

Feminina[®]

Publicação oficial da Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Volume 52, Número 7, 2024

Perda do desejo sexual no climatério. Um fenômeno fisiológico?

RESIDÊNCIA MÉDICA

Mentoria em residência
médica de ginecologia
e obstetrícia: uma
revisão integrativa

POSICIONAMENTO FEBRASGO

Local seguro
para o parto

Nova área do portal da Febrasgo

FLUXOGRAMA INTERATIVO

1 O QUE É ?

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

2 IMPORTÂNCIA

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

3 PROBLEMAS QUE AJUDA A RESOLVER

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

4 COMO VAI FUNCIONAR?

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



Confira as publicações em nosso portal!

www.febrasgo.org.br/febrasgo-online/fluxogramas



406

405

EDITORIAL

Sexualidade no climatério

406

CAPA

Perda do desejo sexual no climatério. Um fenômeno fisiológico?

413

ENTREVISTA

Saúde sexual no climatério: um aspecto essencial a ser discutido

417

ANAGO

Muito além da escolha da Medicina

419

FEDERADA

“Trabalho não é problema. Dedicção e zelo estão entre minhas prioridades”

424

RESIDÊNCIA MÉDICA

Mentoria em residência médica de ginecologia e obstetrícia: uma revisão integrativa

433

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

A importância do registro dos medicamentos na Anvisa e como checá-lo

437

POSICIONAMENTO

Local seguro para o parto

439

CADERNO CIENTÍFICO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

440

Desafios da prescrição da testosterona para disfunção sexual em mulheres

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

449

Quando suspeitar de insuficiência ovariana prematura transitória?

ARTIGO ORIGINAL

453

Avaliação do conhecimento das mulheres relacionado às vulvovaginites e à saúde ginecológica

RELATO DE CASO

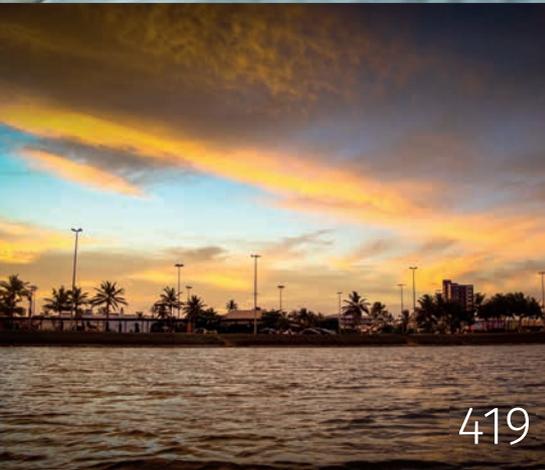
461

Teratoma imaturo de ovário em uma gestação em curso: um relato de caso

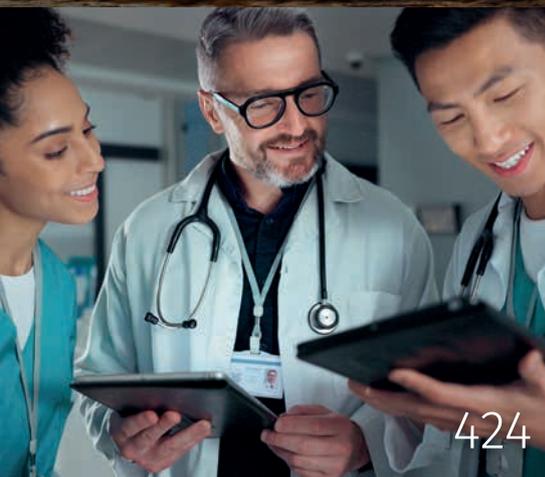
RELATO DE SÉRIE DE CASOS

466

Qual a melhor opção para tratamento da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea? Uma coorte retrospectiva



419



424



437

DIRETORIA

PRESIDENTE

Maria Celeste Osório Wender (RS)

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Roseli Mieko Yamamoto Nomura (SP)

DIRETOR CIENTÍFICO

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

DIRETOR FINANCEIRO

Marcelo Luís Steiner (SP)

DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio (PI)

VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Maria Auxiliadora Budib (MS)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORDESTE

Olimpio Barbosa de Moraes Filho (PE)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO NORTE

Hilka Flavia Barra do Espirito
Santo Alves Pereira (AM)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUDESTE

Sergio Podgaec (SP)

VICE-PRESIDENTE DA REGIÃO SUL

Alberto Trapani Júnior (SC)

DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

EDITORIAL

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

PUBLICIDADE

Tatiana Mota
gerencia@Febrasgo.org.br

Acesse: www.Febrasgo.org.br

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 Pícolo Coimbra. Correspondência: Rua Leite Ferraz, 75, Vila Mariana, 04117-120. E-mail: contato@modo.art.br

CORPO EDITORIAL

EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá
Sebastião Freitas de Medeiros

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

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
Ionara Barcelos
Jesus Paula Carvalho
José Eleutério Junior
José Geraldo Lopes Ramos
José Mauro Madi
Jose Mendes Aldrighi
Julio Cesar Rosa e Silva
Julio Cesar Teixeira
Lucia Alves da Silva Lara

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

EDITORIAL

Sexualidade no climatério

Femina linda e lida! Neste julho a revista excede as informações acerca da sexualidade da mulher no climatério, afunilando no domínio desejo e examinando sua perda. No cenário Brasil, contabilizando 105 milhões de mulheres, 46 milhões delas acima de 40 anos (44%) e 18 milhões acima de 60 anos (17%), e prevalência de 55% delas com qualquer domínio alterado aos 56 anos, teríamos cerca de 25 milhões de mulheres na pós-menopausa com algum tipo de disfunção sexual, incluindo o desejo hipoativo. Os dados dessa dimensão foram extraídos de texto da RBGO deste editor, publicado em 2020, e do IBGE, publicado em 2022. Duas professoras de Ribeirão Preto questionam se a perda do desejo no climatério é fenômeno fisiológico. Em sete páginas, fluem e detalham a associação entre climatério e sexualidade, e mostram que alguns domínios na resposta sexual são mais comprometidos nessa fase. E examinam os mecanismos envolvidos na associação, traçam perspectivas e propõem manejo humanístico. A idade e múltiplos fatores incluídos na saúde sexual nessa fase motivaram a perspicácia da jornalista Letícia, que, com redação excepcional, penetra no âmago do tema, em entrevista com três professoras destacadas: Fabiane, de Minas Gerais, Lucia Lara, de Ribeirão Preto (SP), e Andrea Rufino, do Piauí. O resultado é um texto belíssimo, fechando com a recomendação para que comunicação entre médico-paciente seja aberta e com suporte emocional adequado.

Da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago), a jornalista Letícia Martins traz detalhes que vivenciaram dois de seus acadêmicos. Hoje, os dois são editores da revista *Femina*. Sonhos, dedicação e amor pelo ensino e pesquisa em ginecologia e obstetrícia (GO) foram pontos comuns na vida dos dois. Vale mencionar que o professor Marcos Felipe foi o mentor e orientador deste editor. Três Lagoas (MS) e Guaxupé (MG) são seus ninhos! Na sequência, dois professores de Campinas detalham, em revisão integrativa, a mentoria em residência médica em GO. Os dois resumem os resultados e a metodologia de dezessete estudos e fecham mostrando ser necessário para nosso residente a implantação de mentores na assistência clínica, nos procedimentos cirúrgicos e no despertar para a pesquisa. Mais dois apaixonados pelo ensino que merecem aplausos! As professoras Maria Celeste e Lia Damásio chamam a atenção para a importância do registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) dos medicamentos que prescrevemos. E detalham o trajeto de um fármaco desde a síntese do princípio ativo até sua aprovação e comercialização. Nestes dias, somos impactados pelas promoções indevidas na mídia eletrônica e quiescência de muitos de nós na prescrição de medicamentos sem a certeza de segurança. O texto é essencial aos leitores da *Femina*.

O Caderno Científico traz o posicionamento da Febrasgo acerca da prescrição de testosterona para tratar disfunção sexual em mulheres, em texto da Comissão Nacional Especializada em Sexologia da Febrasgo. Elenca sete pontos-chave acerca das formulações e prescrições de testosterona. Propõe ainda sete recomendações para a utilização desse fármaco. De interesse prático, define quando a dosagem sérica da testosterona é útil. Em artigo original, três professores gaúchos registram as opiniões de 175 mulheres adultas que tiveram vulvovaginite e investigam o conhecimento delas sobre essa condição. Entre elas, 96% sabiam o que era vulvovaginite, indicando adequada divulgação sobre essas infecções entre as mulheres, pelo menos entre aquelas com boa escolaridade. Duas professoras de Campinas informam acerca da suspeição da insuficiência ovariana prematura transitória. Focam sua ocorrência mesmo antes da menarca ou nos primeiros anos que a seguem, na manutenção de alteração no intervalo menstrual e na elevação dos níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH). O texto aponta as situações mais comuns na etiologia. Há deleite na leitura desse texto! Cinco professores de Uberaba descrevem caso elegantemente ilustrado de teratoma ovariano prematuro removido cirurgicamente na 23ª semana de gravidez. Para encerrar, a gravidez em cicatriz de cesárea é relatada por professores de Campinas em um texto preciso, indicando o tratamento cirúrgico como a melhor opção.

Femina cresce junto com você. Seu artigo enviado será muito bem-vindo!

Boa leitura.

Sebastião Freitas de Medeiros
Editor





Perda do desejo sexual no climatério. Um fenômeno fisiológico?

Lúcia Alves da Silva Lara¹, Maria Eduarda Silva Santos¹

INTRODUÇÃO

Aspectos culturais, sociais, fisiológicos e psicológicos podem interferir na função sexual no período do climatério. A repercussão do climatério na função sexual feminina se confunde com o avançar da idade na gênese das disfunções sexuais. Mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais apresentam aumento significativo da disfunção do desejo sexual hipoativo (DDSH), quando comparadas às mulheres com 30 anos de idade (32,2% vs. 5,2%).⁽¹⁾ Este artigo visa fundamentar possíveis mudanças na função sexual de mulheres nesse período, especificamente o aparecimento da DDSH na peri e pós-menopausa. Adicionalmente, será discutida uma proposta de manejo adequado da DDSH que surgiu nesse período.

REPERCUSSÃO DO CLIMATÉRIO NA SEXUALIDADE DA MULHER

A construção da sexualidade começa ao nascer e, ao longo da vida, permanece em constante evolução, estando sob efeito dos esteroides sexuais, neurotransmissores e neuropeptídeos,⁽²⁾ e sob a influência da progressiva socialização do indivíduo, influenciando as relações interpessoais e moldando a maneira de ser do indivíduo e o seu comportamento sexual.⁽³⁾ É expressa pela maneira de ser da pessoa e por meio do autoerotismo e de seus comportamentos afetivo-sexuais em relação ao outro.^(4,5) O instinto sexual é a base da construção da sexualidade, mas a cultura, os costumes, os mitos, a religiosidade, os relacionamentos e as experiências sexuais vivenciados ao longo da vida influenciarão na expressão sexual da pessoa.⁽⁵⁾ Esses fatores podem, ao mesmo tempo, favorecer ou desfavorecer a função sexual humana.

O climatério é uma etapa complexa na vida da mulher e influencia a expressão da sua sexualidade, uma vez que é marcado por modificações biológicas e psíquicas, que podem interferir no bem-estar físico, emocional e sexual e na qualidade de vida dela.⁽⁶⁾ A menopausa é um marco importante nessa fase e cursa com o aparecimento de sintomas vasomotores, alteração do humor, disfunção cognitiva temporária e sintomas geniturinários, que interferem na função sexual das mulheres.⁽⁷⁾

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

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Lúcia Alves da Silva Lara
E-mail: luciaalvess2010@gmail.com

Lara LA, Santos ME. Perda do desejo sexual no climatério. Um fenômeno fisiológico? *Femina*. 2024;52(7):406-12.

Os sintomas vasomotores constituem uma queixa comum a 60%-80% das mulheres durante a transição ou após a menopausa e podem perdurar por sete a nove anos.⁽⁶⁾ Em 50% das mulheres, eles persistem por quatro anos após a menopausa e, em 10% delas, podem persistir por 12 anos ou mais.⁽⁹⁾ Existe estreita relação entre sintomas vasomotores e disfunção sexual feminina.^(8,10) Os sintomas vasomotores caracterizados pelas ondas de calor e suores noturnos causam desconforto e sono não reparador, afetando o bem-estar, com repercussão negativa na função sexual da mulher.⁽¹¹⁾ As queixas de DDSH e redução da frequência sexual podem atingir 72% das mulheres.⁽¹²⁾ Soma-se a isso o aparecimento de sintomas relacionados à síndrome geniturinária da menopausa (SGM), como secura vaginal, irritação, prurido vulvar e dispareunia, que podem chegar a atingir até 87% das mulheres na pós-menopausa.⁽¹³⁾ A dor durante a relação sexual impede que a mulher sinta prazer e, indiretamente, contribui para o aparecimento da DDSH.

Portanto, é recomendável que o ginecologista tenha uma abordagem cuidadosa da mulher nessa fase e pergunte sistematicamente a todas as mulheres climatéricas sobre sua função sexual nessa fase. Vale ressaltar que, apesar dos altos índices de disfunção sexual nesse período, 79% das mulheres referem manter relações sexuais, e um terço delas classifica como sendo muito importante manter a atividade sexual nesse período.⁽¹⁴⁾ Assim, o objetivo deste estudo é dar ênfase aos fatores que concorrem para o aparecimento da DDSH na mulher climatérica, porém outras disfunções serão mencionadas, pela estreita ligação com a DDSH, como é o caso da dispareunia. O conhecimento sobre os fatores associados à disfunção sexual da mulher nessa fase favorece a abordagem da queixa sexual pelo ginecologista.

ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA NO CLIMATÉRIO

Uma revisão sistemática evidencia uma alta prevalência de queixas sexuais em mulheres brasileiras.⁽¹²⁾ No climatério, um terço das mulheres apresenta disfunção sexual associada a diversos fatores, como saúde geral precária, relacionamento de longa duração, problemas emocionais e psíquicos, entre outros.⁽¹⁵⁾ Comparando a função sexual de mulheres na fase reprodutiva com a de mulheres na pós-menopausa, ocorre um declínio de 74% para 56% na atividade sexual das que estão na pós-menopausa.⁽¹⁶⁾

Embora, todos os estudos apontem para uma progressão das queixas sexuais nessa fase, existem variações culturais na prevalência de disfunções sexuais durante o climatério. Um estudo de coorte com mulheres equatorianas evidenciou a presença de disfunção sexual em 78,4% delas e uma progressão de queixas sexuais de 71,6%, na idade de 40 a 44 anos, para 92,3%, entre 60 e 64 anos de idade, sendo a DDSH a queixa mais frequente (62,6%).⁽¹⁷⁾ O *Melbourne Women's Midlife*

Health Project fez a avaliação anual da função sexual de mulheres australianas na idade de 45-55 anos durante oito anos. As taxas de disfunção sexual passaram de 42% no primeiro ano de avaliação para 88% no final do estudo, sendo o escore da DDSH correlacionado com os níveis decrescentes de estradiol.⁽¹⁸⁾ No Japão, comparando mulheres entre 30 e 60 anos, houve aumento de 27,7% para 57,9% na prevalência de DDSH.⁽¹⁾ Na mulher brasileira, os sintomas mais prevalentes no climatério foram nervosismo (82%), ondas de calor (70%), enxaqueca (68%), irritabilidade (67%) e sudorese (59%), sendo a DDSH a queixa sexual mais frequente.⁽¹⁹⁾ Os sintomas depressivos e a ansiedade também são mais prevalentes e acentuam-se com a menopausa, sendo exacerbados por eventos estressantes da vida, problemas financeiros e baixo suporte social.⁽²⁰⁾ Esses problemas emocionais e estresse psíquico culminam com redução na frequência de relações sexuais e da satisfação com a vida sexual.⁽²¹⁾

Outra queixa sexual prevalente nessa fase é a dispareunia, que chega a acometer 45% a 59% das mulheres na pós-menopausa^(20,22) e, potencialmente, pode interferir no prazer sexual e contribuir para o aparecimento da DDSH. O estrogênio desempenha papel crucial na manutenção da saúde vaginal, estimulando a lubrificação e a vascularização adequadas. O hipoestrogenismo resulta em modificações estruturais na parede vaginal, levando ao afinamento da camada epitelial, redução da elasticidade da mucosa da vagina, ressecamento, ardor, prurido e disúria, aumentando a prevalência de dor durante a relação sexual e reduzindo o desejo sexual.^(11,23)

MODIFICAÇÕES NA EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE DA MULHER CLIMATÉRICA

Durante o climatério e com o progredir da idade, ocorre redução drástica da responsividade sexual e da frequência sexual.⁽²⁴⁾ Paralelamente, ocorre redução na frequência do autoerotismo,⁽²⁰⁾ indicando um possível comprometimento do desejo sexual espontâneo após a menopausa, possivelmente relacionado com o declínio fisiológico dos androgênios produzidos pelas adrenais. Entre 40 e 50 anos, a mulher registra uma queda nos androgênios em torno de 50% e, entre 20 e 70 anos, há redução de 80%.⁽⁷⁾

Outros fatores cruciais que modulam a resposta sexual da mulher climatérica incluem a qualidade da relação diádica, o tempo de relacionamento, a qualidade da vida sexual anterior à menopausa e as dificuldades sexuais dos parceiros.⁽²⁵⁾ Estes, muitas vezes, são portadores de patologias sistêmicas e estão em uso de medicamentos que afetam a função sexual e reduzem a busca pela relação sexual.⁽²⁶⁾ Essa redução da frequência sexual pode ser interpretada pela mulher como sinal de desamor e reforço da sua crença de perda do potencial de sedução, com reflexo negativo em qualquer fase da resposta sexual.^(24,27,28) Mas, se o relacionamento conjugal era adequado e se mantém, o *status* da menopausa

pode influenciar na vida sexual da mulher.⁽¹⁴⁾ Entretanto, se a relação diádica é conflituosa, mesmo naquelas em que o conflito não afetou a sua função sexual passada, com a progressão para a menopausa, elas passam a vivenciar mágoas e redução dos sentimentos positivos em relação ao parceiro,⁽²⁴⁾ o que leva à evitação sexual permanente.

