. Em consequência da diminuição da produção ovariana de inibina B no final da quarta década de vida, pode ocorrer aumento nas concentrações séricas de FSH e de estradiol no início do ciclo, levando a encurtamento da fase folicular. O nível de progesterona na fase lútea também diminui devido à piora da qualidade do corpo lúteo. Um dos primeiros sinais da diminuição da reserva ovariana é o encurtamento do intervalo entre as menstruações.[9]

Com o passar dos anos, o processo de depleção folicular se mantém e a anovulação se torna cada vez mais frequente. Pela falta da contraposição progestacional, o intervalo entre os ciclos menstruais fica maior, passando para 40 a 50 dias. O aumento no intervalo entre os ciclos menstruais ocorre em média aos 47 anos.[9] Episódios mais longos de amenorreia passam a ocorrer, interrompidos por episódios de sangramento menstrual de volume variável. Esse padrão de sangramento menstrual pode durar de um a três anos antes da menopausa.[9]

Para mulheres com mais de 45 anos que apresentam queixas sugestivas de hipoestrogenismo, como sintomas vasomotores e alterações típicas do padrão menstrual (sangramento uterino pouco frequente), o diagnóstico de síndrome do climatério é clínico e não necessita de confirmação por outros exames complementares.[2] Se ocorrerem dúvidas quanto aos sintomas serem decorrentes de queda na produção ovariana de estradiol, a dosagem de FSH na fase folicular inicial pode confirmar o diagnóstico. Valores acima de 25 mUI/mL podem indicar o início da transição menopausal, entretanto suas concentrações podem ter grande variabilidade diária durante essa fase.[9] Recomenda-se, quando necessário, a realização de duas dosagens com intervalo de quatro a seis semanas entre elas.[2] Para mulheres com idade inferior a 45 anos que apresentem queixas de sangramento uterino anormal, com padrão irregular e ciclos menstruais pouco frequentes, mesmo que o quadro clínico seja compatível com hipoestrogenismo, recomenda-se que seja realizada propedêutica complementar para investigação dos sintomas e exclusão de outras causas de irregularidade menstrual.[9]

Como as doenças crônicas e neoplasias podem ser rastreadas no climatério?

Durante o climatério, é essencial que a mulher seja avaliada de forma individualizada para que suas necessidades de prevenção de doenças e promoção de saúde sejam supridas.[2] A seguir, são apresentados detalhes sobre o rastreamento de neoplasias malignas ginecológicas, câncer colorretal, fatores de risco para doença cardiovascular, osteoporose, depressão e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Como fazer o rastreamento do câncer de mama?

O câncer de mama é a segunda neoplasia mais frequente entre mulheres brasileiras, com uma incidência estimada em 66.280 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022, correspondendo a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres.[10] O objetivo do rastreamento é reduzir a necessidade de procedimentos mutilantes e aumentar a sobrevida.[11] O rastreamento mamográfico pode reduzir a mortalidade por câncer de mama em aproximadamente 20%, além de reduzir o risco de tumores de mama em estágios avançados em mulheres com idade superior a 50 anos.[12] A ultrassonografia mamária não deve ser usada como único método de rastreamento em decorrência da falta de estudos em mulheres com risco habitual, mas deve ser utilizada como método complementar à mamografia em mulheres com mamas densas. O uso de ressonância magnética não é orientado como método de rastreamento em mulheres com risco habitual.[13]

O rastreamento do câncer de mama pode apresentar riscos como sobrediagnóstico, sobretratamento e resultados falso-positivos.[14] A decisão compartilhada entre médico e paciente deve ser considerada para definir a idade de início, a periodicidade e até quando continuar o rastreamento. A Febrasgo sugere que, para mulheres com risco habitual, o rastreamento do câncer de mama seja iniciado aos 40 anos. A mamografia é o exame recomendado, com periodicidade anual (se estiver normal). O rastreamento do câncer de mama pode ser interrompido quando a expectativa de vida for menor que sete anos ou quando não houver condições clínicas para o diagnóstico ou tratamento de uma mulher com exame alterado (Quadro 1).[13] O rastreamento para pacientes de alto risco para câncer de mama está fora do escopo desta publicação.

Como fazer o rastreamento do câncer de colo uterino?

O câncer do colo uterino é a quarta neoplasia mais frequente entre as mulheres brasileiras, com uma estimativa de 16.590 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022 e risco estimado de 15,43 casos para cada 100 mil mulheres.[10] O Ministério da Saúde do

Quadro 1. Recomendações para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com risco habitual

Febrasgo/SBM/CBR	
Exame clínico por profissional de saúde	Recomendado
Autoexame	Recomendado
Idade recomendada para início da mamografia	40 anos
Periodicidade da mamografia	Anual
Idade recomendada para o término do rastreamento com mamografia	Interromper quando expectativa de vida < 7 anos ou não houver condições clínicas para diagnóstico/tratamento de exame alterado

Brasil recomenda o exame citopatológico como método de escolha para o rastreamento de lesões precursoras.[15] Orienta-se que a coleta seja iniciada aos 25 anos de idade para mulheres que já iniciaram atividade sexual, com intervalo anual entre os dois primeiros exames. Se os dois primeiros resultados forem normais, a coleta passa a ser realizada com intervalo trienal. Caso a paciente possua dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos, o rastreamento citológico pode ser interrompido após os 64 anos de idade se a mulher nunca tiver apresentado histórico de lesão precursora pré-invasiva, inclusive se houver troca de parceiro sexual.[15] Para mulheres nessa faixa etária que nunca realizaram rastreamento, são recomendados dois exames citopatológicos com intervalo de um a três anos entre eles antes de se interromper o rastreamento.[15] A síndrome geniturinária da menopausa, previamente conhecida como atrofia urogenital,[11] pode levar à ocorrência de resultados como "células escamosas atípicas de significado indeterminado" (ASC-US) em exames citopatológicos do colo uterino. A utilização de estrogênio tópico por pelo menos 21 dias antes da realização da próxima coleta pode ser útil nesses casos.[16] O uso de testes de detecção de papilomavírus humano (HPV) associados à citologia é recomendado por algumas sociedades nacionais e internacionais para mulheres a partir dos 30 anos. Por ser mais sensível e ter alto valor preditivo negativo, a estratégia de rastreamento incluindo o teste de HPV permite aumentar o intervalo entre as coletas de três para cinco anos quando ambos os resultados são negativos.[16] Mulheres sem antecedentes de lesões precursoras do câncer de colo uterino não necessitam continuar o rastreamento após a realização de histerectomia total por doença benigna.[15] É de extrema importância ressaltar o fato de que a avaliação clínica ginecológica por meio do exame ginecológico deve ser mantida periodicamente, independentemente da realização do exame citopatológico.

A ultrassonografia pélvica ginecológica deve ser solicitada de rotina como exame de rastreamento?

Não existem evidências científicas que justifiquem o rastreamento do câncer de ovário e do câncer de endométrio em mulheres que apresentam risco habitual para essas neoplasias até o presente momento.[17-19] Com isso, a solicitação de ultrassonografia pélvica para mulheres com esse perfil de risco e que não apresentam sinais e sintomas sugestivos de doenças ovarianas ou uterinas não demonstra boa relação custo-benefício.[17-19] Entre os eventos adversos do rastreamento em mulheres com risco habitual, está o aumento do número de falso-positivos, ou seja, cirurgias e possíveis complicações associadas em mulheres que não apresentam câncer.[20] Destaca-se o fato de que, para mulheres sintomáticas, como aquelas com sangramento uterino anormal na perimenopausa, sangramento vaginal na pós-menopausa ou desconforto abdominal, a ultrassonografia pélvica transvaginal é o exame complementar inicial de escolha para avaliar doenças uterinas e ovarianas.[11]

Como fazer o rastreamento do câncer colorretal?

O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais frequente entre mulheres brasileiras, com estimativa de 20.470 casos novos no triênio 2020-2022 e risco estimado de 19,03 casos para cada 100 mil mulheres.[10] A redução da mortalidade devido à doença é possível mediante a identificação de neoplasias assintomáticas em estágio inicial por meio do rastreamento. Classificam-se os exames complementares em estruturais, por exemplo, colonoscopia, e não estruturais, por exemplo, sangue oculto nas fezes. Em casos de resultado positivo em exame não estrutural, é necessária a confirmação diagnóstica pela colonoscopia.[21] Os esquemas de rastreamento devem ser adaptados aos recursos disponíveis em cada região. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes a partir dos 50 anos deve ser realizado em países que possam garantir confirmação diagnóstica e tratamento.[22] No Brasil, o Ministério da Saúde considera que pessoas com risco habitual de câncer colorretal devem realizar rastreamento a partir dos 50 anos de idade, por meio de pesquisa de sangue oculto nas fezes, anualmente, ou colonoscopia, sem periodicidade estabelecida.[23] Esse esquema de rastreamento pode ser diferente dependendo do contexto regional. A Sociedade Americana de Câncer orienta que o rastreamento em pacientes com fatores de risco habitual seja iniciado aos 45 anos, podendo ser feito com testes estruturais ou não estruturais (Quadro 2).[21] A Sociedade Norte-americana de Menopausa (NAMS) considera que, a partir dos 50 anos, a colonoscopia a cada 10 anos (se o resultado do exame for considerado normal) é um esquema adequado de rastreamento para pacientes

Quadro 2. Rastreamento do câncer colorretal

Organização	População a ser rastreada	Opções para rastreamento
Ministério da Saúde[23]	Mulheres de risco habitual com idade entre 50 e 75 anos	Testes não estruturais: - Sangue oculto nas fezes anual ou bienal Testes estruturais: - Colonoscopia se sangue oculto nas fezes positivo
American Cancer Society[21]	Mulheres a partir dos 45 anos até os 75 anos se expectativa de vida maior que 10 anos Para mulheres entre os 76 e os 85 anos, individualização baseada nas preferências do paciente, expectativa de vida e histórico de rastreamento anterior	Testes estruturais: - Colonoscopia a cada 10 anos - Retossigmoidoscopia flexível a cada 5 anos - TC colonoscopia virtual a cada 5 anos Testes não estruturais: - Sangue oculto nas fezes anual - Teste fecal imunoquímico anual - DNA fecal a cada 3 anos

Fonte: Wolf et al.[21] e Ministério da Saúde.[23]

com risco habitual para câncer de cólon.[6] Ressalta-se que casos suspeitos de doença colorretal devem ser encaminhados para avaliação pelo médico especialista. O rastreamento para pacientes de alto risco para câncer colorretal está fora do escopo desta publicação.

Como fazer o rastreamento dos fatores de risco para doenças cardiovasculares?

Após a menopausa, o efeito benéfico do estrogênio endógeno no sistema cardiovascular é mitigado, e o número de eventos cardiovasculares aumenta.[24] Rastrear fatores de risco como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e obesidade é fundamental para a estratificação do risco e elaboração de planos terapêuticos (Quadro 3).

A consideração conjunta do histórico terapêutico e dos diferentes fatores de risco individuais é útil para uma melhor determinação do prognóstico cardiovascular. Instrumentos de cálculo de risco para a ocorrência de eventos como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral estão disponíveis para utilização. A Diretriz Brasileira para Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso do Escore Global de Risco de Framinghan como instrumento para avaliação.[25]

Como fazer o rastreamento da osteoporose?

A osteoporose é frequentemente assintomática. Seu diagnóstico por meio do exame de densitometria óssea (DMO) ou por meio da documentação de uma fratura por fragilidade óssea assintomática é fundamental para a instituição de tratamento adequado.[26] Recomenda-se que a DMO seja realizada para todas as mulheres acima dos 65 anos de idade. Mulheres clima-

Quadro 3. Rastreamento de fatores de risco para doença cardiovascular segundo o Ministério da Saúde

Fator de risco	Recomendação	Comentários
Dislipidemia	Rastreamento a partir dos 45 anos em mulheres de alto risco para DCV	Intervalos de rastreamento a cada 4-6 anos. Idade para interromper o rastreamento não é bem definida
Obesidade	Cálculo do IMC durante visitas aos serviços de saúde	Se IMC alterado, planejar intervenção comportamental individual ou em grupo com aconselhamento sobre dieta e exercício físico Circunferência da cintura ≥ 89 cm é considerada elevada e indicativa de maior risco cardiovascular
Diabetes mellitus	Se não tiver fatores de risco, rastrear a partir dos 45 anos sem periodicidade definida (possivelmente a cada 3-5 anos)	Hemoglobina glicosilada (%) Normal: <5,7 Intolerância à glicose: 5,7 a 6,4 Diabetes: ≥6,5 Glicemia de jejum (mg/dL) Normal: <100 Intolerância à glicose: 100 a 125 Diabetes: ≥126
Hipertensão arterial	Rastreamento em adultos (>18 anos). Periodicidade não estabelecida	Obter medidas fora do ambiente hospitalar ou clínico para confirmar o diagnóstico >2 aferições em duas ou mais visitas ao longo de um período de uma ou mais semanas
Tabagismo	Questionamento quanto ao uso de tabaco a todos os adultos	Abordagem breve com cinco passos (os cinco As): 1. Aborde quanto ao uso de tabaco; 2. Aconselhe a abandonar o tabagismo por meio de uma mensagem clara e personalizada; 3. Avalie a disposição em parar de fumar; 4. Assista-a a parar; 5. Arranje condições para o seguimento e suporte da paciente.

DCV: doença cardiovascular; IMC: índice de massa corporal.
Fonte: Ministério da Saúde.[23]

téricas com idade inferior a 65 anos que apresentem algum fator de risco para baixa massa óssea (Quadro 4) também devem realizar o exame.[26]

Quadro 4. Fatores de risco que indicam a realização de densitometria óssea em mulheres climatéricas com idade inferior a 65 anos

Uso de corticoide em dose superior a 5 mg de prednisona/dia por 3 meses ou mais
Baixo peso
Tabagismo atual
Artrite reumatoide
Menopausa antes dos 45 anos
Antecedente de fratura por fragilidade óssea
Pais com antecedente de fratura de quadril
Etilismo (≥ 3 unidades de álcool/dia)

Fonte: Rosen e Drezner.[26]

Recomendamos que, em casos de dúvida quanto à indicação de densitometria óssea, o FRAX-Brasil, analisado por meio das recomendações do *National Osteoporosis Guideline Group* (NOGG), seja utilizado.[27] O FRAX-Brasil é um algoritmo informatizado que calcula a probabilidade de ocorrência de fratura osteoporótica maior e de colo femoral em 10 anos. FRAX e NOGG usados em conjunto possibilitam selecionar pacientes que se beneficiariam da realização de densitometria óssea. São considerados dois limites de intervenção com base na probabilidade de fratura específica da idade equivalente a mulheres com uma fratura por fragilidade prévia. Mulheres classificadas abaixo do limite inferior não necessitam realizar DMO, enquanto aquelas acima do limite superior são candidatas a tratamento farmacológico para osteoporose, independentemente dos resultados do exame de densitometria. Aquelas entre o limite inferior e o limite superior devem realizar DMO e posteriormente ser novamente classificadas pelo FRAX/NOGG.[27] O FRAX-Brasil/NOGG está disponível para uso no seguinte endereço eletrônico: https://abrasso.org.br/calculadora/calculadora/.

Fraturas por fragilidade óssea ocorrem na ausência de trauma ou na vigência de um trauma "menor", frequentemente na coluna toracolombar, punho e quadril.[26] São a manifestação mais comum da osteoporose, podendo ser assintomáticas em até 70% dos casos. Como seu diagnóstico é fundamental para instituição de terapêutica adequada e redução no risco de novas fraturas, recomenda-se a realização de radiografia toracolombar para mulheres com as características descritas no Quadro 5.[28]

Como fazer o rastreamento da depressão?

A transição menopausal é uma janela de vulnerabilidade para o desenvolvimento de alterações do humor e de transtornos depressivos. O risco de apresentar sintomas é elevado durante a perimenopausa, mesmo em mulheres sem histórico pessoal de transtorno depressivo.[29] Identificar mulheres que apresentam sintomas depressivos é importante para que a terapêutica adequada possa ser instituída. Não existem questionários específicos para o rastreamento de transtornos do humor em mulheres na menopausa, entretanto algumas ferramentas de rastreamento geral como o PHQ-9 podem ser utilizadas. Esse questionário é validado para o português brasileiro e escore ≥ 9 identifica indivíduos em maior risco de apresentar episódio depressivo maior.[30] Outros questionários sobre sintomas do climatério como o *Menopause Rating Scale* também incorporam questões relacionadas ao humor e podem ser utilizados com o intuito de identificar mulheres de risco.[31] Recomenda-se que o diagnóstico definitivo seja feito em consulta com profissional de saúde mental.

Quadro 5. Indicação de radiografia toracolombar para diagnóstico de fraturas vertebrais em mulheres assintomáticas

Fratura por trauma de baixo impacto após 50 anos
Tratamento prolongado com corticoides
Perda de estatura histórica[a] ≥ 4 cm ou prospectiva[b] ≥ 2 cm
Idade superior a 70 anos se *T-score* à DMO na coluna vertebral, colo do fêmur ou fêmur total ≤ -1,0[c]
Entre os 65 e 69 anos se *T-score* à DMO na coluna vertebral, colo do fêmur ou fêmur total ≤ -1,5[c]

DMO: densitometria óssea.
[a] Estatura atual comparada com a maior estatura durante a idade adulta.
[b] Perda de estatura cumulativa aferida entre os intervalos das consultas médicas. [c] Se densitometria óssea indisponível, a radiografia pode ser considerada baseada apenas na idade.
Fonte: Cosman et al.[28]

Como fazer o rastreamento das doenças sexualmente transmissíveis?

Nos últimos anos, observa-se um aumento na ocorrência de ISTs em mulheres no climatério e pós-menopausa. A alta prevalência de síndrome geniturinária da menopausa, que predispõe ao sangramento durante o ato sexual, associada à maior acessibilidade ao tratamento da disfunção erétil masculina, colabora para maior chance de infecção.[32] O aconselhamento comportamental quanto ao uso de preservativos e o tratamento da síndrome geniturinária da menopausa são importantes ferramentas para diminuir esse risco. O rastreamento de ISTs deve ser realizado com base nos dados da história clínica de cada paciente.[6]

Como fazer o rastreamento de doenças da tireoide?

As doenças da tireoide são prevalentes em mulheres que envelhecem e podem aumentar a morbimortali-

dade. A Sociedade Latino-americana de Tireoide (LATS) recomenda que mulheres com idade superior a 60 anos sejam rastreadas para doença tiroidiana inicialmente com a dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH).[33] Os sintomas de disfunção tiroidiana se assemelham àqueles do hipoestrogenismo, portanto mulheres na perimenopausa que apresentam sintomas como ondas de calor, irregularidade menstrual, ganho de peso ou depressão também devem ter sua função tiroidiana avaliada.[6,33] O rastreamento do câncer de tiroide em mulheres de risco habitual não parece ser custo-efetivo, entretanto a avaliação clínica da tireoide deve ser realizada rotineiramente durante o exame físico da mulher climatérica. Quando houver alguma alteração, como suspeita de bócio ou nódulo, a realização de ultrassonografia da tireoide está indicada.[6,33]

Quais exames complementares são necessários antes da prescrição da terapêutica hormonal e durante o seu uso?

A terapêutica hormonal (TH) da menopausa pode ser indicada para tratar os sintomas vasomotores associados ao hipoestrogenismo, a síndrome geniturinária da menopausa, além de prevenir a perda de massa óssea e diminuir o risco de fraturas por fragilidade óssea.[11] A história clínica e o exame físico completo podem descartar a grande maioria das contraindicações ao uso de TH. Dados suspeitos na anamnese devem ser investigados com exames complementares. Ressalta-se que a presença de lesão precursora do câncer de mama é considerada contraindicação ao uso de TH. O exame clínico das mamas em mulheres assintomáticas possui baixa sensibilidade no diagnóstico de pequenas lesões, podendo levar a falso-negativos. Com isso, mulheres que iniciarão uso de TH devem ter mamografia de rastreamento realizada há no máximo um ano.[11]

Alguns exames complementares auxiliam na escolha pela melhor via de administração hormonal. Estudos observacionais demonstraram que o estrogênio administrado por via transdérmica apresenta menor risco de eventos tromboembólicos.[34] A identificação de mulheres com maior risco de apresentar placas de ateromatose já formadas é importante para definir o melhor esquema de administração da TH. Algumas sociedades internacionais recomendam o uso de instrumentos de cálculo de risco cardiovascular como ferramenta auxiliar na decisão sobre a administração de TH. A NAMS recomenda o uso da ferramenta desenvolvida pelo Colégio Americano de Cardiologia e que está disponível na internet para uso em computadores ou dispositivos móveis.[35] Segundo a NAMS, mulheres com risco inferior a 10% em 10 anos podem receber TH, entretanto as com risco cardiovascular entre 5% e 10% teriam maior benefício com a via transdérmica.[8] O uso de estrogênio em mulheres com alto risco cardiovascular (>10% em 10 anos) poderia instabilizar placas de ateromatose e levar a eventos tromboembólicos como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.[8] As ferramentas de cálculo de risco utilizam dados de anamnese, exame físico e alguns exames laboratoriais, tais como colesterol total e HDL. Recomenda-se, portanto, a dosagem de glicemia de jejum e perfil lipídico antes do início da TH. Ressalta-se que, mesmo nas mulheres com baixo risco cardiovascular, a via transdérmica é mais adequada quando os valores de triglicérides forem superiores a 400 mg/dL.[8]

Garantir a segurança da paciente durante o uso da medicação é fundamental; para tanto, deve ser mantida avaliação clínica rotineira. Os fatores de risco cardiovascular devem ser reavaliados periodicamente. O Quadro 3 detalha os esquemas de rastreamento propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil. O estrogênio administrado por via oral pode aumentar os níveis séricos de triglicérides e HDL, além de diminuir os níveis de LDL. Quando administrado por via transdérmica, o efeito é menos evidente. Sugere-se avaliação anual do perfil lipídico de mulheres usuárias de TH por via oral.[11] Não há evidências de que a redução do intervalo de rastreamento do câncer de mama para um período inferior a um ano seja benéfica. Recomenda-se que o rastreamento mamográfico seja mantido com periodicidade anual. Não há evidências de que a suspensão da medicação hormonal por um ou dois meses antes da mamografia melhore a interpretação do exame por uma suposta diminuição da densidade mamária.[11]

Espera-se que mulheres usuárias de TH sistêmica contínua combinada de estrogênio e progestagênio apresentem amenorreia, entretanto episódios de sangramento irregular podem acontecer nos primeiros meses de uso.[36] A avaliação do endométrio com ultrassonografia transvaginal e biópsia deve ser realizada se houver persistência do sangramento. Mulheres em uso de TH sistêmica combinada contínua em amenorreia que apresentem novo episódio de sangramento e as que usam TH cíclica, mas que apresentam sangramento irregular, também necessitam de avaliação endometrial.[11] A terapia estrogênica isolada em baixa dose por via vaginal pode ser utilizada para tratar a síndrome geniturinária da menopausa. Nesses casos, o uso de progestagênio não é necessário, entretanto a ocorrência de sangramento uterino anormal exige pronta investigação endometrial complementar.[37]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno estabelecido em diversos países. Aspectos relacionados à senilidade deverão ser motivo constante de consulta aos profissionais de saúde. O climatério merece destaque, pois é acompanhado de uma série de mudanças fisiológicas que implicam necessidades de prevenção

de doenças e de promoção de saúde. A consulta médica da mulher climatérica é uma oportunidade para rastrear doenças crônicas e neoplasias. A realização de propedêutica adequada nessa fase da vida é um dos passos iniciais para que o médico contribua com a qualidade de vida de suas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Utian WH. Ovarian function, therapy-oriented definition of menopause and climacteric. Exp Gerontol. 1994;29(3-4):245-51. doi: 10.1016/0531-5565(94)90003-5
2. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
3. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(4):1159-68. doi: 10.1210/jc.2011-3362
4. Welt CK. Ovarian development and failure (menopause) in normal women [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 21]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/ovarian-development-and-failure-menopause-in-normal-women
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Insuficiência ovariana prematura. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo Febrasgo-Ginecologia, no. 26/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
6. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. Menopause. 2014;21(10):1038-62. doi: 10.1097/GME.0000000000000319
7. Voda AM. Climacteric hot flash. Maturitas. 1981;3(1):73-90. doi:10.1016/0378-5122(81)90022-0
8. Kaunitz AM, Manson JE. Management of menopausal symptoms. Obstet Gynecol. 2015;126(4):859-76. doi: 10.1097/AOG.0000000000001058
9. Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of menopause [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 21]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause
10. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [cited 2020 Jun 1]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
11. Pompei LM, Machado RB, Wender MC, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (Sobrac). São Paulo: Leitura Médica; 2018.
12. Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2016;164(4):279-96. doi: 10.7326/M15-2886
13. Urban LA, Chala LF, Bauab SP, Schaefer MB, Santos RP, Maranhão NM, et al. Breast cancer screening: updated recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and Brazilian Federation of Gynecological and Obstetrical Associations. Radiol Bras. 2017;50(4):244-9. doi: 10.1590/0100-3984.2017-0069
14. Committee on Practice Bulletins - Gynecology. Practice Bulletin Number 179: breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. Obstet Gynecol. 2017;130(1):e1-e16. doi: 10.1097/AOG.0000000000002158
15. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [cited 2020 Jun 21]. Available from: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf
16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. São Paulo: Febrasgo; 2017.
17. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, Singh N, Ryan A, Karpinskyj C, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. Lancet. 2021;397(10290):2182-93. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00731-5
18. Pinsky PF, Yu K, Kramer BS, Black A, Buys SS, Partridge E, et al. Extended mortality results for ovarian cancer screening in the PLCO trial with median 15 years follow-up. Gynecol Oncol. 2016;143(2):270-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.08.334
19. Chen L, Berek JS. Endometrial carcinoma: clinical features, diagnosis, prognosis, and screening [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 12]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/endometrial-carcinoma-clinical-features-diagnosis-prognosis-and-screening
20. Committee Opinion No. 716: the role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer in women at average risk. Obstet Gynecol. 2017;130(3):e146-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000002299
21. Wolf AM, Fontham ET, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2018;68(4):250-81. doi: 10.3322/caac.21457
22. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2020 Jun 23]. (Caderno de Atenção Básica; no. 29). Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf
24. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. Nat Rev Endocrinol. 2017;13(4):220-31. doi: 10.1038/nrendo.2016.164
25. Précoma DB, Oliveira GM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MC, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891. doi: 10.5935/abc.20190204
26. Rosen HN, Drezner MK. Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation of osteoporosis in postmenopausal women [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 21]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-evaluation-of-osteoporosis-in-postmenopausal-women
27. Albergaria BH, Paula FJ. The Algorhytm: FRAX Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019;41(8):467-8. doi: 10.1055/s-0039-1695027
28. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et al. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Osteoporos Int. 2014;25(10):2359-81. doi: 10.1007/s00198-014-2794-2
29. Maki PM, Kornstein SG, Joffe H, Bromberger JT, Freeman EW, Athappilly G, et al. Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. Menopause. 2018;25(10):1069-85. doi: 10.1097/GME.0000000000001174
30. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saúde Pública. 2013;29(8):1533-43. doi: 10.1590/0102-311X0014461

31. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003;1:28. doi: 10.1186/1477-7525-1-28

32. Baill IC, Castiglioni A. Health maintenance in postmenopausal women. Am Fam Physician. 2017;95(9):561-70.

33. Brenta G, Vaisman M, Sgarbi JA, Bergoglio LM, Andrada NC, Bravo PP, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2013;57(4):265-91. doi: 10.1590/s0004-27302013000400003

34. Mohammed K, Abu Dabrh AM, Benkhadra K, Al Nofal A, Carranza Leon BG, Prokop LJ, et al. Oral vs transdermal estrogen therapy and vascular events: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(11):4012-20. doi: 10.1210/jc.2015-2237

35. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;129(25 Suppl 2):S49-73. doi: 10.1161/01.cir.0000437741.48606.98

36. Archer DF, Pickar JH, Bottiglioni F. Bleeding patterns in postmenopausal women taking continuous combined or sequential regimens of conjugated estrogens with medroxyprogesterone acetate. Menopause Study Group. Obstet Gynecol. 1994;83(5 Pt 1):686-92.

37. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2013;20(9):888-902. doi: 10.1097/GME.0b013e3182a122c2

Como citar:
Baccaro LF, Paiva LH, Nasser EJ, Valadares AL, Silva CR, Nahas EA, et al. Propedêutica mínima no climatério. Femina. 2022;50(5):263-71.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Initial evaluation in the climacteric", publicado na Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(5):548-56.

Luiz Francisco Cintra Baccaro
Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Lúcia Helena Simões da Costa Paiva
Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Elizabeth Jeha Nasser
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Ana Lúcia Ribeiro Valadares
Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Célia Regina da Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Eliana Aguiar Petri Nahas
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

Jaime Kulak Junior
Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Marco Aurélio Albernaz
Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Maria Celeste Osório Wender
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

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

Rita de Cassia de Maio Dardes
Departamento de Ginecologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Rodolfo Strufaldi
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Rogerio Cesar Bocardo
Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil

Luciano de Melo Pompei
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:
nada a declarar.

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

Presidente:
Luciano de Melo Pompei

Vice-presidente:
Lúcia Helena Simões da Costa Paiva

Secretária:
Elizabeth Jeha Nasser

Membros:
Ana Lúcia Ribeiro Valadares
Célia Regina da Silva
Eliana Aguiar Petri Nahas
Jaime Kulak Junior
Luiz Francisco Cintra Baccaro
Márcio Alexandre Hipólito Rodrigues
Marco Aurélio Albernaz
Maria Celeste Osório Wender
Maria Célia Mendes
Rita de Cassia de Maio Dardis
Rodolfo Strufaldi
Rogerio Cesar Bocardo

Conversando sobre o climatério

A prioridade dessa fase deve ser aumentar a qualidade de vida da mulher e prevenir doenças crônicas e neoplasias. Por isso, especialistas recomendam dedicar tempo nas consultas e utilizar linguagem acessível

Por Letícia Martins

O climatério, período da vida da mulher que vai dos 45 aos 65 anos de idade, costuma ser rodeado por muitas dúvidas e medos, afinal, ele marca a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva. Por isso, além de orientar a mulher sobre a importância de fazer exames preventivos de rastreamento de doenças crônicas e neoplasias, é fundamental que o médico dedique tempo para eliminar tabus.