Vale ressaltar que, em relacionamentos de longa duração, mesmo que exista amor e relação não conflituosa, ocorre o fenômeno de neutralidade sexual, que é caracterizada pela queda no interesse sexual e redução ou perda da motivação sexual, levando à inércia provocada pela rotina.⁽²⁹⁾ É fundamental que os casais sejam informados de que essas modificações acontecem para os dois; a frequência sexual se reduz para 36% das mulheres e 39% dos homens, a iniciativa sexual se reduz para 33% das mulheres e para 32% dos homens, e a demonstração de interesse sexual se reduz para 25% dos homens e mulheres.⁽³⁰⁾ O que dificulta a possibilidade de reversão desse cenário é a redução da comunicação do casal sobre seu funcionamento sexual e relacional, muitas vezes evitada pelo receio do casal de colocar em risco o relacionamento conjugal.⁽³¹⁾

Outro fator que interfere na função sexual da mulher é o envelhecimento biológico, pelas influências socio-culturais negativas que podem comprometer o senso de atratividade da mulher,⁽³²⁾ o que a intimida para iniciar a relação sexual, resultando em redução drástica na frequência sexual.⁽¹⁸⁾ Nesse sentido, ao comparar mulheres australianas na faixa etária entre 40 e 49 anos com mulheres entre 70 e 79 anos de idade, a procura pela relação sexual passou de 72,3% nas mais jovens para 26,7% entre as mais idosas.⁽³³⁾ Um estudo com mulheres brasileiras reproduziu esses dados, demonstrando que quanto maior a idade da mulher, menor é a satisfação com sua vida sexual.⁽²¹⁾

PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO CLIMATÉRIO: REFLEXO NA SEXUALIDADE FEMININA

Ao longo da história, o climatério e a menopausa são eventos que, embora fisiológicos, são associados ao envelhecimento e à diminuição da função feminina. Já em 1845, Colombat de l'Isere afirmava, em seu tratado sobre saúde feminina, que, “após a menopausa, a mulher se assemelha a uma rainha destronada ou a uma deusa cujos adoradores já não frequentam mais seu santuário”. Assim, a mulher estaria fadada a aceitar o domínio do tempo, com suas marcas restritivas sobre sua feminilidade, que seria moldada pela idade e pela “incapacidade” da mulher de responder a estímulos eróticos devido ao “fechamento” natural da sua genitália.⁽³⁴⁾

Esse estereótipo negativo da mulher climatérica passa gerações e pode exercer um efeito negativo na sexualidade da mulher nessa fase, que tem sido associada ao declínio da feminilidade e da atratividade sexual.⁽³⁵⁾ Esse arquétipo perpetua a ideia de que as mulheres

mais velhas são menos desejáveis e menos ativas sexualmente, e concorre para afetar a autoestima e a confiança da mulher para exercer a atividade sexual.⁽¹⁰⁾

MODIFICAÇÕES NEUROQUÍMICAS NO CLIMATÉRIO QUE INTERFEREM NA FUNÇÃO SEXUAL

Em nível neuroquímico, o hipoestrogenismo afeta a atividade dos neurotransmissores serotonina, dopamina e noradrenalina, ocitocina, óxido nítrico (ON), entre outros que desempenham papel essencial na regulação do humor e da resposta sexual. A dopamina é um neurotransmissor associado à motivação e ao prazer sexual, e níveis reduzidos de dopamina podem interferir na resposta de recompensa. Da mesma forma, a noradrenalina é um neurotransmissor envolvido no sistema nervoso simpático que tem ação facilitadora da excitação sexual inicial. O ON desempenha papel importante na vasodilatação e no fluxo sanguíneo genital durante a resposta sexual, e a redução do estrogênio afeta a síntese desse neurotransmissor, influenciando a resposta vascular e a lubrificação vaginal. A ocitocina favorece a resposta ao estímulo erótico, e as alterações hormonais no climatério podem afetar a liberação de ocitocina e reduzir a intimidade e a resposta emocional durante a atividade sexual.⁽³⁶⁾ A melanocortina desempenha papel importante na promoção do desejo sexual,⁽³⁷⁾ e as alterações hormonais no climatério podem afetar a atividade das melanocortinas, influenciando indiretamente a resposta sexual. Os receptores 5-HT₂ e 5-HT₃ da serotonina favorecem a função sexual.⁽³⁸⁾

IMPORTÂNCIA DA VIDA SEXUAL ATIVA PARA A MULHER CLIMATÉRICA

Não obstante a alta prevalência de disfunção sexual na fase climatérica, a maioria das mulheres refere considerar importante manter a atividade sexual, por múltiplas razões, entre elas, 79% das mulheres referem ser importante para elas sentir prazer sexual, 77% referem que a relação sexual é importante para o relacionamento e 71% referem ser importante para elas manter-se sexualmente ativas.⁽³⁹⁾ As razões para manter a vida sexual ativa em mulheres com idade entre 40 e 55 anos são para alívio de tensão, por desejo do marido, para sentir prazer ou porque consideram ser a relação sexual uma forma de expressão de amor.⁽¹⁴⁾ E os motivos para não terem relação são a falta de interesse dela e do parceiro, comorbidades do casal e restrição física do casal.⁽¹⁴⁾

Apesar de 88% das mulheres climatéricas considerarem importante a vida sexual ativa, somente 20% delas procuram ajuda médica e somente 12% utilizam medicamentos destinados a tratar suas queixas sexuais.^(28,40) Sendo assim, a triagem para DDSH deve ser realizada de rotina na consulta ginecológica da mulher climatérica. Isso poderá ser feito por meio de uma pergunta

direta: “Você está satisfeita com sua vida sexual?”⁽⁴¹⁾ Se a mulher refere não estar satisfeita, é necessário verificar se a queixa está associada ao sofrimento ou incômodo. Se ela responde “sim”, a queixa sexual será classificada como disfunção sexual,⁽⁴²⁾ possivelmente porque a angústia associada com a perda da função sexual reduz com o avançar da idade.^(33,43)

De acordo com a CID-11, a DDSH caracteriza-se pela “ausência ou redução acentuada do desejo ou motivação para se envolver em atividade sexual, conforme manifestado por qualquer um dos seguintes: 1) desejo espontâneo reduzido ou ausente (pensamentos ou fantasias sexuais); 2) desejo responsivo reduzido ou ausente a estímulos e sugestões eróticas; ou 3) incapacidade de sustentar o desejo ou interesse na atividade sexual uma vez iniciada. O padrão de desejo espontâneo ou responsivo diminuído ou ausente, ou a incapacidade de sustentar o desejo ou interesse na atividade sexual, ocorreu episodicamente ou persistentemente ao longo de um período de pelo menos vários meses e está associado a um sofrimento clinicamente significativo”.⁽⁴²⁾

TRATAMENTO DA DDSH NA MULHER CLIMATÉRICA

O manejo da queixa sexual que surgiu no climatério precisa de medidas ampliadas para o controle de todas as queixas que possam coexistir com a DDSH (Figura 1). Para isso, são sugeridas cinco categorias de intervenção: *i)* verificar, sistematicamente, qual fase da resposta sexual está comprometida; *ii)* realizar o exame físico sempre que necessário; *iii)* tratar os sintomas geniturinários; *iv)* avaliar fatores biopsicossociais e relacionais, realizar aconselhamento e prescrever testosterona, flibanserina, quando necessário, encaminhar para terapia sexual; e *v)* para mulheres com câncer de mama e SGM, prescrever lubrificantes, hidratantes ou estrogênio após consultar o oncologista.⁽⁴⁴⁾

As medidas educativas são essenciais e devem ser oferecidas para todas as mulheres com queixas sexuais. Envolvem orientação sobre a anatomia da genitália, esclarecimento sobre a resposta sexual humana e inclusão dos parceiros em programas educacionais de sensibilização para as necessidades da mulher nessa fase. Deve-se atuar na modificação de causas reversíveis por meio do aconselhamento para mudança do estilo de vida, alimentação adequada e exercícios físicos que melhoram a autoestima e têm efeito positivo na função sexual da mulher.⁽⁴⁵⁾ A psicoterapia ou terapia sexual deve ser instituída sempre que houver preponderância de fatores psíquicos, em especial os casos relacionados a abuso sexual, relações conflituosas, distúrbios de comportamento e depressão.⁽⁴⁵⁾

Além disso, é necessário tratar as causas biológicas por meio de prescrição de géis lubrificantes, substituição de medicamentos que interferem com a resposta sexual e tratamento das desordens do assoalho pélvico.⁽⁴⁶⁾ Para

os casais em relacionamentos adequados e amorosos, o retorno da pulsão sexual ocorre na vigência de novos relacionamentos ou quando ocorre risco de perda do relacionamento vigente, o que indica que a motivação e mecanismos de recompensa são críticos para a função sexual satisfatória.^(29,27)

A terapia hormonal com estrogênio é efetiva para melhorar a disfunção sexual que surgiu com a menopausa, podendo ser utilizada nesse contexto como medida inicial para o manejo da DDSH⁽⁴⁷⁾ (Figura 2). No retorno para avaliação do resultado da prescrição, se não houver melhora da queixa da DDSH, poderá ser prescrita testosterona. Existem vários estudos clínicos randomizados e controlados evidenciando que a testosterona transdérmica na dose de 300 mcg/por dia, com ou sem adição do estrogênio, aumenta o desejo sexual e o bem-estar em mulheres na pré, peri e pós-menopausa, e em mulheres com menopausa cirúrgica.⁽⁴⁸⁾

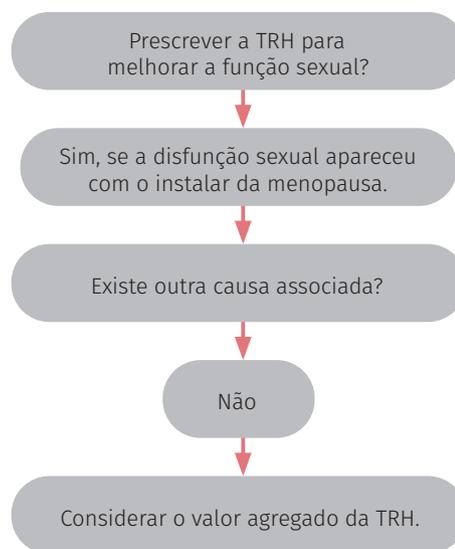
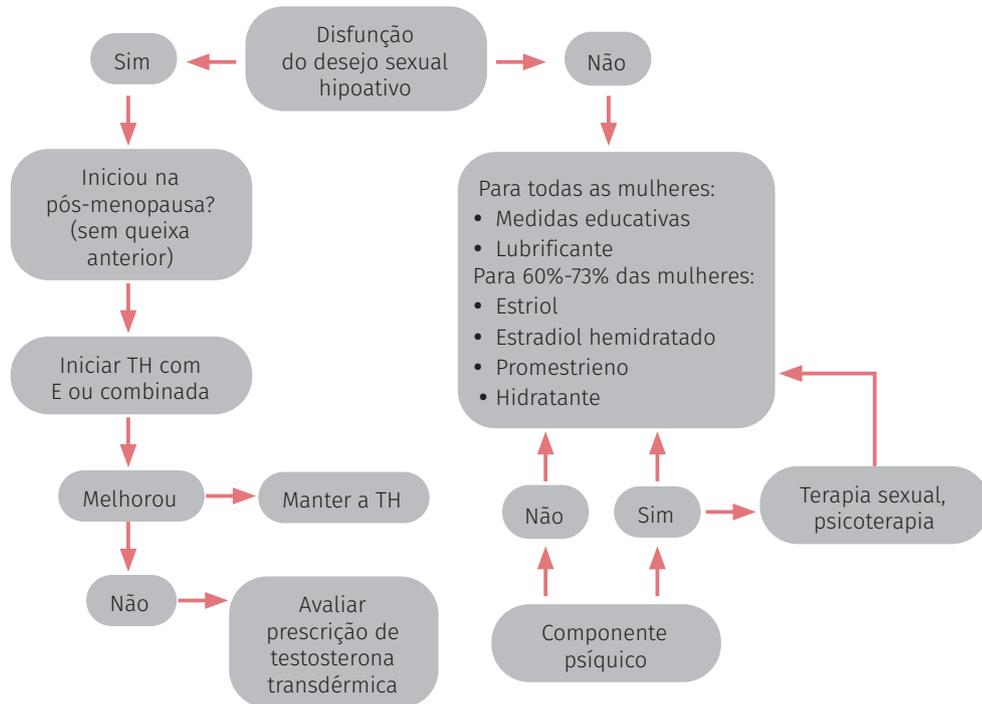


Figura 1. Algoritmo para prescrição da terapia de reposição hormonal (TRH) para o tratamento da disfunção do desejo sexual hipoativo em mulheres climatéricas

A utilização do estrogênio tópico traz benefícios nos casos da SGM.^(49,50) O promestrieno (3 propyl-ether-17 beta-methyl-ether de estradiol) pode ser uma alternativa e atua estimulando a proliferação do epitélio vaginal, sem efeito evidente no endométrio⁽⁵¹⁾ ou alterações nos níveis séricos de FSH, LH, estrona e estradiol.

CONCLUSÃO

Múltiplos fatores hormonais e psicossociais e o progredir da idade afetam a função sexual da mulher no período do climatério. A prevalência de DDSH é alta nessa fase e interfere na dinâmica do casal, comprometendo a qualidade de vida da mulher. A abordagem da função sexual da mulher na rotina ginecológica é mandatória para a promoção da saúde sexual e geral da mulher.



TH: terapia hormonal; E: estrogênio

Figura 2. Manejo da queixa sexual da mulher climatérica

REFERÊNCIAS

- Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*. 2005;65(1):143-8. doi: 10.1016/j.urology.2004.08.003
- Argiolas A, Melis MR. The neurophysiology of the sexual cycle. *J Endocrinol Invest*. 2003;26(3 Suppl):20-2.
- DeLamater J, Friedrich WN. Human sexual development. *J Sex Res*. 2002;39(1):10-4. doi: 10.1080/00224490209552113
- Macleod A, McCabe MP. How well do measurement scales reflect the actual experience of sexuality in mid-life and beyond? *Sex Med Rev*. 2019;7(1):29-45. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.04.004
- working-definitions-after-who.pdf. [cited 2024 Apr 14]. Available from: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/working-definitions-after-who.pdf>.
- Andac T, Aslan E. Sexual life of women in the climacterium: a community-based study. *Health Care Women Int*. 2017;38(12):1344-55. doi: 10.1080/07399332.2017.1352588
- Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The menopause transition: signs, symptoms, and management options. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(1):1-15. doi: 10.1210/clinem/dgaa764
- Faubion SS, Kapoor E, Kling JM, Kuhle CL, Sood R, Rullo JE, et al. Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality (DREAMS): a cohort profile. *Maturitas*. 2018;107:44-9. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.09.013
- Politi MC, Schleinitz MD, Col NF. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2008;23(9):1507-13. doi: 10.1007/s11606-008-0655-4
- Armeni A, Armeni E, Augoulea A, Stergiotis S, Kaparos G, Alexandrou A, et al. Climacteric symptoms, age, and sense of coherence are associated with sexual function scores in women after menopause. *J Sex Med*. 2023;20(3):313-23. doi: 10.1093/jsxmed/qdac031
- Yuksel N, Evaniuk D, Huang L, Malhotra U, Blake J, Wolfman W, et al. Guideline No. 422a: menopause: vasomotor symptoms, prescription therapeutic agents, complementary and alternative medicine, nutrition, and lifestyle. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(10):1188-204. e1. doi: 10.1016/j.jogc.2021.08.003
- Zhou Y, Li C, Jin F, Shao H, Teng Y, Tao M. Prevalence and predictors of sexual function in midlife partnered Chinese women assessed by two simple indicators: sexual frequency and sexual desire. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019;45(1):210-6. doi: 10.1111/jog.13790
- Mili N, Paschou SA, Armeni A, Georgopoulos N, Goulis DG, Lambrinou I. Genitourinary syndrome of menopause: a systematic review on prevalence and treatment. *Menopause*. 2021;28(6):706-16. doi: 10.1097/GME.0000000000001752
- Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*. 2003;40(3):266-76. doi: 10.1080/00224490309552191
- Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH, et al. Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol*. 2006;107(4):755-64. doi: 10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2
- Lonnée-Hoffmann RA, Dennerstein L, Lehert P, Szoek C. Sexual function in the late postmenopause: a decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women. *J Sex Med*. 2014;11(8):2029-38. doi: 10.1111/jsm.12590
- Yáñez D, Castelo-Branco C, Hidalgo LA, Chedraui PA. Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26(7):682-6. doi: 10.1080/01443610600914021
- Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res*. 2003;14:64-82.

19. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Hardy EE. [Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil]. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):735-42. doi: 10.1590/s0034-89102003000600008. Portuguese.
20. El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2019;26(10):1213-27. doi: 10.1097/GME.0000000000001424
21. De Lorenzi DR, Saciloto B. [Factors related to frequency of sexual activity of postmenopausal women]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2006;52(4):256-60. doi: 10.1590/s0104-42302006000400027. Portuguese.
22. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual health in menopause. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):559. doi: 10.3390/medicina55090559
23. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause*. 2008;15(4 Pt 1):661-6. doi: 10.1097/gme.0b013e31815a5168
24. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril*. 2001;76(3):456-60. doi: 10.1016/s0015-0282(01)01978-1
25. Lindová J, Průšová D, Klapilová K. Power distribution and relationship quality in long-term heterosexual couples. *J Sex Marital Ther*. 2020;46(6):528-41. doi: 10.1080/0092623X.2020.1761493
26. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):51-65. doi: 10.1080/009262300278641
27. Dennerstein L, Leher P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. 2005;84(1):174-80. doi: 10.1016/j.fertnstert.2005.01.119
28. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006;13(1):46-56. doi: 10.1097/01.gme.0000172596.76272.06
29. Fisher H, Aron A, Brown LL. Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *J Comp Neurol*. 2005;493(1):58-62. doi: 10.1002/cne.20772
30. Sutherland SE, Rehman US, Fallis EE. A descriptive analysis of sexual problems in long-term heterosexual relationships. *J Sex Med*. 2019;16(5):701-10. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.02.015
31. Rehman US, Lizdek I, Fallis EE, Sutherland S, Goodnight JA. How is sexual communication different from nonsexual communication? A moment-by-moment analysis of discussions between romantic partners. *Arch Sex Behav*. 2017;46(8):2339-52. doi: 10.1007/s10508-017-1006-5
32. Olofsson AS, Collins A. Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric*. 2000;3(1):33-42. doi: 10.3109/13697130009167597
33. Howard JR, O'Neill S, Travers C. Factors affecting sexuality in older Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*. 2006;9(5):355-67. doi: 10.1080/13697130600961870
34. Haney AF. The "physiology" of the climacterium. *Clin Obstet Gynecol*. 1986;29(2):397-406. doi: 10.1097/00003081-198606000-00021
35. Bovet J, Barkat-Defradas M, Durand V, Faurie C, Raymond M. Women's attractiveness is linked to expected age at menopause. *J Evol Biol*. 2018;31(2):229-38. doi: 10.1111/jeb.13214
36. Mondragón-Ceballos R, Barrios-De Tomasi J, Hernández-López LE. [Oxytocin and vasopressin: sexual differences and clinical implications]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(2):196-203. Spanish.
37. Ückert S, Bannowsky A, Albrecht K, Kuczyk MA. Melanocortin receptor agonists in the treatment of male and female sexual dysfunctions: results from basic research and clinical studies. *Expert Opin Investig Drugs*. 2014;23(11):1477-83. doi: 10.1517/13543784.2014.934805
38. Uphouse L. Pharmacology of serotonin and female sexual behavior. *Pharmacol Biochem Behav*. 2014;121:31-42. doi: 10.1016/j.pbb.2013.11.008
39. Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137(1):10-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.10.036
40. Cumming GP, Herald J, Moncur R, Currie H, Lee AJ. Women's attitudes to hormone replacement therapy, alternative therapy and sexual health: a web-based survey. *Menopause Int*. 2007;13(2):79-83. doi: 10.1258/175404507780796424
41. Luz do Nascimento BH, Figueira JR, Rosa-E-Silva AC, Reis RM, Andrade MC, Brito LG, et al. Management of hypoactive sexual desire dysfunction at a specialized service in women's sexual health. *J Sex Marital Ther*. 2024;50(4):542-53. doi: 10.1080/0092623X.2024.2329081
42. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. 2024 [cited 2024 Apr 20]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1189253773>
43. Graziottin A. Prevalence and evaluation of sexual health problems – HSSD in Europe. *J Sex Med*. 2007;4 Suppl 3:211-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00447.x
44. Wolfman W, Krakowsky Y, Fortier M. Guideline No. 422d: menopause and sexuality. *J Obstet Gynaecol Can*. 2021;43(11):1334-41.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2021.09.005
45. Dąbrowska-Galas M, Dąbrowska J. Physical activity level and self-esteem in middle-aged women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7293. doi: 10.3390/ijerph18147293
46. Lara LA, Scalco SC, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(4):184-94. doi: 10.1055/s-0037-1601435
47. Lara LA, Cartagena-Ramos D, Figueiredo JB, Rosa-E-Silva AC, Ferriani RA, Martins WP, et al. Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;8(8):CD009672. doi: 10.1002/14651858.CD009672.pub3
48. Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Giraldi A, Goldstein I, Goldstein SW, et al. International society for the study of women's sexual health clinical practice guideline for the use of systemic testosterone for hypoactive sexual desire disorder in women. *J Sex Med*. 2021;18(5):849-67. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.009
49. Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA, Bachmann GA, Chism LA, Kagan R, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. *Menopause*. 2018;25(6):596-608. doi: 10.1097/GME.0000000000001121
50. Cox S, Nasser R, Rubin RS, Santiago-Lastra Y. Genitourinary syndrome of menopause. *Med Clin North Am*. 2023;107(2):357-69. doi: 10.1016/j.mcna.2022.10.017
51. Borrelli AL, Casolaro AM, Esposito G, Berlingieri D. [Biologic action of promestriene on the genital tract of the castrated rat]. *Minerva Ginecol*. 1990;42(11):467-72. Italian.

Saúde sexual no climatério: um aspecto essencial a ser discutido

Enquanto a sexualidade feminina é amplamente abordada na mídia, nas redes sociais e nos consultórios médicos, a falta de desejo sexual ainda é assunto tabu ou esquecido

Por Letícia Martins



Muitas mulheres não sabem que a diminuição ou perda do interesse sexual é uma condição frequente no climatério, afetando cerca de 40% a 55% da população nessa fase da vida, segundo estudos internacionais e nacionais sobre a prevalência de disfunção sexual feminina. Enquanto campanhas publicitárias, programas de televisão e filmes, por exemplo, exaltam a importância do sexo e do prazer, o desejo sexual das mulheres climatéricas é escanteado e vira um elefante branco na sala que ninguém menciona.

E tem mais: se por um lado a preocupação legítima com os variados sintomas climatéricos, como mudanças de humor, fogachos e distúrbios do sono, é típica entre

as mulheres, o mesmo não ocorre com a falta de desejo sexual. Mas por que isso acontece e como lidar com essa questão delicada?

A **Dra. Fabiene Bernardes Castro Vale**, doutora em Saúde da Mulher, professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Presidente da Comissão Nacional Especializada de Sexologia da Febrasgo, ressalta que a sexualidade continua sendo um elemento extremamente importante para muitas mulheres de meia-idade, porém há uma grande parcela delas que menciona prioritariamente os sintomas clássicos do climatério aos seus médicos,



“É essencial abordar e tratar o DSH, proporcionando suporte médico e emocional adequado para melhorar a saúde e a qualidade de vida das mulheres afetadas”,

afirma a Dra. Fabiene Vale.

especialmente aos ginecologistas, mas deixa de citar os problemas relacionados à sexualidade. “Se o ginecologista não pergunta diretamente sobre a função sexual, apenas uma pequena porcentagem das mulheres relata espontaneamente seus problemas sexuais durante a consulta”, declara a presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Sexologia da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Na opinião da Dra. Fabiene, essa subvalorização da função sexual pode ocorrer por várias razões. “Algumas mulheres aceitam a queda do desejo sexual como uma condição inevitável do envelhecimento, desconhecendo que é um sintoma do climatério que pode ser abordado e tratado”, expõe. Além disso, ela aponta que existem barreiras adicionais que dificultam o acesso das mulheres a informações e à ajuda profissional sobre sexualidade. “Tais barreiras frequentemente envolvem inadequações e falhas por parte dos profissionais de saúde, como falta de tempo, escassez de conhecimento específico, preocupações com a própria confiança e habilidades, medo de causar ofensa, desconforto pessoal e estereótipos sobre a falta de necessidades sexuais e comportamentos adequados à idade”, diz.

A ginecologista, obstetra e sexologista **Dra. Lúcia Alves da Silva Lara**, vice-presidente da CNE de Sexologia da Febrasgo e coordenadora do Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana do Setor de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), acrescenta que a grande maioria das mulheres não leva o problema ao conhecimento do médico por vergonha de falar sobre um tema que historicamente é tabu e porque, às vezes, não sabe nem como perguntar. “A literatura mostra que cerca de 80% das mulheres no climatério e na pós-menopausa têm interesse em manter a vida sexual ativa e sentir prazer sexual, porém mais de 70% não relatam a queixa sexual de forma espontânea por constrangimento para falar sobre um tema que é tabu”, ressalta.

A Dra. Lúcia acredita que o tema seja subdimensionado, porque são poucos os serviços de formação de ginecologistas que preparam o médico para debater e tratar da disfunção sexual da mulher. “Isso dificulta para o ginecologista

abordar o assunto, pois ele fica com receio de buscar o problema e não saber dar uma solução”, analisa.

Para ambas as especialistas, é fundamental que os médicos, principalmente os ginecologistas, falem, durante as consultas de rotina, sobre o desejo sexual hipotativo (DSH) na fase do climatério e forneçam conhecimento adequado às mulheres sobre o assunto tanto quanto é necessário haver treinamento nos serviços de residência. “A Febrasgo tem trabalhado muito no sentido de providenciar material didático para a capacitação profissional. A CNE de Sexologia elaborou a matriz de competência, que é um guia para a formação do ginecologista em saúde sexual da mulher para o treinamento de R1, R2 e R3. Também existe uma matriz de competência para a formação do sexologista, que é o R4 de ginecologia”, diz a Dra. Lúcia.

RELEVÂNCIA DO TEMA, CAUSAS E DIAGNÓSTICO

Diante desse cenário e do número alto de mulheres que têm alguma disfunção sexual depois da menopausa (mais de 50% em todo o mundo), a Dra. Lúcia Lara e a Dra. Maria Eduarda Silva Santos pesquisaram o tema na literatura médica nacional e internacional e escreveram o artigo que estampa a capa desta edição de *Femina* – “Perda do desejo sexual no climatério. Um fenômeno fisiológico?” – do qual recomendamos a leitura. “Esse artigo trata-se de uma revisão sobre a função sexual de mulheres e vai nortear o ginecologista no sentido de acolher a queixa sexual da sua paciente e compreender quais são os fatores que podem estar relacionados a ela. O artigo ainda propõe estratégias de condutas que podem ajudar a paciente a ter o seu problema sexual resolvido”, declara a Dra. Lúcia.

Fase complexa na vida da mulher, o climatério é marcado por diversas mudanças, principalmente as hormonais, como a diminuição progressiva na produção de estrogênio (hipoestrogenismo) e testosterona devido à falência ovariana, desempenhando um papel fundamental no processo que causa o DSH, como explica a médica ginecologista e sexóloga **Dra. Andréa Rufino**, doutora em Ciências e professora de Ginecologia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI): “Os esteroides



“A comunicação médico-paciente aberta permite que a mulher se sinta à vontade para expor a respeito de problemas sexuais”,

diz a Dra. Andréa Rufino.

sexuais têm ação central no estímulo das vias excitatórias dopaminérgicas do desejo sexual. Doenças comuns nesse período, como diabetes, hipertensão arterial, depressão e ansiedade, assim como seus tratamentos específicos, também podem influenciar negativamente no desejo sexual”.

O hipoestrogenismo afeta vários níveis da resposta sexual feminina, principalmente da resposta genital, levando à redução da lubrificação. “Isso ocorre devido à diminuição de neurotransmissores essenciais para a vasodilatação e percepção da excitação sexual, como o óxido nítrico e o peptídeo intestinal vasoativo. O hipoestrogenismo está relacionado ainda com ondas de calor, que podem impactar negativamente a função sexual”, esclarece a Dra. Lúcia Lara.

Não obstante, fatores psicológicos, como estresse, ansiedade, depressão e problemas de autoestima, desempenham um papel significativo no desenvolvimento do DSH. “A saúde mental e emocional da mulher é fundamental para a manutenção de uma vida sexual saudável, e qualquer perturbação nesse equilíbrio pode ser refletida na redução do desejo sexual”, aponta a Dra. Fabiene.

Por fim, os fatores sociais são igualmente significativos. “Problemas de relacionamento, falta de comunicação com o parceiro e expectativas culturais podem contribuir para o desejo sexual hipoativo. A disfunção sexual masculina também pode afetar indiretamente o desejo sexual da mulher, criando um ciclo de frustração e diminuição da libido”, acrescenta.

Mulheres com baixo desejo sexual enfrentam uma série de possíveis complicações se não forem tratadas. Segundo a Dra. Fabiene, os impactos na saúde mental e emocional podem ser relevantes, incluindo a redução da autoestima e sentimentos de inadequação. Ansiedade e depressão são complicações comuns associadas ao DSH não tratado.

Não raros, os relacionamentos são impactados, com casos de insatisfação conjugal, conflitos frequentes e até separações mais graves. O ciclo de frustração e distanciamento emocional entre os parceiros pode comprometer a qualidade dos relacionamentos interpessoais. “A qualidade de vida geral da mulher pode ser comprometida, afetando a felicidade e o bem-estar

dela. A ausência de desejo sexual pode limitar a expressão de intimidade e prazer, componentes importantes para uma vida plena e satisfatória. Portanto, é essencial abordar e tratar essa condição, proporcionando suporte médico e emocional adequado para melhorar a saúde e a qualidade de vida das mulheres afetadas.”

Mas como fazer isso? A presidente da CNE de Sexologia da Febrasgo afirma que, com algumas perguntas simples durante a consulta ginecológica, é possível iniciar o processo de investigação e intervenção, criando um ambiente de confiança e abertura para que a mulher possa se expressar e receber o apoio adequado. “Perguntar se a paciente tem vida sexual ativa ou como está o interesse ou desejo sexual dela pode ser o passo inicial para permitir que a mulher expresse suas queixas e se sinta ouvida em relação à sua sexualidade. Esse é um momento interessante para o ginecologista criar um ambiente de confiança e abertura, no qual a paciente se sinta confortável para falar sobre suas dificuldades”, recomenda a médica.

Ela completa afirmando que, ao abordar a função sexual feminina, o ginecologista proporciona à mulher a abertura ideal para que ela possa colocar suas queixas e sofrimento diante de um problema sexual, ao mesmo tempo em que cria uma oportunidade de intervir de maneira positiva, promovendo uma melhoria da saúde geral dessa paciente, fortalecendo suas relações interpessoais e contribuindo para uma vida mais plena e satisfatória.

O diagnóstico de DSH em mulheres é realizado por meio de uma avaliação clínica. Atualmente, os médicos dispõem de ferramentas de triagem específicas, como o *screening* para DSH, que consiste em cinco perguntas simples e de fácil aplicação. Se ele resultar positivo, é fundamental proceder com uma abordagem mais aprofundada, que inclua uma história médica detalhada, história sexual e história psicossocial.

Em alguns casos, é necessário realizar um exame físico e exames laboratoriais para descartar outras condições médicas que possam estar contribuindo para os sintomas. Para o diagnóstico de DSH, é necessário que a paciente apresente desejo sexual responsivo (diante de uma motivação ou estímulo sexual) diminuído ou ausente por mais de seis meses e que isso cause sofrimento



“Cerca de 80% das mulheres no climatério e na pós-menopausa têm interesse em manter a vida sexual ativa e sentir prazer, porém muitas não relatam as queixas por constrangimento”, destaca a Dra. Lúcia Lara.

significativo para a paciente. É importante destacar que essa é uma demanda da mulher, e não de seu parceiro, embora a condição possa levar a problemas relacionais.

TRATAMENTO E MEDIDAS EDUCATIVAS

Existem várias opções de tratamentos eficazes que podem ajudar a recuperar o desejo sexual durante o climatério. A Dra. Andréa realça a importância da adoção de um estilo de vida saudável, com alimentação adequada e prática regular de exercícios físicos. Além disso, tratar de forma eficaz doenças comuns nessa fase, como diabetes, hipertensão arterial, depressão e ansiedade, também contribui para a melhora do desejo sexual. “A psicoterapia individual e de casal pode ser uma alternativa em situações de conflitos individuais e conjugais que impactam a vida sexual. E, por fim, é possível considerar a terapia de reposição hormonal com estrogênio e testosterona”, recomenda a sexóloga.

De acordo com ela, a “terapia de reposição hormonal com estrogênio melhora o desejo sexual e a síndrome geniturinária da menopausa, com impacto positivo no conforto e prazer, enquanto a reposição de testosterona por via transdérmica se mostra segura em mulheres na pré-menopausa tardia e pós-menopausa, atuando no aumento dos pensamentos e fantasias sexuais, melhorando a responsividade aos estímulos sexuais e aumentando o número de eventos sexuais satisfatórios”.

No artigo de capa desta edição, a Dra. Lúcia cita e comenta sobre os tratamentos do DSH na mulher climatérica e evidencia a relevância das medidas educativas para a abordagem de qualquer patologia, tanto no homem quanto na mulher, especialmente no atendimento às dificuldades sexuais da mulher. Ela elenca três medidas educativas essenciais: a primeira é informar à mulher sobre a anatomia da sua genitália, uma vez que existem várias regiões eróticas ali, como o clitóris, órgão fundamental do prazer sexual. “Muitas mulheres nunca viram a própria genitália com um espelho, não a tocam e não sabem exatamente os locais onde o prazer sexual é mais intenso. Para 85% das mulheres que não conseguem ter orgasmo com o movimento do pênis dentro da vagina, o estímulo no clitóris é fundamental. Elas podem

ensinar aos parceiros os locais que devem ser estimulados durante uma relação sexual”, orienta a Dra. Lúcia.

Outra medida educativa de extrema importância é orientar a mulher sobre a diferença entre a resposta sexual feminina e a masculina. O tempo de relação sexual necessário para que a mulher seja devidamente estimulada, desde as preliminares até a penetração, gira em torno de 20 a 24 minutos, ao passo que esse tempo de estímulo para o homem é menor, entre 10 e 14 minutos para que ele seja devidamente excitado, realize a penetração e consiga uma ejaculação. “Sendo assim, quando a mulher não consegue atingir o orgasmo com o movimento do pênis dentro da vagina, é necessário que, durante a penetração, ela esteja em uma posição que favoreça o estímulo concomitantemente do clitóris. Muitas mulheres não sabem disso e é por isso que a orientação do médico pode fazer a diferença para ela”, explica a vice-presidente da CNE de Sexologia.

Orientar a paciente sobre as modificações que ocorrem não só no climatério, mas com a evolução da idade, faz parte da terceira medida educativa. Modificações corporais, como aumento de peso, são comuns no climatério e podem impactar o desejo sexual. Por isso, no tratamento do DSH, uma das linhas de tratamento envolve a dieta adequada e a prática de exercício físico.

Para finalizar, o artigo de capa recomenda que o ginecologista tenha uma abordagem cuidadosa e pergunte sistematicamente a todas as mulheres climatéricas sobre sua função sexual nessa fase. “A comunicação aberta permite que a mulher se sinta à vontade para expor sobre problemas sexuais. Nesse sentido, cabe ao ginecologista abordar a mulher a respeito do desejo sexual para facilitar que ela se sinta acolhida para falar a respeito. Também é de responsabilidade do ginecologista ofertar um ambiente que seja acolhedor, ético, protetor e continente para ouvir as queixas e ofertar as melhores estratégias de tratamento individualizado para cada mulher”, sintetiza a Dra. Andréa.

A Dra. Fabiene conclui: “Propor um tratamento eficaz, se necessário, demonstra o compromisso do médico com a saúde integral da paciente, fortalecendo a relação médico-paciente e promovendo uma abordagem mais humanizada e eficaz na prática ginecológica”. 