"Por ser considerado o clínico da mulher, isto é, o profissional que a acompanha durante toda a sua vida, o ginecologista tem a oportunidade de promover mais saúde, orientando-a sobre algumas atitudes que melhoram muito a sua vida quando ela está entrando ou já entrou no climatério", declara o Dr. Luiz Francisco Cintra Baccaro, membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) do Climatério da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Mas que atitudes são essas? "Podemos começar estimulando as mulheres a terem hábitos saudáveis, como realizar exercício físico, manter uma alimentação adequada e evitar o tabagismo (se for o caso), explicando como tudo isso ajuda a amenizar os sintomas do climatério e da menopausa e previne doenças que são mais comuns nessa fase", esclarece o Dr. Luiz, que também é professor associado do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM-Unicamp) e diretor da Divisão de Apoio à Assistência e à Pesquisa do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM-Unicamp).

O médico defende que a recomendação de adoção de hábitos saudáveis, acompanhada por uma explicação clara, em linguagem acessível, ajuda a aumentar a aderência ao tratamento. É preciso considerar que menopausa e climatério são duas palavras que causam

"Cabe ao médico assistente adquirir conhecimento científico adequado para tranquilizar sua paciente e também levar a ela segurança em relação ao tratamento",
declara o Dr. Jaime Kulak Junior.

arrepios na mulher, porque vêm associadas, muitas vezes, com sintomas físicos desconfortáveis, além de mitos, medos e, em alguns casos, angústia. "Esses termos causam certa ansiedade para as mulheres. Ansiedade diante do desconhecido, pois as mulheres irão vivenciar sintomas aos quais elas nunca foram apresentadas", analisa o Dr. Jaime Kulak Junior, que, além de membro da CNE de Climatério da Febrasgo, é professor adjunto de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Ele afirma que os tabus existentes sobre o climatério são, em sua grande maioria, falsos, pois boa parte deles coloca as mulheres como vítimas de uma situação para a qual não há tratamento adequado. "Cabe ao médico assistente adquirir conhecimento científico adequado para tranquilizar sua paciente e também levar a ela segurança em relação ao tratamento. Essa é a única forma que existe de combater esses tabus e transmitir o conhecimento que foi obtido por meio de fontes científicas adequadas e confiáveis", afirma o Dr. Jaime.

Para derrubar esses tabus, é importante, então, esclarecer que o climatério não é uma doença, mas uma fase natural da vida de todas as mulheres e que merece cuidados, pois nesse período os níveis de estrogênio diminuem e a mulher fica mais suscetível a doenças cardiovasculares, por exemplo. "Isso ocorre porque o estrogênio tem um papel protetor na saúde do corpo da mulher. Mas, com o passar dos anos, os ovários param de produzir esse hormônio e ela começa, então, a manifestar uma série de sintomas, como ondas de calor, além de aumentar o risco de doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral", completa o Dr. Luiz.

Por essa razão, além de avaliar as queixas atuais da paciente e propor a avaliação laboratorial e o tratamento adequado, a consulta médica da mulher acima de 45 anos de idade deve ser vista como uma oportunidade de promoção à saúde. "Nesse período começam as medidas que visam à prevenção de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes, além de câncer ginecológico e não ginecológico, entre outras", reforça o Dr. Jaime, que ocupa ainda cargo na diretoria da Associação Brasileira de Climatério (Sobrac).

No artigo de capa desta edição de *Femina*, a CNE de Climatério apresenta o documento Febrasgo *Position Statement*, com o tema "Propedêutica mínima no climatério", que traz recomendações importantes para o ginecologista atender as mulheres nessa fase.

O documento cita, por exemplo, como fazer o rastreamento e o tratamento da osteoporose, uma doença que tem relação direta com o hipoestrogenismo. "Com o estrogênio baixo, os ossos ficam frágeis. Por isso, mulheres com mais de 65 anos têm indicação para fazer exame de densitometria óssea. No caso de mulheres com idade inferior a 65 anos, mas que apresentem fatores de risco para osteoporose, como pais com fratura de quadril, histórico de artrite reumatoide ou que tenham tido menopausa antes dos 45 anos, entre outros, também precisam fazer o exame", salienta o Dr. Luiz.

Diante de todo esse cenário, fica evidente algo precioso que não pode faltar na consulta médica da mulher climatérica: tempo. "Em minha prática de mais de 20 anos, essa é uma consulta que demanda tempo. As pacientes climatéricas apresentam diversas dúvidas relacionadas aos sintomas, às consequências do hipoestrogenismo, ao tratamento que é proposto, aos hormônios que são utilizados, ao tempo de utilização, aos possíveis efeitos adversos a curto, médio e longo prazo de tratamento, entre outros. As dúvidas devem ser necessariamente esclarecidas, pois o sucesso do tratamento e também da prevenção das doenças crônicas depende da correta orientação à paciente, sempre baseada no melhor conhecimento científico possível", assegura o Dr. Jaime.

DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Dedicar tempo e ter uma boa conversa com a mulher climatérica são fatores essenciais para o diagnóstico e o tratamento adequados. O Dr. Marco Aurélio Albernaz, membro da CNE de Climatério da Febrasgo e coordenador das Residências Médicas do Hospital Materno Infantil de Goiânia, afirma que o diagnóstico do climatério é eminentemente clínico e o ginecologista não deve tomar nenhuma conduta com base na dosagem hormonal. "Os exames hormonais são pouco solicitados para determinar se a mulher está no climatério, pois, com uma boa avaliação clínica, é possível definir isso, afinal o organismo denuncia as mudanças. Portanto, a recomendação é: converse com a paciente, escute-a antes de qualquer coisa", diz o ex-presidente e atual diretor dos representantes credenciados da Sobrac.

Entre os fenômenos que acontecem no climatério, o mais marcante, aponta o Dr. Marco Aurélio, é a menopausa, que significa o fim da menstruação e da fertilidade. "No Brasil, a maioria das mulheres entra na

menopausa em torno dos 51 anos de idade. Mas é importante que não consideremos esse marco como o fim da vida", destaca o médico. Ele argumenta que a mulher na menopausa hoje tem uma vida completamente diferente das mulheres do século passado. Muitas estão ativas profissionalmente, têm planos, sonhos e metas para realizar e não querem ficar paradas. "Isso é ótimo e cabe ao ginecologista incentivá-las a manter-se ativas, fazendo não só o exercício físico, que é importante para a saúde, como também atividades que sejam prazerosas para elas, como fazer artesanato, passeios, jogos etc.", recomenda o Dr. Marco Aurélio.

Além dos sintomas relacionados à falta do hormônio estradiol, como as ondas de calor, sobretudo noturnas, e as mudanças na qualidade e na intensidade do sono, há os sintomas de componente emocional, como alteração do estado de ânimo, irritabilidade, desânimo sem motivo aparente e até depressão. Há mulheres que ficam com a pele mais ressecada e cabelos e unhas enfraquecidos e apresentam ressecamento da mucosa vaginal. Assim, o tratamento visa amenizar os efeitos do hipoestrogenismo e restaurar a qualidade de vida da mulher.

"Os sintomas não vão perdurar por todo o período do climatério, nem vão se iniciar imediatamente aos 40 anos. Há mulheres que começam a sentir as ondas de calor, por exemplo, por volta dos 50 anos. Por isso, uma mensagem importante que quero passar aos colegas ginecologistas é que a intervenção medicamentosa deve ser feita baseada na sintomatologia que a paciente apresenta", destaca o Dr. Marco Aurélio.

"O primeiro passo no tratamento da síndrome do climatério é o incentivo aos hábitos saudáveis e alimentação equilibrada para amenizar os sintomas, como falamos no início da nossa entrevista", complementa o Dr. Luiz Baccaro. Ele continua explicando que, para prescrever o tratamento, é fundamental que o médico consiga definir bem qual é o objetivo, já que os sintomas podem variar de pessoa para pessoa. "Se a mulher está sofrendo muito com sintomas vasomotores, isto é, com as ondas de calor, e tem dificuldade para dormir, por exemplo, o melhor tratamento para ela pode ser a terapia hormonal de estrogênio ou de estrogênio combinado com progesterona. Mas tudo isso depende de vários fatores", diz.

"O primeiro passo no tratamento da síndrome do climatério é o incentivo aos hábitos saudáveis e alimentação equilibrada para amenizar os sintomas", afirma o Dr. Luiz Baccaro.

"O ginecologista deve incentivar a mulher climatérica a manter-se ativa, fazendo não só o exercício físico, que é importante para a saúde, como também atividades que sejam prazerosas para ela", recomenda o Dr. Marco Aurélio Albernaz.

O Dr. Marcos Aurélio acrescenta que a bebida alcoólica age como um gatilho para a onda de calor. Logo, é importante orientar a mulher para evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. "A obesidade também pode piorar as ondas de calor, por isso insistimos na mudança de estilo de vida e na prática de atividade física para perder ou controlar o peso."

Antes de entrar com o tratamento medicamentoso, algumas estratégias podem ser tentadas, como ajustes no dia a dia. Por exemplo, recomendar que a mulher use roupas mais leves, verificar se ela consome muito café durante o dia, ajustar a temperatura do quarto etc. "Se essas mudanças comportamentais e ambientais não funcionarem, se a paciente entrou na menopausa há, no máximo, 10 anos, e se ela não apresenta contraindicações, então a terapia hormonal pode ser indicada", argumenta o Dr. Luiz. Segundo o médico, outra possível indicação da terapia hormonal com estrogênio é para mulheres com osteoporose.

Por outro lado, se a queixa da mulher climatérica não está relacionada a isso e ela tem diabetes ou hipertensão, por exemplo, o ideal é acompanhar essas doenças, não necessariamente prescrever terapia hormonal.

Outra recomendação importante destacada pelo Dr. Jaime é, ao solicitar algum exame, explicar para a paciente os motivos da solicitação, como o exame é feito, qual a periodicidade e as condutas diante dos possíveis resultados. "Esse procedimento certamente deixa as pacientes mais confortáveis e seguras com relação aos exames solicitados pelo médico", afirma.

Para finalizar, o Dr. Luiz Baccaro insiste na importância da aderência da mulher ao tratamento: "O médico pode sugerir o tratamento, mas, se a paciente não aderir, não vai adiantar nada. Por isso, a decisão pelo tratamento mais adequado deve ser compartilhada entre médico e paciente. E isso passa pela conversa, pelos esclarecimentos e pelo acesso da mulher a esse tratamento".

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

*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

Planejar é preciso, comemorar as conquistas também!

Sogoes finaliza a gestão 2020-2022 revisitando as principais atividades desenvolvidas e se planejando para os próximos anos

Por Letícia Martins

Assim como todas as federadas, durante o período de 2020 e 2021, a Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Espírito Santo (Sogoes), presidida pela Dra. Kárin Kneipp Costa Rossi, sofreu com o impacto da pandemia, mas, com o apoio da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), ela conseguiu se reinventar e dar continuidade às ações planejadas.

Com o adiamento do 26º CESGO (Congresso Espírito Santense de Ginecologia e Obstetrícia), do 5º Mutirão de Endometriose e da 13ª Jornada da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ES), a associação abriu espaço para a promoção de eventos *on-line* e webnários.

Os temas para esses eventos foram sugeridos por chefes de serviços de residências médicas em ginecologia e obstetrícia em reunião com a diretoria da Sogoes. Mas as ações não foram focadas somente nos médicos. "Durante o Março Amarelo, a Sogoes utilizou sua assessoria de imprensa para promover campanhas de conscientização para otimizar o diagnóstico precoce da endometriose. Já no Agosto Dourado, trabalhamos na mídia e com a sociedade a importância de ampliar o aleitamento materno e a doação de leite aos bancos de leite. No Outubro Rosa, incentivamos a realização de mamografias. Sempre buscamos levar à população informação sobre diversos temas, como higiene menstrual, adenomiose, infertilidade, reserva ovariana e menopausa", relatou a Dra. Kárin.

CIRURGIAS ROBÓTICAS E OUTRAS AÇÕES

Uma grande conquista em 2020 foi a introdução das cirurgias robóticas em ginecologia no Estado do Espírito Santo. "A Sogoes informou a população sobre o papel da cirurgia robótica no tratamento das doenças ginecológicas benignas e oncológicas", declarou a Dra. Kárin.

Segundo ela, a instituição também representou a categoria médica diante da sociedade, posicionando-se publicamente sobre temas polêmicos, como violência sexual, pedofilia e parto humanizado. Em parceria com o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina, a Sogoes participou do webinar sobre COVID-19. "Também divulgamos o 1º Congresso Espírito Santense de Diversidade de Gênero, realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, bem como o Congresso da Sociedade Brasileira de DST e, com a retomada dos eventos presenciais, a Sogoes fez parte da atualização científica da Febrasgo, para disseminar o Protocolo Assistencial de Dor Pélvica Crônica, e promoveu uma aula sobre 'Como abordar o Sangramento Uterino Anormal, visão do ginecologista e hematologista', no encontro científico 'Sextou com a Sogoes', com apoio da AstraZeneca."

Dra. Kárin Kneipp Costa Rossi, presidente da Sogoes 2020-2022

Dra. Lúcia Helena Mello, presidente da Sogoes 2022-2024

NOVA DIRETORIA

Para o período de 2022-2024, a Sogoes será presidida pela Dra. Lúcia Helena Mello de Lima, sendo a Dra. Kárin sua vice-presidente, dando continuidade à programação. Está no planejamento a realização do 26º CESGO e da 5ª Edição do Mutirão de Endometriose do Espírito Santo, encontro que reúne profissionais ginecologistas para tratar cirurgicamente pacientes do Sistema Único de Saúde.

"As pacientes já foram selecionadas e a nossa expectativa é de que a Sogoes consiga realizar uma cirurgia por mês, com o apoio do Governo do Estado e de empresas parceiras. Outros dois projetos que se iniciarão no segundo semestre são o Ciclo Capixaba de SUA (Sangramento Uterino Anormal) e Miomas e o Ciclo Capixaba de Tratamento da Dor Pélvica", contou a Dra. Kárin.

Esses dois novos projetos serão trabalhados em várias regiões do Estado e a Sogoes nomeará representantes locais, para que, juntos, possam promover uma atualização sobre o tema nas principais cidades do Espírito Santo. Trabalho não falta!

Desafios éticos na condução de pacientes que recusam transfusão sanguínea

Maria Celeste Osório Wender[1], Lia Cruz Vaz da Costa Damásio[2]

1. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.
2. Membro da Comissão Nacional de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

A questão da recusa de transfusão sanguínea por pacientes permanece atual e polêmica, e ainda gera dúvidas na assistência e nas condutas médicas. Como qualquer dilema ético, não há resposta única e definitiva que se aplique para todos os casos. A atualização constante do médico sobre as normas vigentes e recentes decisões judiciais é muito importante para auxiliar no processo de tomada de decisões. Nesse sentido, a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) traz à baila a discussão desse tema, com enfoque prático para as tomadas de decisões dos nossos associados quando em atendimentos de pacientes que recusam a transfusão sanguínea.

Até 2019, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.021/1980 (revogada)[1] regia o tema no contexto ético, sucintamente permitindo transfusão sanguínea em casos de iminente perigo de vida, trazendo em anexo parecer a ser observado como norteador com a seguinte redação:

"Em caso de haver recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico, obedecendo a seu Código de Ética Médica, deverá observar a seguinte conduta:

1º – Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis.

2º – Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis."

Essa resolução, vigente por quase 40 anos, foi muito criticada, era considerada simplista e não acompanhou a evolução de direitos e as normas legais no país. Essa negativa de se submeter à transfusão de sangue é comumente praticada por adeptos da religião Testemunhas de Jeová, principais representantes desse grupo. No Brasil existem mais de 1.392.000 Testemunhas de Jeová (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010);[2] assim, é bem provável que os médicos atendam tais pacientes nos hospitais ou nos prontos-socorros. As Testemunhas de Jeová aceitam todos os tratamen-

tos médicos, exceto as transfusões de sangue. Sua recusa, que é bem conhecida, se deve ao seu respeito à santidade da vida expresso por meio da obediência ao mandamento bíblico de "abster-se de sangue", registrado na Bíblia,[3] no livro de Atos dos Apóstolos, capítulo 15, versículos 28 e 29. Os seguidores dessa fé não aceitam o referido procedimento médico, que os tornará pessoas impuras e indignas do Reino de Deus, inclusive com repercussões sociais e de aceitação no seu meio nos casos em que tal procedimento seja realizado. Considerando o lado da autonomia e a vontade da paciente que recusa a transfusão de sangue, como, por exemplo, as Testemunhas de Jeová, há alguns direitos fundamentais envolvidos: o direito à vida, o direito à autonomia e o direito à liberdade, inclusive à liberdade de consciência e de convicção religiosa, filosófica, política, moral etc. (Constituição Federal, art. 5º).[4] A identidade de uma pessoa resulta, em parte, de suas convicções, entre as quais a religiosa, e não cabem julgamentos. A crença religiosa de que a transfusão de sangue pode conduzir à condenação eterna e à impureza diante dos pares não pode ser valorada pela racionalidade ou pela análise externa do médico como boa ou má, correta ou incorreta, legal ou ilegal, racional ou irracional. Deve ser aceita como a convicção e a escolha do outro, e é sob este prisma que o médico deve agir. A ruptura forçada ou o desrespeito a uma convicção religiosa é agressão de extrema gravidade e pode comprometer a identidade do indivíduo. Outro aspecto importante é que não se deve estigmatizar as pacientes Testemunhas de Jeová e desmerecer por completo os avanços da medicina e as opções viáveis que efetivamente podem substituir as transfusões sanguíneas nos casos possíveis. Como bem colocado pelas Testemunhas de Jeová, quando uma Testemunha de Jeová se depara com a possibilidade de receber a transfusão sanguínea e não a aceita, ela não está se negando o direito à vida, ao contrário, está é buscando um tratamento adequado, longe dos perigos atinentes à transfusão e que também corresponde e é permitido por sua crença religiosa. Isso está diretamente relacionado ao uso de sua autonomia e liberdade quanto à melhor opção de tratamento médico.[5]

Em 2014, uma consulta realizada pela Associação das Testemunhas de Jeová resultou no Parecer CFM nº 12/1914,[6] que destaca alguns aspectos interessantes sobre o tema. A resolução de 1980 limitava-se às transfusões de sangue no paciente adulto e capaz e não alcançava os menores de idade e incapazes. O parecer ressalta no seu texto: "Portanto, os ditames da Resolução CFM nº 1.021/1980, editada na vigência da CF de 1967 e do CEM de 1965, por seu pragmatismo decorrente, à época, de limites mais estreitos dos conceitos éticos e morais e da ciência médica, são desprovidos de maiores evidências e deixam, pela amplitude de interpretação, no campo da subjetividade o critério científico do termo 'iminente perigo de vida', ou seja, do risco iminente de morte, bem como não dispõe elementos técnicos precisos para os limites e parâmetros de indicação da transfusão de sangue e seus componentes, que possam orientar a terapêutica em casos específicos e individuais como os das Testemunhas de Jeová. Assim, tornou-se temerária aos conceitos morais e éticos contemporâneos e inconsistente com o progresso científico da medicina (...) As adequações desta Resolução para sua compatibilização com a evolução ética, moral, jurídica e científica, estabelecida no decurso das últimas décadas, constituem um mister do Conselho Federal de Medicina (...) urge a publicação de uma nova Resolução e consequente revogação da Resolução CFM nº 1.021/1980, após a elaboração de precisas, claras e objetivas diretrizes técnicas, em um prazo máximo de seis meses, determinantes dos limites e parâmetros da indicação para transfusão de sangue e seus componentes, com participação de jurisconsultos e das sociedades de especialidades médicas, em plena consciência de um imperativo científico, ético e moral: na imensa maioria dos casos, baixos níveis de hemoglobina possibilitam a estabilidade clínica sem acarretar dano ao paciente, respeitando-se a sua dignidade, com raiz fincada na autonomia de sua vontade".[6]

Em julgamento histórico e marcante para a prática médica, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) condenou os médicos em caso de morte de criança de 13 anos, internada por graves complicações de anemia falciforme, que não recebeu transfusão sanguínea por se acatar decisão dos pais, Testemunhas de Jeová, que chegaram a afirmar que "preferiam ter a filha morta à vê-la receber a transfusão". O Ministério Público indiciou os pais por homicídio doloso, os quais foram condenados em júri popular, e em recurso ao STJ foram inocentados, e somente os médicos foram condenados. Para o STJ, a responsabilidade e a culpa pelo trágico desfecho foram exclusivamente dos médicos, que, ao respeitarem a vontade dos pais, desrespeitaram o Código de Ética Médica (2010),[7] segundo eles, "claríssimo sobre o assunto, já que, mediante a realização da transfusão, a vida da menina poderia ter sido salva". Essa decisão do STJ foi bastante questionada no meio jurídico, por causar precedente de desrespeito à liberdade religiosa em quaisquer situação e interpretar de forma taxativa o

código de ética, como se fosse simplesmente a solução ignorar a liberdade de escolha dos pacientes e promover a transfusão de sangue independentemente de suas convicções religiosas. Em excelente artigo, Wilson Vollet Filho coloca: "A 6ª turma do STJ proferiu decisão nos autos do HC 268.459-SP, por meio da qual inocentou os pais de uma menina pela morte de sua filha de 13 anos por recusa à transfusão de sangue que se fazia necessária. A decisão até então estaria irretocável não fosse a responsabilização – destaca-se, exclusiva – dos médicos por supostamente (i) não ter desrespeitado a vontade do paciente e/ou de seu representante legal em prol da vida e (ii) não utilizar de todos os métodos que estavam à sua disposição para salvar a vida da criança. (...) A interpretação dada pela r. decisão do STJ cria uma obrigação onde não há. Quisesse o Conselho Federal de Medicina estabelecer essa obrigação ética sugerida pela r. decisão do STJ, teria expressamente estabelecido essa obrigação no referido dispositivo, o que não foi feito. E se não há obrigação expressa, não se pode exigir que o médico tenha essa obrigação. Afinal, medidas restritivas de direito exigem interpretação restritiva. Trata-se apenas de uma permissão ao médico desrespeitar a vontade do paciente, não uma obrigação. Em segundo lugar, em momento algum os médicos deixaram de observar todos os meios e recursos que estavam à sua disposição e ao seu alcance em favor do paciente. A bem da verdade, a transfusão de sangue não era um recurso posto à disposição dos médicos e/ou ao seu alcance, na medida em que os responsáveis legais pelo paciente (...) O STJ, no entanto, invocou o direito à liberdade de religião para inocentar os pais, mas impôs limites a essa liberdade ao obrigar o médico a desrespeitar a escolha religiosa do paciente. Afinal, com essa decisão, seja por qual motivo for, o médico fará a transfusão de sangue, queira o paciente ou não".[8]

Em todo esse período, diversas decisões judiciais autorizaram ou não a transfusão para pacientes que não a desejavam, nas mais diversas situações, o que causa insegurança nas condutas do cotidiano. Outro caso icônico é o de uma paciente que recusava transfusão e teve a cirurgia de substituição de valva aórtica cancelada pela Santa Casa, sendo questionada, perante a União, no âmbito do Supremo Tribunal Federal (STF), a possibilidade de a paciente submeter-se a tratamento médico disponível na rede pública sem a necessidade de transfusão de sangue, em respeito à sua convicção religiosa. A maioria das decisões mais recentes destaca que em casos de emergência deve ser realizada a transfusão e nos casos eletivos deve-se tentar respeitar a decisão do paciente, com entendimento de não serem totalmente previsíveis os eventos complicadores em qualquer cirurgia.

Para fomentar a discussão, destaca-se o direito do médico à liberdade de convicção profissional (autonomia e objeção de consciência), inclusive de não observar o testamento vital ou declaração antecipada de vontade. Não se pode obrigar o médico a não adotar o procedimento que ele entender cabível diante da gravidade quando o paciente for incapaz ou estiver inconsciente. Qualquer pessoa pode, em uma situação limítrofe, modificar sua convicção. O médico também pode apresentar sua escusa ou objeção de consciência ético-profissional, adotando as precauções legais, inclusive a de transferir a outro médico. Existe ainda um direito-dever do médico no exercício da medicina, uma vez que se trata de função pública por excelência, e deixar de agir pode ter consequências inclusive penais. A intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de morte (Código Penal, art. 146, § 3º, I),[9] não caracteriza constrangimento ilegal, enquanto não o assistir tipifica omissão de socorro. O Código Penal não só autoriza o médico, mas, inclusive, lhe impõe o dever de agir, como disposto no referido artigo:

"Art. 146 – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa.

(...)

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

I – a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

(...)"[9]

Sendo assim, não há que falar em conduta ilícita e nem mesmo em crime em condições de iminente perigo de vida, sendo dever do médico agir.

O CFM, na recente Resolução nº 2.232/1919,[10] abrandou a norma da Resolução nº 1.021/1980[1] e assim dispôs em seu artigo 3º: "Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros". Quer dizer, *a contrario sensu*, se o paciente for maior e capaz, em caso de risco relevante à saúde, o médico deve aceitar a recusa terapêutica.

A vigente resolução aborda a recusa terapêutica por pacientes e também a objeção de consciência na relação médico-paciente.[5]

Apesar de também receber várias críticas, a Resolução CFM nº 2.232/2019[10] atualiza a discussão e traz alguns desses aspectos de forma mais clara para a orientação da prática médica nos casos de recusa terapêutica, por exemplo, recusa a receber transfusão sanguínea. De acordo com ela e com a breve revisão histórica apresentada, podemos destacar os seguintes pontos como recomendações para nossos associados:

1. A recusa em receber sangue deve ser entendida, no contexto da convicção religiosa, como valioso direito fundamental da paciente, com valorização dos princípios da liberdade, autonomia, dignidade da pessoa humana e identidade, sem estigmatização, dificuldades de acesso, danos morais ou materiais por suspensão indevida de cirurgias, discriminação, imposições ou restrições à livre escolha, sempre que possível.
2. Há riscos na transfusão sanguínea que devem ser considerados à luz de cada situação, não devendo ela ser prescrita de forma indiscriminada.
3. Existem alternativas acessíveis e viáveis às transfusões sanguíneas e médicos especializados que podem ser acessados nos casos aplicáveis, com respeito e profissionalismo.
4. **É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo**, de acordo com a legislação vigente, e nesse momento o médico pode propor outro tratamento, quando disponível.
5. **Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estar representado ou assistido por terceiros.**
6. Em caso de discordância insuperável entre o médico e o representante legal, assistente legal ou familiares do paciente menor ou incapaz quanto à terapêutica proposta, o médico deve comunicar o fato às autoridades competentes (Ministério Público, Polícia, Conselho Tutelar etc.), visando ao melhor interesse do paciente.
7. Recomendam-se, ao acolher ou rejeitar a recusa terapêutica, o cuidadoso registro em prontuário e o detalhamento da fundamentação da decisão médica, com apoio de equipe multiprofissional.
8. É dever do médico a informação adequada, sendo recomendados o uso de Termo de Consentimento individualizado e a presença de testemunhas. Cabe ao médico também o devido esclarecimento, ao paciente ou a seu representante legal, de que, em caso de risco de vida, a legislação, o CFM e os tribunais concedem ao médico a possibilidade de realizar tratamento mesmo contra a vontade do paciente.
9. É direito do médico a objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente.
10. **Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.**

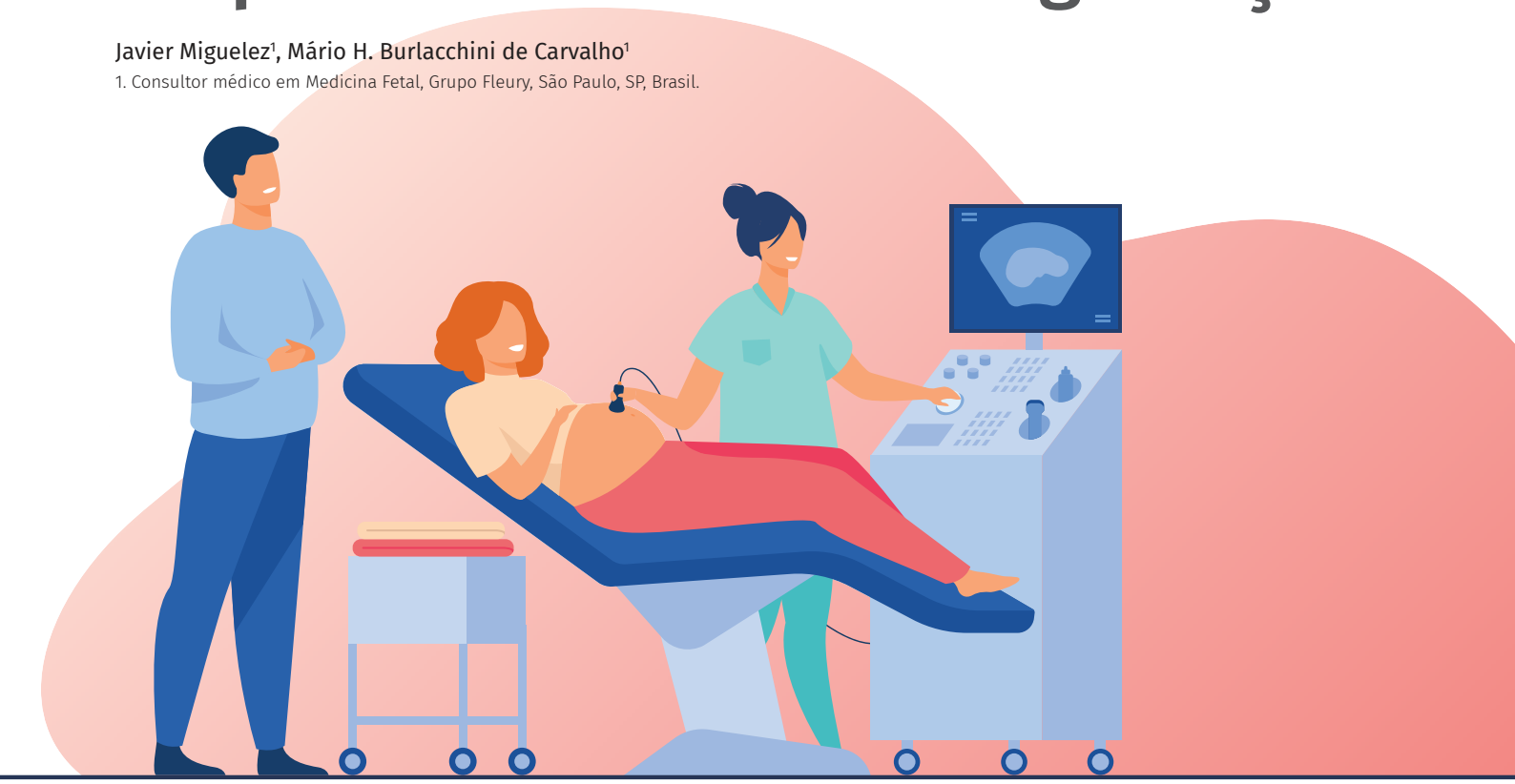
A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanece atenta ao tema, pelo impacto na prática diária dos nossos associados, e reconhece a evolução social e normativa no respeito aos direitos fundamentais, sempre resguardados os aspectos éticos da profissão médica.

REFERÊNCIAS

11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.021/1980. Adotar os fundamentos do anexo Parecer, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes a recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida. Diário Oficial da União [Internet]. 1980 Out 22 [cited 2021 Sep 13];Seç. 1, Part. 2. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1980/1021
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: Amostra-Religião [Internet]. 2010 [cited 2021 Jan 10]. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107
13. Bíblia Sagrada. São Paulo: Paulus; 1990. Atos dos Apóstolos 15: 28-29.
14. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
15. Oliveira Júnior EQ. Testemunhas de Jeová e a transfusão de sangue. Migalhas [Internet]. 2019 Out 27 [cited 2022 Feb 12]. Available from: https://www.migalhas.com.br/depeso/313870/testemunhas-de-jeova-e-a-transfusao-de-sangue
16. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 12/14. Estabelece a necessidade da publicação de Resolução sobre transfusão de sangue e a revogação da Resolução CFM nº 1.021/80, após a elaboração de diretrizes técnicas pelas Sociedades Médicas de Especialidades com apoio de jurisconsultos, em um prazo máximo de seis meses, determinantes dos limites e parâmetros da sua indicação e de seus componentes [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 21]. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2014/12
17. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (2009/2010) [Internet]. 2010 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/
18. Vollet Filho WL. A transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová: a liberdade religiosa e o equivocado precedente do STJ. Migalhas [Internet]. 2017 Fev 10 [cited 2022 Jan 20]. Available from: https://www.migalhas.com.br/depeso/253591/a-transfusao-de-sangue-em-testemunhas-de-jeova--a-liberdade-religiosa-e-o-equivocado-precedente-do-stj
19. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. 1940 [cited 2021 Fev 12]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.232/2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União. 2019 Set 16;Seç. 1:113-4. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232

Rastreamento de pré-eclâmpsia no primeiro trimestre de gestação

Javier Miguelez[1], Mário H. Burlacchini de Carvalho[1]
1. Consultor médico em Medicina Fetal, Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil.



A pré-eclâmpsia (PE) é uma doença específica da gestação que ocorre em cerca de 1 em cada 20 grávidas. Caracteriza-se pela presença de hipertensão arterial e proteinúria após 20 semanas, em gestante previamente normotensa. A ausência de proteinúria, mas com comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo, também é considerada PE. Outra situação que deve levantar essa suspeita é a associação de hipertensão arterial com sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal, alterações dopplervelocimétricas), mesmo sem proteinúria.[1-3] Segundo dados dos EUA, a hipertensão arterial ocorre em 10% das gestações e a PE incide em 2% a 8% delas.[1]

ETIOLOGIA

Diversas hipóteses para a patogênese da PE já foram sugeridas. A mais importante atualmente está relacionada com a placentação deficiente. A invasão trofoblástica deficiente das artérias espiraladas do útero cria um ambiente hipóxico ao nível da placenta, com liberação de radicais livres e de outras moléculas capazes de desencadear resposta inflamatória sistêmica e agressão ao endotélio vascular. Esse modelo de má adaptação placentária associa-se particularmente à PE de início precoce, antes de 34 semanas, a grande responsável pela maior parte da morbimortalidade materna e perinatal. A PE tardia está mais associada a fenômenos maternos – possivelmente vasculares – e tem sua instalação próxima ao termo.[1,2]

Além disso, destaca-se que, em gestantes com fatores predisponentes para PE, alterações placentárias sutis ou próximas da normalidade podem induzir a forma clínica da doença.[2]

FATORES DE RISCO

Algumas características demográficas e condições clínicas e obstétricas configuram fatores de risco para o

desenvolvimento de PE, em especial a história pregressa dessa condição, que eleva o risco em cerca de sete vezes, e a síndrome antifosfolípide, associada com o aumento do risco em quase 10 vezes.[1-3]

Principais fatores de risco para PE:[1-3]

- Raça negra;
- Idade superior a 35 anos;
- Nuliparidade;
- Obesidade;
- Hipertensão arterial crônica;
- Antecedente de PE;
- Gemelidade;
- História familiar de PE (mãe, avó, irmã);
- *Diabetes mellitus* preexistente;
- Síndrome do anticorpo antifosfolípide;
- Lúpus eritematoso sistêmico.

COMPLICAÇÕES

Os distúrbios hipertensivos da gravidez têm relação com maior morbidade, incapacidade em longo prazo e mortalidade materna e perinatal. Embora, na maioria dos casos, a evolução da PE, quando bem acompanhada, seja benigna, alguns casos podem progredir para eclâmpsia, síndrome Hellp ou outras condições clínicas graves, como acidente vascular cerebral hemorrágico, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, coagulopatia, edema agudo de pulmão e óbito. A PE e a eclâmpsia respondem por cerca de 10% a 15% das mortes maternas diretas, das quais 99% ocorrem em países de baixa e média renda.[2]

A eclâmpsia apresenta incidência de 0,1% a 2,7%, sendo considerada uma das complicações mais graves da doença. O quadro é caracterizado pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em gestantes com PE.[2]

Na síndrome Hellp, observam-se hemólise (presença de esquizócitos e equinócitos no sangue periférico e/ou elevação dos níveis de desidrogenase lática acima de 600 UI/L e/ou bilirrubinas indiretas acima de 1,2 mg/dL), comprometimento hepático (aumento dos valores de aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase acima de duas vezes o valor de normalidade) e plaquetopenia (níveis de plaquetas inferiores a 100.000/mm^3).[2]

As taxas elevadas de morbimortalidade perinatal decorrem da insuficiência placentária e da antecipação prematura do parto, necessária em muitos casos de PE.[2]

UTILIDADE DA IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

A predição da PE com base apenas na história materna apresenta limitações. Com essa avaliação tradicional, é possível reconhecer somente de 30% a 40% das gestantes destinadas a desenvolver PE precocemente, com uma taxa de 5% de falso-positivos. Por isso, outras variáveis são incorporadas a esse rastreamento atualmente. A dopplerfluxometria das artérias uterinas tem boa correlação com a intensidade da invasão trofoblástica, mas esse processo se desenvolve gradualmente até meados da gestação. Assim, muitas das pacientes que apresentam resistência elevada das artérias uterinas no primeiro trimestre acabam normalizando o fluxo no segundo. Dessa forma, a dopplervelocimetria isoladamente não tem utilidade para o rastreio de PE. O uso dos tradicionais fatores clínicos de risco é preferível ao Doppler como método isolado de identificar pacientes com risco de desenvolver PE, apesar do seu baixo valor preditivo positivo. Melhor claro é combinar os fatores clínicos aos achados do Doppler e outras variáveis, usando softwares específicos.[1-3]

OUTRAS VARIÁVEIS PARA O RASTREAMENTO

Assim, além da história materna, incorporam-se outros critérios a esse rastreamento, como pressão arterial média, índice de pulsatilidade das artérias uterinas e parâmetros bioquímicos, os quais podem identificar cerca de 90% dos casos mais graves e precoces, com taxa de falso-positivos de 10%, permitindo detectar precocemente o risco de distúrbios hipertensivos ainda no primeiro trimestre da gravidez.[1,3-6]

MARCADORES BIOQUÍMICOS

Os marcadores utilizados nesse contexto incluem a proteína A plasmática associada à gestação (PAPP-A) e o fator de crescimento placentário (PlGF), que apresentam níveis diminuídos no primeiro trimestre gestacional nas pacientes que desenvolverão PE.[3-6]

A PAPP-A é uma metaloproteinase derivada do sinciciotrofoblasto, que aumenta a função mitogênica dos fatores de crescimento similares à insulina por meio da clivagem do complexo formado entre estes e suas respectivas proteínas ligadoras. Acredita-se que os fatores de crescimento insulina-símiles desempenhem um papel fundamental na invasão trofoblástica, o que pode constituir um racional biológico para que baixas concentrações séricas de PAPP-A se associem a uma maior incidência de distúrbios hipertensivos.[3]

Já o PlGF desempenha papel importante na regulação do processo de angiogênese, fundamental para o desenvolvimento adequado da placenta. Esse fator exerce sua ação por meio da ligação com o receptor de membrana 1 do VEGF, ou Flt-1, do inglês, *fms-like tyrosine kinase-1*. Acredita-se que os fenômenos hipóxicos ocasionem uma superprodução de um subtipo solúvel do Flt-1 (sFlt-1), o qual se liga ao PlGF e reduz sua atividade biológica.[3]

Uma vez que os *kits* laboratoriais detectam apenas a forma livre do PlGF, as inúmeras ligações com sFlt-1 explicariam a redução dos níveis séricos desse marcador nas mulheres com alta probabilidade de desenvolvimento de PE. A associação desses testes com fatores de risco materno e com a dopplervelocimetria das artérias uterinas permite predizer a ocorrência de PE precoce

(< 32 semanas) e pré-termo(< 37 semanas) em 89,7% e 74,8% das gestantes, respectivamente, com taxa de falso-positivo de 10%.[1,3,4]

O desempenho do rastreamento no primeiro trimestre, utilizando diferentes métodos de rastreamento, com dados de 61 mil gestantes, das quais 2,9% desenvolveram PE, pode ser visto na tabela 1.[7]

Tabela 1. Taxas de detecção, com índice de falso-positivo de 10%, de PE <32 semanas e <37 semanas, utilizando rastreamento no primeiro trimestre

Método de rastreamento	PE < 32 semanas	PE < 37 semanas
Anamnese	52,6%	44,8%
Anamnese + PAM	61,2%	50,5%
Anamnese + PAM + IPAU	82,8%	68,4%
Anamnese + PAM + IPAU + PlGF	89,7%	74,8%
Anamnese + PAM + IPAU + PlGF + PAPP-A	89,7%	74,8%

IPAU: índice de pulsatilidade das artérias uterinas; PAM: pressão arterial média. Fonte: Adaptada de Tan MY, Syngelaki A, Poon LC, Rolnik DL, O'Gorman N, Delgado JL, et al. Screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018 Aug;52(2):186-95.[7]

MELHOR PERÍODO DE RASTREAMENTO

A avaliação dos marcadores bioquímicos deve ser realizada entre 11 e 13 semanas de idade gestacional. A escolha desse período baseia-se não apenas nos fatores fisiopatológicos – considerando a PE precoce como um transtorno hipertensivo derivado de distúrbios da invasão trofoblástica –, mas também no momento em que se recomenda o rastreamento combinado das alterações cromossômicas no primeiro trimestre. Desse modo, dados sonográficos e laboratoriais podem ser úteis para ambas as investigações. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia recomenda que todas as gestantes devem ser rastreadas para PE no primeiro trimestre de gravidez utilizando a combinação de fatores de risco maternos e biomarcadores – o melhor teste combinado inclui fatores de risco materno, medida da pressão arterial média, índice de pulsatilidade das artérias uterinas e PlGF, que pode ser combinado ao PAPP-A.[3]

A identificação de um subgrupo de risco para PE possibilita promover um seguimento pré-natal diferenciado, com diagnóstico prematuro das manifestações clínicas da doença e prevenção das suas complicações, antecipando as intervenções terapêuticas, desde a instituição de medicamentos anti-hipertensivos até a interrupção da gestação para o momento oportuno, de modo que se evite o desenvolvimento de graves complicações materno-fetais.[1,3]

Também se destaca a possibilidade de utilização da profilaxia dessas gestantes com ácido acetilsalicílico, visto que já existem evidências de que essa estratégia pode ser benéfica, desde que instituída no fim do primeiro trimestre gestacional, segundo estudos randomizados e metanálises.[1,3,8]

Evidências também suportam que a realização de atividade física reduz o risco de PE em cerca de 40%. Para alcançar esse índice, a gestante deve realizar pelo menos 140 minutos de exercícios de intensidade física moderada por semana, suficiente para aumentar a frequência cardíaca, mas não impedindo da gestante conseguir falar.[9]

Destaca-se que a gestação gemelar apresenta risco de três a quatro vezes maior de desenvolvimento de PE, em comparação à gravidez de feto único, e não há evidência de que o uso do ácido acetilsalicílico em gemelares previna a condição. Dessa forma, o rastreamento combinado não é recomendado em casos de gemelidade.

CONCLUSÃO

O risco de PE, particularmente a de início precoce, pode ser determinado já no primeiro trimestre por meio da associação dos fatores de risco maternos, obtidos pela história e exame físico, da análise dopplervelocimétrica das artérias uterinas e da dosagem dos marcadores bioquímicos PAPP-A e PlGF. O rastreamento no primeiro trimestre da PE é oportuno, já que os dados dos exames de imagem e laboratoriais também são úteis para o rastreamento combinado das alterações cromossômicas, bem como possibilita o diagnóstico, acompanhamento e instituição da profilaxia da PE.

REFERÊNCIAS

1. ACOG Practice Bulletin No. 202: gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019;133(1):e1-25. doi: 10.1097/AOG.0000000000003018
2. Peraçoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia; no. 8/Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).
3. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: a pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. Int J Gynaecol Obstet. 2019;145 Suppl 1:1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802
4. Sonek J, Krantz D, Carmichael J, Downing C, Jessup K, Haidar Z, et al. First-trimester screening for early and late preeclampsia using maternal characteristics, biomarkers, and estimated placental volume. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(1):126.e1-13. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.024
5. Zumaeta AM, Wright A, Syngelaki A, Maritsa VA, Silva AB, Nicolaides KH. Screening for pre-eclampsia at 11-13 weeks' gestation: use of pregnancy-associated plasma protein-A, placental growth factor or both. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020;56(3):400-7. doi: 10.1002/uog.22093
6. Noël L, Guy GP, Jones S, Forenc K, Buck E, Papageorghiou AT, et al. Routine first-trimester combined screening for pre-eclampsia: pregnancy-associated plasma protein-A or placental growth factor? Ultrasound Obstet Gynecol. 2021;58(4):540-5. doi: 10.1002/uog.23669
7. Tan MY, Syngelaki A, Poon LC, Rolnik DL, O'Gorman N, Delgado JL, et al. Screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018 Aug;52(2):186-95. doi: 10.1002/uog.19112
8. Lourenço I, Gomes H, Ribeiro J, Caeiro F, Rocha P, Francisco C. Screening for preeclampsia in the first trimester and aspirin prophylaxis: our first year. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(7):390-6. doi: 10.1055/s-0040-1712124
9. Magee LA, Nicolaides KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. N Engl J Med. 2022 May 12;386(19):1817-32. doi: 10.1056/NEJMra2109523

RESIDÊNCIA MÉDICA

Estrutura das Residências Médicas no Brasil e no mundo

Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos[1], Gustavo Salata Romão[2]

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.
2. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos
Rua Universitária, 1.619, Universitário, 85819-110, Cascavel, PR, Brasil
ionarabarcelos@hotmail.com

Como citar:
Barcelos ID, Romão GS. Estrutura das Residências Médicas no Brasil e no mundo. Femina. 2022;50(5):284-8.

Em todo o mundo, existe grande variação nos programas de residência em Ginecologia e Obstetrícia, tanto em sua duração quanto em sua estrutura e conteúdo. Considerando que o objetivo principal dos programas de treinamento em especialidade seja garantir a aquisição de habilidades e competências para a prática independente, propusemo-nos a revisar as estruturas dos programas britânico, australiano, canadense, americano e brasileiro.

Embora cada um desses modelos curriculares tenha suas particularidades, todos apresentam um denominador comum, que é a formação orientada por competências.[1] As competências são definidas como a síntese de conhecimentos, habilidades e atitudes que se refletem nas atividades profissionais e devem ser específicas, treináveis, duráveis, mensuráveis e relacionadas a atividades práticas.[2-4]

Um dos principais fatores de divergência entre os modelos curriculares é o tempo para conclusão do programa, que pode ser de três (Brasil), quatro (Estados Unidos), cinco (Canadá), seis (Austrália) ou sete anos (Reino Unido). O período correspondente ao internato (precedendo o início do treinamento em Ginecologia e Obstetrícia propriamente dito) é variável e inexistente em alguns países, como o Canadá. Outro importante ponto de divergência é o modelo de avaliação.[1]

Estrutura da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Reino Unido

O currículo da Residência Médica no Reino Unido conta com sete anos de *core training*, divididos em três fases: treinamento básico (anos 1 e 2), treinamento intermediário (anos 3, 4 e 5) e treinamento avançado (anos 6 e 7).[5]

O currículo, gerenciado pelo *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) e pelo *Good Medical Practice* (GMC), é baseado em competências e contempla: (1) Conhecimentos, habilidades e desempenho; (2) Segurança e qualidade; (3) Comunicação, parceria e trabalho em equipe; (4) Manutenção da confiança.[6]

O currículo central (*core*) contempla 19 EPAs (*Entrustable Professional Activities*) e dois módulos básicos de ultrassom. Para cada módulo, o residente deve ser avaliado segundo critérios de conhecimento, competência clínica (marcos de desempenho), habilidades profissionais e atitudes, entre outros. As competências são classificadas progressivamente como descrito abaixo:[7]

Nível 1 (observação): demonstra conhecimento detalhado e identifica complicações comuns relacionadas à situação;

Nível 2 (supervisão direta): é capaz de executar a tarefa ou manejar o problema clínico, mas com supervisão;

Nível 3 (prática independente): maneja a maioria dos casos sem supervisão direta ou assistência e reconhece quando a situação demanda supervisão de alguém mais graduado em casos complexos.

Os registros são feitos em um *logbook* e baseiam-se em diferentes formas de avaliação, como MiniEx, discussões de caso, módulos de treinamento de habilidades avançadas e simuladores.

Há ainda a necessidade de apresentação de projetos de pesquisa, alguns cursos obrigatórios e módulos de *e-learning* a serem cumpridos.

Ao final do segundo e do sexto ano de treinamento, o residente precisa realizar uma avaliação oral e escrita para ser certificado como membro do RCOG.[1,5]

Estrutura da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia na Austrália

O currículo da Residência Médica na Austrália conta com seis anos de *core training*, divididos em duas etapas: treinamento básico (quatro anos) e treinamento avançado (pode durar de um a dois anos).[8]

O currículo, gerenciado pelo *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* (RANZCOG), contempla três competências consideradas essenciais para o especialista: (1) Conhecimento clínico; (2) Habilidades acadêmicas; (3) Qualidades profissionais.[9]

Utiliza-se uma tabela para documentar as evoluções do aprendizado ligadas às diferentes competências requeridas. Entretanto, não há marcos de desempenho para os diferentes objetivos a serem alcançados, mas o residente recebe uma lista de habilidades em procedimentos (com um número mínimo a ser executado) a serem alcançadas após quatro anos de residência.

O treinamento hospitalar é complementado por módulos de *e-learning*, oferecidos pelo próprio RANZCOG, que cobrem todo o currículo teórico do programa. Também é requerido que o residente desenvolva um projeto de pesquisa.

As avaliações são feitas por meio de autoavaliação, *multisource feedback* e *logbook*, que devem ser revisados e assinados pelo supervisor durante a avaliação formativa (a cada três meses) e a somativa (a cada seis meses). O *logbook* também deve ser preenchido e entregue ao RANZCOG como parte dos pré-requisitos na avaliação. Isso auxilia o residente a manter um registro pessoal dos procedimentos realizados, além de documentar a evolução pessoal no processo de aquisição de competências.

Espera-se que o residente progrida de novato para proficiente gradativamente e, se observada alguma deficiência, há um programa de "resgate" para aqueles com *performance* abaixo da esperada. Ao final do quarto ano de treinamento, o residente realiza uma avaliação oral e escrita para ser certificado como membro do RANZCOG.[9]

Embora ainda não haja descrição do uso de simuladores, considera-se a importância deles no treinamento do especialista e já existem esforços em incluir o seu uso no processo de formação e avaliação do residente.[1]

Estrutura da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Canadá

O currículo da Residência Médica no Canadá conta com cinco anos de treinamento, divididos em funções do residente júnior e do residente sênior. O currículo, gerenciado pelo *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, determina os números mínimo e máximo de estágios em diferentes disciplinas dentro e fora do departamento.[10]

O currículo canadense é estruturado em torno de sete competências-chave denominadas CanMEDS *roles*, que são consideradas essenciais para o especialista. São elas: (1) *Expertise* médica (que ocupa um lugar central), (2) Comunicador, (3) Colaborador, (4) Liderança, (5) Defensor da saúde, (6) Acadêmico e (7) Profissional

O documento denominado *Objectives of Training in the Specialty of Obstetrics and Gynecology* lista os diferentes marcos de desempenho a serem conquistados e contempla as sete competências fundamentais, que estão descritas detalhadamente no CanMEDS.[11]

Os métodos de avaliação não são descritos detalhadamente, mas as competências são avaliadas de forma oral e escrita antes da conclusão do programa. Alguns programas de residência do Canadá já estão integrando uma forma de avaliação denominada *Competence By Design* (CBD), com a intenção de integrar a avaliação aos objetivos do treinamento.[1,12]

Estrutura da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia nos Estados Unidos

O currículo da Residência Médica nos Estados Unidos conta com quatro anos para a aquisição das competências descritas de forma detalhada nos objetivos educacionais e no currículo *core*.[13]

O currículo, gerenciado pelo ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*), em parceria com o ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) e o ABOG (*American Board of Obstetrics and Gynecology*), contempla um total de seis objetivos educacionais, e cada um possui várias subcategorias, todas ligadas às seis competências gerais determinadas pelo ACGME: (1) Cuidado do paciente; (2) Conhecimento médico; (3) Habilidades interpessoais e de comunicação; (4) Profissionalismo; (5) Aprendizado e aperfeiçoamento baseado na prática; (6) Prática baseada no sistema de saúde.

As habilidades a serem desenvolvidas e os procedimentos a serem executados são descritos para cada objetivo de aprendizado, e os residentes são graduados em cinco níveis, sendo necessário alcançar o nível 4 para a conclusão do programa.[14] Os níveis são assim descritos: Nível 1 (novato – *novice*): o residente demonstra execução compatível com iniciante; Nível 2 (iniciante avançado): o residente já demonstra execução de procedimentos adicionais, descritos como marcos de desempenho, mas ainda não em nível intermediário; Nível 3 (competente): o residente continua avançando e executando procedimentos cada vez mais complexos (marcos de desempenho), incluindo a maioria das demandas da residência; Nível 4 (proficiente): o residente avançou o suficiente e demonstra habilidades nos quesitos requeridos para a residência; Nível 5 (*expert*): o residente avançou além do requerido e demonstra outros objetivos além do aprendizado da residência. Apenas alguns residentes excepcionais atingirão esse nível.

A avaliação americana é semelhante àquela feita no Canadá, e o residente deve alcançar os requisitos mínimos nos marcos de desempenho em todas as habilidades e procedimentos descritos e passar no exame final (oral e escrito) do ABOG antes de se graduar no programa de residência.

Ainda não está bem claro o papel dos simuladores no processo de ensino ou de avaliação, mas o ACOG, por meio de seu *Simulations Working Group*, tem disponibilizado um conjunto de ferramentas e estratégias para aqueles que quiserem integrar o uso de simulação em seus currículos.[15]

Estrutura da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil

O currículo da Residência Médica no Brasil conta com três anos, e a estrutura proposta para a aquisição gradual de competências foi recentemente descrita e revisada pela Matriz de Competências.[16]

A Matriz de Competências proposta pela Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (Febrasgo) contempla 16 eixos de competências, graduadas em nível de dificuldade para R1 (atividades menos complexas), R2 (atividades de complexidade intermediária) e R3 (atividades mais complexas). As competências são cumulativas ao longo dos anos e devem ser avaliadas dessa

forma. Cada eixo das competências foram subdivididos em componentes fundamentais: Conhecimentos (C), Habilidades (H) e Atitudes (A).

A aprovação da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia pela Comissão Nacional de Residência Médica (MEC) foi um passo importante na qualificação dos programas, que passam a se orientar por esse documento para o treinamento e avaliação dos médicos-residentes em todo o Brasil. Entretanto, vale lembrar que a estrutura dos programas ainda é baseada exclusivamente em tempo, havendo progressão automática dos médicos-residentes, independentemente de sua avaliação formal ou informal pelos preceptores.

Não há um documento formal de registro dos procedimentos executados, embora alguns programas já estejam utilizando *logbooks* como ferramenta para essa documentação. A qualificação do residente para a execução das atividades tem sido baseada principalmente no número de exposições, com menor relevância dada à qualidade dessas execuções prévias.[4] Até o momento, não foi definido um número mínimo de exposições supervisionadas para que a execução de uma atividade seja classificada como adequada ou confiável.

As avaliações são feitas de forma heterogênea e existem programas que realizam provas teóricas, OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), uso de *logbooks* e outras estratégias e outros que ainda não instituíram nenhum tipo de avaliação periódica. O requerimento para o desenvolvimento de um projeto de pesquisa ou TCC (termo de conclusão de curso) também é variável em todos os programas.

Embora ainda não haja uniformização no uso de simuladores, já existem esforços de alguns programas em incluir o seu uso no processo de formação e avaliação do residente, uma vez que exposições reduzidas na prática podem ser compensadas por programas de treinamento de simulação.[4,17]

Além da Prova do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), com provas teóricas e práticas (OSCE), a Febrasgo implementou em 2018 o Teste de Progresso Individual (TPI-GO), uma avaliação teórica abrangente, seriada e sigilosa, aplicada anualmente e oferecida a todos os médicos-residentes de programas credenciados. Essa avaliação tem permitido que os residentes documentem sua progressão individual na aquisição de conhecimento teórico e que o supervisor do programa avalie o desempenho de residentes do seu serviço em relação ao desempenho geral, em nível nacional.

DISCUSSÃO

A padronização do currículo da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pode conduzir a redução da variabilidade entre os programas e incremento na qualidade do treinamento, o que permite comparações e mensurações entre os centros. A modificação e a adaptação dos currículos, ou mesmo um consenso ou padronização internacional, podem nos auxiliar a melhorar a eficiência do treinamento, com impacto direto sobre a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

Por outro lado, algumas pesquisas na área de Educação Médica têm sugerido um modelo adaptado denominado *tracking*, que foi formulado usando-se o método Delphi modificado. A proposta é para oferecer um programa mais flexível, priorizando treinamento individualizado, que contemple as mais diversas áreas da Ginecologia e Obstetrícia, mas que permita o desenvolvimento de habilidades específicas na área de interesse do residente.[18] De forma geral, a necessidade de incremento e inovação tem sido uma constante no campo da Educação Médica, com atenção especial nos possíveis avanços para o futuro.[19,20] Um dos maiores desafios é como atingir os níveis de competências requeridos com oportunidades de aprendizado cada vez mais restritas, como o que aconteceu nos Estados Unidos após as restrições nas horas de trabalho implementadas naquele país após 2003. Essa nova política levou vários programas de residência a buscarem alternativas para maximizar as oportunidades de aprendizado em um cenário de mudança nos modelos de cuidados em saúde.[18]

Uma estratégia crucial no incremento de cenários de aprendizagem é o uso de simuladores, e temos observado uma utilização mais frequente dessa ferramenta tanto para aprendizado quanto para avaliação.

Apesar da diferença no tempo de formação, um estudo comparativo entre os egressos de programas americanos e europeus não mostrou diferença significativa na aquisição de conhecimento teórico e habilidades técnicas no início de sua prática profissional.[21]

O uso de *e-learning* vinculado à Febrasgo (como acontece com os *boards* internacionais) pode incrementar as atividades de ensino e aquisição de conhecimento teórico pelos médicos-residentes.

Quanto aos modelos de avaliação, observa-se a necessidade premente de desenvolver e implementar no Brasil métodos de avaliação válidos e confiáveis para verificar a aquisição de competências pelo médico-residente. Tais métodos incluem ferramentas destinadas à observação do desempenho em consulta clínica (Mini-EX), procedimentos (DOPs), profissionalismo (P-Mex), bem como sistemas e aplicativos para registro de procedimentos, atividades e reflexões (como o LogBook e o e-Portfolio). As informações trazidas por essas avaliações subsidiam de maneira consistente as decisões de qualificar ou não o médico-residente para executar as

atividades profissionais de forma autônoma. O uso de simuladores no processo de ensino e de avaliação pode minimizar discrepâncias de acesso a treinamento adequado nas diferentes regiões do país.

Nesse sentido, a Comissão de Residência Médica da Febrasgo (Coreme-Febrasgo) tem buscado implementar capacitação docente, atualização da Matriz de Competências, formalização das EPAs, avaliação dos egressos dos programas para obtenção do TEGO, entre outros esforços no sentido de aprimorar a condição dos especialistas formados e, consequentemente, a qualidade da assistência à mulher em nosso país.