Muito além da escolha da Medicina

Por Letícia Martins

Mais uma vez, a *Femina* tem o prazer e a difícil missão de apresentar os profissionais renomados que são destaque em suas áreas e, por isso, estão entre o distinto grupo de membros titulares da Academia Nacional de Ginecologia e Obstetrícia (Anago).

E, se “missão dada é missão cumprida”, tentaremos aqui resumir dois extensos currículos, porém sem excluir os grandes feitos de dois nomes da medicina brasileira: Dr. Marcos Felipe Silva Sá e Dr. Sebastião Medeiros, eleitos respectivamente como titulares das cadeiras número 1 e número 7 da Anago.

MÉDICO COM ALMA DE JORNALISTA

A Medicina foi sua primeira escolha profissional, mas dos 16 aos 18 anos, ele trabalhou em rádio e sofreu influência da comunicação. Depois desse período, resolveu tentar a sorte em outras terras. Saiu do Mato Grosso

“Eu me senti muito honrado de fazer parte desse grupo seletor, principalmente por não ser de origem de grande centro”,

declarou o Dr. Sebastião Medeiros, acadêmico da cadeira nº 7.

rumo a São Paulo. Mas o universo tinha outros planos e mudou a ideia do jovem Sebastião. Justo ele, que pretendia unir radiojornalismo com medicina. Mas não deu. “Só” a medicina deu certo.

Mas o agora **Dr. Sebastião Medeiros** nunca abandonou de vez a paixão pela comunicação, e até hoje também exerce essa sua versão na sala de aula. Como professor e médico, toda sua oratória falada e escrita é mais do que bem-vinda para escrever artigos, pesquisas, dissertações e o editorial da *Femina*, que ele redige com tanta maestria antes do término de cada mês.

Entre consultas e textos, o Dr. Sebastião agora também tem algo mais em sua agenda: uma cadeira na Academia. “Eu me senti muito honrado de fazer parte desse grupo seletor, principalmente por não ser de origem de grande centro. Sou de Três Lagoas, hoje Mato Grosso do Sul. Todos os outros indicados são de São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, com tradição em pesquisa”, ressalta o profissional.

É ocupante da cadeira número 7, que tem como patrono o Dr. Paulo Belfort, um dos mais respeitados obstetras do país, presidente da Febrasgo entre o biênio 1973-1975 e fundador da revista *Femina*. Por mais um capricho do destino, hoje o Dr. Sebastião é um dos editores da publicação.

Atuante na área de endocrinologia e reprodução humana, o médico fez graduação no estado do Rio de Janeiro, mestrado em Ribeirão Preto (SP) e doutorado em Adelaide, na Austrália, e estava pronto para novos desafios. Porém, embora com experiência no rádio, sempre teve dificuldade para falar em público, ou seja, em nenhum momento sequer cogitou a ideia de ser professor e falar para muitos estudantes. “Foi uma dificuldade bem grande na época, mas eu consegui superá-la”, afirma.

Ler, escrever, falar, dissertar. O caminho da comunicação sempre esteve ali, tanto que o Dr. Sebastião se orgulha em contabilizar seus artigos publicados, que são mais de uma centena, além de participação em capítulos de livros. Seu foco de estudo e pesquisa tem caminhado no terreno da endocrinologia ginecológica, que engloba endometriose e menopausa. Sua atuação acadêmica no momento é como professor titular da Universidade Federal de Mato Grosso e diretor clínico do Instituto Tropical de Medicina Reprodutiva de Cuiabá.

Casado e pai de cinco filhos, ele celebra também o tanto que a medicina influenciou sua vida. A esposa e o filho primogênito são médicos, e em várias ocasiões a família trabalha junta. As duas filhas mais novas também estão seguindo os mesmos passos na escolha profissional. “Eu não conheço nada além da medicina!”, afirma, de forma modesta. Será que, mesmo com toda a *expertise* e o que já viveu, ele acredita realmente nisso?



DE MINAS GERAIS PARA O MUNDO

A outra cadeira que trazemos aqui é a primeira de todas, a do patrono Alberto Francia Gomes Martins (1909-1980), ocupada hoje pelo **Dr. Marcos Felipe Silva Sá**, editor-chefe desta revista.

Mineiro de Guaxupé (MG), ele mirou Ribeirão Preto como destino no mapa da aventura para conseguir entrar de cabeça e alma no universo da profissão. E aí, bastou estudar com afinco. Tudo valeu a pena, em uma sensação quase palpável ao segurar, por exemplo, os diplomas da graduação, da residência, da pós-graduação e de Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP).

Com foco total em estudo e pesquisa, seguiu para a Universidade da Califórnia, em San Diego, nos Estados Unidos, para se especializar em endocrinologia reprodutiva. Retornou com uma missão: montar na FMRP-USP o laboratório de endocrinologia ginecológica – um assunto no qual ele se orgulha de dizer que foi um dos pioneiros no Brasil.

Nessas voltas que a vida dá, o Dr. Marcos Felipe também foi credenciado como professor e orientador na pós-graduação em ginecologia e hoje sente orgulho em compartilhar, entre tantos outros momentos e desafios, a coordenação de mesas de congresso com ex-alunos e residentes, muitos dos quais hoje ocupam cargos relevantes em diferentes universidades brasileiras ou em grandes serviços na área de reprodução no país.

“Dediquei muitos anos da minha vida profissional à área de pesquisa e ensino e também me envolvi bastante com as atividades administrativas”,

contou o Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, ocupante da cadeira nº 1.



A experiência acumulada em 50 anos de carreira transbordou. “Dediquei muitos anos da minha vida profissional à área de pesquisa e ensino.” Além de toda a experiência clínica, o Dr. Marcos ainda coleciona alguns números: orientação de 33 mestrados, 24 doutorados e quatro pós-docs, publicação de 435 trabalhos em revistas nacionais e internacionais, quase 500 trabalhos apresentados em congressos brasileiros e internacionais e edição de três livros.

“Também me envolvi bastante com as atividades administrativas, exercendo o cargo de diretor executivo da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), fui superintendente do HCRP, diretor da FMRP-USP e diretor administrativo do Gabinete da Reitoria da USP. Atualmente exerço a presidência da Fundação de Pesquisas Médicas de Ribeirão Preto (FUPEME). Participei também de atividades societárias, como a Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrage), a Sociedade Brasileira de Climatério (Sobrac), a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) e a própria Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)”, conta.

Na visão dele, a política adotada atualmente pelo governo, disseminando escolas médicas pelo país, parece ter como princípio básico a formação de grande quantidade de profissionais sem, contudo, adotar uma estratégia para montar uma boa estrutura, com bons professores em cada escola com o objetivo de formar os melhores profissionais. “Durante o período em que exerci o cargo de diretor científico da Febrasgo, dediquei muitos esforços aos programas de educação continuada dos associados e, sobretudo, aos Programas de Residência Médica (PRM), quando criamos a Comissão de RM-Coreme da Febrasgo, que faz um belo trabalho e hoje é modelo para todo o Brasil. É sabido que o curso de graduação em Medicina por si só não é terminal, e hoje no Brasil não há vagas de PRM para todos os formandos, o que torna a sua formação incompleta. Por essas razões, as sociedades de especialidades médicas precisam cuidar mais dos PRMs e da educação continuada dos seus associados”.

Atualmente, o Dr. Marcos Felipe está no cargo de editor da revista RBGO e coeditor de *Femina*. “Transformamos a RBGO em uma revista internacionalmente reconhecida, e *Femina* vem cumprindo um papel fundamental na atualização profissional e educação continuada dos gineco-obstetras brasileiros”, avalia. Como editor das duas revistas e com o trabalho realizado na Febrasgo, o profissional sente aquela emoção de “missão cumprida”.

É casado, pai de três filhos e avô de cinco netos. Filho de educadores, prova que o fruto sempre cai perto da árvore, como afirma o ditado. Em uma propriedade rural em Guaxupé, ele ainda conseguiu, por 32 anos, ter tempo nos finais de semana para se dedicar ao cultivo de café e manter o *hobby* de assistir a um jogo de futebol. A veia jornalística que apresenta aqui na revista também vem como herança do pai, que era professor e jornalista proprietário de um jornal na cidade natal. Tudo isso prova que, para ser um bom profissional, não é preciso abdicar do tempo de qualidade em família e de lazer. 

“Trabalho não é problema. Dedicção e zelo estão entre minhas prioridades”

Nova presidente da Sogise fala sobre o potencial da federada e os desafios da gestão

Por Letícia Martins



Dra. Tiana Freire

A Dra. Tiana Freire assumiu a presidência da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Sergipe (Sogise) com a visão de fortalecer a organização e valorizar o médico ginecologista e obstetra, além de promover melhor assistência à saúde feminina no estado. Com o envolvimento dos associados nas ações promovidas e o projeto sustentado em aproximar os profissionais da sociedade e garantir assistência de qualidade, a presidente tem como meta alcançar esses objetivos nos próximos quatro anos de mandato.

Femina: A senhora assumiu recentemente a Sogise, uma das primeiras Federadas, fundada em 1973. O que a motivou a assumir essa responsabilidade?

Dra. Tiana Freire: Sou membro da Sogise desde meu retorno da residência médica em São Paulo, em 2006. Estive na vice-presidência no último quadriênio, juntamente com o Dr. George Caldas. E muito aprendi que, para ter uma sociedade forte, temos que fazer parte dela, estar próximo às ações e contribuir para o seu crescimento. Vejo nossa

especialidade um tanto enfraquecida diante de inúmeros movimentos sociais que giram em torno da correta assistência à mulher e penso que estar à frente e poder contribuir com a adequada atividade médica, sua formação científica e postura diante da sociedade é também meu dever, e quero me orgulhar muito no futuro por ter contribuído por fazer parte desse trabalho.

Femina: Como é conciliar o trabalho como ginecologista e obstetra com as demandas da Federada?

Dra. Tiana Freire: Trabalho em consultório na rede privada de assistência e assumi a Sogise há alguns meses. Estou me esforçando para conciliar ambas as funções e tenho me empenhado em cumprir todas minhas obrigações juntamente com a equipe que trouxe comigo em nossa chapa, a fim de prestar de forma honrosa cada demanda e desafio. Trabalho não é problema. Dedicção e zelo por fazer o melhor estão entre minhas prioridades neste momento.

Femina: Qual avaliação a senhora fez da Sogise assim que tomou posse como presidente?

Dra. Tiana Freire: Vejo a Sogise com muito potencial. Somos uma federada pequena e, por causa disso, é mais fácil de nos unir nesse propósito. Por outro lado, acredito muito em nossa organização. No tocante à valorização do médico ginecologista e obstetra e em defesa à saúde da mulher, acredito que o papel da Febrasgo é extremamente forte e de competência em todo o país, seja no meio médico ou fora dele.

Femina: Como é o envolvimento dos associados nas ações promovidas pela Sogise?

Dra. Tiana Freire: Sempre temos como evoluir. A Sogise está se renovando, e temos novos profissionais com muita vontade de atuar e contribuir. Nosso crescimento será sempre um dos objetivos a serem alcançados em nossa gestão.

Femina: A Sogise tem alguma estratégia para atrair novos associados e manter os atuais?

Dra. Tiana Freire: Sim, estamos atualmente com todas as nossas energias voltadas para o nosso XV Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Sergipe, que será entre os dias 12 e 14 de setembro deste ano. Além disso, atuamos dentro das maternidades e em reuniões de comitês do estado e prefeitura, a fim de engajar ainda mais o profissional de todos os tipos de assistência, seja pública ou privada, seja ambulatorial ou intra-hospitalar em plantões, para que o membro se sinta parte da sociedade, traga suas ideias e demandas e, assim, possamos crescer ainda mais.

Femina: Atualmente, o Brasil enfrenta altos índices de mortalidade materna e de câncer de colo de útero, entre outras doenças que preocupam. No estado de Sergipe, quais são os desafios da área da saúde da mulher e como a Sogise atua em relação à sociedade e às autoridades de saúde sergipanas no enfrentamento desses problemas?

Dra. Tiana Freire: Essa é a realidade nacional, e nosso estado não é diferente. Com a demanda reprimida no período da pandemia, nossa estatística de câncer de colo uterino cresceu muito em 2022 até 2023. Juntamente com os gestores de

prefeitura e estado, estamos identificando as localidades de maior incidência de casos e gerando a busca ativa de mulheres em situações de risco para o rastreamento, além do incentivo constante à vacinação das adolescentes. No tocante à mortalidade materna, temos um forte Comitê de Mortalidade Materno-infantil, com reuniões mensais, nas quais temos identificado as falhas que resultaram nesses óbitos, levantamos propostas de melhorias e atuamos, em conjunto, rapidamente em todas as esferas, desde os gestores até a equipe de base intra-hospitalar e na assistência primária de pré-natal e puericultura.

Femina: Quais são suas perspectivas dentro da Sogise para os próximos quatro anos desse mandato?

Dra. Tiana Freire: Nosso projeto é sustentado em dois pilares: primeiro, aproximar ainda mais o profissional da Sogise, promovendo encontros científicos e fóruns de discussão, seja em benefício da boa assistência médica especializada, garantindo ao associado reciclagem e atualização de grande valor a sua prática clínica e reconhecimento social, seja fomentando propostas para a valorização do profissional e seu lugar na sociedade como um todo. O segundo pilar é promover uma melhor assistência à saúde feminina em nosso estado, levando nossa experiência do dia a dia aos gestores de todo o estado, a fim de identificar a melhor forma de garantir a atenção primária, secundária e terciária às mulheres de todas as regiões e ainda auxiliar na promoção de capacitações e treinamentos em cada esfera.



Incentivo para autores

Submeta seus artigos para *Femina* e RBGO

Levando em consideração a importância dos dois periódicos – RBGO e *Femina* – para o desenvolvimento da ciência e educação profissional em ginecologia e obstetrícia no Brasil, e tendo em vista a grande quantidade de teses de mestrado e doutorado e de trabalhos de conclusão de curso (TCCs) de Programas de Residência Médica já defendidos e que não foram publicados por razões diversas, a Diretoria Executiva da Febrasgo decidiu estabelecer premiações de incentivo aos autores que submeterem seus trabalhos para publicação na RBGO ou *Femina*.

■ Os pós-graduandos e residentes e seus respectivos orientadores/preceptores, autores principais de artigos científicos oriundos de teses de mestrado ou doutorado e TCCs que submeterem tais manuscritos para publicação na RBGO ou *Femina* poderão receber como bonificação, caso o manuscrito seja aceito para publicação nas mencionadas revistas, a inscrição gratuita no Congresso ou Jornada de Ginecologia e Obstetrícia da Febrasgo, a serem realizados no ano de sua aceitação ou no ano subsequente, caso não haja tempo hábil para a primeira hipótese.



- A dissertação, a tese ou o TCC referidos acima deverão ter sido aprovados na instituição de origem após a defesa deles por seus autores.
- Para a submissão, os trabalhos devem estar redigidos de acordo com as normas previstas nas Instruções aos Autores específicas da RBGO ou *Femina*, e os manuscritos serão analisados por seus editores.
- Os manuscritos não poderão ter sido publicados anteriormente em qualquer outro periódico, nacional ou internacional, exceto na forma de Resumo ou em Anais de Congressos.
- Na submissão do texto para publicação, o autor deverá comunicar aos editores da RBGO ou *Femina*, na página de rosto do trabalho, que o manuscrito é a versão para publicação de sua tese de mestrado ou doutorado ou TCC, informando o programa do qual fez parte, o nome da instituição e o nome do aluno e do orientador.



FEITO PARA ELA

A plataforma de saúde integral da mulher.



Sua paciente muito bem informada!

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

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

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

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

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

Como se proteger da pré-eclâmpsia?

No Brasil, a pré-eclâmpsia é a principal causa da mortalidade materna. Além de significar alto risco para a vida da mãe, a doença ainda pode ser prejudicial ao desenvolvimento do bebê.

Daí a importância de orientar as mulheres que planejam engravidar ou que já estão grávidas sobre os benefícios das consultas de pré-natal.

Escaneie o QR code com o seu *smartphone* e indique essa matéria para as suas pacientes!



Oito sites confiáveis para tirar dúvidas sobre saúde

No livro "Como Chegar Aos 100 Anos", produzido pela editora MOL Impacto, o **FEITO PARA ELA** foi recomendado como *site* confiável sobre saúde e bem-estar.

Com tiragem de 500 mil exemplares, a obra está à venda em duas redes de farmácias brasileiras, e a receita será doada para 23 ONGs de saúde de todo o país, causando grande impacto social.

Os outros *sites* indicados são os da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBim), Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Instituto do Sono, Instituto Oncoguia, Hospital Israelita Albert Einstein, Instituto Nacional do Câncer (Inca) e Saúde de A a Z, do Ministério da Saúde.



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

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

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

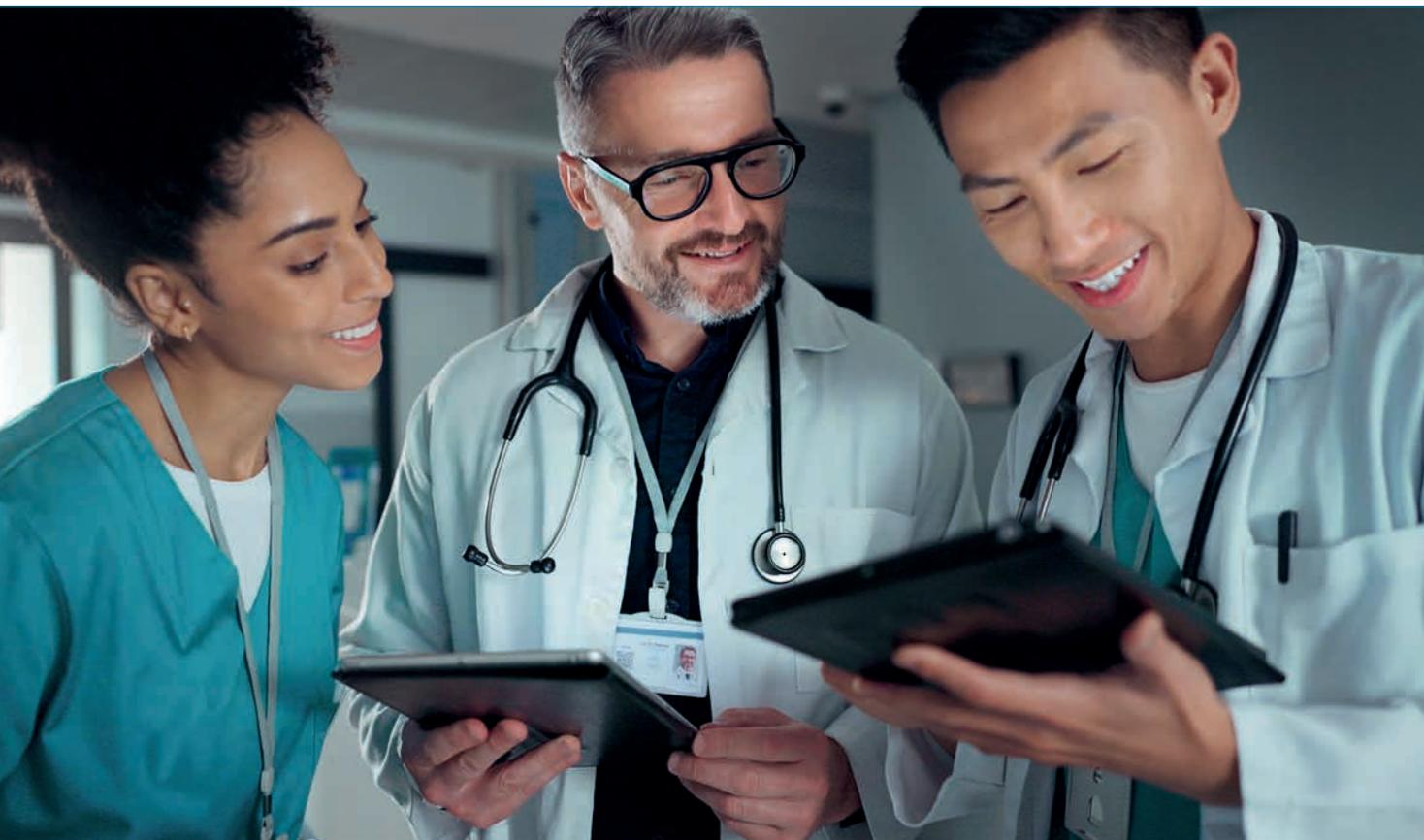


@feitoparaelaoficial

WWW.FEITOPARAELOFFICIAL.COM.BR

Mentoria em residência médica de ginecologia e obstetrícia: uma revisão integrativa

Marcos Vinícius de Sousa¹, José Paulo de Siqueira Guida²



Descritores

Residência médica; Ginecologia; Obstetrícia; Mentoria

1. Disciplina de Nefrologia, Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
2. Departamento de Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

José Paulo de Siqueira Guida
E-mail: jpguida@unicamp.br

RESUMO

Objetivo: Revisar a literatura científica internacional quanto aos programas de mentoria para residência médica em ginecologia e obstetrícia. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, a partir de busca sistemática na base de dados PubMed. Foram buscados os estudos publicados até julho de 2024 usando a seguinte sintaxe de busca: (“Mentoring” OR “Residency”) AND (“Obstetrics” OR “Gynecology”). Os estudos foram avaliados quanto a título e resumo por dois revisores independentes e, depois, submetidos à extração de seus dados. **Resultados:** Foram identificados 51 artigos, dos quais 17 foram incluídos nesta revisão. Os principais resultados apresentados pelos estudos foram agrupados em diferentes eixos temáticos: implementação e avaliação de programas de mentoria; avaliação dos coordenadores de programas de residência médica quanto à mentoria; professores seniores como mentores; mentoria como parte do treinamento cirúrgico; mentoria como apoio à prática científica; impacto dos programas de mentoria sobre a graduação. **Conclusão:** Os programas de mentoria ainda são pouco utilizados em programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia brasileiros, porém as evidências sugerem que são uma boa prática no ensino em saúde para a melhoria da formação dos residentes. Sua implementação poderá melhorar o atual quadro de formação de especialistas brasileiros.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) é amplamente reconhecida como o padrão-ouro na formação de médicos especialistas, oferecendo uma modalidade de ensino em um ambiente de prática profissional, orientada e supervisionada por profissionais experientes. No entanto, os currículos dos programas de residência médica (PRMs) frequentemente apresentam deficiências em diversos aspectos do espectro de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para que o médico especialista obtenha sucesso profissional.⁽¹⁾ O avanço do conhecimento científico tem possibilitado a implementação do ensino médico baseado em evidências, aumentando a demanda por profissionais altamente qualificados e treinados para funções assistenciais, acadêmicas e administrativas. Nesse contexto, o ensino baseado em competências durante a RM é uma maneira de garantir uma aprendizagem mais ativa e significativa, capaz de responder às necessidades cada vez mais dinâmicas e plurais da nossa sociedade.

A origem do termo mentoria remete à *Odisseia* de Homero, da Grécia antiga, em que o herói Ulisses deixa seu filho Telêmaco aos cuidados do amigo Mentor ao partir para a Guerra de Troia. A mentoria é descrita como uma relação em que indivíduos mais experientes, denominados mentores, auxiliam no crescimento e desenvolvimento de profissionais menos experientes, os mentorados. Mentores são profissionais experientes que ajudam a preencher a lacuna entre o ensino e a prática, oferecendo atenção individualizada e *feedback* construtivo, e servindo como modelos para os aprendizes. Enquanto a mentoria informal ocorre por aproximação não planejada entre mentores e mentorados, muitas vezes por afinidade, a mentoria formal é organizada a partir de um ciclo de reuniões estruturado com objetivos predeterminados.⁽²⁾

A mentoria eficaz pode influenciar positivamente o desenvolvimento pessoal e a produtividade dos mentorados. Indivíduos que recebem mentoria tendem a estar mais bem preparados e a ter mais sucesso, demonstrando maior envolvimento na produção de conhecimento científico, maior satisfação profissional e maior propensão a se tornarem mentores para futuras gerações. Apesar de ser uma ferramenta potencialmente útil no desenvolvimento de competências dos médicos-residentes, a mentoria formal ainda é uma atividade infrequente nos PRMs.⁽³⁾ O objetivo deste estudo é revisar as publicações existentes sobre mentoria durante a RM em ginecologia e obstetrícia (GO).

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com base nos estudos localizados na base de dados PubMed/Medline. Os estudos foram buscados por meio da seguinte sintaxe de busca: (“Mentoring” OR “Residency”) AND (“Obstetrics” OR “Gynecology”). Os

resultados foram avaliados com o uso do *software* Rayyan Digital. Não foram colocadas limitações de data de publicação nem de língua, e a busca se estendeu até o mês de julho de 2024.

Na primeira fase da avaliação, os estudos duplicados foram excluídos. Na segunda fase, os autores realizaram, independentemente, a avaliação dos títulos e resumos, para inclusão ou exclusão nesta revisão integrativa. As discordâncias entre os pesquisadores foram resolvidas em discussão conjunta, por meio de consenso quanto à exclusão ou inclusão dos estudos.

Na terceira fase, os artigos selecionados foram examinados integralmente por ambos os autores, e foi realizada a extração dos dados, sendo obtidos os seguintes resultados: ano de publicação, autoria, local de estudo, número de participantes incluídos e resultados principais. Estudos de revisão ou que não abordavam as questões propostas para esta revisão narrativa foram excluídos. Por se tratar de uma revisão integrativa, este estudo não foi submetido a avaliação ética.

RESULTADOS

Foram identificados 51 estudos, dos quais dois foram considerados duplicados, resultando em 50 artigos que foram submetidos à avaliação de títulos e resumos. Nessa fase, 24 artigos foram excluídos e 26 artigos foram submetidos à avaliação integral. Após a avaliação integral desses 26 estudos, nove estudos foram excluídos, por se tratar de revisões ou por não serem parte do objetivo deste estudo. Desse modo, foram incluídos, no final, 17 estudos. A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos desta revisão integrativa.

Foram incluídos estudos publicados entre 1999 e 2024. Todos os estudos incluídos foram publicados em língua inglesa e em revistas com revisão por pares. Dos estudos incluídos, 16 foram realizados nos Estados Unidos da América (EUA), um, em Israel e um, no Chile. Os estudos incluíram como participantes os residentes dos diversos anos de treinamento, coordenadores dos PRMs, professores e alunos de Medicina. Os resultados foram sumarizados na tabela 1 e são apresentados a partir dos principais eixos temáticos que permitiram agrupar os diferentes estudos incluídos nesta revisão integrativa.

IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE MENTORIA

A maioria dos estudos incluídos abordou a experiência e a avaliação da implementação de programas de mentoria, em diferentes cenários de treinamento. Os desfechos avaliados concentraram-se em perspectivas futuras de carreira e no impacto dos programas durante a própria residência.

Um estudo⁽¹⁹⁾ realizado em 2005, com a inclusão de 4.721 residentes em GO nos EUA, aplicou questionários sobre os programas de mentoria. Esse estudo evidenciou que a maioria dos residentes tinha um mentor,

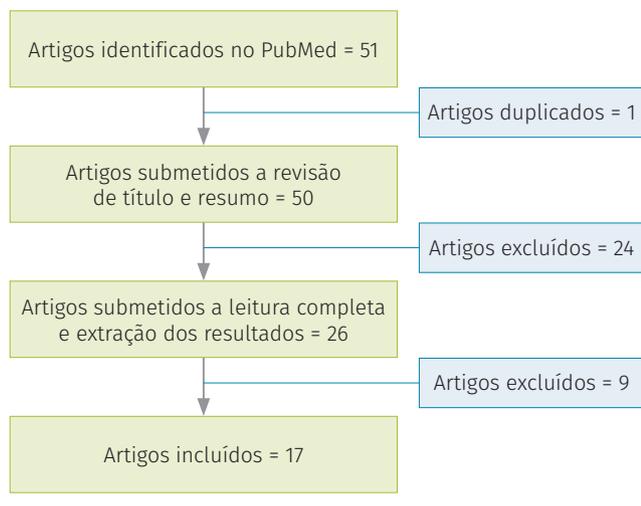


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos

com progressão nesse número quando comparado a um estudo que fora realizado em 1999. Os fatores determinantes para a escolha de um mentor foram o relacionamento interpessoal, o conhecimento na área e a similaridade no interesse pessoal.

Em outro estudo,⁽¹⁸⁾ realizado em 2009 também nos EUA, 28 residentes avaliaram a importância e a satisfação com os programas de mentoria. Esse estudo evidenciou que os impactos mais significativos da mentoria estavam relacionados ao planejamento de carreira e à pesquisa científica, além de servir como construção de um modelo e uma fonte de apoio para as tomadas de decisões. Por outro lado, a falta de um tempo adequado para desenvolvimento das atividades de mentoria foi considerada um aspecto negativo do programa.

Um estudo⁽¹⁷⁾ com 25 residentes na Califórnia (EUA) avaliou de forma prospectiva os resultados obtidos

Tabela 1. Programas de mentoria em residência médica de ginecologia e obstetrícia: resumo de métodos e resultados principais dos artigos incluídos

Autor, Ano	Número de participantes	Metodologia	Resultados principais
Ratan et al. (2024) ⁽⁴⁾	20 mentores 48 residentes	Local do estudo: Texas, EUA Métodos: 5 professores seniores mentoraram 15 professores juniores vinculados ao programa de GO, e estes mentoraram 48 residentes. Foram realizados 5 encontros com duração de 90 minutos (15 minutos de introdução, 60 minutos para discussão de casos e 15 minutos para questões). Foi avaliada a percepção dos mentores e mentorados quanto a múltiplas competências, por meio de uma escala Likert de 6 pontos.	A percepção de mentores e mentorados foi similar, sendo positiva para escuta ativa, <i>feedback</i> construtivo, estabelecimento de uma relação de confiança, melhoria da comunicação, alinhamento de expectativas, estímulo de criatividade e do papel de <i>role model</i> .
Farid et al. (2024) ⁽⁵⁾	39 coordenadores de PRMs	Local do estudo: EUA Métodos: Coordenadores de 241 PRMs foram convidados a responder a um questionário de 19 questões sobre estratégias adotadas por seus programas para melhoria de residentes que apresentassem desempenho abaixo do esperado.	A maioria dos programas (84,6%) teve necessidade de intervir em residentes cujo desempenho estava abaixo do esperado. As principais deficiências observadas foram relacionadas a profissionalismo, comunicação, técnicas cirúrgicas e cuidado de pacientes internados. Os recursos utilizados para melhoria do desempenho foram mentoria baseada em <i>feedback</i> (do corpo clínico, dos professores, dos pares e de outros profissionais de saúde).
Park et al. (2024) ⁽⁶⁾	15 mentores 39 residentes de primeiro ano (medicina interna, GO, emergência, ortopedia e patologia)	Local do estudo: Nova York, EUA Métodos: No final do primeiro ano da RM, os estudantes fizeram parte de grupos focais para discutir os avanços e dificuldades da RM, bem como as suas percepções sobre os programas de mentoria que já eram adotados no serviço. As percepções e falas dos participantes foram agregadas em diferentes eixos temáticos.	Foram identificados três eixos temáticos principais: a importância da mentoria para criar um currículo explícito de expectativas de crescimento ao longo da residência; fatores associados a um programa de mentoria de sucesso; caminhos para a transição do recém-formado para residente.
Haas et al. (2023) ⁽⁷⁾	74 residentes	Local do estudo: Indiana, EUA Métodos: Implementação de um programa de suporte à pesquisa para residentes. No primeiro ano, os residentes discutiam os tópicos de interesse em pesquisa e formularam suas perguntas de pesquisa. Nos anos subsequentes, houve 4 encontros de pesquisa, para definir a metodologia e realizar a submissão às instâncias éticas, assim como acompanhar o progresso do projeto e realizar a análise dos resultados.	A implementação de um programa de suporte à pesquisa teve impacto na capacidade de publicação e/ou de apresentação dos resultados das pesquisas desenvolvidas ao longo do PRM. Antes da implementação do programa, 37,8% das pesquisas realizadas por residentes eram publicadas ou apresentadas, índice que aumentou para 67,5%.

Merino et al. (2023)⁽⁸⁾	44 professores de PRM 65 residentes	Local do estudo: Chile Métodos: Pesquisa realizada com residentes e professores de PRM para identificar as barreiras e facilitadores para a prática de pesquisa durante a RM. Foram abordados os seguintes tópicos: características sociodemográficas, valorização da pesquisa durante a RM, barreiras para a pesquisa, prioridades de treinamento e forma preferencial de participação.	As principais barreiras encontradas pelos professores para o desenvolvimento de pesquisas durante a RM foram falta de tempo protegido para pesquisa, falta de financiamento e competição com outras atividades (prática clínica, estudo e família); para os residentes, as principais barreiras foram a falta de tempo protegido e a competição com outras atividades. Para ambos os grupos (residentes e professores), as mulheres encontraram mais barreiras para a prática de atividades de pesquisa, devido à competição com outras atividades.
Winkel et al. (2023)⁽⁹⁾	48 estudantes de Medicina 134 residentes	Local do estudo: Nova York, EUA Métodos: Estudantes de último ano de graduação e residentes de primeiro ano estabeleceram metas para sua formação; o grupo dos estudantes estabeleceu as metas dentro de uma disciplina optativa, enquanto os residentes estabeleceram metas em encontros presenciais e individuais com mentores.	As principais metas estabelecidas pelos graduandos se relacionou a conhecimentos acadêmicos, bem-estar e cuidados com os pacientes. Entre os residentes, as principais metas se relacionaram a entendimento de propedêutica de urgência, controle de ansiedade e comprometimento com profissionalismo, integridade e autonomia do paciente. As metas propostas pelos residentes, discutidas sob supervisão com um mentor foram consideradas mais bem desenvolvidas, por serem mais relevantes, específicas, mensuráveis e adequadas de serem atingidas em termos de tempo.
Miles e Donnellan (2022)⁽¹⁰⁾	10 residentes de 3º ano de GO	Local do estudo: Pensilvânia, EUA Métodos: Realização de treinamento de laparoscopia a distância, em modelos virtuais. Os residentes com desempenho abaixo do esperado durante o treinamento inicial foram submetidos a sessão de mentoria a distância, com treinamento em caixas específicas para laparoscopia. Foi adotada uma escala de 0 a 12 pontos, correspondente à habilidade para realizar diferentes procedimentos durante a laparoscopia, e também foi avaliado o tempo de duração.	Os residentes submetidos à mentoria para realização do treinamento virtual em laparoscopia apresentaram significativa melhora de suas habilidades em laparoscopia: a pontuação média subiu de 8,8 para 11,3 no final das sessões de mentoria. O tempo médio de desempenho das atividades também se reduziu de 20 minutos para 10 minutos. Os residentes submetidos ao treinamento apresentaram 100% de aprovação em teste de habilidades laparoscópicas promovidas por instituição externa ao PRM onde a pesquisa foi conduzida.
Eubanks et al. (2021)⁽¹¹⁾	17 professores 19 residentes	Local do estudo: Maryland, EUA Métodos: Foi realizado um encontro de “ <i>Speed Mentoring</i> ”, no qual mentores e mentorandos foram colocados em contato em um evento de duração de um dia, em ambiente informal. Previamente ao encontro, mentores e mentorandos responderam quanto aos seus principais interesses em ensino e pesquisa e, a partir dos resultados, os organizadores combinaram os interesses de ambos, na proporção de 5 possíveis mentores para cada mentorando. Os mentorandos se reuniram em sessões de 8 minutos com cada possível mentor. No fim dessas rotações, houve ainda tempo de 30 minutos para encontro com o mentor com o qual houvesse tido maior convergência de ideias e objetivos.	Os principais tópicos discutidos foram as aspirações profissionais e de carreira, aspectos de pesquisa, balanço entre a vida e o trabalho e liderança. Os mentores relataram ganhos pessoais como “sentir-se valorizado”, oportunidade de fazer <i>network</i> com os residentes e melhor entendimento dos desafios atuais da residência. Após 6 meses do evento, os residentes apresentaram aumento na quantidade de projetos de pesquisa, atualização de currículo e inscrição para programas externos de especialização.
Corcoran et al. (2020)⁽¹²⁾	16 estudantes 8 residentes 8 professores	Local do estudo: Califórnia, EUA Métodos: Foi realizado um estudo misto (quali-quantitativo) para entender a avaliação de alunos, residentes e professores envolvidos em um programa de pesquisa de curta duração. Esse programa envolve treinamento em ciências por meio de mentoria, no qual os professores e residentes fazem a supervisão de alunos de graduação.	A participação no programa foi positiva para alunos, residentes e professores. Entre os alunos, observou-se melhoria no entendimento dos princípios de pesquisa clínica, interesse na especialidade e reconhecimento das atividades dos mentores. Para os residentes e professores, houve percepção positiva quanto à participação no projeto, além de se perceber um efetivo engajamento nas atividades clínicas, de ensino e de pesquisa.
Fishman et al. (2020)⁽¹³⁾	22 residentes	Local do estudo: Tel Aviv, Israel Métodos: Implementação de um programa de mentoria no qual um professor sênior se vinculava	A implementação do programa de mentoria foi capaz de melhorar relações interpessoais como empatia, disponibilidade, comunicação aberta, e