Um aspecto comum de todos os programas de residência em todo o mundo é a presença maciça e incessante de um grupo de trabalho direcionado a capacitar, avaliar e contribuir para a qualificação dos programas de treinamento nas especialidades médicas. A essas necessidades é que a Coreme-Febrasgo tem buscado atender. Ainda temos muito pela frente, mas seguimos confiantes de que não há outra forma de alcançar a excelência no treinamento de especialistas além daquela oferecida por programas de residência bem estruturados. Para apoiar essa estruturação, a Coreme-Febrasgo se empenha em fomentar especialização médica de qualidade e entregar o melhor profissional de saúde para o cuidado da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Garofalo M, Aggarwal R. Competency-based medical education and assessment of training: review of selected national obstetrics and gynaecology curricula. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(7):534-544.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2017.01.024
2. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. Med Educ. 2005;39(12):1176-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x
3. Scheele F, Caccia N, van Luijk S, den Rooyen C, van Loon K; Dutch National Competency Based Curriculum for Obstetrics & Gynecology (NL). Better education for obstetrics and gynecology (BOEG). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie; 2013.
4. Coelho RA, Romão GS, Sá MF. "EPAs" em ginecologia e obstetrícia: conceitos atuais. Femina. 2019;47(12):884-6.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Trainees' Guide to the O&G Curriculum and Specialty Training [Internet]. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2021 [cited 2021 Dec 21]. Available from: https://www.rcog.org.uk/media/m3eanm13/trainees-guide-to-the-curriculum-sept-2021.pdf
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Training Matrix [Internet]. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2021 [cited 2021 Dec 28]. Available from: https://www.rcog.org.uk/careers-and-training/starting-your-og-career/specialty-training/assessment-and-progression-through-training/training-matrix/
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Sign-off of competency acquisition [Internet]. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://www.rcog.org.uk/careers-and-training/starting-your-og-career/specialty-training/assessment-and-progression-through-training/
8. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. FRANZCOG Training Program Handbook 2016. Victoria: The Royal and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; 2016. Available from: https://ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Training%20and%20Assessment/Specialist%20Training/Curriculum%20and%20Handbook/FRANZCOG-Training-Program-Handbook-2020-(post-2013).pdf
9. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. RANZCOG Curriculum: a framework to guide the training and practice of specialist obstetricians and gynaecologists. 3rd ed. Victoria: The Royal and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists; 2017.
10. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Specialty training requirements in obstetrics and gynecology. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2016. Available from: https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/obstetrics-and-gynecology-str-e.pdf
11. Frank JR, Snell LS, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework [Internet]. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015 [cited 2021 Dec 20]. Available from: http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf
12. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. Med Teach. 2010;32(8):638-45. doi: 10.3109/0142159X.2010.501190
13. Council on Resident Education in Obstetrics and Gynecology. Educational Objectives: Core Curriculum in Obstetrics and Gynecology [Internet]. 12th ed. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists; 2020 [cited 2021 Dec 10]. Available from: https://acnm-acog-ipe.org/wp-content/uploads/2021/08/CREOG-Educational-Objectives-12th-Edition-Secured-2020.pdf
14. Dreyfus SE, Dreyfus H. A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Washington (DC): Storming Media; 1980.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Simulations Working Group Toolkit [Internet]. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists. Available from: https://www.acog.org/education-and-events/simulations/about
16. Romão GS, Sá MF. Competency-based training and the competency framework in gynecology and obstetrics in Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(5):272-88. doi: 10.1055/s-0040-1708887
17. van Loon KA, Teunissen PW, Driessen EW, Scheele F. The role of generic competencies in the entrustment of professional activities: a nationwide competency-based curriculum assessed. J Grad Med Educ. 2016;8(4):546-52. doi: 10.4300/JGME-D-15-00321.1
18. Reed VR, Emery J, Farrell RM, Jelovsek JE. Tracking-A flexible obstetrics and gynecology residency. Obstet Gynecol. 2019;134 Suppl 1:29S-33S. doi: 10.1097/AOG.0000000000003464
19. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
20. O'Brien BC, Irby DM. Enacting the Carnegie Foundation call for reform of medical school and residency. Teach Learn Med. 2013;25 Suppl 1:S1-8. doi: 10.1080/10401334.2013.842915
21. Schijven MP, Reznick RK, ten Cate OT, Grantcharov TP, Regehr G, Satterthwaite L, et al. Transatlantic comparison of the competence of surgeons at the start of their professional career. Br J Surg 2010;97(3):443-9. doi: 10.1002/bjs.6858

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 Nardozza, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Luiz Henrique Gebrim, Marcelo Zugaib, Marco Aurélio Albernaz, Marco Aurelio Pinho de Oliveira, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria Celeste Osório Wender, Marilza Vieira Cunha Rudge, Mário Dias Corrêa Júnior, Mario Vicente Giordano, Marta Francis Benevides Rehme, Mauri José Piazza, Newton Eduardo Busso, Olímpio Barbosa de Moraes Filho, Paulo Roberto Dutra Leão, Paulo Roberto Nassar de Carvalho, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Renato de Souza Bravo, Renato Zocchio Torresan, Ricardo de Carvalho Cavalli, Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Rodrigo de Aquino Castro, Rogério Bonassi Machado, Rosa Maria Neme, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Rosires Pereira de Andrade, Sabas Carlos Vieira, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Sergio Podgaec, Silvana Maria Quintana, Soubhi Kahhale, Vera Lúcia Mota da Fonseca, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zuleide Aparecida Felix Cabral

SUMÁRIO

ARTIGO ORIGINAL

290 Escore de Apgar e indicação de cesárea por sofrimento fetal em um hospital público do Distrito Federal
Isabela Lemos Ferrer, Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella, Pedro Piancastelli Moreira, Eduardo Henrique Costa Moresi, Claúdia Vicari Bolognani

ARTIGOS DE REVISÃO

296 As inconstitucionalidades da Resolução CFM nº 2.294/2021 sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida
Maria Berenice Dias, Marta Cauduro Oppermann

301 Aumento do risco cardiovascular em mulheres com síndrome do ovário policístico
Giovana Paula Caetano, Kelen Cristina Estavanate de Castro, Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

308 Infecção por COVID-19 na gestação
Bruno Calgaro de Carvalho, Letícia Neves Kloppel,Renata Córdova Vieira

311 Aspectos psicológicos do câncer de mama em mulheres
Antonio Sérgio Mathias, Fernanda Klein Gomes, Pedro Domingos Pita Chagas, Debora Aparecida Moura Campos, Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão

RELATO DE CASO

316 Disgerminoma ovariano na gestação: relato de caso
Andréa Augsburger de Moura, Mariana Viana Bezzi, Samira Sabbagh, Andrea Sayaka Suwa

Femina
ARTIGO ORIGINAL

Escore de Apgar e indicação de cesárea por sofrimento fetal em um hospital público do Distrito Federal

Apgar score and indication of cesarean section due to fetal distress at a public hospital in the Federal District

Isabela Lemos Ferrer[1], Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella[1], Pedro Piancastelli Moreira[1], Eduardo Henrique Costa Moresi[1], Claúdia Vicari Bolognani[1]

Descritores

Escore de Apgar; Cesárea; Trabalho de parto; Sofrimento fetal

Keywords

Apgar score; Cesarean section; Labor presentation; Fetal distres

Submetido:
07/07/2021

Aceito:
01/12/2021

1. Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Claúdia Vicari Bolognani
SMHN Conjunto A Bloco 01, Edifício Fepecs, Asa Norte, 70710-907, Brasília, DF, Brasil
claudiavicari@gmail.com

Como citar:
Ferrer IL, Baptistella MK, Moreira PP, Moresi EH, Bolognani CV. Escore de Apgar e indicação de cesárea por sofrimento fetal em um hospital público do Distrito Federal. Femina. 2022;50(5):290-5.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as indicações de cesárea por sofrimento fetal (SF), pelo escore de Apgar, em um hospital público. **Métodos:** Estudo de corte transversal e retrospectivo que incluiu todos os partos realizados no período de estudo. A análise estatística foi realizada no *software* IBM SPSS Statistics v.22 com teste do qui-quadrado de Pearson para o cálculo do *p*-valor. A estimativa de risco foi definida pela razão de chances comum de Mantel-Haenszel, com cálculo de *odds ratio* (OR), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e limite de significância de 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** Dos 2.205 partos, 1.084 (49,1%) foram cesáreas e 1.121 (50,9%), partos vaginais. Escore de Apgar < 7 no primeiro minuto foi evidenciado em 5,9% do total de partos. A diferença entre os escores de Apgar no primeiro minuto entre os dois tipos de parto foi estatisticamente significante ($p < 0,05$), e esses recém-nascidos (RNs) tiveram a chance 1,4 vez maior de Apgar < 7 nas cesáreas em relação ao parto vaginal (OR: 1,4; IC95%: 1-2,05). No quinto minuto, Apgar < 7 ocorreu em 0,7% em todos os tipos de partos. O SF foi a terceira causa de indicação de cesárea (22,8%), e o Apgar < 7 não diferenciou das cesáreas por demais causas. **Conclusão:** Este estudo demonstrou alta taxa de cesárea e maior risco de Apgar < 7 no primeiro minuto para esses partos. A ausência de diferença estatisticamente significante entre o Apgar dos RNs de cesárea por SF e demais indicações revela a necessidade local de rever esse diagnóstico e consequente conduta.

ABSTRACT

Objective: *To evaluate the cesarean indications for fetal distress (FD), using the Apgar score, in a public hospital.* **Methods:** *Cross-sectional and retrospective study, which included all the deliveries performed during the period of study. Statistical Analysis was performed using the IBM SPSS Statistics v.22 software with Pearson's Chi-square test to calculate the* p*-value. The risk estimate for Apgar < 7 was defined by the common odds ratio (OR) of Mantel-Haenszel, with calculation of OR and 95% confidence interval and significance limit of 95% (*p *< 0.05).* **Results:** *Of the 2,205 deliveries, 1,084 (49.1%) were cesarean and 1,121 (50.9%) were vaginal deliveries. Apgar score < 7 in the 1st minute was seen in 5.9% of total deliveries. The difference between the*

Apgar Scores in the 1st minute between the two types of delivery was statistically significant (p < 0.05), and these newborns (NBs) had 1.4 times more chance of Apgar < 7 in cesarean in relation to vaginal delivery (OR: 1,4; IC95%: 1-2,05). In the 5th minute, Apgar < 7 occurred in 0.7% of all types of births. FD was the third cause of cesarean indication (22.8%) and the Apgar < 7 wasn't different from the cesareans performed for other causes. Conclusion: This study demonstrated a high cesarean rate and a bigger risk of Apgar < 7 in the 1st minute for this type of delivery. The absence of statistically significant difference between the Apgar of NBs of cesarean due to FD and other indications reveal the need to review this diagnosis e it's conduct.

INTRODUÇÃO

Apesar de a cesárea ser uma intervenção efetiva para salvar a vida da gestante e do concepto, suas taxas ideais, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não deveriam ser superiores a 15%, considerando que valores maiores não se associaram à redução da mortalidade materna e neonatal.[1] Em 2015, a taxa mundial de cesáreas foi de 21,1%, decorrente de um aumento anual de 3,7% entre 2000 e 2015,[2] sendo a América Latina e o Caribe as regiões do mundo com maiores taxas de cesárea (44,3%).[3] Nesse mesmo ano no Brasil, a taxa situou-se em torno de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos (40%) e privados (85%). No entanto, considerando algumas de nossas peculiaridades populacionais, como as condições socioeconômicas e o elevado número de cesáreas anteriores, uma taxa local de 25%-30% foi sugerida.[4]

As cesáreas estão associadas a maiores riscos à gestante e ao concepto, quando comparadas ao parto vaginal, e podem levar a sequelas ou morte, principalmente quando não há infraestrutura adequada para tratar de forma segura as possíveis complicações.[1] As complicações maternas graves associadas à cesárea são pouco frequentes, entretanto, quando a cesárea é realizada centenas de milhares de vezes ao ano, ocorre um aumento expressivo no número dessas complicações e o risco de morbidades em futuras gestações.[4,5] A OMS estima que 6,2 milhões de cesáreas por ano são feitas sem indicação obstétrica, sendo o Brasil e a China responsáveis por 50% desses números.[5] No Brasil, calcula-se que, dos 2,5 milhões de partos por ano, 560 mil cesáreas poderiam ser evitadas, reduzindo um custo de cerca de R$ 84 milhões.[6]

Esses altos índices de cesáreas também podem acarretar complicações neonatais, como prematuridade iatrogênica, desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal.[4,7] O escore de Apgar é um instrumento que avalia a vitalidade do recém-nascido (RN) e é calculado em seu primeiro e quinto minutos de vida, a partir dos seguintes parâmetros: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor.[8] O escore de Apgar no quinto minuto é um preditor importante da morbidade neonatal e seu valor está fortemente associado ao tipo de parto.[9] Ainda, escores de Apgar menores que 7, principalmente no quinto minuto, têm associação significativa com mortalidade e morbidade neonatal.[10] Em 2018, no Brasil, a razão de mortalidade entre RNs foi de 8.536 para mil nascidos vivos e entre menores de 1 ano foi de 12.178 para cada mil nascidos vivos.[11]

O sofrimento fetal (SF) é uma das indicações de cesárea que é consenso entre os obstetras, no entanto o diagnóstico correto faz-se necessário para diminuir tanto as taxas de cesárea como os riscos inerentes a essa prática e possíveis malefícios à vida do concepto. Este trabalho teve como objetivo avaliar as indicações obstétricas de cesárea por SF utilizando o escore de Apgar em um hospital público de referência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), bem como identificar sua taxa de cesárea, suas principais indicações e a taxa de nascimentos com Apgar < 7, levando em consideração o tipo de parto.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal, observacional, retrospectivo, incluindo todos os partos realizados em um hospital público do Sistema Único de Saúde (SUS) da SES-DF, na cidade de Brasília/Brasil, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES), sob Parecer nº 1.689.117. Foram incluídos todos os partos ocorridos no hospital de estudo, no período de um ano, totalizando 2.205.

Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos, pelo sistema Intersystems trackCareTM da rede de saúde da SES-DF. Foram excluídas do estudo as parturientes que tiveram parto domiciliar, em trânsito ou em outra instituição de saúde, e, para a análise do escore de Apgar, foram excluídos RNs com presença de malformação e parturientes que usaram medicação depressora fetal.

Foi avaliada a idade gestacional (IG) em semanas completas no momento do parto pela ultrassonografia precoce ou pela data da última menstruação e, na ausência de um desses dados, pelo Capurro. Apgar no primeiro e Apgar no quinto minuto foram coletados do prontuário eletrônico do RN e, para as indicações de cesáreas, considerou-se o registro hospitalar tanto do obstetra quanto do neonatologista. Visando facilitar a análise dos dados, as indicações de cesárea foram agrupadas de acordo com o consenso de cuidados obstétricos do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG),[12] assim foram definidos cinco grupos: Distocias, Sofrimento fetal, Cicatriz prévia de cesárea, Síndrome hipertensiva materna e outras indicações. No grupo de SF, foram incluídas as indicações: bradicardia fetal, centralização fetal, crescimento intrauterino restrito, mecônio, oligoâmnio, SF agudo, taquicardia sustentada e traçado cardiotocográfico não tranquilizador.[13]

A análise estatística foi realizada no *software* IBM SPSS Statistics v.22. Utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para o cálculo do *p*-valor. A estimativa de risco para Apgar < 7 foi definida pela razão de chances comum de Mantel-Haenszel, com cálculo de *odds ratio*

(OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para todos os testes estatísticos, foi definido o limite de significância de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

No período de estudo, ocorreram 2.205 partos, sendo 1.084 (49,1%) cesáreas e 1.121 (50,9%) partos vaginais, em um hospital público de referência para partos na cidade de Brasília-DF. A idade média das gestantes foi de 27,7 anos, sendo 13 a menor e 49 a maior idade; 12,2% eram adolescentes (≥13 e ≤19 anos). Nulíparas foram 42,5%, gestantes que deram entrada com início de trabalho de parto espontâneo, 60,5% e que relataram algum tipo de intercorrência na gestação, 44,9%. A IG < 37 foi de 5,5%, sendo a IG mínima de 32 semanas completas. Nem todos os RNs tinham os dados completos em seus prontuários, mas as perdas não foram representativas. As principais características dos RNs se encontram na tabela 1.

Dos 2.205 partos, 2.177 (98,7%) entraram na avaliação do Apgar no primeiro minuto e 2.174 (98,6%), na avaliação do quinto minuto. Escore de Apgar < 7 no primeiro minuto foi evidenciado em 5,9% do total de partos, ocorrendo em 6,9% das cesáreas e em 4,9% dos partos vaginais. A diferença entre os escores de Apgar < 7 e ≥ 7 no primeiro minuto entre os dois tipos de parto foi estatisticamente significante ($p < 0,05$), e esses RNs tiveram chance 1,4 vez maior de Apgar < 7 nas cesáreas em relação ao parto vaginal (OR: 1,4; IC95%: 1-2,05). No quinto minuto, Apgar < 7 ocorreu em 0,7% em todos os tipos de parto, cesárea (0,7%) e parto vaginal (0,7%), não havendo diferença estatisticamente significante ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Entre as indicações de cesárea, o SF esteve presente em 247 gestantes, representando um total de 22,8% das indicações. A tabela 3 apresenta a prevalência das categorias, e em alguns casos até duas dessas categorias eram citadas para a mesma parturiente, somando o total de 319 citações. As causas mais prevalentes de indicação de cesárea foram distocia (471 – 43,5%), cesárea prévia (387 – 35,7%), SF (247 – 22,8%) e síndromes hipertensivas (118 – 10,9%). Dentre as outras causas, destaca-se a indicação de cesárea por pós-termo (≥41 semanas de IG), com 91 (8,4%) registros.

Tabela 1. Características dos recém-nascidos

Características		n
Peso		2.194
Média	3.226,7 g	
Mínimo	750 g	
Máximo	5.570 g	
Estatura		2.182
Média	48,9 cm	
Mínimo	27 cm	
Máximo	61 cm	
Perímetro cefálico		2.184
Média	34,4 cm	
Mínimo	24 cm	
Máximo	52,5 cm	
Apgar 1º minuto		2.177
Média	7,93	
Mínimo	0	
Máximo	10	
Apgar 5º minuto		2.174
Média	8,94	
Mínimo	3	
Máximo	10	
Presença de circular de cordão		2.205
Sim	21,8%	481
Não	51%	1.124
Não informado	27,2%	599

Tabela 2. Frequência e avaliação do risco de Apgar no primeiro e quinto minutos nos tipos de parto

Cesárea		Parto vaginal	Total	*p-value**	OR (IC95%)
	1º minuto n (%)				
Apgar < 7	74 (6,9)	54 (4,9)	128 (5,9)		
Apgar ≥ 7	1.001 (93,1)	1.048 (95,1)	2.049 (94,1)	**< 0,05**	1,435 (1-2,05)
Total	1.075 (49,4)	1.102 (50,6)	2.177 (100)		
	5º minuto n (%)				
Apgar < 7	8 (0,7)	8 (0,7)	16 (0,7)	> 0,05	
Apgar ≥ 7	1.066 (99,3)	1.092 (99,3)	2.158 (99,3)		
Total	1.074 (49,4)	1.100 (50,6)	2.174 (100)		

*Teste qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3. Frequência das categorias definidas como sofrimento fetal de acordo com o contido no consenso de cuidados obstétricos do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG)

Categoria	n (%)
Bradicardia	25 (7,8)
Centralização fetal	8 (2,5)
Crescimento intrauterino restrito	21 (6,6)
Cardiotocografia com traçado não tranquilizador	76 (23,8)
Mecônio	119 (37,3)
Oligoâmnio	36 (11,3)
Taquicardia	33 (10,3)
Sofrimento fetal agudo	1 (0,3)
Total	319 (100)

Das 1.084 cesáreas, 1.073 (99%) entraram na avaliação do Apgar do primeiro minuto e 1.072 (98,9%), na avaliação do Apgar do quinto minuto. Do total de 247 cesáreas indicadas por SF, 8,1% dos RNs nasceram com Apgar < 7 no primeiro minuto, não havendo diferença estatisticamente significativa em relação aos 6,5% dos RNs que apresentaram Apgar < 7 nas cesáreas realizadas pelas demais causas (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou taxa de cesárea de 49,1%, três vezes maior do que os 15% recomendados pela OMS, valores semelhantes quando comparados ao percentual de cesáreas realizadas na América Latina (41,3% a 47,4%)[2] e nos hospitais públicos do estado de São Paulo (46%).[2,13] Por outro lado, nossa taxa foi menor do que as taxas de cesárea no Brasil (55,94%) e no DF (55,11%).[11]

Escore de Apgar < 7 no primeiro minuto foi evidenciado em 5,9% do total de partos, com diferença estatística significativa entre cesáreas (6,9%) e parto vaginal (4,9%), com chance 1,4 vez maior de ocorrência nas cesáreas em relação ao parto vaginal. Ainda, escore de Apgar no quinto minuto < 7 ocorreu em 0,7% em todos os tipos de partos. Esses valores variam muito de acordo com a literatura; no Brasil, em 2018, 11,4% dos RNs apresentaram Apgar entre 0 e 7 no primeiro minuto.[13-18] Uma explicação possível para nosso baixo índice está na qualidade da assistência prestada não somente à gestante na hora do parto, mas principalmente ao RN, com a presença de profissionais especialistas capacitados para o atendimento de casos graves.

Um estudo na Nigéria evidenciou 8,9% de cesáreas com indicações de SF, tendo 70,9% de RNs com Apgar > ou igual a 7 no primeiro minuto e 90,9% no quinto minuto, concluindo-se que o diagnóstico clínico de SF teve acurácia em somente cerca de 1/3 dos casos e, portanto, 2/3 de cesáreas desnecessárias.[15] Nossos dados mostraram 22,8% das indicações por SF, tendo 91,9% dos RNs Apgar ≥ 7 no primeiro minuto e 98,8% no quinto minuto, e a cardiotocografia (CTG) com traçado não tranquilizador representou 23,8% dessas indicações, o que nos leva a questionar a acurácia desse exame no hospital de estudo e a repercussão nos índices de cesárea, principalmente nas parturientes de risco habitual,[19] pois a CTG apresenta alta taxa de sensibilidade, baixa especificidade e alta taxa de falso-positivo para acidose, além de baixa concordância intra e interobservador,[20] ainda mais em se tratando de traçado não tranquilizador.

Diversos fatores estão relacionados com a diminuição do Apgar no primeiro e quinto minuto, como níveis de escolaridade, IG, índice de massa corporal (IMC), duração do segundo estádio do trabalho de parto, parto instrumentalizado, peso e sexo do neonato, apresentação pélvica e outras não cefálicas, uso de narcótico intramuscular, cesárea de emergência e presença de mecônio no líquido amniótico um dos sinais que caracterizam SF.[17,21] SF ocorre devido à insuficiência uteroplacentária, levando a hipóxia fetal (sendo determinada por hiperatividade uterina, hipotensão materna, trabalho de

Tabela 4. Frequência e avaliação do Apgar no primeiro e quinto minutos em indicação de cesárea por sofrimento fetal e por outras causas

	Sofrimento fetal	Outras causas	Total	*p-value**
	1º minuto n (%)			
Apgar < 7	20 (8,1)	54 (6,5)	74 (6,9)	> 0,05
Apgar ≥ 7	227 (91,9)	772 (93,5)	999 (93,1)	
Total	247 (23)	826 (77)	1.073 (100)	
	5º minuto n (%)			
Apgar < 7	3 (1,2)	5 (0,6)	8 (0,8)	> 0,05
Apgar ≥ 7	244 (98,8)	820 (16,4)	1.064 (99,2)	
Total	247 (22,5)	825 (77,5)	1.072 (100)	

* Teste qui-quadrado de Pearson.

parto prolongado), e insuficiência fetoplacentária (como as patologias funiculares).[19] Seu diagnóstico é feito a partir da CTG, no entanto existem altos índices de falso-positivos, aumentando a incidência de cesáreas. Embora existam outros exames para obter maior acurácia (como aferição de pH), geralmente não são utilizados esses métodos complementares. Além disso, as outras condutas para SF, como ressuscitação intrauterina, são negligenciadas.[16]

A média de idade das mulheres foi de 27,7 anos, variando de 13 a 49 anos, representando as adolescentes (>13 e ≤19 anos) 12,2% das gestantes, valores menores que os 15,48% relatados para o Brasil e os 22% e 26,96% encontrados em municípios da região Sudeste.[11,22,23] Essa divergência pode ser explicada pela alta renda *per capita* do DF em relação à maioria dos estados brasileiros, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,824, mais alto do que o do Brasil (0,761).[22,24] Em países desenvolvidos, como a Inglaterra, os partos em adolescentes correspondem a 3,2% dos nascimentos, enquanto no Brasil cerca de 20% das mulheres têm seu primeiro filho na adolescência.[22,25] Ressalta-se que gravidez na adolescência pode levar a quadros de prematuridade, condição que pode predispor ao quadro de hipóxia fetal e, consequentemente, influenciar no Apgar fetal.[22]

A incidência de prematuros foi de apenas 5,5% (no Brasil, registram-se taxas de 10,99%), provavelmente pelo fato de o serviço estudado não ser referência para gestações e partos de alto risco com o número de partos em gestações com menos de 37 semanas podendo chegar a 19,1%.[11,21] Isso posto, essas baixas taxas não influenciaram nas análises do escore de Apgar por padrões alterados inerentes à própria prematuridade.

Primíparas corresponderam a 42,5%, número menor do que o encontrado no Brasil (31,71%), assim como em outros estados brasileiros onde a taxa é menor que a média nacional, como o Amazonas (27,79%) e o Pará (28,1%).[11] Apesar de a nuliparidade como característica obstétrica estar associada a menor probabilidade de intervenções, o percentual de cesáreas nesse grupo foi alto, o que é um dado preocupante, já que as cesáreas desnecessárias podem acarretar complicações importantes e comprometer o futuro reprodutivo.[1,14]

O peso médio dos RNs foi de 3.226,7 g, com extremos de 750 g e 5.570 g. A média da estatura foi de 48,9 cm, com mínima de 27 cm e máxima de 61 cm. O peso ideal dos RNs do sexo feminino é de 3.200 g e para o sexo masculino o peso adequado é de 3.300 g, estando dentro do aceitável entre 2.500 g e 4.500 g. Em relação à estatura, para o sexo masculino o comprimento é de 50 cm e para o sexo feminino, de 49 cm, sendo aceitável valores entre 53 cm e 46 cm.[26] Assim, as médias de peso e estatura do estudo estão adequadas e, consequentemente, têm pouca influência sobre o Apgar fetal.

O estudo apresenta limitações, sendo as mais relevantes as associadas ao fato de os dados terem sido coletados a partir de informações existentes nos prontuários. Assim, alguns fatores podem interferir na confiabilidade deles com o não preenchimento correto das informações, ficando estas incompletas, e a falta de padronização, como a própria indicação de cesárea, que é examinador-dependente, tornando-se um dado subjetivo. No entanto, esses fatores são importantes ao demonstrarem a realidade do sistema de saúde local.

CONCLUSÃO

A taxa de cesárea em um hospital público do Distrito Federal, no período de estudo, foi de 49,1%. Desses, 22,8% tiveram SF como indicação, sendo 23,8% por alteração no exame de CTG. Embora o escore de Apgar no primeiro minuto tenha sido estatisticamente significante nos RNs de cesárea, com chance 1,4 vez maior de Apgar < 7 em relação ao parto vaginal (OR: 1,4; IC95%: 1-2,05), não houve diferença em relação ao quinto minuto. O Apgar dos RNs de cesárea cuja indicação foi SF não se diferenciou das demais indicações, sendo o Apgar ≥ 7 no primeiro e quinto minutos em cerca de 92% e 99% dos nascimentos, respectivamente, chamando a atenção quanto à necessidade de melhor acurácia para o diagnóstico de SF, evitando-se, assim, superindicações de cesáreas.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi apoiada pelo Programa de Iniciação Científica da Escola Superior de Ciências da Saúde (PIC/ESCS), com a concessão de bolsa FEPECS aos estudantes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Geneva: WHO; 2015.
2. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJ, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections. Lancet. 2018;392(10155):1341-8. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7
3. Statista. Percentage of live births delivered by cesarean section worldwide in 2000 and 2015, by region [Internet]. 2018 [cited 2020 May 30]. Available from: https://www.statista.com/statistics/982511/c-section-delivery-rates-globally-by-region/
4. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. (Relatório de Recomendação nº 179).
5. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet. 2018;392(10155):1349-57. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5
6. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RB. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. Texto Contexto Enferm. 2012;21(2):418-26. doi: 10.1590/S0104-07072012000200021
7. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(1):34-40. doi: 10.1590/S0100-72032007000100006
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
9. Thavarajah H, Flatley C, Kumar S. The relationship between the five minute Apgar score, mode of birth and neonatal outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;31(10):1335-41. doi: 10.1080/14767058.2017.1315666

10. Razaz N, Cnattingius S, Joseph KS. Association between Apgar scores of 7 to 9 and neonatal mortality and morbidity: population based cohort study of term infants in Sweden. Obstet Anesth Dig. 2020;40(1):33-4. doi: 10.1097/01.aoa.0000652900.16480.ca
11. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde (TABNET). Nascidos vivos [Internet]. 2018 [cited 2020 July 9]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def
12. American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine; Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(3):179-93. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026. PMID: 24565430
13. Raspantini PR, Miranda MJ, Silva ZP, Alencar GP, Diniz SG, Almeida MF. O impacto do tipo de hospital e tipo de parto sobre a idade gestacional ao nascer no Município de São Paulo, 2013-2014. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(4):878-82. doi: 10.1590/1980-5497201600040016
14. Castro RC, Freitas cm, Damasceno AK, Esteche CG, Coelho TS, Brilhante AF. Resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos. Rev Enferm UFPE on line. 2018;12(4):832-9. doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a25202p832-839-2018
15. Ajah LO, Ibekwe PC, Onu FA, Onwe OE, Ezeonu TC, Omeje I. Evaluation of clinical diagnosis of fetal distress and perinatal outcome in a low resource Nigerian setting. J Clin Diagn Res. 2016;10(4):QC08-11. doi: 10.7860/JCDR/2016/17274.7687
16. Zugaib M. Zugaib obstetrícia. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016.
17. Yang C, Chen X, Zu S, He F. Retrospective analysis of risk factors for low 1-minute Apgar scores in term neonates. Braz J Med Biol Res. 2019;52(12):e9093. doi: 10.1590/1414-431X20199093
18. Nozar MF, Tarigo J, Fiol V. Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. An Facultad Med (Univ Repúb Urug, En línea). 2019;6(1):63-84. doi: 10.25184/anfamed2019v6n1a1
19. Montenegro CA, Rezende Filho J. Rezende: obstetrícia fundamental. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
20. Silveira SK, Trapani Júnior A. Monitorização fetal intraparto. São Paulo: Febrasgo; 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 100/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).
21. Omokhodion FO, Roberts OA, Onadeko MO, Beach JR, Cherry N, Burstyn I. Social, obstetric and environmental determinants of low Apgar score among infants born in four selected hospitals in Ibadan, Nigeria. J Obstet Gynaecol. 2018;38(4):454-60. doi: 10.1080/01443615.2017.1367764
22. Santos LA, Lara MO, Lima RC, Rocha AF, Rocha EM, Glória JC, et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(2):617-25. doi: 10.1590/1413-81232018232.10962016
23. Vargens OM, Reis CS, Nogueira MF, Prata JA, Silva cm, Progianti JM. Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: repercussões sobre a vitalidade do recém-nascido. Rev Enferm UERJ. 2017;25:e21717. doi: 10.12957/reuerj.2017.21717
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados do Brasil: Distrito Federal [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 23]. Available from: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama
25. National Health Service Digital. NHS Maternity Statistics 2016-2017. Leeds: Health and Social Care Information Centre; 2017.
26. Onis M, Garza C, Onyango AW, Martorell R. WHO Child Growth Standards. Acta Paediatr Suppl. 2006;95(450):1-101.

Femina
ARTIGO DE REVISÃO

As inconstitucionalidades da Resolução CFM nº 2.294/2021 sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida

The unconstitutionalities of Resolution CFM nº 2.294/2021 on the use of assisted reproduction techniques

Maria Berenice Dias[1], Marta Cauduro Oppermann[2]

RESUMO

O Conselho Federal de Medicina acaba de editar a Resolução nº 2.294/2021, publicada em 15 de junho de 2021, que aponta normas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Apesar de o propósito ser o aperfeiçoamento das práticas e a observância aos princípios éticos e bioéticos para trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, repete inconstitucionalidades das normatizações pretéritas e impõe mais restrições ao sonho das pessoas de ter filhos. Desse modo, mais do que avanços, o novo regramento provoca um retrocesso que não se coaduna com a garantia constitucional e legal que assegura o livre planejamento familiar.

RESUMO

The Brazilian Federal Council of Medicine has just edited the Resolution nº 2.294/2021, published on June 15, 2021, which sets out rules for the use of assisted reproduction techniques. Although the purpose is to improve practices and observe ethical and bioethical principles to bring greater safety and efficacy to medical treatments and procedures, it repeats the unconstitutionalities of past regulations and imposes more restrictions on people's dreams of having children. In this way, more than advances, the new regulation provokes a setback that is not consistent with the constitutional and legal guarantees of free family planning.

Descritores

Família; Livre planejamento familiar; Técnicas de reprodução assistida; Gestação de substituição

Keywords

Family; Free family planning; Assisted reproduction techniques; Replacement pregnancy

Submetido:
12/08/2021

Aceito:
04/10/2021

1. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
2. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Marta Cauduro Oppermann
Av. Ipiranga, 6.681, Partenon, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil
marta@mbdias.com.br

Como citar:
Dias MB, Oppermann MC. As inconstitucionalidades da Resolução CFM nº 2.294/2021 sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida. Femina. 2022;50(5):296-300.

O DIREITO CONSTITUCIONAL AO LIVRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Diz a Constituição da República[(1)] que a família é a base da sociedade e tem especial proteção do Estado. O mesmo se dá em âmbito internacional: a Declaração Universal dos Direitos do Humanos[(2)] estabelece que a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado.

Muito mais do que um conceito fechado, a entidade familiar no Brasil e no mundo não se esgota numa identificação singular, assumindo diversos desenhos, a justificar sua denominação no plural: famílias.

Não por outra razão, o texto constitucional, em um único dispositivo, passou a proteger de forma igualitária qualquer dos membros integrantes da família – quer nas famílias constituídas pelo casamento ou pela união está-

vel, quer nas famílias monoparentais[3] –, chancelando o direito ao livre planejamento familiar.[1] Cuida-se de premissas que pairam sobre toda a organização jurídica brasileira e são a porta de entrada para qualquer leitura interpretativa do direito.[4]

Buscando regulamentar o comando do constituinte, o legislador infraconstitucional editou a Lei nº 9.263/1996,[5] garantindo a todo cidadão o exercício do livre planejamento familiar, ou seja, de ações de regulação da fecundidade que garantam direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal,[2] a partir do oferecimento de todos os métodos e técnicas de concepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.[3]

Eis os marcos que norteiam o planejamento familiar no Brasil: liberdade de opção entre todos os métodos e técnicas de concepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. Para Gama,[6] trata-se de direito de natureza fundamental como o direito à reprodução deve ser reconhecido no âmbito constitucional como direito fundamental, a princípio como reflexo – ou uma das manifestações – do princípio e direito à liberdade, daí a procriação natural em que o homem e a mulher, na esfera do mais privado dos interesses, resolvem manter relação sexual e, responsavelmente, concebem um novo ser dentro do projeto parental.

Tão almejado por aqueles que nutrem o desejo de ter filhos, o direito reprodutivo ganhou outro significado a partir do avanço da ciência e do surgimento das técnicas de reprodução assistida. Um enorme colorido de opções passou a estar a serviço de toda e qualquer pessoa. Ninguém precisa ter par, manter relações sexuais ou ser fértil para se tornar pai ou mãe. O sonho de constituir uma família está ao alcance de qualquer um.

Nessa vasta gama de opções proporcionadas pela medicina, a gestação de substituição é uma das formas de concretizar o direito constitucional ao planejamento familiar e de reprodução, assegurando a todos a experiência da maternidade ou paternidade.

E se é dever dos profissionais das áreas médicas zelar para que seus pacientes usufruam dessas técnicas com segurança, é dever dos operadores do direito zelar pela devida interpretação do texto constitucional e infraconstitucional no que diz respeito à gestação por substituição.

A GESTAÇÃO POR SUBSTITUIÇÃO E A RESOLUÇÃO Nº 2.294/2021 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: INCONSTITUCIONALIDADE DAS LIMITAÇÕES AO LIVRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Gestação por conta de outrem, por substituição ou por sub-rogação são expressões que nada mais retratam do que a popularmente conhecida barriga de aluguel. A recente regulamentação do Conselho Federal de Medicina (CFM) – Resolução nº 2.294/2021[7] – autoriza o uso das técnicas de reprodução assista aos heterossexuais, homoafetivos e transgêneros. No entanto, impõe mais exigências para a gestação de substituição ou cessão temporária do útero do que os regramentos anteriores:

- A existência de problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética, em união homoafetiva ou pessoa solteira;
- Que a cedente temporária do útero deve ter ao menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros, parentesco consanguíneo até o quarto grau; e

Ausência de caráter lucrativo ou comercial para a cessão temporária do útero.

Em que pese o inequívoco objetivo de conferir eticidade à gestação de substituição, a regulamentação acabou atribuindo vigoroso caráter restritivo ao procedimento, descuidando-se do que determina a Constituição da República[1] e a Lei nº 9.263/1996.[5]

Corolário lógico do princípio da legalidade, ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei.[1] Significa que no âmbito das relações particulares é possível fazer tudo o que a lei não proíbe, em atenção ao princípio da autonomia da vontade.

Considerando que os comandos constitucional e legal primam pelo livre acesso de todos às técnicas de concepção – do que é exemplo a gestação de substituição –, as referidas exigências acabam representando verdadeiro óbice à concretização do sonho de ter uma família.

Daí a indispensabilidade de o CFM atentar ao que diz a Constituição e a Lei, as quais nada, absolutamente nada, referem a embasar premissas cerceadoras do direito fundamental ao livre planejamento familiar. Pelo contrário, a legislação assegura o oferecimento de todos os métodos e técnicas de concepção que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.[5]

A hermenêutica jurídica não justifica qualquer limitação. Não bastasse a inegável usurpação da competência legislativa para o tratamento da matéria, as premissas restritivas da Resolução não têm força normativa capaz de vedar ou limitar prática que a lei não prevê expressamente como proibida.

---

1 Art. 226, § 7º: "Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas."

2 Art. 2º: "Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal".

3 Art. 9º: "Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção".

Nem o caráter deontológico da Resolução autoriza sua sobreposição ao texto legal e à garantia constitucional, mormente quando coloca em xeque o direito à procriação, à constituição da família e, em *ultima ratio*, à felicidade.

O DIREITO DE DISPOSIÇÃO OU NÃO DO PRÓPRIO CORPO

As mais nobres motivações humanas podem validar tanto a decisão de uma mulher que escolhe dispor do seu corpo a fim de que outra pessoa constitua sua família quanto daquela que escolhe não dispor do seu próprio corpo para engravidar.

Altruísmo, gratidão ou necessidade são algumas das motivações louváveis que podem fazer com que uma mulher queira engravidar para outrem ou escolher alguém para engravidar por ela. Mesmo diante de razões tão dignas, nenhuma delas seria suficiente para ultrapassar os requisitos impostos pela Resolução nº 2.294/2021.[7]

Sendo o corpo um capital físico, simbólico e seus valores vinculados a questões morais, religiosas, filosóficas e econômicas,[8] sua disponibilidade é motivo de discórdia social e prática ainda socialmente reprovada.

Trata-se de limitação arraigada em uma concepção social puramente preconceituosa e discriminatória, sem qualquer razoabilidade. Sequer há falar em impedimento de ordem legal, uma vez que nem a Constituição da República e nem a legislação preveem qualquer limitação à escolha pela gestação de substituição, seja por parte de quem gesta, seja por parte de quem busca esse procedimento.

O corpo é considerado um aspecto da personalidade, protegido constitucionalmente no plano do direito público e privado. O Código Civil utiliza o termo *Direitos da Personalidade* para fazer referência aos atributos humanos, exigindo proteção especial também nas relações entre particulares.[9]

Positivados nos artigos 11 a 21 do Código Civil, não podem sofrer limitação voluntária (art. 11), sendo defeso o ato de disposição do próprio corpo quando importar diminuição permanente da integridade física ou contrariar os bons costumes (art. 13).[10]

Conquanto a abordagem do Código seja demasiadamente rígida e estrutural, trazendo sobre o tema *soluções fechadas* que não se ajustam bem à realidade contemporânea e à natureza dos direitos da personalidade,[9] não há qualquer vedação expressa à gestação de substituição. Assim, cumpre perquirir se tal importaria em diminuição permanente da integridade física, oposição aos bons costumes ou seria uma limitação voluntária.

Definitivamente, a gestação de substituição – ou qualquer gestação – não acarreta a perda parcial da integridade física da gestante, quiçá permanente. Inegável que a gravidez gera inúmeras alterações hormonais e corporais, mas todas reversíveis.

Com sua costumeira perspicácia, Pereira[8] afirma que, se a gravidez ocorresse no corpo dos homens, certamente essa questão já estaria regulamentada. Por quais motivos os lutadores profissionais recebem aval para dispor livremente da sua integridade física, colocando em risco a vida para praticarem uma luta tradicionalmente apreciada no meio masculino, mas a mulher não pode carregar por nove meses um novo ser?

Da mesma forma, não há como julgar contrário aos bons costumes o ato de alteridade de quem gesta um filho para outrem. Seja qual for a motivação, estará participando da concretização do tão sonhado desejo de outrem de constituir uma família.

Em uma sociedade pluralista, que protege constitucionalmente os mais diversos estilos de vida e preconiza a tolerância e a não discriminação, torna-se tarefa de difícil justificativa a proibição de atos individuais que não atinjam terceiros, sob o fundamento da violação dos bons costumes.[10]

Na hipótese de os atos de autonomia não gerarem efeitos jurídicos para além da esfera jurídica do seu titular, afasta-se definitivamente a cláusula geral de bons costumes, tratando-se de ato de eficácia pessoal, a salvo de qualquer limitação que seja alheia à vontade do titular.[11]

Não por outra razão, nos países em que a gestação de substituição é realizada sem tantas limitações, são inúmeros os relatos de "finais felizes": quem gesta sabe que ajudou alguém e quem recebe o filho sente a maior alegria e profundo agradecimento. Por que tal prática poderia afrontar os bons costumes?

Em estudo realizado nos Estados Unidos, onde diversos estados permitem inclusive a contraprestação às chamadas *surrogates*, foi verificado que, ao contrário do que se presume, as mulheres gestantes não estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade ou se sentem exploradas.[12] Pelo contrário, várias justificam a participação em tais projetos por se sentirem realizadas e orgulhosas de poderem fazer a diferença na vida de casais sem filhos.

"*Contrasting with this assertion, according to Stark (2012, p. 376), studies of US surrogates report that most surrogates 'are white, married, Christian, and not especially poor. They do not feel exploited... Many report that they enjoy being pregnant. They are proud of their accomplishment, and glad that they could make such a difference in the lives of otherwise childless couples'*"[4].[13]

A gestação de substituição nos Estados Unidos é prática tão difundida e não estigmatizada que a procura por esse método de concepção é expressiva tanto

4 Em tradução livre: "Contrastando esta assertiva, de acordo com Stark, estudos reportam que as gestantes nos EUA são na sua maioria 'brancas, casadas, cristãs e não necessariamente pobres. Elas não se sentem exploradas... Muitas referem que gostam de estar grávidas. Elas se sentem orgulhosas das suas conquistas e felizes que podem fazer tanta diferença na vida de um casal que não tem filhos'".

por mulheres que se propõem a gestar[12] quanto por aquelas que, por algum motivo, não podem ou não querem carregar o filho em seu ventre. São inúmeras as celebridades que se socorrem dessa prática para concretizarem seus sonhos parentais,[14] havendo incontáveis situações em que o bom relacionamento e a enorme gratidão à gestante são publicizados na mídia e em redes sociais.

Quanto à impossibilidade de direitos da personalidade sofrerem limitação voluntária, como o próprio texto sugere, nem mesmo o radicalismo do artigo 11 do Código Civil[10] está imune à relativização. A irrenunciabilidade de um direito da personalidade significa apenas que seu titular não pode se desfazer dele de modo definitivo.[9] Nesse sentido, o Enunciado nº 4 da I Jornada de Direito Civil do Centro de Estudos da Justiça Federal: o exercício dos direitos da personalidade pode sofrer limitação voluntária, desde que não seja permanente nem geral.[15]

Destarte, embora a codificação civil traga importantes guias para os limites dos atos de disposição dos direitos da personalidade, não são considerados absolutos e tampouco representam qualquer limitação à prática da gestação de substituição. Perceber igualmente dignas as escolhas da mulher que dispõe temporariamente do seu útero para gestar o filho de terceiros, bem como daquela que não deseja fazer uso do seu útero para ter um filho, constitui importante passo na construção de uma sociedade que protege o direito ao livre planejamento familiar sem distinção, sem discriminação.

DESCABIMENTO DA EXIGÊNCIA DE RELAÇÃO DE PARENTESCO NA GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO E DE A CEDENTE TER PELO MENOS UM FILHO: VIOLAÇÕES AO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA IGUALDADE

A ampliação do rol de pessoas que podem lançar mão das técnicas de reprodução assistida, como transgêneros, é um avanço. No entanto, a imposição da presença de relação de parentesco entre os envolvidos e a exigência de a cedente do útero ter ao menos um filho vivo, além de cercear o direito constitucional ao livre planejamento familiar, impõem incontestável condição de desigualdade.

Diz a Constituição da República que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à igualdade.[1] Cuida-se da consagração de um dos mais importantes princípios constitucionais, que deve nortear a atuação do legislador, do intérprete da lei e do particular.

Sendo assim, dispondo a Resolução nº 2.294/2021 sobre uma técnica que deve estar ao alcance de todos, é claramente inconstitucional a sua limitação apenas às pessoas que possuem parentes mulheres de até o quarto grau, com pelo menos um filho vivo.

Sequer a sujeição ao Conselho Regional de Medicina dos casos em que inexistem parentes com possibilidade de gestar ou disponibilidade para tanto supre esse fator de inequívoca desigualdade. Isso porque a Resolução não informa qual ou quais critérios devem ser utilizados nessas situações, sendo absoluta a falta de transparência que envolve uma decisão que é tão importante para os envolvidos.

Ao depois, diante da relativização dos vínculos biológicos e da sedimentação dos vínculos socioafetivos, seria de enorme prudência que a Resolução albergasse formalmente tais hipóteses, mormente quando a socioafetividade consiste em um ato-fato jurídico, que decorre de comportamento que, ao longo do tempo, constitui uma relação de parentesco.

Ora, tanto a exigência de parentesco quanto a existência de um filho não decorrem de fatores médicos, a garantir, por exemplo, maior segurança no desenvolvimento do feto. A autorização – ou não – acaba ocorrendo por fatores absolutamente aleatórios, sem qualquer razão de ordem médica a ensejar tal restrição. E na ausência de uma justificativa, infere-se que essas condições servem tão só para inibir as chances de remuneração à mulher que gesta. Porém, dita proibição já está expressa na Resolução (item VII, ponto 2).[7]

Logo, não há qualquer relação de causalidade entre a norma e seu propósito, tornando a restrição não só desigual, mas absolutamente desproporcional.

Na medida em que o princípio da proporcionalidade decorre da existência de relações causais, em que o meio e o fim são permeados pela adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito, a ausência da finalidade nesse controle normativo (meio) leva à sua automática inadequação, desnecessidade e desproporcionalidade em sentido estrito.[16]

Igualmente do ponto de vista psíquico, é de todo desaconselhável a busca pela mantença da gestação de substituição no seio da família. O aparente aspecto incestuoso que pode advir de uma gravidez entre parentes é inegavelmente um fator negativo para o filho, que terá dificuldade de entender, por exemplo, como foi gerado pela avó, sem que tenha havido uma relação sexual de seu pai com ela.

De outro lado, a necessidade de submeter o pedido ao órgão estadual, que não realiza qualquer procedimento investigatório sobre a alegação de inexistir alguma parente disposta a gerar uma criança, subtrai qualquer conteúdo decisório, mostrando-se providência oca, que só serve para retardar os anseios de quem sonha ser pai, ser mãe.

Destarte, nada justifica retirar dos médicos que estão diante de de seus pacientes a decisão pela melhor forma de concretização desse tão sonhado projeto parental. A segurança e a seriedade que envolvem sua realização manifestam-se não pela existência da relação de parentesco entre todos os envolvidos ou existência de pelo menos um filho, mas pela visão ética do profissional que irá realizar o procedimento.

CONCLUSÃO

São inúmeros os avanços na área da engenharia genética, os quais, no entanto, não podem ficar restritos a uma ínfima parcela de pessoas. Não é possível alijar ou impor dificuldades enormes a quem não possui parentes que possam contribuir com o inequívoco e incontestável direito de todos de terem a sua família. O Conselho Federal vem regulamentando a utilização das técnicas de reprodução assistida. Por se tratar de tema ainda tão injustificavelmente estigmatizado, age com excesso, impondo restrições e limitações de todo descabidas. Por isso se fazem necessários subsídios jurídicos para que se possa avançar, de forma que a missão médica caminhe lado a lado com o comando constitucional, que assegura o direito ao livre planejamento familiar. No que diz respeito especificamente à gestação de substituição, é necessário reconhecer que algumas das condições exigidas vão de encontro ao comando constitucional e infraconstitucional, aniquilando, assim, o direito de acesso a essa técnica, que ainda revolve grandes mitos e medos. Vigorando no Brasil o princípio da legalidade, segundo o qual ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei, as disposições do Conselho regulador da atividade médica devem atentar aos ditames constitucionais. De outro lado, é necessário considerar que a legislação infraconstitucional garante a liberdade de opção, assegurando o oferecimento de todos os métodos e técnicas de concepção que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. É indispensável, portanto, que a regulamentação do CFM disponha de razoabilidade, ditando diretrizes para que os médicos possam colocar em prática, com segurança e ética, a missão de levar saúde e felicidade a seus pacientes. Nada justifica impor restrições sem critérios científicos e motivações médicas, o que enseja afronta a um punhado de princípios constitucionais.

REFERÊNCIAS

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: ONU; 1948.
3. Veloso Z. Homossexualidade e direito. O Liberal. 1999 maio 25.
4. Sarlet IW. A eficácia dos direitos fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2014.
5. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1996 Jan 15 [cited 2021 Jun 10];Seç. 1:561. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm
6. Gama GC. A nova filiação: o biodireito e as relações parentais. Rio de Janeiro: Renovar; 2003.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.294, de 27 de maio de 2021. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida – sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.168, publicada no DOU de 10 de novembro de 2017, Seção 1, pág. 73. Diário Oficial da União [Internet]. 2021 Jun 15 [cited 2021 Jun 10];Seç. 1:60. Available from: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.294-de-27-de-maio-de-2021-325671317
8. Pereira RC. Barriga de aluguel: o corpo como capital. IBDFAM [Internet]. 2012 out 24 [cited 2021 Jun 10]. Available from: https://ibdfam.org.br/artigos/858/Barriga+de+aluguel:+o+corpo+como+capital
9. Schreiber A. Direitos da personalidade. São Paulo: Atlas; 2014.
10. Tepedino G, Barboza HH, Moraes MC. Código civil interpretado conforme a Constituição da República. Rio de Janeiro: Renovar; 2007.
11. Castro TD. Notas sobre a cláusula geral de bons costumes: a relevância da historicidade dos institutos tradicionais do direito civil. Pensar. 2017;22(2):425-42. doi: 10.5020/2317-2150.2017.6200
12. Bromfield NF, Rotabi KS. Global surrogacy, exploitation, human rights and international private law: a pragmatic stance and policy recommendations. Glob Soc Welf. 2014;1(3):123-35. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s40609-014-0019-4
13. Stark B. Transnational surrogacy and international human rights law. ILSA J Int Comp Law. 2012;18(2):369-86.
14. Vacco-Bolanos J. Kim Kardashian, Jimmy Fallon and more celebrities who used surrogates [Internet]. US Magazine. 2021 Aug 2 [cited 2021 Aug 10]. Available from: https://www.usmagazine.com/celebrity-moms/pictures/celebrities-who-had-children-via-surrogates/gabrielle-union-and-dwyane-wade/
15. Conselho da Justiça Federal. Jornada de Direito Civil. Brasília (DF): Centro de Estudos Judiciários; 2002.
16. Àvila H. Teoria dos princípios: da definição à aplicação dos princípios jurídicos. São Paulo: Malheiros; 2009.

Femina
ARTIGO DE REVISÃO

Aumento do risco cardiovascular em mulheres com síndrome do ovário policístico

Increased cardiovascular risk in women with polycystic ovary syndrome

Giovana Paula Caetano[1], Kelen Cristina Estavanate de Castro[1], Natália de Fátima Gonçalves Amâncio[1]

Descritores

Síndrome do ovário policístico; Doenças cardiovasculares; Síndrome metabólica; Fatores de risco cardiometabólico; Hiperandrogenismol

Keywords

Polycystic ovary syndrome; Cardiovascular diseases; Metabolic syndrome; Cardiometabolic risk factors; Hyperandrogenism

Submetido:
05/08/2021

Aceito:
29/11/2021

1. Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Rua Erick Paz de Andrade, 133, Boa Vista, 38705-113, Patos de Minas, MG, Brasil
nataliafga@unipam.edu.br

Como citar:
Caetano GP, Castro KC, Amâncio NF. Aumento do risco cardiovascular em mulheres com síndrome do ovário policístico. Femina. 2022;50(5):301-7.

RESUMO

Objetivo: A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma alteração endócrina comum em mulheres que estão em fase reprodutiva. Essa patologia pode estar relacionada a fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cardiometabólicas, o que a torna um tema relevante para discussão, visto sua grande prevalência na população feminina. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar os fatores de risco associados à SOP e verificar se há maior risco cardiovascular para as mulheres com essa síndrome. **Fonte de dados:** Foi realizada uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde, National Library of Medicine, Scientific Eletronic Library Online e EbscoHost, com os seguintes descritores: "Síndrome do ovário policístico e riscos cardiovasculares"; "Mulheres, policístico e riscos cardiovasculares"; "Ovário policístico e riscos" e "Mulheres, ovários policísticos"; "*Polycystic ovary and risks*"; "*Polycystic ovary syndrome and cardiovascular risk*" e "*Polycystic ovaries and cardiovascular*". **Seleção de estudos:** Foram encontrados 21 artigos, dos quais 15 atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Foram incluídos os artigos originais e as publicações entre o período de 2014 e 2021 que relacionavam diretamente a síndrome aos riscos cardiovasculares, síndromes metabólicas e alterações lipídicas. **Coleta de dados:** A estratégia de seleção dos artigos foi realizada mediante busca nas bases de dados selecionadas, leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto, leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. **Síntese de dados:** Todos os autores afirmam que a síndrome é um distúrbio ovulatório e metabólico, uma vez que a resistência à insulina e a consequente hiperinsulinemia compensatória podem ser exacerbadas pela coexistência da obesidade, presente em muitas mulheres com SOP. Além disso, foram identificados os fatores de risco tradicionais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, e 93,33% dos artigos analisados demonstraram que, entre as mulheres com a síndrome, alguns fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças parecem apresentar uma chance maior de estarem presentes. **Conclusão:** Ao final dessa revisão, foi possível responder à pergunta clínica proposta, pois todos os artigos pesquisados concluíram e trouxeram estudos comprovando que mulheres com a SOP possuem maiores chances de desenvolver algum problema cardiovascular precoce, devido a fatores como o hiperandrogenismo e o aumento da gordura visceral e da resistência insulínica.

ABSTRACT

Objective: *Polycystic ovary syndrome is an endocrine disorder, common in women who are in the reproductive phase. This pathology may be related to risk factors for the development of cardiometabolic complications, which makes it a relevant topic for discussion, given its high prevalence in the female population. This is an integrative literature review with the aim of identifying the risk factors associated with polycystic ovary syndrome and verifying whether there is a higher cardiovascular risk for women with this syndrome.* **Data source:** *A search was performed in the Virtual Health Library databases; National Library of Medicine; Scientific Electronic Library Online and EbscoHost, with the following descriptors: "Polycystic ovary syndrome and cardiovascular risks"; "Women, polycystic and cardiovascular risks"; "Polycystic ovaries and risks" and "Women, polycystic ovaries"; "Polycystic ovary and risks"; "Polycystic ovary syndrome and cardiovascular risk" and "Polycystic ovaries and cardiovascular".* **Study selection:** *Twenty-one articles were found, of which 15 met the previously established inclusion criteria. Original articles and publications between the period 2014 and 2021 that directly related the syndrome to cardiovascular risks, metabolic syndromes and lipid disorders were included.* **Data collect:** *The article selection strategy was performed by searching the selected databases; reading the titles of all articles found and excluding those that did not address the subject; critical reading of the abstracts of the articles and full reading of the articles selected in the previous steps.* **Data synthesis:** *All authors state that the Syndrome is an ovulatory and metabolic disorder, since insulin resistance and consequent compensatory hyperinsulinemia can be exacerbated by the coexistence of obesity, present in many women with polycystic ovary syndrome. In addition, traditional risk factors for the development of cardiovascular diseases were identified, with 93.33% of the articles analyzed showing that, among women with the syndrome, some risk factors for the development of such diseases seem to have a chance greater than being present.* **Conclusion:** *At the end of this review, it was possible to answer the proposed clinical question, as all the researched articles concluded and brought studies proving that women with polycystic ovary syndrome are more likely to develop an early cardiovascular problem, due to factors such as hyperandrogenism, the increase in visceral fat and insulin resistance.*

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma desordem endócrina, heterogênea e complexa, muito comum durante a fase reprodutiva, e pode estar relacionada a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas. O diagnóstico dessa síndrome é estabelecido por meio de critérios do Consenso de Rotterdam, o qual considerou que seu aparecimento ocorre em virtude da produção aumentada de andrógenos pelo ovário (atresia folicular com anovulação associada ao hiperandrogenismo). Assim, o consenso definiu que, para que haja o diagnóstico correto da síndrome, é necessário que existam dois dos três critérios a seguir: oligo/amenorreia, evidências clínicas ou laboratoriais de hiperandrogenismo (excluídas outras etiologias) e presença de ovários policísticos à ultrassonografia (presença de 12 ou mais folículos medindo entre 2 e 9 mm de diâmetro ou volume ovariano maior que 10 cm^3).[1]

Além das características específicas que definem a síndrome, a SOP é reconhecida por estar associada a um conjunto de fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), destacando-se diabetes tipo 2, síndrome metabólica (SM), obesidade central e dislipidemia, com a participação da resistência à insulina (RI) como agente integrador dessas diversas anormalidades cardiometabólicas.[2] A menor sensibilidade à insulina está associada à maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares.

A DCV é a principal causa de morbidade e mortalidade em mulheres em todo o mundo. Os fatores de risco para DCV são mais prevalentes e tendem a se agrupar em mulheres com SOP. Ela representa o distúrbio endócrino mais comum em mulheres em idade reprodutiva, com prevalência de até 15%. A SOP tem sido associada a anormalidades cardiometabólicas, como obesidade, dislipidemia, diabetes tipo 2, hipertensão e SM, que aumentam o risco de DCV.[3]

Entre os fatores de risco cardiovascular mais comuns na síndrome supracitada, a obesidade central é um dos principais, uma vez que a distribuição visceral de gordura está relacionada com a RI, um aspecto muito associado com a fisiopatologia da SOP. Ainda há evidências de que o acometimento do sistema vascular ocorre mais precocemente em mulheres com SOP do que em mulheres sem a síndrome e, quando ocorrem, têm pior prognóstico.[1]

O principal componente da SOP, o hiperandrogenismo – um distúrbio endócrino comum das pessoas do sexo feminino em idade reprodutiva, caracterizado pelo excesso de andrógenos como testosterona –, não é muito presente em estudos que avaliam sua associação com as doenças cardiovasculares. Entretanto, a sua relação com o metabolismo da insulina e as alterações do perfil lipídico elucidam esse distúrbio dos hormônios como um relevante estímulo ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica e, consequentemente, propensão ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Existem diversas condições que favorecem o aparecimento de patologias que acometem muitas mulheres, porém a relação específica entre a SOP e os precursores dessas patologias precisa ainda de mais investigação. As doenças cardiovasculares têm inúmeras repercussões sociais e econômicas em pacientes de maior idade, o que viabiliza a redução desses problemas se fosse trabalhado com a prevenção dos riscos cardiovasculares em mulheres de idade mais jovem.