		<p>a um residente e dedicava tempo e atenção aos seguintes aspectos: desenvolvimento e planejamento de carreira, promoção de uma cultura de treinamento e aprendizado pessoal e organizacional, suporte emocional para redução de estresse e resolução de crises. A percepção dos residentes sobre o programa de mentoria foi avaliada a partir de pesquisas realizadas antes do início do programa e no fim do primeiro e do terceiro ano da residência.</p>	<p>levou à melhoria do desenvolvimento de habilidades por parte dos residentes. Além disso, a mentoria foi importante para suporte e orientação nas decisões de carreira e até mesmo em aspectos de decisões pessoais.</p>
Rindos et al. (2017)⁽¹⁴⁾	20 residentes	<p>Local do estudo: Pensilvânia, EUA Métodos: Estudo randomizado para avaliar o efeito da mentoria em treinamento de modelos de laparoscopia entre residentes de GO. No protocolo de treinamento habitual, os residentes realizam 4 semanas de treinamento, sob supervisão de um professor; nesse estudo, metade dos residentes recebeu, além do treinamento padrão, uma sessão de mentoria de 15 minutos, semanal, ao longo das 4 semanas de treinamento, no qual era realizada a revisão dos vídeos dos treinamentos realizados.</p>	<p>Os residentes que realizaram as atividades de mentoria apresentaram desempenho superior àqueles que realizaram o treinamento habitual, sendo esse desempenho notado principalmente na segunda semana do treinamento. Essa diferença se manteve quando se compararam os diferentes níveis de formação.</p>
Brackmann et al. (2016)⁽¹⁵⁾	Não especificado	<p>Local do estudo: Michigan, EUA Métodos: Implementação de grupos de trabalho em pesquisa durante o PRM. Os pesquisadores apresentam que é obrigatório, como parte da residência, o desenvolvimento de um projeto de pesquisa. Foi implementada a realização de grupos de trabalho em pesquisa que se reúnem a cada duas semanas, após o horário de expediente, com realização de um jantar com duração de 1-2 horas, dentro do hospital. Isso permite a participação, inclusive, de residentes que estejam em plantão. Nesses encontros, são discutidos aspectos de pesquisa, assim como outras questões associadas à RM.</p>	<p>Foram identificadas barreiras ao desenvolvimento de pesquisa, como restrições de tempo e falta de experiência em pesquisa, escrita científica e apresentações. Após a implementação dos encontros, observou-se que houve aumento significativo na quantidade de trabalhos científicos submetidos (de 20% para 86%) para revistas especializadas.</p>
Sobbing et al. (2015)⁽¹⁶⁾	49 estudantes de Medicina	<p>Local do estudo: Kansas, EUA Métodos: Implementação de um programa de mentoria no qual residentes do 3º e 4º ano do PRM eram responsáveis por 2 alunos do 3º ano de graduação em Medicina, durante suas rotações no estágio de GO, com duração de 6 semanas. Durante esse período, os mentores encontravam-se semanalmente com os alunos, avaliando suas anamneses e evoluções, dando <i>feedback</i> e respondendo a questões relacionadas ao estágio. Também era estimulada discussão sobre tópicos adicionais, como desenvolvimento de carreira.</p>	<p>A relação pessoal entre mentorados e mentores foi positiva na maioria dos casos, com duração média de encontros de 6 a 20 minutos. Os alunos reportaram que a extensão do programa para outras clínicas seria benéfica durante o curso. A maioria dos alunos recebeu bem ou muito bem o <i>feedback</i> recebido. A maioria dos mentores considerou a participação como positiva.</p>
Ogunyemi et al. (2010)⁽¹⁷⁾	25 residentes	<p>Local do estudo: Los Angeles, CA, EUA Métodos: Avaliação prospectiva dos resultados obtidos a partir do desenvolvimento de programa formal de mentoria focado no residente. O programa tinha foco nas áreas de deficiências acadêmicas, pesquisa, planejamento de carreira, aspectos emocionais, bem-estar, necessidades disciplinares e conformidade com os padrões de residência.</p>	<p>Houve aumento do número de residentes com publicações científicas (n = 7, 28%), quando comparado ao período anterior ao programa (10%). Onze (44%) residentes apresentaram trabalhos em eventos e 17 (68%) participaram da condução de pesquisa científica. A efetividade dos mentores foi avaliada entre 4,3 e 4,7 em escala Likert de 5 pontos. O programa de mentoria resultou em melhoria do aprendizado e do portfólio acadêmico.</p>
Quaas et al. (2009)⁽¹⁸⁾	28 residentes	<p>Local do estudo: Boston, MA, EUA Métodos: Aplicação de questionário anônimo com questões em escala Likert sobre a importância e a satisfação dos residentes em áreas de mentoria, as realizações e os aspectos negativos do programa, os fatores sobre relação dos aprendizes e mentores, e a utilidade da literatura de mentoria distribuída.</p>	<p>As áreas do programa de mentoria consideradas mais importantes foram o planejamento de carreira e a pesquisa científica. O programa formal de mentoria foi considerado moderadamente útil pelos residentes para “ter um modelo” e “sentir mais apoiado em geral”. O principal fator negativo apontado foi o “espaço de tempo” entre mentores e aprendizes.</p>



Coleman et al. (2005)⁽¹⁹⁾	4.721 residentes em GO	Local do estudo: EUA Métodos: Aplicação de questionário aos residentes, com questões sobre a existência de mentores, a duração da relação profissional, os fatores considerados importantes na escolha do mentor e as expectativas em relação à atuação dos mentores. Questões sobre gênero e raça foram incluídas na análise. Os resultados foram comparados aos de pesquisa realizada em 1999, para avaliar possíveis mudanças no período.	A maioria dos residentes (64,9%) revelou ter um mentor, com aumento da porcentagem de residentes com mentor e da porcentagem de mentoras do sexo feminino, em comparação aos resultados de 1999. Os principais fatores considerados na escolha do mentor foram relacionamento interpessoal, conhecimento na área e similaridade no interesse profissional. Houve redução do número de residentes que relataram discussões sobre opções de carreira desde 1999.
Fries (2000)⁽²⁰⁾	213 PRMs	Local do estudo: EUA Métodos: Envio de questionários para PRMs nos EUA em julho/1998 e outubro/1998, contendo os seguintes temas: (1) importância do profissionalismo na formação de residentes de GO, (2) características que compõem o profissionalismo, (3) formas de educação em profissionalismo, (4) formas de avaliar o profissionalismo, (5) formas de resolver as deficiências profissionais, (6) necessidade de estabelecimento de diretrizes sobre profissionalismo nos PRMs.	A maioria (97%) considerou que profissionalismo é um conceito necessário para a formação de residentes em GO. As principais características do profissionalismo listadas foram: honestidade; responsabilidade para com os pacientes, colegas e sociedade; respeito pelos pacientes; integridade; e excelência. A mentoria foi utilizada como método de ensino de profissionalismo em 82,7% dos casos. Apenas 53,7% relataram diretrizes para o ensino de profissionalismo, e 19,9% tinham um currículo formal estabelecido contemplando esse tema.

GO: ginecologia e obstetrícia; PRM: programa de residência médica; RM: residência médica.

com o programa de mentoria. O foco do programa de mentoria se baseava na melhoria de áreas deficientes dos residentes, como planejamento de carreira, aspectos emocionais, bem-estar, necessidades disciplinares e conformidade com os padrões da RM. Os resultados evidenciaram que a efetividade do programa de mentoria para melhoria dos pontos propostos foi alta, com resultados entre 4,3 e 4,7 numa escala de 0 a 5. Observou-se também que a mentoria impactou o desempenho acadêmico, por meio da melhoria do aprendizado e aumento da produtividade científica dos participantes.

Já um estudo recente,⁽⁶⁾ de 2024, realizado em Nova York (EUA), empreendeu uma metodologia qualitativa para entender quais foram as percepções de mentores e residentes de diferentes especialidades sobre o programa de mentoria. Esse estudo incluiu 15 mentores e 39 residentes. Os resultados mostraram que a mentoria foi vista como uma estratégia capaz de explicitar quais eram as expectativas de crescimento ao longo do PRM, dando um caminho mais claro a respeito de quais comportamentos eram esperados em relação à progressão de recém-formado para residente e de residente para especialista.

AVALIAÇÃO DOS COORDENADORES DE PRMS QUANTO À MENTORIA

Dois estudos avaliaram as perspectivas dos coordenadores de PRM em relação aos seus programas. Um dos estudos⁽⁵⁾ avaliou a forma como os PRMs lidavam com residentes cujo desempenho estava abaixo do esperado para aquela fase de formação, evidenciando que esse é um problema que atinge a maioria dos programas avaliados no estudo, e foram observadas

deficiências em relação a profissionalismo, comunicação, desempenho de técnicas cirúrgicas e cuidado com os pacientes. Para a resolução desses problemas, foram adotadas técnicas de mentoria e *feedback* por parte do corpo clínico, dos professores, dos próprios residentes e de profissionais da saúde não médicos.

Já outro estudo⁽²⁰⁾ com os coordenadores dos PRMs buscou entender quais são as competências mais importantes na formação do ginecologista e obstetra, observando que o profissionalismo é um conceito fundamental, definido como honestidade e responsabilidade com pacientes, colegas e sociedade. A mentoria foi utilizada como um método de ensino em 82,7% dos programas.

OS PROFESSORES SENIORES COMO MENTORES

A prática de mentoria por parte de professores mais experientes foi alvo de investigação em três estudos. No primeiro estudo,⁽⁴⁾ professores seniores foram chamados para supervisionar as práticas de mentoria de professores mais jovens, e estes realizaram a mentoria de residentes. Os professores seniores foram responsáveis pelo delineamento do programa, enquanto as sessões de mentoria eram encontros de 90 minutos de duração, divididos em 15 minutos para introdução, 60 minutos para discussão de casos e 15 minutos para outras questões. Foram realizados cinco encontros. No fim do programa, os resultados evidenciaram que o programa foi visto como positivo por todos os envolvidos, por ser um espaço de escuta ativa, com melhoria da comunicação, estímulo à criatividade e alinhamento de expectativas por todos os envolvidos. Além disso, estabeleceu-se uma relação de confiança entre os

participantes, com valorização do papel de *role model* dos professores.

O estudo⁽¹³⁾ realizado em Israel buscou implementar um programa semelhante, no qual um professor sênior se vinculava a um residente ao longo de todo o seu percurso formativo, com atenção para aspectos relacionados ao desenvolvimento da carreira, aprendizado e treinamento e suporte emocional para resolução de crises. O programa melhorou as relações pessoais, com melhora da empatia, disponibilidade e desenvolvimento de habilidades, e teve impacto nas decisões de carreira dos residentes.

Um outro estudo⁽¹¹⁾ realizado em um PRM americano, propôs a realização de sessões rápidas de mentoria, nas quais mentores e residentes se encontravam em sessões com duração de oito minutos ao longo de um dia reservado para esse fim, num ambiente amigável fora do espaço acadêmico. Os pares (mentor e mentorado) eram selecionados a partir de interesses comuns, avaliados previamente pela organização, e cada residente encontrava-se com até cinco possíveis mentores ao longo do dia. No fim dessa rotação, os residentes elegiam um mentor, com o qual tinham mais 30 minutos de discussão. Os resultados evidenciaram que os mentores se sentiram valorizados em participar da atividade e puderam entender melhor os aspectos atuais da residência. Já os residentes apresentaram, após seis meses do evento, melhoria em seu desempenho acadêmico.

A MENTORIA COMO PARTE DO TREINAMENTO CIRÚRGICO

Dois estudos avaliaram o impacto de programas de mentoria no treinamento e desenvolvimento de habilidades cirúrgicas por parte de residentes de GO, em especial naquelas relacionadas à laparoscopia.

O primeiro estudo⁽¹⁴⁾ realizado em 2017, contou com a participação de 20 residentes, que foram submetidos a um treinamento de simulação em laparoscopia; metade deles recebeu, também, sessões semanais de mentoria com um cirurgião experiente, durante as quais eram revisados os vídeos do treinamento. Após quatro semanas, foram comparados os resultados dos dois grupos, o que evidenciou que aqueles que receberam a mentoria apresentaram melhora da sua habilidade cirúrgica mais precocemente do que aqueles que não tiveram acesso à mentoria.

Outro estudo, realizado pelo mesmo grupo em 2021,⁽¹⁰⁾ fez o treinamento em modelos de laparoscopia, que eram filmados e enviados a um preceptor, a distância. Nesse estudo, os pesquisadores ofereceram sessões de mentoria aos residentes com pior desempenho inicial, e observou-se que houve significativo aumento da capacidade de realizar as habilidades laparoscópicas básicas, bem como expressiva redução do tempo dispendido para a realização de tais atividades, de 20 para 10 minutos no fim do treinamento.

A MENTORIA COMO UM APOIO À PRÁTICA CIENTÍFICA

Outro ponto observado nos estudos incluídos nesta revisão foi o fato de que a mentoria foi utilizada como uma estratégia para o incremento da prática científica por parte dos residentes. Com efeito, quatro estudos descreveram o impacto dessa estratégia educacional sobre o desempenho acadêmico dos residentes.

Em 2016, um estudo⁽¹⁵⁾ realizado nos EUA descreveu a implementação de *workshops* de pesquisa a cada duas semanas, com mentores e residentes, para propiciar discussões sobre as barreiras identificadas ao desenvolvimento de pesquisa por parte dos residentes, descrevendo que essa prática é obrigatória para a conclusão da RM naquele programa. Os encontros eram realizados na forma de jantares no fim do expediente, com duração de uma a duas horas, quando aspectos das pesquisas e outras questões relacionadas à RM eram discutidos. Após a implementação do programa, os pesquisadores descrevem um aumento significativo da quantidade de pesquisas submetidas à publicação por parte dos residentes.

Um estudo⁽¹²⁾ realizado com estudantes de graduação, residentes e professores da Califórnia (EUA) mostrou que a mentoria foi positiva em cursos de curta duração. Nesse estudo, graduandos participaram de um curso de férias em pesquisa, no qual eram mentorados por residentes, sob supervisão de professores. Todos os participantes descreveram a experiência como positiva, com melhora do entendimento dos princípios científicos de pesquisa clínica e aumento do interesse na especialidade por parte dos alunos. Os residentes relataram melhora no engajamento em atividades clínicas, de ensino e de pesquisa como consequência da participação no projeto.

O único estudo realizado na América Latina foi conduzido no Chile⁽⁸⁾ e incluiu 44 professores de PRMs e 65 residentes, e teve o objetivo de compreender barreiras e facilitadores à prática de pesquisa durante a RM. Por parte dos professores, evidenciou-se que a falta de financiamento e de tempo é uma barreira importante, assim como a dedicação a outras atividades. Já entre os residentes, a dedicação a outras atividades e a falta de um tempo protegido para o desenvolvimento das atividades de pesquisa foram uma barreira, notadamente mais importante para participantes do sexo feminino.

Um estudo de implementação⁽⁷⁾ realizado em Indiana (EUA) buscou dar suporte à pesquisa para residentes. Nesse projeto, no primeiro ano da RM eram discutidos os tópicos de interesse e se formulava uma pergunta de pesquisa, sob orientação de um mentor, que acompanhava o desenvolvimento do trabalho ao longo dos anos subsequentes. O resultado do projeto evidenciou um incremento significativo na quantidade de pesquisas que eram publicadas ou apresentadas no fim do PRM dos residentes participantes.

O IMPACTO DOS PROGRAMAS DE MENTORIA SOBRE A GRADUAÇÃO

Dois estudos avaliaram os impactos dos programas de mentoria implementados em PRM sobre as atividades de graduação. Um estudo⁽¹⁶⁾ realizado em 2015 incluiu 49 estudantes americanos do terceiro ano de graduação em Medicina, que foram mentorados por residentes de GO ao longo de seis semanas, quando de seus estágios na especialidade. Os grupos tinham encontros semanais, com o objetivo de avaliar as anamneses e evoluções, dar *feedback* e discutir questões relacionadas ao estágio. Os resultados evidenciaram que os alunos consideraram o programa positivo e potencialmente benéfico também em outras clínicas e receberam majoritariamente bem os *feedbacks* recebidos; os residentes, na função de mentores, também consideraram a participação como positiva.

Em outro estudo,⁽⁹⁾ realizado em 2023, 48 estudantes de Medicina no final da graduação e 134 residentes recém-ingressantes foram convidados a estabelecer metas para suas carreiras. Os alunos fizeram o estabelecimento dessas metas como parte de uma disciplina da graduação, enquanto os residentes o fizeram em encontros presenciais e individuais com mentores. No fim do estudo, evidenciou-se que as metas estabelecidas pelos residentes foram consideradas mais bem desenvolvidas, por serem mais relevantes, específicas, mensuráveis e adequadas para serem atingidas ao longo do tempo proposto.

DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa avaliou os estudos científicos que apresentaram resultados de programas de mentoria em RM de GO, até julho de 2024. Foram incluídos 17 estudos originais, e os resultados mostraram que houve interesse na implementação e avaliação dos programas de mentoria. Também se observou a importância de ter professores seniores envolvidos em tais programas, além de se demonstrar efeito positivo da mentoria em treinamento cirúrgico. A mentoria também impactou os processos de formação de alunos de graduação e mostrou-se como uma ferramenta eficaz para o desenvolvimento científico.

A quase totalidade dos estudos incluídos foi realizada nos EUA, evidenciando a importância de esse debate ser trazido para o contexto brasileiro, onde há diversos PRMs em GO, muitos dos quais vinculados a hospitais universitários. É fundamental que as práticas de ensino, tanto para graduação como para a RM, sejam baseadas em boas evidências de ensino em saúde, sendo também importante que os PRMs divulguem suas realizações. Isso permite que a implementação de novas estratégias educacionais seja mais fácil, uma vez que os desafios provavelmente serão similares entre os diversos cenários de ensino brasileiros.