Assim, com base na pergunta clínica: "Há maior risco cardiovascular para mulheres com SOP, quando comparadas a mulheres sem essa síndrome?", foi desenvolvida esta pesquisa de revisão com o objetivo de identificar, na literatura existente, relatos sobre os fatores de risco associados a SOP e verificar se há maior risco cardiovascular para as mulheres com essa síndrome.

MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura sobre o aumento do risco cardiovascular em mulheres com SOP. Para elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO (acrômio para *Patient*, *Intervention*, *Comparation* e *Outcome*). Assim, a questão de pesquisa delimitada foi: "Há maior risco cardiovascular para mulheres com SOP, quando comparadas a mulheres sem essa síndrome?". Nela, temos P = Mulheres com síndrome do ovário policístico; I = -; C = Mulheres com síndrome e mulheres sem síndrome e O = Risco cardiovascular. A partir do estabelecimento das palavras-chave da pesquisa, foi realizado o cruzamento dos descritores "Síndrome do ovário policístico e riscos cardiovasculares"; "Mulheres, policístico e riscos cardiovasculares"; "Ovário policístico e riscos" e "Mulheres, ovários policísticos"; "*Polycystic ovary and risks*"; "*Polycystic ovary syndrome and cardiovascular risk*" e "*Polycystic ovaries and cardiovascular*", nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e EbscoHost.

A busca foi realizada entre setembro de 2020 e julho de 2021. Foram considerados estudos publicados no período compreendido entre 2014 e 2021.

A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores.

Foram encontrados 21 artigos, nos idiomas português, inglês e espanhol, dos quais foram lidos os títulos, data de publicação e resumos publicados.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais e estudos experimentais que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, respondendo previamente à questão central da pergunta formulada. Além disso, foram escolhidas as publicações entre 2014 e 2021 e aquelas que relacionavam diretamente a SOP aos riscos cardiovasculares, síndromes metabólicas e alterações lipídicas.

Os níveis de evidências dos estudos previamente selecionados foram julgados pelas três autoras, e assim foram excluídos aqueles que não relacionaram a SOP com os elementos supracitados, além daqueles em que os estudos e experimentos não chegaram a uma conclusão específica sobre a correlação entre as variáveis (alto risco de viés), seja por insuficiência nos estudos, seja por interrupção do acompanhamento das pacientes após idade reprodutiva.

Assim, após leitura criteriosa das publicações, seis foram excluídos. Dessa forma, 15 artigos foram selecionados para a análise final e construção da revisão bibliográfica acerca do tema, seguindo a metodologia proposta pelo PRISMA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi apresentar e discutir os achados da literatura referentes ao aumento do risco cardiovascular em mulheres com SOP, por meio de estudos originais, artigos experimentais e revisões de literatura. Nesse contexto, os artigos foram lidos e foi percebido que ainda existem grandes incertezas quanto aos desfechos clínicos e níveis de mortalidade por doenças cardiovasculares em específico. Além disso, o fato de a maioria das pacientes observadas nos estudos serem predominantemente jovens e frequentemente apresentarem lipídios normais pode estar contribuindo para atrasos em sua avaliação e no adequado estabelecimento de seu manejo clínico, o que complica os estudos sobre o assunto.

Em nove dos quinze artigos utilizados para esta revisão, o diagnóstico da SOP foi estabelecido de acordo com os Critérios de Rotterdam, que exigem a presença de duas entre três das seguintes características: oligo/amenorreia, evidências clínicas e/ou laboratoriais de hiperandrogenismo (excluídas outras etiologias) e presença de ovários policísticos à ultrassonografia (presença de 12 ou mais folículos medindo entre 2 e 9 mm de diâmetro ou volume ovariano maior que 10 cm^3).

O hiperandrogenismo é caracterizado pelo aumento dos hormônios masculinos, causando manifestações clínicas tais como acne, aumento de pelos (hirsutismo) e queda de cabelo. Hiperandrogenemia é a presença de concentrações aumentadas dos hormônios masculinos no sangue. O andrógeno que melhor reflete a hiperandrogenemia é a testosterona (testosterona total e livre). O trabalho de Fernandez *et al.*[2] mostrou que a testosterona tem efeitos diferentes no tecido adiposo das mulheres, em comparação com os homens. Nos homens, a deficiência de testosterona está ligada a aumentos na obesidade e na adiposidade visceral, enquanto em mulheres com SOP há uma correlação positiva entre os níveis circulantes de testosterona e a obesidade.

Nessa mesma perspectiva, Zhu *et al.*[4] afirmam que a hiperandrogenemia é também uma característica diabetogênica potencial da SOP. Embora manifestando um efeito protetor em homens, o aumento da testosterona circulante em mulheres teve um efeito causal no risco de diabetes.

Todas as literaturas utilizadas para a construção desta revisão abordam que a SOP, além de ser um distúrbio ovulatório, pode ser considerada um distúrbio metabólico, uma vez que a RI e consequente hiperinsulinemia compensatória, que estão intimamente relacionadas à sua patogenicidade e comorbidades, podem ser exacerbadas pela coexistência da obesidade, que afeta 50% das mulheres com SOP.[5]

Observou-se também que, além da RI, as pacientes com SOP apresentam maior risco de desenvolver intolerância à glicose, *diabetes mellitus* (DM), dislipidemia e SM, todos os quais são fatores de risco tradicionais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares,

foco deste artigo. De acordo com Gamez *et al.*,[6] parece não haver dúvidas quanto à relação entre marcadores de obesidade do tipo androide e fatores de risco relacionados ao sistema cardiovascular nesse subgrupo da população feminina.

A RI também pode ser encontrada em pacientes com SOP com peso normal, mas sua frequência e magnitude aumentam na presença de obesidade (Quadro 1). Os estudos de Wanderley *et al.*[5] e Pandurevic *et al.*[7] afirmam que a obesidade é um fator de risco independente para o desenvolvimento de problemas cardíacos e é altamente prevalente na SOP, e tem sido sugerido que, independentemente do índice de massa corpórea (IMC), as mulheres com SOP tendem a acumular gordura na região abdominal visceral, o que lhes confere um risco metabólico.[5,7]

Altinkaya[8] ressalta o papel de duas adipocinas: galanina (um neuropeptídeo que tem efeitos não apenas na SM, mas também na reprodução) e glypican-4 (associada à sensibilidade à insulina por interagir diretamente com o receptor de insulina), que são provavelmente os principais reguladores do metabolismo da glicose e dos lipídios. Em seus achados, concluíram que ambas podem estar associadas à RI e à obesidade, destacando que mulheres com SOP exibiram níveis mais baixos de galanina e concentrações mais altas de glypican-4 do que aquelas sem SOP. Entretanto, o artigo elucida a necessidade de mais estudos para determinar se essas adipocinas podem ser usadas como marcadores adicionais dessa patogênese.

Durante essa revisão, foi encontrado que as maiores implicações para a saúde de pacientes com SOP estão associadas ao excesso de peso e à circunferência abdominal, uma vez que a gordura abdominal visceral está associada ao aumento da RI.

Nesse viés, Andrade *et al.*[9] e Zhao *et al.*[10] afirmam que o sistema cardiovascular da mulher com SOP é afetado, independentemente da obesidade, devido ao distúrbio metabólico associado à respectiva síndrome.[9,10] A dislipidemia, o diabetes e a obesidade por si só são fatores de risco graves para doenças cardiovasculares, explicando por que mulheres com essa síndrome são mais predispostas também à hipertensão.

A hipertensão pode desenvolver-se em mulheres com SOP a partir do hiperaldosteronismo, por meio da ativação do sistema renina-angiotensina. Estudos mostraram que essas mulheres aparentemente têm níveis mais altos de aldosterona do que controles pareados por idade e IMC, embora dentro dos limites normais. Além disso, a hiperinsulinemia compensatória relacionada à RI tem sido implicada na ocorrência de hipertensão em mulheres com SOP por meio de um desequilíbrio no sistema nervoso autônomo, aumento da reabsorção renal de sódio, bem como redução na produção de óxido nítrico.[11]

Walber *et al.*[1] também analisaram a associação entre a presença de SOP e alteração da pressão arterial, mostrando que a prevalência de níveis pressóricos elevados em mulheres com SOP é quase o dobro daquela registrada em mulheres hígidas (18,6 *vs.* 9,9%). Philbois *et al.*[12] destacam que as mulheres com essa patologia apresentam alta prevalência de alterações no controle autonômico cardiovascular, principalmente modificações na modulação autonômica da variabilidade da frequência cardíaca.[12] Diversos são os fatores de risco já notificados para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, porém, quando uma doença metabólica como a SOP se sobrepõe a esses fatores, os riscos parecem aumentar. Esses dados são importantes na tentativa de identificar as mulheres mais suscetíveis às doenças cardiovasculares enquanto ainda são jovens.

Dessa forma, a maioria dos artigos analisados nesta revisão (93,33%) demonstrou que, entre as mulheres com SOP, alguns fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares parecem apresentar uma chance maior de estarem presentes, como a obesidade e as alterações nos níveis séricos do HDL-colesterol (Quadro 1).

Quadro 1. Relação entre SOP, IMC, RI e RCV encontrada nas literaturas abordadas

Estudo	Título	Achados principais
Walber *et al.* (2018)[1]	Fatores associados a doenças cardiovasculares presentes em mulheres com síndrome dos ovários policísticos	Entre as pacientes com diagnóstico de SOP, 2/3 apresentaram sinais clínicos de hiperandrogenismo → hiperandrogenismo pode levar ao ↑ da gordura visceral, ↓ da RI e, consequentemente, ↓ da lipólise, do HDL-colesterol e ↑ do LDL-colesterol e, portanto, ↑ do risco para eventos cardiovasculares.
Fernandez *et al.* (2018)[2]	Long-Lasting Androgen-Induced Cardiometabolic Effects in Polycystic Ovary Syndrome	Várias linhas de evidência mostram uma correlação + entre hiperandrogenemia na SOP e obesidade, RI e PA ↑, sugerindo que a hiperandrogenemia é um fator-chave subjacente aos distúrbios cardiometabólicos presentes na SOP. Mulheres com SOP têm níveis de renina ↑ que se correlacionam com os níveis circulantes de andrógenos. A ativação do sistema renina-angiotensina desempenha um papel importante na fisiopatologia de vários modelos de hipertensão. Além disso, encontrou-se que ~60% das pacientes eram obesas (IMC > 30 kg/m^2) e 20% eram gravemente obesas (IMC > 40 kg/m^2). A obesidade é um fator de risco conhecido para hipertensão, mas ainda não está claro se o ↑ da PA na SOP é devido à obesidade.

Estudo	Título	Achados principais
Meun *et al.* (2020)[3]	The cardiovascular risk profile of middle-aged women withpolycystic ovary syndrome	Mulheres de meia-idade com SOP exibem apenas um perfil cardiometabólico moderadamente desfavorável, em comparação com controles da mesma idade, embora possam apresentar ↑ da circunferência da cintura, IMC e hipertensão.
Zhu *et al.* (2021)[4]	Polycystic Ovary Syndrome and Risk of Type 2 Diabetes, Coronary Heart Disease, and Stroke	Não foi encontrada nenhuma associação de SOP geneticamente prevista com risco de diabetes, CHD ou AVC. Isso sugere que a SOP por si só não aumenta o risco desses resultados. Outras características da SOP (obesidade, testosterona elevada, globulina de baixa ligação aos hormônios sexuais) podem explicar a associação entre SOP e doenças cardiometabólicas.
Wanderley *et al.* (2018)[5]	Association between Insulin Resistance and Cardiovascular Risk Factors in Polycystic Ovary Syndrome Patients	RI foi encontrada em 50%-80% dos pacientes com SOP RI > em mulheres de IMC > 30 kg/m^2
Gamez *et al.* (2016)[6]	Síndrome de ovario poliquístico: fenotipos y enfermedad cardiovascular	Conclui-se que na população jovem com SOP, em idade reprodutiva inicial, tanto o VAI quanto o LAP são bons marcadores que permitem avaliar a RI e a RCV associada. A análise dos parâmetros metabólicos entre os fenótipos da SOP indica que a RCV ocorre independentemente da condição androgênica na população analisada.
Pandurevic *et al.* (2021)[7]	Body mass index rather than the phenotype impacts precocious ultrasound cardiovascular risk markers in polycystic ovary syndrome	Os estudos confirmaram que a obesidade é um dos principais fatores que contribuem para a doença cardiovascular na população em geral e é altamente prevalente na SOP. Concluíram que a obesidade, em vez do fenótipo hiperandrogênico, impacta negativamente os marcadores de RCV nos EUA precoce na SOP. Além disso, a EFT mostrou a associação + com o IMC, destacando seu potencial para ↑ do RCV na SOP.
Altinkaya (2021)[8]	Galanin and glypican-4 levels depending on metabolic and cardiovascular risk factors in patients with polycystic ovary syndrome	Os níveis de galanina (neuropeptídeo que tem efeitos não apenas na síndrome metabólica, mas também na reprodução) foram ↓ e os níveis de glypican-4 (adipocina associada à sensibilidade à insulina por interagir diretamente com o receptor de insulina) foram ↑ em mulheres com SOP do que no grupo controle. Porém, precisa-se de mais estudos para determinar se essas adipocinas podem ser usadas como marcadores adicionais para a sensibilidade à insulina e perfil lipídico e se podem desempenhar um papel na patogênese da SOP, na qual há ↑ dos RCVs.
Andrade *et al.* (2016)[9]	Current aspects of polycystic ovary syndrome: A literature review	Mulheres com SOP, além de anovulação e infertilidade, apresentam risco ↑ de desenvolver hipertensão (40% das mulheres estudadas) e doenças cardiovasculares em associação com síndrome metabólica.
Zhao *et al.* (2016)[10]	Polycystic ovary syndrome (PCOS) and the risk of coronary heart disease (CHD): a meta-analysis	Em uma análise mais estratificada por tipo de DCV, uma associação significativa foi encontrada entre SOP e doença cardíaca coronária (CHD). No entanto, nenhuma associação significativa foi observada entre SOP e IM. Em conclusão, a metanálise sugeriu que a SOP está significativamente associada com risco ↑ de CHD.
Osibogun *et al.* (2020)[11]	Polycystic ovary syndrome and cardiometabolic risk: Opportunities for cardiovascular disease prevention	Mulheres com SOP apresentam ↑ prevalência de fatores de risco para DCV, mediados principalmente pela RI, bem como por processos hormonais e metabólicos. Além disso, a SOP deve ser considerada um fator de risco significativo para DCV, independentemente do IMC.
Philbois *et al.* (2019)[12]	Mulheres com síndrome do ovário policístico apresentam menor sensibilidade barorreflexa, a qual pode estar associada ao aumento da gordura corporal	Foram incluídas 90 voluntárias com idade entre 18 e 39 anos, 30 mulheres sem SOP, como grupo controle, e 60 mulheres com SOP, subdivididas de acordo com o IMC: grupo com peso normal (30 mulheres) e grupo obeso (30 mulheres). O grupo SOP obeso apresentou maior IMC, peso e percentual de gordura corporal que os demais grupos. Em relação à PA, o grupo obeso apresentou > valores de PA diastólica e PA média em comparação com os grupos controle e SOP com peso normal. Entretanto, existem poucos estudos na literatura sobre obesidade e SOP, e eles são contraditórios, com alguns apontando essa associação como um fator negativo na VFC, enquanto outros relatam que não há associação entre o aumento do peso e SOP.

Estudo	Título	Achados principais
Leite (2020)[13]	Saúde cardiovascular das mulheres do século XXI	No sexo feminino, a bomba que envia sangue do coração para os pulmões para trocas gasosas é < do que a dos homens, fazendo com que elas tenham um volume sistólico <, um débito cardíaco < e uma frequência cardíaca >, risco > de AVC → DAC é a principal causa de morte nas mulheres. As mulheres estão em vantagem por apresentarem hormônios que preservam a saúde vascular, porém, na presença de algumas alterações ginecológicas, como na menopausa precoce e na SOP, esse contexto se inverte à se dá por meio de alterações no perfil lipídico mediante níveis ↓ de HDL e ↑ de colesterol total, LDL e triglicerídeos, além de ↑ na produção de citocinas pró-inflamatórias devido à obesidade visceral e ↑ chance de calcificação da artéria coronária, que pode culminar em hipertensão arterial, aterosclerose e AVC.
Ávila *et al*. (2014)[14]	Síndrome dos ovários policísticos: implicações da disfunção metabólica	A RI acompanhada principalmente pela hiperinsulinemia altera a homeostase e contribui para o RCV mediado pela coexistência da síndrome metabólica, que se combina aos estigmas clássicos da SOP. Enfatiza-se a autonomia da SOP como fator de RCV, sobretudo em relação ao diabetes tipo 2, distinguindo-se a convergência para o diabetes e a dislipidemia independentemente do IMC.
Oliveira *et al.* (2018)[15]	Mulheres com risco cardiovascular: revisão das pesquisas das pós-graduações brasileiras	Aponta a obesidade e o sobrepeso como fatores de risco importantes, pois apresentam efeito nocivo à saúde mesmo quando identificados de forma isolada, além de estarem relacionados ao RCV. Destacaram-se as manifestações da SM, que podem ser observadas em muitas pacientes com SOP, envolvendo a hipertensão arterial, obesidade, tolerância ↓ à glicose e à dislipidemia. Evidenciou-se a ausência de pesquisas em relação a alguns fatores de risco abordados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), como o tabagismo, o *diabetes mellitus*, o estresse e o uso do anticoncepcional. Esse é um achado relevante, pois aponta possibilidades de novas pesquisas, bem como caminhos de investigação que podem ser trilhados.

SOP: síndrome dos ovários policísticos; IMC: índice de massa corpórea; RI: resistência à insulina; RCV: riscos cardiovasculares; PA: pressão arterial; CHD: doença cardíaca coronária; VAI: índice de adiposidade visceral; LAP: produto de acumulação lipídica; EFT: espessura da gordura epicárdica; DCV: doença cardiovascular; IM: infarto do miocárdio; VFC: variabilidade da frequência cardíaca; AVC: acidente vascular cerebral; DAC: doença arterial coronariana.

No trabalho de Leite[13] e Ávila *et al.*,[14] em concordância com grande parte das literaturas revisadas, é apontado que o aumento no risco cardíaco nas mulheres que sofrem de SOP se dá por meio de alterações no perfil lipídico mediante níveis mais baixos de HDL e mais altos de colesterol total, LDL e triglicerídeos, além de aumento na produção de citocinas pró-inflamatórias devido a obesidade visceral e maior chance de calcificação da artéria coronária, que pode culminar em hipertensão arterial, aterosclerose e acidente vascular cerebral.[13,14]

Assim, modificações de estilo de vida, desde o diagnóstico da SOP, como incentivo a uma dieta saudável, exercícios regulares e perda de peso, são consideradas a terapia de primeira linha para o tratamento de mulheres acometidas por essa patologia.[11,15,16] Entretanto, ainda são necessários muitos estudos que acompanhem mulheres com SOP até uma idade muito avançada, pois é por meio deles que serão fornecidas respostas definitivas sobre o risco de DCV e os mecanismos envolvidos. Portanto, a avaliação cardiovascular e o acompanhamento das mulheres com essa síndrome ainda devem ser realizados.[3,17,18]

CONCLUSÃO

A SOP é, portanto, reconhecida por estar associada a um conjunto de fatores de risco para DCV, destacando-se também o diabetes tipo 2, a SM, a obesidade central, a hipertensão e a dislipidemia. Em relação aos achados principais, foi possível inferir que as pacientes com a síndrome podem apresentar aumento da obesidade central e abdominal e redução da RI e da lipólise, o que leva a um acúmulo de LDL, tornando maiores os riscos de eventos cardiovasculares, como obstrução coronariana, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Após longos estudos e análise de diversas bibliografias, conclui-se que mulheres com SOP possuem maiores riscos cardiovasculares do que as sem SOP, pois todos os artigos concluíram e trouxeram estudos comprovando que mulheres com a síndrome apresentam risco aumentado de desenvolver hipertensão e doenças cardiovasculares em associação com SM, tendo, na maioria dos casos, pior prognóstico. Portanto, embora essa síndrome seja uma doença comum e prevalente, ainda são necessários muitos estudos que acompanhem mulheres

portadoras até uma idade mais avançada, no período pós-menopausa, pois as respostas definitivas sobre o risco de DCV e os mecanismos envolvidos precisam de observações a longo prazo. Com esta revisão integrativa de literatura, buscou-se fazer um compilado e uma análise das diversas fontes e estudos acerca do tema, visando destacar a importância da realização do diagnóstico e do acompanhamento dessas mulheres e da avaliação cardiovascular além da idade reprodutiva, bem como foi ressaltado ao longo deste texto.

REFERÊNCIAS

1. Walber FK, Traebert J, Nunes RD. Fatores associados a doenças cardiovasculares presentes em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. Arq Catarin Med. 2018;47(3):38-49.
2. Fernandez ET, Adams KV, Syed M, Maranon RO, Romero DG, Cardozo LY. Long-lasting androgen-induced cardiometabolic effects in polycystic ovary syndrome. J Endocr Soc. 2018;2(8):949-64. doi: 10.1210/js.2018-00131
3. Meun C, Gunning MN, Louwers YV, Peters IL, Roos-Hesselink J, van Lennep JR, et al. The cardiovascular risk profile of middle-aged women with polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol (Oxf). 2020;92(2):150-8. doi: 10.1111/cen.14117
4. Zhu T, Cui J, Goodarzi MO. Polycystic ovary syndrome and risk of type 2 diabetes, coronary heart disease, and stroke. Diabetes. 2021;70(2):627-37. doi: 10.2337/db20-0800
5. Wanderley MS, Pereira LC, Cunha VS, Neves MJ. Association between insulin resistance and cardiovascular risk factors in polycystic ovary syndrome patients. Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(4):188-95. doi: 10.1055/s-0038-1642634
6. Gamez JM, Abruzzeseb G, Cerrone G, Lioyd G, Otero P, Mormandi E, et al. Síndrome de ovario poliquístico: fenotipos y enfermedad cardiovascular. Rev Argent Endocrinol Metab. 2016;53(4):149-56. doi: 10.1016/j.raem.2016.11.004
7. Pandurevic S, Bergamaschi L, Pizzi C, Patton L, Rucci P, Corzani F, et al. Body mass index rather than the phenotype impacts precocious ultrasound cardiovascular risk markers in polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol. 2021;184(1):199-208. doi: 10.1530/EJE-20-0725
8. Altinkaya SO. Galanin and glypican-4 levels depending on metabolic and cardiovascular risk factors in patients with polycystic ovary syndrome. Arch Endocrinol Metab. 2021;65(4):479-87. doi: 10.20945/2359-3997000000340
9. Andrade VH, Mata AM, Borges RS, Costa-Silva DR, Martins LM, Ferreira PM, et al. Current aspects of polycystic ovary syndrome: a literature review. Rev Assoc Med Bras (1992). 2016;62(9):867-71. doi: 10.1590/1806-9282.62.09.867
10. Zhao L, Zhu Z, Lou H, Guodong Z, Huang W, Zhang S, et al. Polycystic ovary syndrome (PCOS) and the risk of coronary heart disease (CHD): a meta-analysis. Oncotarget. 2016;7(23):33715-21. doi: 10.18632/oncotarget.9553
11. Osibogun O, Ogunmoroti O, Michos ED. Polycystic ovary syndrome and cardiometabolic risk: opportunities for cardiovascular disease prevention. Trends Cardiovasc Med. 2020;30(7):399-404. doi: 10.1016/j.tcm.2019.08.010
12. Philbois SV, Gastaldi AC, Facioli TP, Felix AC, Reis RM, Fares TH, et al. Mulheres com síndrome do ovário policístico apresentam menor sensibilidade barorreflexa, a qual pode estar associada ao aumento da gordura corporal. Arq Bras Cardiol. 2019;112(4):424-9. doi: 10.5935/abc.20190031
13. Leite CD. Saúde cardiovascular das mulheres do século XXI. Braz J Dev. 2020;6(11):90673-87. doi: 10.34117/bjdv6n11-468
14. Ávila MA, Bruno RV, Barbosa FC, Andrade FC, Silva AC, Nardi AE. Síndrome dos ovários policísticos: implicações da disfunção metabólica. Rev Col Bras Cir. 2014;41(2):106-10. doi: 10.1590/S0100-69912014000200006
15. Oliveira G, Schimith MD, Ressel LB, Prates LA, Munhoz OL, Champe TS. Women with cardiovascular risk: review of research from Brazilian graduate programs. Rev Bras Promoç Saúde. 2018;31(2):1-11. doi: 10.5020/18061230.2018.6938
16. Moran LJ, Misso ML, Wild RA, Norman RJ. Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and metaanalysis. Hum Reprod Update. 2010;16(4):347-63. doi: 10.1093/humupd/dmq001
17. Melo AS, Vieira CS, Barbieri MA, Rosa-E-Silva AC, Silva AA, Cardoso VC, et al. High prevalence of polycystic ovary syndrome in women born small for gestational age. Hum Reprod. 2010;25(8):2124-31. doi: 10.1093/humrep/deq162
18. Cussons AJ, Watts GF, Burke V, Shaw JE, Zimmet PZ, Stuckey BG. Cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome: a comparison of different approaches to defining the metabolic syndrome. Hum Reprod. 2008;23(10):2352-8. doi: 10.1093/humrep/den263

Femina
ARTIGO DE REVISÃO

Infecção por COVID-19 na gestação

COVID-19 infection in pregnancy

Bruno Calgaro de Carvalho[1], Letícia Neves Kloppel[1], Renata Córdova Vieira[1]

Descritores
Gravidez; COVID-19; SARS-CoV-2

Keywords
Pregnancy; COVID-19; SARS-CoV-2

RESUMO

SARS-CoV-2 é um novo agente infeccioso e pouco se sabe acerca do risco de sua infecção para o desenvolvimento embrionário e fetal humano, por isso é de extrema importância identificar o quadro clínico da infecção em gestantes, bem como registrar as complicações perinatais associadas à COVID-19. O quadro clínico em gestantes é semelhante ao do restante da população, contudo foi observado um aumento potencial de desfechos adversos em gestantes – como admissão em unidade de terapia intensiva, necessidade de ventilação mecânica e maior risco de parto prematuro e de cesáreas – e as taxas de mortalidade são semelhantes às da população em geral. Uma questão recorrente e ainda não elucidada seria a possibilidade de transmissão vertical do SARS-CoV-2.

ABSTRACT

SARS-CoV-2 is a new infectious agent, which little is known about the risk of its infection for human embryonic and fetal development, it is extremely important to identify the clinical symptoms of the infection in pregnant women, as well as to record the perinatal complications associated with COVID-19. The clinical symptoms in pregnant women is similar to the rest of the population, an increase in the risk of adverse outcomes in pregnant women was observed, such as: intensive care unit admission, need for mechanical ventilation, a higher risk of prematurity and cesarean, however mortality rates are similar to the general population. A recurring and unexplained issue would be the possibility of vertical transmission of SARS-CoV-2

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, casos de uma nova pneumonia associada ao coronavírus foram relatados pela primeira vez na cidade de Wuhan, China. Essa nova doença foi denominada COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de fevereiro de 2020, e foi declarada como uma pandemia, em 11 de março de 2020. Os coronavírus são vírus de ácido ribonucleico (RNA) de fita simples, envelopados, que causam doenças desde resfriados comuns até doenças graves. Mulheres grávidas podem ser suscetíveis a desenvolver sintomas mais graves após a infecção por vírus respiratórios, devido a alterações fisiológicas dos sistemas imunológico e cardiopulmonar durante a gravidez. Tanto o SARS-CoV quanto o MERS-CoV foram associados a maiores taxas de letalidade e a complicações mais graves durante a gravidez. No entanto, existem relatórios limitados sobre o impacto da COVID-19 durante a gravidez. Como resultado, os efeitos potenciais sobre os desfechos fetais e neonatais não são claros, e mais estudos são urgentemente necessários no que diz respeito ao manejo de mulheres grávidas com COVID-19. O objetivo deste estudo foi revisar as manifestações clínicas e os desfechos maternos e perinatais em gestantes portadoras de COVID-19.

MÉTODOS

A busca de artigos foi realizada nos meses de março e abril de 2021, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *National Library*

Submetido:
25/10/2021

Aceito:
01/12/2021

1. Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Letícia Neves Kloppel
leticiakloppel@yahoo.com.br

Como citar:
Carvalho BC, Kloppel LN, Vieira RC. Infecção por COVID-19 na gestação. Femina. 2022;50(5):308-10.

of Medicine (PubMed). Os descritores de ciência em saúde estabelecidos foram: "gravidez" ou "gestação" e "COVID-19" ou "SARS-CoV-2". Foram considerados artigos nos idiomas português, espanhol e inglês, identificados no título, resumo ou palavras-chave dos artigos, com o período das publicações entre 1999-2021. A busca resultou em 12 estudos escolhidos para a revisão, após a aplicação dos critérios de inclusão, tais como: história do vírus, quadro clínico da infecção viral por coronavírus, sintomas de gravidade, diagnóstico, infecção em gestantes e complicações perinatais.

DISCUSSÃO

O vírus SARS-CoV-2 foi identificado pela primeira vez no início de 2020 e se espalhou por todo o mundo, causando a pandemia da COVID-19. O vírus é um membro da família *Coronavirus*, que inclui vírus que causam resfriado comum, síndrome respiratória do oriente médio (MERS) e síndrome respiratória aguda grave (SARS). MERS e SARS são conhecidos por causar eventos adversos na gravidez. Já o SARS-CoV-2 é um novo agente infeccioso e pouco se sabe sobre o risco de sua infecção para o desenvolvimento embrionário e fetal humano.[1]

O quadro clínico da COVID-19 na população em geral caracteriza-se por: febre (91%), tosse (67%), fadiga (51%) e dispneia (30%). Febre (68%) e tosse (34%) também são os sintomas mais comuns em mulheres grávidas com COVID-19, associados a dispneia (12%), diarreia (6%) e mal-estar (12%).[1] As informações até agora mostram que as mulheres gestantes não parecem ter maior probabilidade de contrair a infecção do que a população em geral.[2]

De acordo com a gravidade da doença, a COVID-19 é classificada como leve (pneumonia sintomática), grave (taquipneia ≥ 30 ciclos/minuto ou saturação de oxigênio ≤ 93% em repouso, ou PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg) e crítica (insuficiência respiratória que requer intubação endotraqueal, choque ou outra falência de órgão que requeira cuidados intensivos), sendo responsável por 81%, 14% e 5% dos casos no população geral, respectivamente.[3] A OMS relatou um grande estudo de coorte de 147 mulheres grávidas com COVID-19, e apenas 8% e 1%, respectivamente, estavam grave e criticamente doentes.[3]

O diagnóstico deve ser realizado com um ensaio de reação em cadeia da polimerase da transcriptase reversa em tempo real (RT-PCR), sendo o padrão-ouro para o diagnóstico. A radiografia de tórax e a tomografia computadorizada (TC) de tórax podem auxiliar no diagnóstico e ser usadas para avaliar a extensão da COVID-19, bem como no seu seguimento. A radiografia torácica pode ser realizada de forma rápida e fácil à beira do leito, enquanto a TC de tórax é mais sensível no estágio inicial da infecção. No entanto, as preocupações com relação aos potenciais efeitos teratogênicos da exposição à radiação para o feto são inevitáveis. A dose cumulativa de radiação ionizante aceita durante a gravidez é de 5 rad, e nenhum estudo diagnóstico excede essa dose. A quantidade de exposição para o feto a partir de uma radiografia torácica de duas incidências da mãe é de apenas 0,00007 rad, e 10 cortes de TC de tórax resultam em uma exposição de <0,1 rad. Portanto, em mulheres grávidas com suspeita de COVID-19, a radiografia torácica e a TC, se indicadas, podem ser consideradas e realizadas com segurança.[4]

Um estudo publicado pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) avaliou aproximadamente 400.000 mulheres sintomáticas para COVID-19, com idades entre 15 e 44 anos, e identificou que a admissão em unidades de terapia intensiva, a necessidade de intubação ou oxigenação extracorpórea e até a morte eram mais frequentes em mulheres grávidas do que em mulheres não grávidas. Mesmo assim, os riscos absolutos desses desfechos, incluindo morte materna, ainda são inferiores a 1% nesse estudo.[5]

O CDC alertou recentemente contra um risco aumentado de parto prematuro entre grávidas com COVID-19. Em um estudo que incluiu mulheres com infecção por COVID-19 no segundo trimestre, as gestantes tiveram maiores taxas de parto prematuro devido a rotura prematura das membranas ovulares, natimorto e sofrimento fetal. Entre outras complicações durante a gravidez, foram citadas: morte materna, hipóxia, coagulopatia intravascular disseminada, morte fetal intrauterina, restrição de crescimento intrauterino e aborto espontâneo.[6]

Os níveis aumentados de interleucina (IL)-1β, IL-6, fator de necrose tumoral alfa (TNF-α) e outras citocinas detectados em mulheres grávidas infectadas com SARS-CoV-2 podem induzir o parto e levar ao aborto no primeiro e segundo trimestres e ao nascimento prematuro no terceiro trimestre. Além disso, a IL-1β e a IL-6 também medeiam defeitos fetais relacionados à ativação imune materna, incluindo anormalidades de desenvolvimento mental associadas a displasia broncopulmonar e lesão cerebral. A exposição ao TNF-α pode levar a interrupção do desenvolvimento embrionário e defeitos do tubo neural no feto.[7]

Uma afirmação consistente é que a incidência de parto prematuro e de cesariana após a infecção por COVID-19 em grávidas é maior. Uma revisão sistemática incluindo 18 artigos com 108 gestações e 75 recém-nascidos relatou uma taxa extremamente alta de cesariana, cerca de 92%, em grande parte devido a sofrimento fetal.[7,8]

A infecção viral da decídua e da placenta pode causar a produção de fatores imunológicos solúveis que atingem o feto e podem afetar o seu desenvolvimento.[8]

Cardenas *et al.*[9] desenvolveram um modelo animal para avaliar as consequências de uma infecção viral para o feto. Eles descobriram que a infecção viral materna pode levar à replicação produtiva na placenta e à resposta inflamatória fetal, mesmo quando o vírus não é detectado no feto. Eles sugerem que a infecção viral da placenta pode causar uma resposta inflamatória fetal que, por sua vez, causa danos aos órgãos e deficiências no desenvolvimento e que a infecção viral também pode sensibilizar a mãe grávida a produtos bacterianos e promover o parto prematuro.[9]

Neste momento, não está claro se o SARS-CoV-2 pode ser transmitido verticalmente. A maioria dos relatos de casos de gestantes positivas para SARS-CoV-2 documenta resultados negativos do PCR para SARS-CoV-2 nos recém-nascidos, placenta, sangue do cordão umbilical e secreções vaginais. No *NYU Winthrop Hospital*, dados foram analisados a partir de uma coorte de 155 mães com COVID-19 e seus recém-nascidos. Não houve evidência de transmissão vertical de mães com infecção por SARS-CoV-2 para seus recém-nascidos, o que está de acordo com as observações publicadas.[7-9]

Quarenta e um por cento dessas mães eram assintomáticas, mas testaram positivo durante a triagem universal na admissão. No entanto, o parto prematuro foi significativamente aumentado em mães sintomáticas, em comparação com mães assintomáticas ($p = 0,006$). A maioria dos neonatos nesses casos teve hospitalizações sem intercorrências. No entanto, existem casos de recém-nascidos que tiveram resultado positivo para SARS-CoV-2 após o parto, assim como alguns recém-nascidos que apresentaram anticorpos IgM positivos para SARS-CoV-2 – o IgM não atravessa a placenta. O SARS-CoV-2 IgM pode aparecer alguns dias após a infecção, com pico em torno de duas semanas. Portanto, a presença de IgM em um recém-nascido após o parto pode indicar infecção congênita. Por outro lado, análises de amostras de soro de recém-nascidos cujas mães eram soropositivas para SARS-CoV-2 mostraram que a maioria desses recém-nascidos apresentava anticorpos IgG contra o vírus, indicando uma transferência transplacentária desses anticorpos e uma proteção neonatal contra a doença.[7-9]

O risco de transmissão vertical intraparto ou pela amamentação é muito improvável, de acordo com relatos de casos publicados até o momento. Mães e bebês devem ser autorizados a ficar juntos, desde que a mãe faça uso de máscara, sejam realizadas adequadamente a desinfecção permanente das superfícies e a lavagem de mãos e mantida uma distância de pelo menos 2 metros entre a mãe e o berço.[10,11] Um estudo relatou que todas as amostras de leite materno de 26 mulheres infectadas tiveram resultados negativos para SARS-CoV-2.[12]

CONCLUSÃO

Como o SARS-CoV-2 é um novo coronavírus, o impacto potencial da COVID-19 em mulheres grávidas e em seus recém-nascidos ainda está sendo determinado com base nos dados compilados a todo momento. Com base nos estudos recentes sobre a COVID-19, observamos potenciais efeitos adversos em gestantes infectadas pelo SARS-CoV-2, maiores taxas de parto prematuro, morte materna, hipóxia materna, coagulopatia intravascular disseminada, morte fetal intrauterina, restrição de crescimento intrauterino e aborto espontâneo. Contudo, não foi observado aumento da mortalidade para mulheres grávidas infectadas com COVID-19, em comparação à mortalidade da população em geral. Notou-se maior incidência de cesarianas em gestantes após infecção por COVID-19, grande parte justificada por sofrimento fetal. Até o momento, não se sabe se o SARS-CoV-2 pode ser transmitido verticalmente. Relatos de casos indicam que a infecção materna está associada a alterações placentárias e neonatais. O estado pró-inflamatório materno devido a infecção por SARS-CoV-2 durante a gravidez pode precipitar consequências negativas nos recém-nascidos. Portanto, além do risco potencial de transmissão vertical, o SARS-CoV-2 pode levar indiretamente a resultados perinatais adversos e de longo prazo no neurodesenvolvimento. São necessários estudos longitudinais para avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças expostas ao SARS-CoV-2 intraútero.

REFERÊNCIAS

1. Wang CL, Liu YY, Wu CH, Wang CY, Wang CH, Long CY. Impact of COVID-19 on pregnancy. Int J Med Sci. 2021;18(3):763-7. doi: 10.7150/ijms.49923
2. Ortiz EI, Castañeda Herrera E, De La Torre A. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. Colomb Med (Cali). 2020;51(2):e4271. doi: 10.25100/cm.v51i2.4271
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020;323(13):1239-42. doi: 10.1001/jama.2020.2648
4. Toppenberg KS, Hill DA, Miller DP. Safety of radiographic imaging during pregnancy. Am Fam Physician. 1999;59(7):1813-8, 1820.
5. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. Update: characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(44):1641-7. doi: 10.15585/mmwr.mm6944e3
6. Hanna N, Hanna M, Sharma S. Is pregnancy an immunological contributor to severe or controlled COVID-19 disease? Am J Reprod Immunol. 2020;84(5):e13317. doi: 10.1111/aji.13317
7. Dang D, Wang L, Zhang C, Li Z, Wu H. Potential effects of SARS-CoV-2 infection during pregnancy on fetuses and newborns are worthy of attention. J Obstet Gynaecol Res. 2020;46(10):1951-7. doi: 10.1111/jog.14406
8. Diriba K, Awulachew E, Getu E. The effect of coronavirus infection (SARS-CoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. Eur J Med Res. 2020;25(1):39. doi: 10.1186/s40001-020-00439-w
9. Cardenas I, Means RE, Aldo P, Koga K, Lang SM, Booth CJ, et al. Viral infection of the placenta leads to fetal inflammation and sensitization to bacterial products predisposing to preterm labor. J Immunol. 2010;185(2):1248-57. doi: 10.4049/jimmunol.1000289
10. Vianna FS, Fraga LR, Abeche AM, Silva AA, Sanseverino MT, Schuler-Faccini L, et al. COVID-19 during pregnancy and adverse outcomes: concerns and recommendations from The Brazilian Teratology Information Service. Genet Mol Biol. 2021;44(1 Suppl 1):e20200224. doi: 10.1590/1678-4685-GMB-2020-0224
11. Flannery DD, Gouma S, Dhudasia MB, Mukhopadhyay S, Pfeifer MR, Woodford EC, et al. Transplacental transfer of SARS-CoV-2 antibodies. Medrxiv [Preprint]. 2020 [cited 2021 Mar 2]. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.07.20207480v1
12. Elshafeey F, Magdi R, Hindi N, Elshebiny M, Farrag N, Mahdy S, et al. A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth. Int J Gynaecol Obstet. 2020;150(1):47-52. doi: 10.1002/ijgo.13182

Femina
ARTIGO DE REVISÃO

Aspectos psicológicos do câncer de mama em mulheres

Psychological aspects of breast cancer in women

Antonio Sérgio Mathias[1], Fernanda Klein Gomes[1], Pedro Domingos Pita Chagas[1], Debora Aparecida Moura Campos[1], Marluce Auxiliadora Borges Glaus Leão[1]

Descritores

Neoplasia mamária; Oncologia psicológica; Adaptação psicológica

Keywords

Breast neoplasm; Psycho oncology; Psychological adaptation

RESUMO

Objetivo: Identificar os principais aspectos psicológicos do câncer de mama em mulheres. **Métodos:** Revisão bibliográfica realizada durante o mês de setembro de 2020, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed, recurso indexado na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). **Resultados:** Entre os materiais acessados, foram analisados 27 artigos, sistematizados nas seguintes categorias temáticas: qualidade de vida, fatores biopsicossociais, percepções de doenças, doenças psiquiátricas, vida sexual, imagem corporal e acompanhamento psicológico. **Conclusão:** Os principais aspectos psicológicos do câncer de mama nas mulheres são de fato a mudança da imagem corporal, o desenvolvimento de depressão leve e moderada e conturbações na vida íntima do casal. O ensino médico deve abranger, além dos conhecimentos biológicos, a experiência subjetiva da paciente diante desse evento estressor e seus desdobramentos nos vários âmbitos da vida, para garantir o bem-estar da paciente.

ABSTRACT

Objective: *To identify the main psychological aspects of breast cancer.* **Methods:** *Bibliographic review carried out during the month of September 2020, in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and PubMed databases, a resource indexed in the Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).* **Results:** *From the literature researched, 27 articles were analyzed and divided into the following categories: quality of life, biopsychosocial factors, perception of diseases, psychiatric diseases, sexual life, body image and psychological monitoring.* **Conclusion:** *The main psychological aspects of breast cancer in women is in fact the change in body image, the development of mild and moderate depression and disturbances in the couple's intimate life. Medical education must encompass, in addition to biological knowledge, the patient's subjective experience of this stressful event and its consequences in the various spheres of life, in order to guarantee the patient's well-being.*

Submetido:
16/09/2021

Aceito:
14/03/2022

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

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Antonio Sérgio Mathias
Avenida Cambuí, 5.900, São José dos Campos, SP, Brasil
antoniosergio.mathias@hotmail.com

Como citar:
Mathias AS, Gomes FK, Chagas PD, Campos DA, Leão MA. Aspectos psicológicos do câncer de mama em mulheres. Femina. 2022;50(5):311-5.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada das células da mama, que gera um processo de crescimento anormal, denominado tumor.[1] Atualmente, no Brasil e no mundo, a incidência desse câncer aumenta a cada ano, sendo o segundo tipo de neoplasia mais frequente no mundo, com incidência de 2.261.419 mulheres em 2020.[2-4] De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (Inca), de 2019, essa doença teve uma taxa de 18.068 óbitos em mulheres.

Desde a infância, as mulheres aprendem que seu corpo é diferente do corpo masculino por suas características femininas, sendo a mama a característica

mais evidente e marcante.[5] Do ponto de vista cultural, é um órgão que remete ao prazer e à sedução, ao mesmo tempo que exerce um papel importante na amamentação.[5] A mastectomia – retirada da mama parcial ou total –, uma das opções para o tratamento de câncer de mama, é considerada um procedimento agressivo, traumático e invasivo.[6] A mastectomia afeta a imagem corporal que a mulher tem de si mesma e desencadeia sintomas como ansiedade, depressão, diminuição da libido e problemas físicos, sociais e financeiros, oriundos dos danos de sua aparência física.[3]

Além do tratamento com radioterapia, quimioterapia e cirúrgico, é importante que a paciente tenha uma rede de apoio social, fundamental para a recuperação de sua saúde.[5] Mostra-se importante o acompanhamento psicológico para dar suporte à paciente e aos seus familiares. Cabe ao profissional ajudá-la a manter o seu bem-estar psicológico durante o tratamento e também durante o diagnóstico, prognóstico e seguimento.[7] Vários estudos referentes ao câncer de mama comprovam que pacientes que participam de atendimento psicológico apresentam melhor ajustamento à doença, redução dos distúrbios emocionais, como ansiedade e depressão, melhor adesão ao tratamento e diminuição dos sintomas adversos associados ao câncer e às intervenções de tratamento. Pode, inclusive, favorecer o aumento no tempo de sobrevida.[7]

Pela importância do acompanhamento psicológico da mulher durante toda a fase de tratamento do câncer de mama, estabeleceu-se como objetivo desta pesquisa identificar as publicações que abordam o aspecto psicológico em mulheres com câncer de mama, os desafios perante a mastectomia e outras intervenções.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica em bases de dados eletrônicas. A questão norteadora foi: como as mulheres vivenciam o câncer de mama? Optou-se pela busca de artigos, realizada durante o mês de setembro de 2020. No SciELO, utilizaram-se os descritores: câncer de mama *and* psicologia OU câncer de mama *and* aspectos psicológicos OU câncer de mama *and* reações psicológicas. Na busca no PubMed, os descritores foram: *breast cancer and psychology OR breast cancer and psychological aspects OR breast cancer and psychological reactions*. Para a inclusão dos artigos, foram definidos: os últimos seis anos, como recorte temporal, e artigos que apresentassem, no título ou nas palavras-chave, psicologia e/ou aspectos psicológicos do câncer de mama. Como critério de exclusão, foram descartados os artigos repetidos ou que não abordassem o tema em pauta. Uma vez reunido o conjunto de artigos acessados, procedeu-se à leitura dos resumos e, em caso de dúvida, da íntegra da publicação. Com a amostra final definida, os artigos foram organizados em uma tabela, para facilitar a visualização dos dados objetivos, e, em seguida, foram sistematizados em sete categorias temáticas: "acompanhamento psicológico", "qualidade de vida", "vida sexual", doenças psiquiátricas", "fatores biopsicossociais", "percepção da doença" e "imagem corporal".

RESULTADOS

Entre os 60 artigos selecionados, 23 estavam indexados no PubMed e 37 na SciELO. Constatou-se que 33 deles eram repetidos, e seis foram descartados devido ao fato de não estarem disponíveis na íntegra. Portanto, foram analisadas 27 publicações que cumpriam os critérios de inclusão para a finalidade de estudo. Em relação ao ano, a maioria dos artigos foi publicada entre 2016 e 2017. São 17 estudos brasileiros e 10 estrangeiros. A tabela 1 ilustra a relação entre o ano e o número de artigos encontrados.

Tabela 1. Relação entre ano e número de artigos

2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
3	7	8	3	4	2	27

Os resultados da tabela 2 demonstram a metodologia utilizada nos materiais coletados.

Tabela 2. Relação entre metodologia e número de artigos

Metodologia	Número de artigos
Descritiva	5
Observacional	5
Revisão sistemática	4
Qualitativa	4
Revisão bibliográfica	3
Quantitativa	2
Coorte	2
Quali-quantitativa	1
Experimental	1
Total	27

Quando catalogados nas categorias temáticas, a questão do câncer de mama foi objeto de discussão, conforme a tabela 3.

Tabela 3. Relação entre categorias temáticas e número de artigos

Categorias temáticas	Número de artigos
Qualidade de vida	6
Fatores biopsicossociais	6
Percepção da doença	5
Doenças psiquiátricas	3
Vida sexual	3
Imagem corporal	2
Acompanhamento psicológico	2
Total	27

A diversidade dos dados coletados nos materiais analisados permitiu tecer as considerações que seguem.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que o câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais comum em mulheres, no mundo, depois do câncer de pele não melanoma. Nos Estados Unidos da América, o câncer de mama é o mais comum em mulheres com idade entre 45 e 64 anos. Destacam, no seu estudo, que as mulheres brancas têm maior probabilidade de desenvolver a doença e que as mulheres negras têm maior probabilidade de morrer em decorrência do câncer. A taxa de sobrevida em cinco anos é de 90% entre mulheres brancas e de 79% em negras.[8]

A origem do câncer de mama é multifatorial e envolve diversos aspectos, como ambiente, genética, antecedentes pessoais, hábitos e vícios. Em alguns tipos histológicos, as células tumorais do câncer de mama apresentam receptores de estrogênio; logo. um aumento na concentração desse hormônio induzido pela administração dos anticoncepcionais hormonais pode favorecer o desenvolvimento e/ou a evolução desse câncer de forma mais rápida. O estudo de Morch *et al.*,[9] com 1,8 milhão de mulheres dinamarquesas por 10 anos, visou relacionar o uso de anticoncepcionais com o surgimento de câncer de mama. O resultado foi satisfatório, visto que foi encontrada relação entre câncer de mama e mulheres que usavam, naquele momento, anticoncepcionais por longos períodos. No Brasil, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia[10] posicionou-se em relação aos achados do estudo de Morch *et al.*[9] e conclui que o risco de desenvolvimento de câncer de mama após uso de anticoncepcional é baixo, visto que há baixa incidência na faixa etária das usuárias desse medicamento. De forma diferente, a revisão sistemática de Chiriac *et al.*[11] teve como objetivo explicar que fatores estressantes aumentam o risco para câncer de mama. O resultado da pesquisa foi inconclusivo, devido à heterogeneidade dos estudos; no entanto, os pesquisadores enfatizam que é possível haver uma relação entre o estresse e o risco de câncer de mama.

Como a genética no surgimento do câncer de mama é um fator importante, cerca de 10% dos casos de câncer de mama são causados por mutações genéticas. Otaran e Castro[12] avaliaram o *distress* entre mulheres com história familiar positiva e negativa. Os resultados mostraram que, mesmo entre as mulheres com história negativa, o fato de terem a ideia abstrata do conceito câncer de mama já causa um nível de *distress* semelhante ao das mulheres com história familiar positiva que vivenciaram a experiência concreta do câncer na família.

A imagem corporal é um importante aspecto na questão do tratamento de câncer de mama. A revisão de Paterson *et al.*[13] concluiu que as repercussões em termos da imagem corporal são as mais prevalentes nessa situação, sobretudo em mulheres mais jovens, somando-se ao medo de morrer em decorrência do câncer. A imagem corporal tem grande relação com o tratamento e pode até dificultá-lo, dependendo da qualidade do autoconceito e das vivências e emoções associadas ao corpo. As mulheres mais jovens são as que passam por maior sofrimento com a retirada da mama e com o tratamento.[13] Araujo *et al.*[14] também mostram que mulheres mastectomizadas passam por um grande desafio devido à retirada da mama, visto que afeta sua imagem corporal e gera conflitos de identidade, geralmente devido à cultura, à família e ao ciclo social, que apontam a importância da mama tanto como símbolo sexual e de atração quanto como um símbolo de fertilidade que cria o primeiro vínculo entre mãe e filho.[14]

Durante o tratamento, principalmente a quimioterapia, é comum as mulheres terem sentimentos negativos sobre a doença e, por esse motivo, recorrerem mais ao apoio social ou psicológico. O câncer de mama traz todo um estigma por trás do seu diagnóstico, principalmente o conceito de proximidade com a finitude da vida; no entanto, isso vem mudando conforme o avanço da tecnologia e dos medicamentos usados no tratamento. A imagem corporal é impactada pelo tratamento, visto que desencadeia alopecia e perda da libido. Assim, os níveis de ansiedade também aumentam, principalmente nas mulheres com menos de 50 anos e/ou casadas, pois sentem receio de que os parceiros não as aceitem ou que queiram romper a relação. Vale ressaltar que cerca de 40% dos casos de câncer de mama estão abaixo dos 50 anos.[15] Santos e Souza[3] evidenciaram que as mulheres também se sentem incomodadas com a vida sexual após o tratamento, devido à perda da feminilidade. De outra forma, nas mulheres solteiras e viúvas, o impacto das mudanças corporais do tratamento é menor. A principal mudança decorrente do tratamento ocorre na mastectomia radical, pois a mulher vivencia a perda da sua identidade corporal, um ataque à estética, além de as sequelas físicas e psicológicas persistirem por longo tempo. Aumento da ansiedade ocorre naquelas que trabalham fora de casa, em comparação com as donas de casa, principalmente pelos impactos que a mudança da aparência física causa no ambiente de trabalho, de acordo com Chang *et al.*[16]

Mulheres com câncer de mama sofrem queda na qualidade de vida, segundo estudo de Rey Villar *et al.*[17] O principal campo comprometido é o psicológico. Mulheres em um estágio mais avançado da doença têm menor qualidade de vida, e as mulheres com alto grau de escolaridade e cultural apresentam melhor qualidade de vida.[18] Esse estudo também revelou piora na qualidade de vida depois que as pacientes foram submetidas à cirurgia. Cerca de seis meses depois, essas mulheres apresentaram piora em seu quadro psicológico e na qualidade de vida, que incluiu redução na função e prazer sexual. Em contrapartida, na pesquisa de Paredes *et al.*,[18] 27 mulheres submeteram-se à reconstrução da mama e 74% delas tiveram aumento considerável na

qualidade de vida, com redução de problemas psicológicos e sociais. As pacientes que participaram desse estudo também relataram que, depois da reconstrução mamária, sua satisfação sexual pôde ser classificada como média a alta.[18] Para Faria *et al.*,[19] o tempo transcorrido é um importante fator para a qualidade de vida. O primeiro ano pós-cirurgia costuma ser um período de queda na qualidade de vida, devido aos aspectos físicos, pois a cirurgia dificulta certos movimentos com os membros superiores, incorrendo em dor e limitações. O estudo também evidenciou que mulheres que passaram por um processo cirúrgico mais conservador apresentaram pouca alteração em sua qualidade de vida.[19]

A vida sexual das mulheres que passam pelo câncer de mama foi objeto do estudo qualitativo realizado por Yoshimochi *et al.*[20] Esses autores observaram mudança na intimidade dos casais que passam por essa situação de desconforto e estranhamento. A mulher, por se sentir diferente e por ter passado pelos procedimentos, como a retirada da mama, afasta-se de seu parceiro, por não se sentir como antes. No mesmo estudo, porém, alguns parceiros relataram que, após o câncer de mama, as experiências de intimidade com a parceira começaram a ter um novo significado, de forma muito positiva. Segundo outro estudo, esse afastamento ocorre entre os casais por conta de todas as questões de imagem corporal e sexualidade.[21] Conclui-se que é importante a comunicação entre os cônjuges para as tomadas de decisões.

Entre as doenças psiquiátricas, De La Rosa Quiñones *et al.*[22] evidenciaram que o suicídio é um aspecto importante em mulheres com câncer de mama, pois padecer da doença é um fator de risco para ideação e tentativa de suicídio, sendo proporcional o grau do estádio com a ideação e o número de suicídios. A ideação, em qualquer estágio da doença, prevalece em mulheres solteiras, em contraste com as mulheres casadas, e o casamento é um possível fator protetor. Outra condição psiquiátrica muito presente em pacientes oncológicas é a ansiedade.[23] Esse estudo analisou os níveis de ansiedade das pacientes com câncer de mama e constatou predomínio dos níveis de ansiedade de grave a moderado. Pacientes com histórico de internações ou cirurgias anteriores apresentaram também transtorno de estresse pós-traumático. Os autores ressaltam que o nível de depressão nas mulheres participantes e os índices variaram de leve a moderado, porém as que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos apresentaram um nível mais elevado de depressão. Já outra publicação, de Tsaras *et al.*,[24] relacionou a depressão e a ansiedade com fatores externos, como grau de escolaridade, situação financeira, religiosidade, idade, entre outros. Foi possível concluir que mulheres com menor escolaridade eram mais propensas a desenvolver sintomas de ansiedade e depressão e que mulheres com religião cristã eram menos deprimidas e ansiosas que mulheres com outras religiões. Concluiu-se, também nesse estudo, que mulheres que moram em área rural possuem 2,6 mais chances de desenvolver depressão e 3,8 vezes mais chances de desenvolver ansiedade, em comparação com mulheres urbanas, o que pode ser explicado pela falta de acesso aos serviços de saúde.

García Monzón e Navarro Machado[25] notaram que, ao receberem o diagnóstico, as mulheres buscam mais apoios materiais, conforme a evolução da doença. O apoio material foi substituído pelos apoios sociais e emocionais. Já Castro *et al.*[26] indicam que quanto maior a idade da mulher durante o diagnóstico, menos negativa é sua representação emocional em relação à doença. Indicam também que as mulheres mais jovens sofrem mais, devido ao estágio de vida em que se encontram, porque têm mais planos e objetivos para o futuro. Para enfrentamento da doença, cada mulher reage de uma forma. Ademais, ter espiritualidade ajuda no prognóstico, assim como o otimismo reduz o sofrimento emocional.[27]

Em relação às mastectomizadas, os psicólogos ensinam a lidar com a separação do seio, o luto, a perda da autoestima, os medos e as fantasias. A psicoterapia trabalha também no manejo de ansiedade, sintomas depressivos, diminuição da libido e diversos problemas sociais e físicos. Santos e Souza[3] demonstram que a psicoterapia não contribui para maior sobrevida, mas auxilia no manejo da dor e promove bom humor. Com isso, constata-se que há necessidade de compreender os aspectos psicossociais das mulheres para subsidiar programas e estratégias de enfrentamento e promover o seu acompanhamento integral. Castro Filha *et al.*[28] indicam uma abordagem inovadora sobre a prática de exercício físico, em vez de repouso após a cirurgia de mama. Com essa abordagem, há mais disposição para a realização das atividades cotidianas, assim como redução da inflamação e aumento da série branca do sangue, que ajuda no combate às células tumorais.[28] Além disso, o exercício contribui para o relacionamento interpessoal da paciente, reduzindo o estresse e a ansiedade.