A implementação de programas de mentoria deve ser parte de um programa institucional, suportado pela preceptoria dos PRMs.⁽⁸⁾ Isso aumenta a probabilidade de sucesso durante sua implementação. Além disso, parece ser importante que diferentes personagens estejam envolvidos, como os professores seniores.^(4,13) Também é importante que haja um tempo protegido para a prática dessa atividade, tanto por parte do mentor quanto do mentorado, para que a implementação do programa tenha sustentabilidade.

Para a conclusão da RM, a maioria dos PRMs em GO exigem a apresentação de um trabalho de conclusão de curso, por meio do qual o residente demonstra capacidade de lidar com o método científico, o que será fundamental em sua prática clínica futura. A maioria dos residentes não se envolverá com a prática científica no futuro, porém é fundamental que todos tenham esse treinamento para poderem avaliar as novas evidências e se manterem atualizados. A implementação de programas de mentoria pareceu ser uma estratégia adequada, uma vez que trouxe aumento de publicações científicas nos programas em que foi introduzida.^(7,8,12,15)

Outro aspecto positivo dos programas de mentoria foi a sua capacidade de integração com a graduação. É certo que, em nosso país, diversos PRMs são vinculados a cursos de graduação em Medicina e há forte intersecção entre o treinamento dos residentes e o dos graduandos. Em muitos cenários, há, na prática, uma mentoria feita pelos residentes em relação aos graduandos. A experiência internacional^(9,16) demonstra que essa prática é benéfica para ambos os lados, de tal forma que é importante que os PRMs institucionalizem essa prática.

Em termos práticos, portanto, cada PRM deve avaliar as suas necessidades para a implementação de um programa de mentoria. Haverá PRMs que terão uma vocação mais científica, outros, maior vocação cirúrgica, bem como aqueles com maior presença no ensino de graduação. Além disso, é certo que haverá residentes que apresentarão vocação para uma ou outra área. Nesse contexto, a criação de programas de mentoria deve ser precedida por uma avaliação crítica das coordenações dos PRMs, buscando entender as fortalezas e fraquezas de seus programas, bem como quais áreas seriam as mais deficitárias, e nas quais os programas de mentoria teriam maior impacto imediato.

Tendo-se feito esse mapeamento, os PRMs devem identificar, dentro de seu corpo clínico e docente, quais são os profissionais mais interessados e preparados para a fase de implementação. Esses profissionais devem participar de um treinamento em conjunto, no qual deverão estabelecer as metas do programa, bem como as formas de sua avaliação. É interessante que os membros mais seniores dos programas sejam convidados e estimulados a participarem, uma vez que as evidências aqui apresentadas mostraram a importância de sua participação.

Cada PRM deve avaliar se a participação dos residentes deverá ser voluntária ou obrigatória, havendo benefícios e prejuízos com ambas as escolhas. A participação obrigatória evita que a coordenação tenha de chamar a participar os residentes com desempenho abaixo do esperado e permite que haja um desenvolvimento do grupo como um todo. É necessário, entretanto, que a carga horária do programa seja flexível, uma vez que os estágios e rodízios podem ter diferentes exigências de carga horária ao longo do programa de formação. A realização de eventos sociais parece ser uma estratégia de grande sucesso na implementação.^(7,13,15)

No fim de um período predeterminado (seis meses a um ano), é importante que as metas definidas durante o início do programa sejam avaliadas, a partir da coleta dos resultados, que devem envolver tanto os mentores como os mentorados. Os resultados devem ser apresentados a todos os envolvidos, buscando-se identificar os pontos fortes, que devem ser mantidos, e os pontos fracos, que vão necessitar de reavaliação. A fase de implementação é crucial para que o programa de mentoria se torne parte do PRM, e o envolvimento de todos em sua implementação é uma medida importante.

Nossa revisão integrativa tem como pontos fortes o fato de ter sido feita por meio de uma busca sistemática da literatura, que abarcou estudos publicados desde 1999 até 2024, selecionando-os com base em uma avaliação crítica e transparente. Por outro lado, uma deficiência deste estudo é ter sido feito utilizando apenas uma base de dados, não tendo sido localizados estudos que retratassem a realidade brasileira.

CONCLUSÃO

Os programas de mentoria em residência médica são uma realidade em outros países, e sua implementação é baseada em boas evidências de ensino em saúde. Os exemplos internacionais podem ser considerados como uma base para a sua implementação no contexto brasileiro, devendo-se realizar uma adaptação para a realidade e o contexto de cada programa de residência médica. A fase de implementação é desafiadora e deve contar com o máximo de pessoas interessadas envolvidas, tanto em seu desenvolvimento como em sua aplicação prática. Os resultados devem ser avaliados com base nas métricas previamente estabelecidas e devem ser transparentes e divulgados entre todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Franzblau LE, Kotsis SV, Chung KC. Mentorship: concepts and application to plastic surgery training programs. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(5):837e-43e. doi: 10.1097/PRS.0b013e318287a0c9
2. Mendes Júnior AF, Pereira GM, Bussius DT, Ortiz RT, Ejnisman L. Mentorship in medical residency in orthopedics: evaluation of a Program by Mentors and Mentees. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo).* 2022;57(6):1065-9. doi: 10.1055/s-0042-1747974
3. Arora S. Mentorship in orthopaedic surgery. *J Clin Orthop Trauma.* 2013;4(4):155-6. doi: 10.1016/j.jcot.2013.11.003
4. Ratan BM, Antoniewicz L, Kilpatrick CC, Greely JT. Utilizing complexity leadership theory to promote faculty mentorship and resident leadership. *J Surg Educ.* 2024;81(7):938-46. doi: 10.1016/j.jsurg.2024.04.001
5. Farid H, Toledo RG, Modest A, Young BC, Mendiola M. Hiding in plain sight: resident remediation in obstetrics and gynecology. *J Surg Educ.* 2024;81(5):656-61. doi: 10.1016/j.jsurg.2024.02.006
6. Park A, Gillespie C, Triola M, Buckvar-Keltz L, Greene RE, Winkel AF. Scaffolding the transition to residency: a qualitative study of coach and resident perspectives. *Acad Med.* 2024;99(1):91-7. doi: 10.1097/ACM.0000000000005446
7. Haas DM, Hadaie B, Ramirez M, Shanks AL, Scott NP. Resident research mentoring teams: a support program to increase resident research productivity. *J Grad Med Educ.* 2023;15(3):365-72. doi: 10.4300/JGME-D-22-00499.1
8. Merino T, Rojas V, Fuentes-López E, Sánchez C, Pizarro M, Fuentes-Cimma J, et al. Barriers for research activities in residency programs: a mix-methods study. *Medwave.* 2023;23(1):e2627. doi: 10.5867/medwave.2023.01.2627
9. Winkel AF, Chang LY, McGlone P, Gillespie C, Triola M. SMARTer goalsetting: a pilot innovation for coaches during the transition to residency. *Acad Med.* 2023;98(5):585-9. doi: 10.1097/ACM.0000000000005153
10. Miles S, Donnellan N. Learning fundamentals of laparoscopic surgery manual skills: an institutional experience with remote coaching and assessment. *Mil Med.* 2022;187(11-12):e1281-e5. doi: 10.1093/milmed/usab170
11. Eubanks AA, MacKinnon RM, Shay KH, Criscione LT, Saunders RD. Speed mentoring: an effective & efficient path to development of mentor relationships in a military obstetrics & gynecology residency. *Mil Med.* 2021;186(1-2):219-24. doi: 10.1093/milmed/usaa444
12. Corcoran K, Weintraub MR, Silvestre I, Varghese R, Liang J, Zaritsky E. An evaluation of the SCORE Program: a novel research and mentoring program for medical students in obstetrics/gynecology and otolaryngology. *Perm J.* 2020;24:19.153. doi: 10.7812/TPP/19.153
13. Fishman A, Kenett R, Biron-Shental T. Implementing personal mentoring in an obstetrics and gynecology residency program-3-year evaluation. *Med Sci Educ.* 2020;30(1):293-7. doi: 10.1007/s40670-019-00902-2
14. Rindos NB, Wroble-Biglan M, Ecker A, Lee TT, Donnellan NM. Impact of video coaching on gynecologic resident laparoscopic suturing: a randomized controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(3):426-31. doi: 10.1016/j.jmig.2016.12.020
15. Brackmann M, Reynolds RK, Uppal S, McLean K. Association of a biweekly research workgroup with enhanced resident research productivity. *Obstet Gynecol.* 2016;128(3):617-20. doi: 10.1097/AOG.0000000000001574
16. Sobbing J, Duong J, Dong F, Grainger D. Residents as medical student mentors during an obstetrics and gynecology clerkship. *J Grad Med Educ.* 2015;7(3):412-6. doi: 10.4300/JGME-D-14-00667.1
17. Ogunyemi D, Solnik MJ, Alexander C, Fong A, Azziz R. Promoting residents' professional development and academic productivity using a structured faculty mentoring program. *Teach Learn Med.* 2010;22(2):93-6. doi: 10.1080/10401331003656413
18. Quaas AM, Berkowitz LR, Tracy EE. Evaluation of a formal mentoring program in an obstetrics and gynecology residency training program: resident feedback and suggestions. *J Grad Med Educ.* 2009;1(1):132-8. doi: 10.4300/01.01.0022
19. Coleman VH, Power ML, Williams S, Carpentieri A, Schulkin J. Continuing professional development: racial and gender differences in obstetrics and gynecology residents' perceptions of mentoring. *J Contin Educ Health Prof.* 2005;25(4):268-77. doi: 10.1002/chp.40
20. Fries MH. Professionalism in obstetrics-gynecology residency education: the view of program directors. *Obstet Gynecol.* 2000;95(2):314-6. doi: 10.1016/s0029-7844(99)00499-8

A importância do registro dos medicamentos na Anvisa e como checá-lo

Maria Celeste Osório Wender¹, Lia Cruz Vaz da Costa Damásio²



No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é responsável pelo registro de medicamentos em todo o território nacional.⁽¹⁾ De acordo com a Lei nº 5.991/1973,⁽²⁾ medicamento é todo produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. Assim, qualquer produto para o qual sejam feitas alegações terapêuticas, independentemente da sua natureza (vegetal, animal, mineral ou sintética), deve ser considerado medicamento e requer registro na Anvisa para ser fabricado e comercializado.⁽²⁾

Uma vez constatada a aplicabilidade do registro como medicamento, o produto não poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de ser registrado na Anvisa, conforme estabelecido no artigo 12 da Lei nº 6.360/1976.⁽³⁾

Para que um medicamento venha a ser registrado e comercializado, é necessário que a Agência avalie a documentação administrativa e técnico-científica relacionada à **qualidade, à segurança e à eficácia** desse medicamento.^(1,3)

É importante ressaltar que a Anvisa é uma autoridade reguladora de referência e atua de forma convergente com as melhores agências internacionais, fortalecendo os padrões regulatórios para que todos os medicamentos tenham qualidade, segurança e eficácia garantidas, contribuindo para o uso terapêuticamente correto e custo-efetivo dos medicamentos pelos profissionais de saúde e pela população.⁽¹⁾ De outra ponta, a utilização dos medicamentos e equipamentos devidamente registrados pela Anvisa é uma proteção importante na prática médica: o adequado registro pela Anvisa garante que o medicamento esteja dentro dos padrões de qualidade e de acordo com as normas de segurança.⁽⁴⁾ Também evita problemas para a clínica ou hospital, previne que os pacientes sejam expostos a riscos, mantém o cumprimento da lei federal, garante o empenho para que tudo ocorra da melhor maneira possível e evita processos éticos e judiciais para todos os envolvidos.⁽⁴⁾

1. Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

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

De modo geral, para que um medicamento seja registrado, é indispensável que uma empresa devidamente autorizada tenha interesse em solicitar a concessão de registro, segundo a Lei nº 6.360/1976, para posterior avaliação da Agência.^(1,3)

Depois disso, para que o medicamento seja aprovado, ele passa por uma análise criteriosa para atestar a sua qualidade, eficácia e segurança. Se, por algum motivo, não for comprovado que o medicamento possui a qualidade, a segurança e a eficácia necessárias, o pedido de registro será interrompido e o medicamento não será disponibilizado à população.

As etapas desse processo são divididas em:^(1,3)

• Fase não clínica

Antes de testar um medicamento em seres humanos, é necessário investigar a ação e a segurança da molécula em laboratório. Para isso, são realizados ensaios – em células e em animais – que auxiliam a descobrir a dose e a via mais adequadas.

Essa fase envolve ensaios realizados para conhecer o mecanismo de ação de uma molécula e determinar sua segurança e as doses seguras para o início dos testes em seres humanos. Antes, esses testes são realizados em laboratórios e em animais de experimentação.

• Desenvolvimento do medicamento

Durante essa fase, são realizadas inúmeras investigações quanto à qualidade do produto, para que seja escolhida a forma farmacêutica e a formulação mais convenientes para os pacientes e para que sejam definidos critérios de qualidade que garantam que o produto seja sempre comercializado com a devida qualidade.

• Fase clínica

Os ensaios clínicos são os estudos que têm por objetivo investigar o funcionamento e a segurança do medicamento nos seres humanos. São divididos em fases que podem durar muitos anos. Os resultados desses ensaios compõem a bula, na qual deverão ser descritos todos os dados do medicamento, tais como a melhor forma de utilizá-lo e quais os cuidados a serem tomados.

É importante lembrar que, antes de ser iniciada, a pesquisa clínica deve passar por aprovação de instâncias éticas e técnicas, para assegurar que os estudos serão conduzidos de maneira correta e segura. Isso garante que os voluntários envolvidos obtenham o máximo de benefício e o mínimo de danos.

• Registro

Após a obtenção dos dados de qualidade, segurança e eficácia, ocorre o pedido de registro do medicamento na Anvisa, já que, para ser comercializado, o medicamento precisa ser autorizado pela Agência. Sendo assim, a empresa interessada precisa apresentar um pedido de registro contendo, em linhas gerais, documentação administrativa, documentação de comprovação de qualidade e documentação de comprovação

de segurança e eficácia do medicamento objeto do registro.

Também é necessário que a empresa apresente, nessa fase, as certificações de cumprimento dos princípios das boas práticas de fabricação e controle do local em que o medicamento será fabricado, sem prejuízo das respectivas autorizações sanitárias para o funcionamento da empresa, de acordo com o disposto em legislação específica.

Os critérios para concessão e renovação do registro de medicamentos estão descritos em normas específicas para cada categoria, tais como medicamentos sintéticos e semissintéticos, biológicos, fitoterápicos, específicos, entre outros.

É possível consultar a legislação específica no portal da Anvisa e consultar os medicamentos registrados no seguinte *link*: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/pareceres/>.

• Pós-mercado

Nessa fase, após a empresa obter o registro do medicamento e o produto já estar no mercado, cabe à farmacovigilância identificar, avaliar e monitorar a ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso do medicamento, com o objetivo de garantir que seus benefícios sejam maiores que os riscos por ele causados.

Ao abrir o *site* de consulta da Anvisa, em <https://consultas.anvisa.gov.br/#/pareceres/>, encontra-se a tela que consta da figura 1.

Ao colocar o nome do medicamento ou do princípio ativo, visualizam-se as telas seguintes, demonstrando se há ou não registros, como nas figuras 2 e 3.

Se um medicamento ou substância não tem registro na Anvisa, as principais causas são as seguintes:⁽¹⁾

- A empresa solicitante do registro não comprovou a qualidade, a eficácia e a segurança do produto, e, por isso, o pedido foi indeferido.
- Nenhum pedido de registro foi apresentado à Anvisa.
- A substância faz parte de uma lista de produtos banidos por falta de segurança ou proibição legal.
- O medicamento ainda está em análise na Anvisa.
- O medicamento foi registrado/aprovado pela Anvisa, mas a empresa detentora do registro não comercializou o medicamento.

As farmácias de manipulação são regidas pela Resolução da Anvisa RDC nº 67/2007, que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em Farmácias.^(5,6)

A Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014,⁽⁵⁾ ampliou o conceito de farmácia e inclui qualquer tipo, a saber:

“Art. 2º Entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a

promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

Art. 3º Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe

a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos.

[...]