CONCLUSÃO

Este estudo constatou que o câncer de mama traz inúmeras consequências psicológicas para a mulher, e isso é mais encontrado na literatura disponível no Brasil do que na literatura estrangeira. Os estudos analisados abrangem diversas questões que permeiam a vivência dos pacientes com câncer de mama, aqui distribuídos nas categorias temáticas. No que se refere à qualidade de vida das mulheres que sofrem com o câncer de mama, nota-se um decaimento. O reconhecimento das consequências psicológicas é importante para garantir o bem-estar da paciente. Entre os fatores biopsicossociais, é notório que o uso prolongado de anticoncepcionais tem relação com esse câncer e também que fatores estressantes aumentam o risco de desenvolvê-lo. No âmbito da percepção da doença, as mulheres de idade mais avançada tendem a perceber a doença de forma mais negativa do que as mulheres mais jovens. Em contrapartida, as mulheres mais jovens sofrem mais

com as preocupações associadas à imagem corporal. Também ocorre uma mudança íntima na vida sexual do casal, pois a mulher passa a se sentir diferente após o tratamento. A depressão leve e moderada pode estar presente em diversas mulheres, por isso o acompanhamento psicológico é necessário para auxiliar no manejo dos sintomas de ansiedade e depressão. Esse tema assume relevância porque amplia os conhecimentos sobre o câncer e sobre os aspectos biológicos da doença, abrangendo a experiência subjetiva da paciente diante desse evento estressor e seus desdobramentos nos vários âmbitos da vida. Sugere-se a continuidade deste estudo em outras bases de dados para a realização de uma revisão integrativa que considere a diversidade da população em relação a raça, etnia, idade, gênero, escolaridade e condições gerais de vida e trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: câncer de mama [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 12]. Available from: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama
2. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Psicol Estud. 2008;13(2):231-7. doi: 10.1590/S1413-73722008000200005
3. Santos MA, Souza C. Intervenções grupais para mulheres com câncer de mama: desafios e possibilidades. Psicol Teor Pesqui. 2019;35:e35. doi: 10.1590/0102.3772e35410
4. World Health Organization. Cancer Today. Estimated number of new cases in 2020, worldwide, females, all ages [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 2]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0
5. Almeida TR, Guerra MR, Filgueiras MS. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. Physis. 2012;22(3):1003-29. doi: 10.1590/S0103-73312012000300009
6. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estud Psicol (Natal). 2003;8(1):155-63. doi: 10.1590/S1413-294X2003000100017
7. Venâncio JL, Leal VM. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. Rev Bras Cancerol. 2004;50(1):55-63. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2004v50n1.2059
8. White-Means S, Rice M, Dapremont J, Davis B, Martin J. African American women: surviving breast cancer mortality against the highest odds. Int J Environ Res Public Health. 2015;13(1):ijerph13010006. doi: 10.3390/ijerph13010006
9. Morch LS, Hannaford PC, Lidegaard O. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 2018;378(13):1265-6. doi: 10.1056/NEJMc1800054
10. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Posição da Febrasgo sobre anticoncepcionais hormonais e risco de câncer de mama [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 3]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/287-posicao-da-febrasgo-sobre-anticoncepcionais-hormonais-e-risco-de-cancer-de-mama
11. Chiriac V, Baban A, Dumitrascu DL. Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. Clujul Med. 2018;91(1):18-26. doi: 10.15386/cjmed-924
12. Otaran PM, Castro EK. Percepção de doença e distress emocional numa amostra de mulheres brasileiras com e sem histórico familiar de câncer de mama. Av Psicol Latinoam. 2019;37(2):331-43. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6894
13. Paterson CL, Lengacher CA, Donovan KA, Kip KE, Tofthagen CS. Body image in younger breast cancer survivors: a systematic review. Cancer Nurs. 2016;39(1):E39-58. doi: 10.1097/NCC.0000000000000251
14. Araujo VC, Pereira RM, Souza LO, Almeida MG, Almeida LS, Reis MH, et al. A perspectiva da autoimagem e sexualidade de mulheres mastectomizadas: revisão integrativa da literatura. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2020;(52):e3618. doi: 10.25248/reas.e3618.2020
15. Mais de 40% dos casos de câncer de mama acontecem em mulheres com menos de 50 anos [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 3]. Available from: https://www.femama.org.br/site/br/noticia/mais-de-40-dos-casos-de-cancer-de-mama-acontecem-em-mulheres-com-menos-de-50-anos
16. Chang O, Choi EK, Kim IR, Nam SJ, Lee JE, Lee SK, et al. Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(20):8607-12. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.20.8607
17. Rey Villar R, Pita Fernández S, Cereijo Garea C, Seoane Pillado T, Balboa Barreiro V, González Martín C. Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2919. doi: 10.1590/1518-8345.2258.2958
18. Paredes GP, Pessoa GS, Peixoto DT, Amorim DN, Araújo JS, Barreto PR, et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(1):100-4. doi: 10.1590/S1983-51752013000100017
19. Faria NC, Fangel LM, Almeida AM, Prado AS, De Carlo MM. Ajustamento psicossocial após mastectomia – um olhar sobre a qualidade de vida. Psicol Saúde Doenças. 2016;17(2):201-13. doi: 10.15309/16psd170208
20. Yoshimochi LT, Santos MA, Loyola EA, Magalhães PA, Panobianco MS. A experiência do companheiro da mulher com câncer de mama. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03366. doi: 10.1590/S1980-220X2017025203366
21. Miaja M, Platas A, Martinez-Cannon BA. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. Rev Invest Clin. 2017;69(4):204-9. doi: 10.24875/ric.17002279
22. De La Rosa Quiñones LF, Dominguez Castañeda DC, Cortez Vidal MS. Ideación suicida en pacientes con cáncer de mama estadios lll-lV, Chiclayo. Rev Psicol [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 28];(22):31-53. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n22/n22_a04.pdf
23. Castro EK, Romeiro FB, Lima MB, Lawrenz P, Hass S. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. Psicol Saúde Doenças. 2015;16(3):359-72. doi: 10.15309/15psd160307
24. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(6):1661-9. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1661
25. García Monzón L, Navarro Machado M. Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Rev Finlay [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 28];7(4):250-9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400004
26. Castro EK, Lawrenz P, Romeiro F, Lima NB. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. Psicol Teor Pesqui. 2016;32(3):1-6. doi: 10.1590/0102-3772e32324
27. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. Physis. 2017;27(3):433-51. doi: 10.1590/S0103-73312017000300004
28. Castro Filha JG, Miranda AK, Martins Júnior FF, Costa HA, Figueiredo KR, Oliveira Junior MN, et al. Influências do exercício físico na qualidade de vida em dois grupos de pacientes com câncer de mama. Rev Bras Ciênc Esporte [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 28];38(2):107-14. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32892016000200107

Femina
RELATO DE CASO

Disgerminoma ovariano na gestação: relato de caso

Ovarian dysgerminoma in pregnancy: a case report

Andréa Augsburger de Moura[1], Mariana Viana Bezzi[1], Samira Sabbagh[1], Andrea Sayaka Suwa[1]

Descritores

Disgerminoma; Neoplasias embrionárias de células germinativas; Tumor maligno de células germinativas; Gestação de alto risco; Gravidez

Keywords

Dysgerminoma; Neoplasms germ cell and embryonal; Malignant germ cell tumor; Pregnancy high-risk; Pregnancy

RESUMO

Os disgerminomas são tumores malignos de células germinativas ovarianas, são raros, geralmente acometem mulheres em idade fértil e têm bom prognóstico e sobrevida elevada. Paciente de 20 anos, primigesta com 26 semanas de gestação, foi admitida no centro obstétrico da Fundação Hospitalar Santo Antônio em Blumenau-SC com quadro de dor abdominal intensa refratária à analgesia e desconforto respiratório. Ressonância magnética demonstrou derrame pleural, moderada ascite e volumosa lesão expansiva de aspecto sólido-cístico em anexo direito. Foram realizadas salpingo-oforectomia à direita e omentectomia parcial e coletado lavado peritoneal. Anatomopatológico evidenciou disgerminoma. A paciente seguiu acompanhamento gestacional nos serviços de pré-natal de alto risco e oncologia. Devido à imaturidade fetal, manteve-se conduta expectante e, após o parto normal com 37 semanas, foi realizado estadiamento e iniciada quimioterapia adjuvante. Devido à baixa incidência e à raridade de tumores de células malignas ovarianas, relatos de casos como este são importantes para discutir as melhores estratégias de manejo clínico.

ABSTRACT

Dysgerminomas are rare malignant ovarian germ cell tumors that generally affect adolescence and early adulthood, have a good prognosis and high survival. Patient 20 years old, gestation 1, at 26 weeks of gestation, was hospitalized at the obstetric center of Fundação Hospitalar Santo Antônio in Blumenau-SC, with severe abdominal pain refractory to analgesia and respiratory discomfort. Magnetic resonance showed pleural effusion, moderate ascites and a massive expansive lesion with a solid cystic aspect in the right ovary. Right salpingoophorectomy, partial omentectomy and peritoneal lavage were collected. Anatomopathological evidence showed dysgerminoma. Patient followed gestational follow-up at high-risk prenatal and oncology services. Due to fetal immaturity, expectant management was maintained and after vaginal delivery at 37 weeks, staging was performed and adjuvant chemotherapy was started. Due to the low incidence and rarity of ovarian malignant cell tumors, case reports such as this one are important to discuss the best clinical management strategies.

INTRODUÇÃO

Os tumores malignos de células germinativas correspondem a menos de 5% de todos os cânceres de ovário. O tipo mais comum de tumor de células germinativas é o disgerminoma (38,2%), seguido por tumor do saco vitelino (30,4%) e teratoma imaturo (15,7%).[1,2]

Na gravidez, o disgerminoma ovariano é uma condição clínica extremamente rara, e sua incidência é de cerca de 0,2 a 1 por 100.000 gestações.[1,3]

A apresentação clínica inicial é a distensão abdominal produzida pelo tumor e pela ascite. Mas cerca de 25% das pacientes são assintomáticas,

Submetido:
12/11/2021

Aceito:
08/03/2022

1. Hospital Santo Antônio, Blumenau, SC, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Andréa Augsburger de Moura
Rua Itajaí, 545, 89015-200, Blumenau, SC, Brasil
dra.andreamourago@gmail.com

Como citar:
Moura AA, Bezzi MV, Sabbagh S, Suwa AS. Disgerminoma ovariano na gestação: relato de caso. Femina. 2022;50(5):316-20.

sendo uma massa pélvica inesperadamente identificada durante exame físico ou ultrassonográfico.[2,4]

Os marcadores tumorais, embora não específicos, são úteis no diagnóstico e seguimento dos tumores de células germinativas. Cerca de 3%-5% das pacientes com disgerminoma puro têm níveis aumentados de beta-hCG no sangue, secretado pelas células de sinciciotrofoblasto do tumor, as quais também produzem fosfatase alcalina placentária e desidrogenase láctica (LDH).[2,3]

Nos exames de imagem, geralmente se observa uma massa ovariana complexa multilobulada, com fluxo sanguíneo proeminente nos septos fibrovasculares ao Doppler colorido, o que sugere a possibilidade de doença maligna.[4]

A confirmação do diagnóstico é obtida com a abordagem cirúrgica e o exame anatomopatológico, sendo a excisão do tumor e o estadiamento completo o tratamento primário. Na maioria dos casos, está indicada a quimioterapia adjuvante. Atualmente, dá-se preferência ao esquema BEP (bleomicina, etoposídeo e cisplatina), em 3-4 ciclos.[2]

O manejo do câncer ovariano na gravidez é complicado, pois há três partes separadas, mas interativas, ou seja, mãe, feto e malignidade, que devem ser tratadas simultaneamente. Portanto, as decisões relativas a cada caso devem ser individuais, levando em consideração a idade da paciente, a paridade, o desejo de gravidez atual, a fertilidade futura, o estágio do tumor e a duração da gestação.[3]

Descreve-se em seguida um caso clínico de uma gestante de 20 anos, submetida a laparotomia exploradora por suspeita clínica de neoplasia do ovário e cujo exame histológico da peça operatória confirmou um disgerminoma. O objetivo deste relato de caso é descrever as características clínicas, o desfecho materno-fetal, o manejo da gestação complicada por essa situação e o desfecho oncológico. Devido à baixa incidência e à raridade de tumores de células malignas ovarianas e ao fato de o diagnóstico na gestação dificultar o tratamento, relatos de casos como este são importantes para discutir as melhores estratégias de manejo clínico.

RELATO DE CASO

Paciente de 20 anos, primigesta, procurou atendimento médico em um centro obstétrico (CO) do Hospital Santo Antônio em Blumenau-SC, em setembro de 2020, com 22 semanas e 6 dias de idade gestacional (IG). Na ocasião, queixava-se de dor abdominal desde o início da gestação com piora progressiva, associada a constipação, inapetência e desconforto respiratório aos mínimos esforços. Ao exame, a paciente apresentava sinais vitais estáveis, altura uterina de 28 cm e presença de uma massa sólida com mobilidade reduzida abaulando o abdome para a direita. História médica pregressa sem comorbidades. Sem história familiar de neoplasia. Apendicectomia com 1 ano de vida; negava outras cirurgias. Menarca aos 12 anos, com ciclos menstruais regulares. Exames laboratoriais do pré-natal iniciais sem alterações. Sorologias negativas. Ultrassonografia (US) morfológica obstétrica com IG de 22 semanas e 3 dias, com feto único, cefálico, sem alterações morfológicas, peso fetal estimado de 597 g, placenta posterior, índice de líquido amniótico normal e presença de massa cística volumosa ovariana à direita com septações grosseiras. Após o controle da dor, a paciente recebeu alta com orientação de manter acompanhamento no pré-natal de alto risco e realizar exames complementares para melhor elucidação. Retornou ao CO com IG de 24 semanas e 2 dias, devido a dor abdominal intensa refratária a analgesia simples e dispneia. Trouxe ressonância magnética abdominal realizada com IG de 24 semanas evidenciando volumoso derrame pleural à esquerda, moderada ascite e volumosa lesão expansiva de aspecto sólido-cístico, possível natureza anexial direita, medindo aproximadamente 28,8 x 15,2 x 20,3 cm, em contiguidade com o útero com efeito de massa. Útero gravídico, com feto único, notando retificação de contornos uterinos superiores, em contato e sem plano definido de clivagem com lesão expansiva (Figura 1). Exames laboratoriais de admissão revelaram anemia com hemoglobina de 7,7 g/dL e hematócrito de 23,3%, alteração

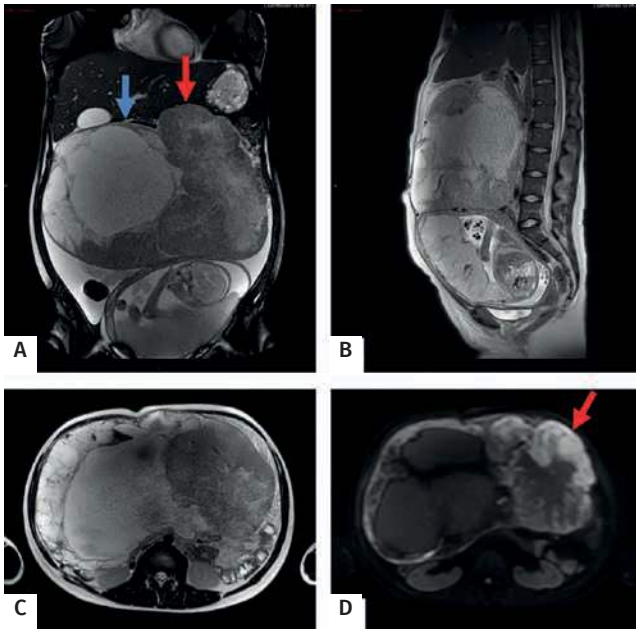


Figura 1. Ressonância magnética de abdome superior e pelve: (**A**) plano coronal ponderada em T2 *balance*, demonstrando massa com características expansivas, heterogênea, com componente cístico (seta azul) e sólido (seta vermelha), de contornos lobulados, ocupando grande parte da cavidade abdominal, superiormente ao útero, com maior componente em mesogástrio; (**B**) plano sagital ponderada em T2, demonstrando a lesão retificando o contorno do fundo uterino; (**C**) plano axial ponderada em T1, demonstrando heterogeneidade de sinal da lesão; (**D**) plano axial ponderada em difusão, demonstrando o componente sólido com difusibilidade restrita (seta vermelha) que se localiza à esquerda da linha média

na função hepática com alanina aminotransferase de 10 U/L (normal: 8 a 37 U/L), aspartato aminotransferase de 69 U/L (8 a 65 U/L), LDHde 3.687 U/L (120 U/L a 246 U/L), além de alguns marcadores tumorais positivos – alfafetoproteína de 78,6 ng/mL (normal: até 8 ng/mL), CA-125 de 284,7 U/mL (normal: até 35 U/mL) e beta-hCG de 36.162 mIU/mL.

Após estabilização clínica da paciente, com IG de 25 semanas, foi realizada laparotomia exploradora e visualizada uma massa sólido-cística de aproximadamente 20 cm de diâmetro, com origem em ovário direito e moderada ascite. Foram realizadas salpingo-oforectomia à direita e omentectomia parcial e coletado lavado peritoneal; a tumoração tinha textura macia e foi extraída com a superfície intacta (Figura 2). O resultado anatomopatológico identificou disgerminoma pesando 3.176 g e medindo 28 x 25 x 12 cm, com necrose de cerca de 20% da lesão e ausência de envolvimento da superfície ovariana e tuba uterina. Estadiamento patológico pT1c2. Lavado peritoneal negativo para malignidade (Figura 3). O intra e o pós-operatórios foram favoráveis com normalização da anemia e diminuição dos marcadores tumorais (Hb 11,4 g/dL; Ht 34,5%; LDH 170 U/L; CA-125 11,3 U/mL). A paciente foi encaminhada para acompanhamento com a equipe de oncologia e com o pré-natal de alto risco (Figura 4).

Figura 2. Lesão multilobulada medindo 28 x 25 x 12 cm e pesando 3.176 g, de aspecto sólido-cística, com extensas áreas hemorrágicas e foco necrótico

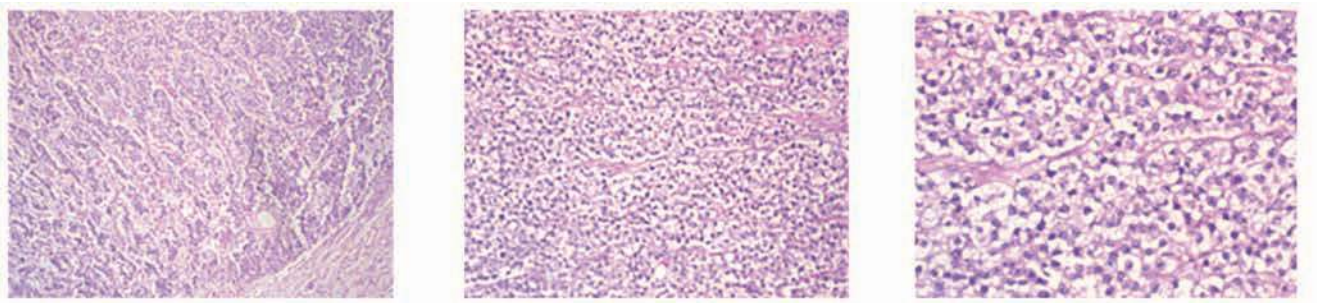


Figura 3. Anatomopatológico do tumor – disgerminoma, estadiamento patológico pT1c2

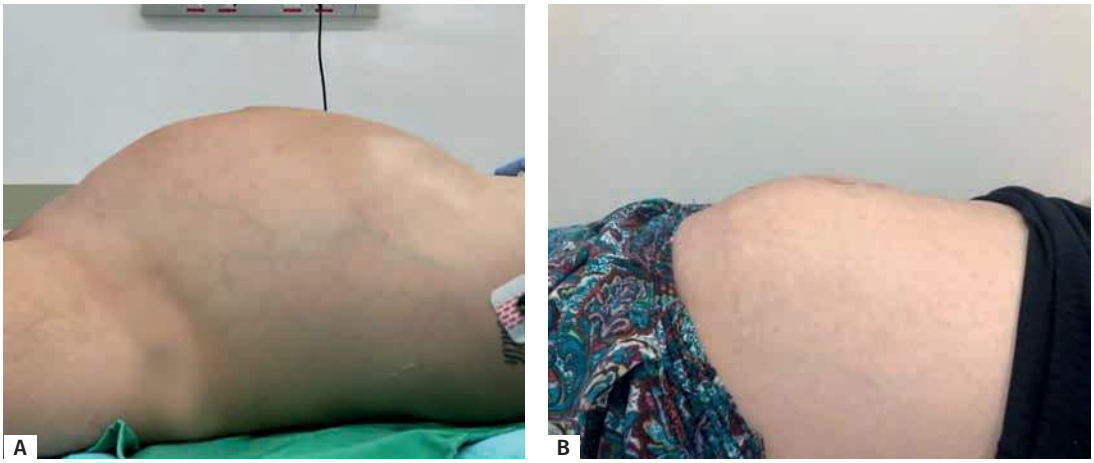


Figura 4. (**A**) Volume abdominal da paciente previamente à cirurgia; (**B**) volume abdominal 15 dias após a cirurgia

Com o objetivo de não atrasar o tratamento adjuvante, a indução do parto ocorreu com 37 semanas de gestação. Nasceu de parto vaginal um bebê de sexo masculino pesando 3.050 g, Apgar 9, sem intercorrências. Durante o puerpério, a paciente foi reavaliada pela equipe de oncologia, sendo realizado o estadiamento final segundo a FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (8ª edição, 2017),[5] definido como estádio IC2, e iniciado tratamento adjuvante. A paciente realizou quatro ciclos de quimioterapia com BEP, sendo o último ciclo seis meses após o parto. Entretanto, devido à baixa imunidade após o tratamento quimioterápico, a paciente evoluiu com pancitopenia, colite e mucosite neutropênica febril. A paciente foi internada, sendo iniciado tratamento precoce para sepse com foco abdominal, porém ela não respondeu bem e foi a óbito em julho de 2021. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio, Blumenau-SC, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, com autorização do CAAE 51683421.6.00005359, sob Parecer nº 4.992.121.

REVISÃO DE LITERATURA

Os tumores malignos de células germinativas ovarianas são doenças que afetam meninas e mulheres jovens. Podem ser classificados em disgerminoma, tumor de saco vitelino, teratoma imaturo e outros tipos menos comuns.[4,6]

Os disgerminomas representam cerca de 1/3 dos tumores malignos de células germinativas ovarianas e ocorrem em mulheres em idade reprodutiva, usualmente abaixo dos 30 anos. São detectados com maior frequência durante a gravidez, uma coincidência relacionada à idade, e não uma característica peculiar da gestação. A incidência de massas anexiais complicando a gravidez varia de 0,05% a 2,4%, e aproximadamente 1% a 6% dessas massas são malignas.[4,7,8]

São geralmente grandes, com tamanho médio de 16 cm, e traduzem-se por sintomas como aumento do volume abdominal, dor pélvica e massa crescente, entretanto podem também ser assintomáticos.[7,9]

O diagnóstico definitivo, bem como estadiamento e a definição do tratamento, é realizado após ressecção cirúrgica, biópsia de congelação, histologia e imuno-histoquímica. Para uma neoplasia unilateral confinada ao ovário sem envolvimento capsular ou ruptura, a cirurgia preservadora da fertilidade com salpingo-ooforectomia simples é curativa em mais de 95% dos casos.[3,4]

O momento ideal para a intervenção é entre 16 e 18 semanas de gestação, com remoção do tumor e estadiamento cirúrgico, pois nessa IG o risco de aborto é reduzido e o tamanho do útero ainda permite certo grau de acesso.[7,10,11]

Cerca de 75% das mulheres com disgerminomas apresentam doença em estágio I; o ovário contralateral está envolvido em 10% a 15%. A doença ovariana bilateral é mais comum com disgerminoma do que com qualquer outro tumor maligno de células ovarianas, e este é o que apresenta maior taxa de metástase linfonodal, aproximadamente 25% a 30%.[3,10]

Os disgerminomas apresentam o melhor prognóstico entre todas as variantes de tumores malignos de células germinativas ovarianas – a sobrevida em cinco anos aproxima-se de 99%. Mesmo as pacientes com doença avançada apresentam altas taxas de sobrevida após a quimioterapia, por exemplo, aquelas com doença em estádio II-IV, que têm taxa de sobrevida acima de 98% com o uso de agentes à base de platina.[7]

Os marcadores tumorais são eficazes no monitoramento da resposta à terapia e na detecção precoce de recorrências. Os níveis séricos de beta-hCG e alfafetoproteína geralmente estão alterados.[9]

A quimioterapia adjuvante deve ser indicada especialmente quando há ascite de rápido aumento, tumor grande, estágio avançado do tumor, possibilidade de tumor epitelial misto e de células germinativas e riscos previsíveis da cirurgia para a gravidez. O esquema terapêutico com bleomicina, etoposídeo e platinol (BEP) tem sido utilizado com boa resposta, entretanto sua influência na fertilidade das pacientes é discutida. O BEP é geralmente aplicado ao tratamento de tumores ovarianos não epiteliais de pacientes não grávidas. No entanto, a incidência de eventos adversos é alta.[7,9]

Estudos retrospectivos e prospectivos indicam sobrevida livre de doença variando entre 79% e 96% em pacientes com tumores malignos de células germinativas que utilizam a combinação de BEP como regime terapêutico padrão. Entretanto, esse tratamento está associado a neutropenia febril em 10%-20% dos pacientes e a atrasos na quimioterapia em um terço dos pacientes, além de uma pequena porcentagem de toxicidade pulmonar, que ocasionalmente pode ser fatal.[12]

A neutropenia febril está intimamente relacionada ao potencial mielotóxico da quimioterapia utilizada; a imunossupressão reportada na síndrome neutropênica eleva a susceptibilidade a graves infecções bacterianas, fúngicas e virais, por isso recomenda-se o início de terapêutica antibiótica até uma hora após a documentação da febre. No entanto, o paciente oncológico neutropênico já infectado pode progredir para choque séptico, o que eleva o risco de morbimortalidade.[13]

Um estudo de coorte retrospectivo publicado em 2020, que incluiu 18 pacientes com disgerminoma ovariano acompanhadas em um centro de oncologia na Turquia, descreve que a decisão da quimioterapia é controversa e pode ser atrasada após o parto. Destaca ainda que, entre as pacientes acompanhadas, três tiveram recidiva após o tratamento quimioterápico e nenhuma delas foi a óbito por causa da doença durante o período de acompanhamento.[14]

A quimioterapia adjuvante pode ser administrada após a cirurgia, embora possam ocorrer complicações materno-fetais, ou seja, abortos, depressão

hematopoiética, infecções, pancitopenia fetal, atraso no desenvolvimento cognitivo e baixo peso ao nascer.[11]

CONCLUSÃO

O manejo do câncer de ovário na gravidez deve ser sempre individualizado, e a tomada de decisões deve levar em consideração a idade da paciente, paridade, desejo de gravidez atual, IG, fertilidade futura e estágio do tumor. Devem-se pesar os riscos e benefícios de cada abordagem, uma vez que há três partes que devem ser tratadas simultaneamente: mãe, feto e malignidade. Apesar de o disgerminoma ovariano ser uma doença rara e com bom prognóstico, no caso relatado a evolução não foi como esperado, devido a complicações pós-quimioterapia que acarretaram a neutropenia febril e consequente sepse, promovendo o óbito da paciente. Contudo, espera-se com este relato contribuir com a discussão sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica de tumores ovarianos diagnosticados durante a gestação.

REFERÊNCIAS

1. Kodama M, Grubbs BH, Blake EA, Cahoon SS, Murakami R, Kimura T, et al. Feto-maternal outcomes of pregnancy complicated by ovarian malignant germ cell tumor: a systematic review of literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;181:145-56. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.07.047
2. Lourenço C, Pinto E, Gonçalves J, Ramalho G. Disgerminoma de localização extra-ovárica: um caso clínico. Acta Obstet Ginecol Port [Internet]. 2014 [cited 2021 Nov 8];8(3):311-3. Available from: http://www.fspog.com/fotos/editor2/20-aogp-d-13-00042.pdf
3. Sas I, Şerban DM, Tomescu LC, Nicolae N. Ovarian dysgerminoma in pregnancy: a case report. Medicine (Baltimore). 2021;100(14):e25364. doi: 10.1097/MD.0000000000025364
4. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. Ginecologia de Williams. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2014.
5. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., editors. AJCC cancer staging manual. 8th ed. New York: Springer; 2017.
6. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016;66(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21332
7. Chen Y, Luo Y, Han C, Tian W, Yang W, Wang Y, et al. Ovarian dysgerminoma in pregnancy: a case report and literature review. Cancer Biol Ther. 2018;19(8):649-58. doi: 10.1080/15384047.2018.1450118
8. Webb KE, Sakhel K, Chauhan SP, Abuhamad AZ. Adnexal mass during pregnancy: a review. Am J Perinatol. 2015;32(11):1010-6. doi: 10.1055/s-0035-1549216
9. Zalel Y, Piura B, Elchalal U, Czernobilsky B, Antebi S, Dgani R. Diagnosis and management of malignant germ cell ovarian tumors in young females. Int J Gynaecol Obstet. 1996;55(1):1-10. doi: 10.1016/0020-7292(96)02719-1
10. Kumar S, Shah JP, Bryant CS, Imudia AN, Cote ML, Ali-Fehmi R, et al. The prevalence and prognostic impact of lymph node metastasis in malignant germ cell tumors of the ovary. Gynecol Oncol. 2008;110(2):125-32. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.04.022
11. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. Lancet Oncol. 2004;5(5):283-91. doi: 10.1016/S1470-2045(04)01466-4
12. Dimopoulos MA, Papadimitriou C, Hamilos G, Efstathiou E, Vlahos G, Rodolakis A, et al. Treatment of ovarian germ cell tumors with a 3-day bleomycin, etoposide, and cisplatin regimen: a prospective multicenter study. Gynecol Oncol. 2004;95(3):695-700. doi: 10.1016/j.ygyno.2004.08.018
13. Carvalhedo JC, Ramos GC, Soares AF, Barbosa JR, Cordeiro MS, Lopes PA, et al. Neutropenia febril em pacientes adultos: uma revisão da literatura sobre o manejo na emergência oncológica. Rev Cient Integr [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 8];5(1):1-16. Available from: https://www.unaerp.br/documentos/4292-rci-neutropeniafebril-adultos-05-2021/file
14. Kilic C, Cakir C, Yuksel D, Kilic F, Kayikcioglu F, Koc S, et al. Ovarian dysgerminoma: a tertiary center experience. J Adolesc Young Adult Oncol. 2021;10(3):303-8. doi: 10.1089/jayao.2020.0087

COMPORTAMENTO,
SAÚDE E INFORMAÇÃO

ELA

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 feitoparaelaoficial

sinais
raros
Alguns sinais merecem toda a atenção.
Sangramentos persistentes no pós-parto ou hematomas não provocados no pós-parto podem indicar hemofilia adquirida.
Fique atento a esses sinais e sintomas.
Acesse sinaisraros.com.br e saiba mais!
febrasgo
novo nordisk®