Art. 6º **Para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigem-se a autorização e o licenciamento da autoridade competente.**"

De acordo com Anvisa, o órgão está intensificando a fiscalização das farmácias de manipulação em todo o país, em ações realizadas com o apoio das Vigilâncias Sanitárias de estados e municípios.⁽⁷⁾

Em notícia publicada pela Anvisa em setembro de 2023, já foram apreendidos mais de 1 milhão de frascos de produtos injetáveis, comercializados de forma irregular. São, no geral, emagrecedores, hormônios esteroides, redutores de medidas corpóreas e preenchedores estéticos.⁽⁷⁾

Uma farmácia de manipulação localizada em São Caetano do Sul, em São Paulo, foi interdita devido a graves irregularidades. Em seu estoque, havia cerca de 1 milhão de frascos e ampolas estéreis prontas para uso, com diversas associações medicamentosas. Ou seja, um caso de desvio completo da atividade licenciada para o estabelecimento, que fabricava, sem a devida autorização, produtos em larga escala. Vale observar que a fabricação de produtos para a saúde e de medicamentos sem autorização da Anvisa e registro sanitário é crime. Segundo a nota, também foram inspecionadas farmácias em Santa Catarina e na Bahia, e, das dez farmácias verificadas, sete foram interditas.⁽⁷⁾

As empresas interditas descumpriam a legislação em pontos críticos, como esterilidade, controle de qualidade e origem dos insumos. Esse tipo de conduta põe em risco a saúde dos consumidores, uma vez que tais produtos estão fora dos padrões de qualidade e, portanto, são impróprios para o consumo.⁽⁷⁾

A legislação prevê que farmácias de manipulação devem atender a prescrições individualizadas, de acordo com as características dos pacientes.^(6,7) No entanto, durante as fiscalizações, foi constatado que algumas delas atuavam de maneira similar às indústrias farmacêuticas, mas sem cumprir com todos os cuidados de uma fábrica.⁽⁷⁾ Essas farmácias, inclusive, vendiam seus produtos como se fossem distribuidoras de produtos farmacêuticos, comercializando medicamentos e produtos para a saúde sem registro.⁽⁵⁻⁷⁾ O mapeamento e a inspeção dos estabelecimentos é permanente, e a Anvisa monitora a importação dos insumos e o comércio eletrônico dos produtos.^(6,7)

Inclusive, em relação aos suplementos, houve a criação da categoria de suplementos alimentares pela Anvisa.⁽⁸⁾ A criação da categoria de suplementos alimentares teve como objetivos: a) contribuir para o acesso da população a suplementos alimentares seguros e de qualidade; b) reduzir a assimetria de informações existente nesse mercado; c) facilitar o controle sanitário e

Figura 1. Tela de Consulta de Parecer Público da Anvisa

Figura 2. Estradiol – vários registros

Figura 3. Nesterona – nenhum registro encontrado

a gestão do risco desses produtos; d) eliminar obstáculos desnecessários à comercialização e inovação; e) simplificar o estoque regulatório vigente.⁽⁸⁾ Para atingir esses objetivos, foram implementadas diversas mudanças na legislação sanitária que forneceram um delineamento regulatório mais claro e proporcional ao risco desses produtos, incluindo a atualização dos requisitos sanitários com base em evidências científicas.⁽⁸⁾ O novo marco normativo traz definições, regras de composição, qualidade, segurança e rotulagem, além de requisitos para atualização das listas de constituintes, limites de uso, alegações e rotulagem complementar.⁽⁸⁾

Na prática profissional, cabe à agência regulatória sanitária o registro de todos os produtos usados em procedimentos médicos e estéticos, os quais deverão ser avaliados quanto a segurança, eficácia e qualidade, buscando-se, assim, minimizar eventuais riscos à saúde associados ao produto.⁽⁹⁾ Ressalte-se que, à exceção de exemplos como o uso emergencial, as pesquisas clínicas e o uso compassivo, é vedado ao médico, de acordo com o Código de Ética, no seu artigo 21, deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.⁽¹⁰⁾

Além das vedações éticas, legalmente a Anvisa exerce o poder de polícia sanitária sobre os medicamentos de modo geral, portanto todo registro deve observar as normas por ela editadas, especialmente, quando se trata de produto destinado ao consumo humano (AMS 199801000750070, Juiz Federal Convocado Manoel José Ferreira Nunes, Primeira Turma Suplementar – TRF1).^(9,10)

A Lei nº 6.437/77 traz como infração sanitária a manipulação de medicamentos ou correlatos, sem registro, licença, ou autorizações do órgão sanitário (IV, Art. 10):⁽¹⁰⁾

“IV – extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, manipular, purificar, fracionar, embalar ou reembalar, importar, exportar, armazenar, expedir, transportar, comprar, vender, ceder ou usar alimentos, produtos alimentícios, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, produtos dietéticos, de higiene, cosméticos, correlatos, embalagens, saneantes, utensílios e aparelhos que interessem à saúde pública ou individual, sem registro, licença, ou autorizações do órgão sanitário competente ou contrariando o disposto na legislação sanitária pertinente: pena – advertência, apreensão e inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa;”

Conforme o exposto, a prescrição e a utilização de medicamentos e substâncias devidamente regularizadas na Anvisa trazem um robusto arcabouço de proteção ao médico relativo aos efeitos e riscos relacionados ao uso de qualquer medicação. Quando da utilização de fórmulas manipuladas, deve-se ficar atento ao registro do estabelecimento e às normas vigentes em relação a cada princípio ativo que se pretende utilizar. Além disso, as normas de publicidade médica caracterizam como infração ética divulgar equipamento e/ou medicamento sem registro na Anvisa, ou agência que a suceda.⁽¹¹⁾

Na suspeita de irregularidades e para denúncias, a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional orienta que o médico procure apoio e assistência e denuncie, por meio de contato com a Vigilância Sanitária de seu município ou com a Anvisa, por meio da Ouvidoria: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/canais_atendimento/ouvidoria.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo permanecerá atenta à divulgação dos temas relacionados à segurança na prescrição e na prática médica dos seus associados e à informação sobre as normas e seus impactos na defesa profissional.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Registro de novos medicamentos: saiba o que é preciso. 2018 [cited 2024 Jul 10]. Available from: <https://www.google.com/search?q=registro-de-novos-medicamentos-saiba-o-que-e-preciso>
2. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. 1973 [cited 2024 Jul 15]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm
3. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. 1976 [cited 2024 Jul 15]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm
4. Dimave Equipamentos Médicos. Como funciona e qual a importância do registro de equipamentos médicos. 2022 [cited 2024 Jul 10]. Available from: <https://dimave.com.br/como-funciona-e-qual-a-importancia-do-registro-de-equipamentos-medicos>
5. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014 [cited 2024 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm
6. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. 2007 [cited 2024 May 23]. Available from: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_67_2007_COMP.pdf/5de28862-e018-4287-892e-a2add589ac26
7. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa intensifica a fiscalização em farmácias de manipulação. 2023 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/anvisa-intensifica-a-fiscalizacao-em-farmacias-de-manipulacao>
8. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência-Geral de Alimentos. Perguntas & Respostas: suplementos alimentares. 8ª ed. Brasília (DF): Anvisa; 2022 [cited 2024 May 12]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/alimentos/perguntas-e-respostas-arquivos/suplementos-alimentares.pdf>
9. Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. Parecer CRM-MG nº 70/2023 - Processo-Consulta nº 59/2023. O uso do PMMA deverá ater-se às situações autorizadas pela Anvisa. 2023 [cited 2024 Jun 26]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2023/70>
10. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília (DF): CFM; 2019 [cited 2024 May 23]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.336/2023. Dispõe sobre publicidade e propaganda médicas. 2023 [cited 2024 Jul 12]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2023/2336>



LOCAL SEGURO PARA O PARTO

Comissão de Defesa e Valorização Profissional

INTRODUÇÃO

Até meados do século XX, a maioria dos nascimentos acontecia no domicílio, com a mulher geralmente rodeada por parentes e amigas. A partir de então, houve muitas mudanças, e os partos passaram a ocorrer em hospitais e maternidades,⁽¹⁾ tornando essa prática mais comum no mundo contemporâneo. Entretanto, em alguns lugares, surgiram as modalidades de parto fora do ambiente hospitalar tradicional, como o domiciliar ou aquele realizado em centros de parto fora dos hospitais. Dessa forma, surge também a discussão relacionada à segurança materna, fetal e neonatal do parto realizado nesses ambientes fora do hospital.

Os riscos do parto planejado fora do hospital estão relacionados com o tempo de deslocamento até o hospital para a resolução de intercorrências e emergências, que podem surgir mesmo nas situações de risco habitual. Por outro lado, deve-se ponderar que o parto

em ambiente hospitalar está associado a intervenções. Portanto, trata-se de uma questão importante, que requer uma análise crítica das evidências científicas.

REVISÃO DA LITERATURA

Os locais nos quais gestantes de risco habitual têm sido atendidas durante o parto são: domicílio (parto planejado), centros de partos normais (CPNs) extra-hospitalares (CPNEx), CPNs peri-hospitalares (CPNPeri), CPNs intra-hospitalares (CPNIn) e centros obstétricos hospitalares.

As gestantes de risco habitual devem ser informadas de que o parto vaginal é um evento bastante seguro, entretanto não há como prever a ocorrência de complicações, que podem pôr em risco a integridade física da mãe e/ou do feto/recém-nascido. As informações disponíveis na literatura sobre os riscos e benefícios da assistência domiciliar do parto, assim como nos CPNEx, advêm de estudos realizados em países mais desenvolvidos do que o Brasil, que dispõem de sistema de saúde com organização funcional para essa finalidade. Um estudo citado é o estudo colaborativo Birthplace, realizado na Inglaterra,⁽²⁾ entre abril de 2008 e abril de 2009, que é uma coorte prospectiva de gestantes de muito baixo risco, com fetos únicos a termo. Esse estudo demonstrou menor taxa de intervenções médicas no grupo de parto domiciliar planejado e maior mortalidade perinatal em nulíparas em partos domiciliares

Comissão de Defesa e Valorização Profissional

Presidente: Lia Cruz Vaz da Costa Damásio

Membros: Henrique Zacharias Borges Filho; Maria Auxiliadora Budib; Carlos Henrique Mascarenhas Silva; Etelvino de Souza Trindade; Hilka Flávia Barra do Espírito Santo; Hofmeister de Almeida Martins Costa; Célia Regina da Silva; Maria Rita de Souza Mesquita; Mirela Foresti Jiménez; Juvenal Barreto Borriello de Andrade; Rosires Pereira de Andrade; Carlos Alberto Sá Marques; Aljerry Dias do Rego; Renato Passini Junior; Inessa Beraldo de Andrade Bonimi.

(odds ratio [OR]: 1,75; intervalo de confiança [IC] de 95%: 1,07-2,86). No entanto, as limitações desse estudo podem ter minimizado os riscos dos partos domiciliares, o que pode ter ocultado importantes diferenças quanto ao local do parto.

Nos Estados Unidos, os partos domiciliares planejados tiveram aumento significativo a partir de meados dos anos 2000. Vários estudos concluíram que, em comparação com partos hospitalares, os riscos absolutos e relativos de mortalidade e morbidade perinatal em partos domiciliares planejados nos EUA são significativamente maiores. Em estudo de Grünebaum *et al.*⁽³⁾ utilizando Registros de Nascimento e Óbito Infantil vinculados ao Controle de Doenças e Prevenção dos EUA para 2010-2017, verificaram-se a mortalidade neonatal para gestações únicas a termo e o peso do recém-nascido > 2.499 g, nos partos domiciliares planejados e partos hospitalares. A mortalidade neonatal para partos hospitalares assistidos por obstetras nos EUA foi de 3,27 por 10.000 nascidos vivos, para todos os partos domiciliares planejados foi de 13,66 por 10.000 nascidos vivos e para partos domiciliares não intencionais/não planejados foi de 27,98 por 10.000 nascidos vivos. Partos domiciliares planejados tiveram risco de mortalidade neonatal relativo e absoluto significativamente elevado, em comparação com partos hospitalares. O risco de mortalidade perinatal foi menor nos partos hospitalares atendidos por enfermeiras obstétricas, quando comparados com partos em domicílio realizados por enfermeiras obstétricas (OR: 2,90; IC de 95%: 2,17-3,89) e por obstetras sem formação em enfermagem (OR: 3,81; IC de 95%: 3,12-4,65). Assim, em 2021, o Ministério da Saúde do Brasil emitiu a Nota Técnica⁽⁴⁾ sobre o tema, baseando-se no eixo da garantia da segurança no cuidado materno-infantil, desaconselhando o parto domiciliar no contexto brasileiro. Nesse sentido, recomenda-se que todas as gestantes recebam orientações sobre os riscos relacionados ao parto em ambiente domiciliar. No entanto, a Nota Técnica pontua que são necessárias a ampliação, a organização e a qualificação tanto das estruturas físicas quanto dos processos de trabalho, para garantir que o parto hospitalar possa ser seguro e respeitoso e para que venha a se tornar uma experiência positiva na vida das mulheres e de sua família.

Em Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal de 2022,⁽⁵⁾ está definida a recomendação da segurança do parto hospitalar.

Na pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19), houve questionamento sobre se o hospital seria um local suficientemente seguro para o parto. Os nascimentos fora do hospital estão associados a riscos significativamente aumentados de morbidade e morte neonatal, e as emergências obstétricas durante partos extra-hospitalares podem levar a resultados adversos, em parte devido ao atraso no transporte da mulher para o hospital. E, mesmo em países com serviços

obstétricos bem integrados e parteiras bem formadas, os resultados do parto hospitalar são melhores que os do parto domiciliar. Dessa forma, a recomendação para a realização do parto hospitalar como uma medida de segurança para o binômio mãe-feto permanece, ainda mais considerando as medidas protetivas de infecção pelo serviço, o controle maior de infecção do hospital e a disponibilidade de equipamentos de EPI, que tornam o hospital o ambiente mais seguro para o parto, mesmo na pandemia de COVID-19.⁽⁶⁾

RECOMENDAÇÕES:

- Gestantes de risco habitual devem ser informadas de que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado, tendo em vista o maior risco de mortalidade perinatal.
- Gestantes de risco habitual que optarem pelo parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximo dela, devem ser apoiadas em sua decisão.
- O local do parto deve dispor de condições para atendimento imediato de intercorrências e complicações do parto, estando inserido em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao parto da gestante de risco obstétrico habitual. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo nº 94/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).
2. Birthplace in England Collaborative Group; Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011;343:d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400
3. Grünebaum A, McCullough LB, Orosz B, Chervenak FA. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(2):254.e1-e8. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.045
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Nota Técnica nº 2/2021-CGCIVI/DAPE/SAPS/MS. Tem como objetivo orientar e fornecer o posicionamento técnico do Ministério da Saúde do Brasil a respeito de qual ambiente é considerado seguro para a escolha do cenário de parto e nascimento às gestantes brasileiras. 2021 [cited 2022 Dec 11]. Available from: https://gestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf
5. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2022 [cited 2022 Dec 11]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/download/615_9c68b60515aeb7bb1f3f022505721f2b
6. Grünebaum A, McCullough LB, Bornstein E, Klein R, Dudenhausen JW, Chervenak FA. Professionally responsible counseling about birth location during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med*. 2020;48(5):450-2. doi: 10.1515/jpm-2020-0183

CADERNO CIENTÍFICO

Femina®

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

Há 52 anos a Febrasgo coloca à disposição dos seus associados a revista *Femina*, que vem cumprindo o seu papel de periódico informativo das atividades desenvolvidas pela Diretoria Executiva da Febrasgo e das Federadas, com entrevistas com especialistas e discussões sobre temas como Residência Médica, Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), Defesa Profissional, entre outros. A *Femina* também edita seu Caderno Científico, cujos objetivos são a publicação de trabalhos com informações que possam ter impacto direto nas atividades dos ginecologistas e obstetras brasileiros no seu dia a dia. Nele são publicados os artigos clínicos ou epidemiológicos, com destaque para aqueles de casuística nacional, relato de casos ou série de casos, *Guidelines*, *Position Statements*, Recomendações e Protocolos Clínicos cuidadosamente preparados pelas Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo. A *Femina* também abre espaço para Opiniões de Especialistas sobre temas controversos ou de atualização. Dessa forma, vem cumprindo o seu papel como ferramenta indispensável para os Programas de Educação Continuada da Febrasgo, dirigidos a todos os ginecologistas e obstetras brasileiros. Para ampliar o seu alcance, a *Femina* tornou-se uma revista de acesso aberto e indexada na Lilacs, a principal Base de Dados da América Latina e Caribe. Essas medidas aumentaram muito a sua visibilidade, e os resultados têm sido gratificantes. No ano de 2023, a *Femina* foi acessada 81.735 vezes no site da Febrasgo, o que dá uma média de 6.811 acessos por mês.

Evidentemente, esses resultados são fruto de um trabalho conjunto, com a participação das CNEs da Febrasgo e vários outros associados, que, de forma individualizada ou em grupos de pesquisa, vêm contribuindo com artigos primorosamente elaborados, alguns dos quais têm sido motivo de matérias de capa da *Femina*, com entrevistas dos especialistas afeitos aos temas relatados.

A partir deste mês, o Caderno Científico de *Femina* terá mais uma inovação ao abrir espaço para a seção **Aprendendo com os Especialistas**. Nessa seção, os autores publicarão textos sobre assuntos de suas áreas de atuação, ampliando o leque de temas em ginecologia e obstetrícia de forma a alcançar seus leitores da maneira mais didática possível. Conclamamos aos acadêmicos e seus grupos de pesquisa para que enviem a sua contribuição.

Os Editores de *Femina*

SUMÁRIO

FEBRASGO POSITION STATEMENT

440 Desafios da prescrição da testosterona para disfunção sexual em mulheres

Lucia Alves da Silva Lara, Joice Martins de Lima Pereira, Stany Rodrigues Campos de Paula, Flavia Fairbanks Lima de Oliveira, André Marquez Cunha, Théo Lerner, Yara Villar, Gabriela Pravatta Rezende Antonias, Cristina Laguna Benetti-Pinto

APRENDENDO COM OS ESPECIALISTAS

449 Quando suspeitar de insuficiência ovariana prematura transitória?

Gabriela Pravatta Rezende Antonias, Cristina Laguna Benetti-Pinto

ARTIGO ORIGINAL

453 Avaliação do conhecimento das mulheres relacionado às vulvovaginites e à saúde ginecológica

Vitória Dresch Xavier, Geórgia Muccillo Dexheimer, Maiara Conzatti

RELATO DE CASO

461 Teratoma imaturo de ovário em uma gestação em curso: um relato de caso

Érica Batista Morais, Bárbara Silva Alves, Júlia da Costa Barros Pedrosa de Albuquerque, Luciana Segurado Côrtes, Mônica Miranda Andrade

RELATO DE SÉRIE DE CASOS

466 Qual a melhor opção para tratamento da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea? Uma coorte retrospectiva

Matheus Nascimento da Silva, Barbara Virginia Gonçalves Tavares, Luiz Francisco Cintra Baccaro, Cristina Laguna Benetti-Pinto, Daniela Angerame Yela

Desafios da prescrição da testosterona para disfunção sexual em mulheres

Número 7 – 2024

A Comissão Nacional Especializada em Sexologia 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

- O desejo sexual hipotivo (DSH) é uma condição em que ocorre ausência ou redução acentuada do desejo ou motivação para a pessoa se envolver em atividade sexual.
- A testosterona (T) tem papel importante na promoção do desejo sexual em mulheres que apresentaram redução do desejo sexual com o instalar da menopausa.
- Os mecanismos pelos quais a testosterona melhora o DSH ainda não estão bem esclarecidos.
- Não há ponto de corte para os níveis séricos de testosterona que indiquem deficiência androgênica em mulheres de qualquer idade.
- Até o momento, não há indicação de dosagem de testosterona sérica para indicar ou contraindicar seu uso no DSH.
- O uso *off-label* de testosterona por diversas vias tem sido adotado e é necessário discutir as evidências sobre esse assunto.
- A absorção da testosterona varia de acordo com o tipo de pele e com o veículo utilizado na sua formulação.

RECOMENDAÇÕES

- Não há indicação para dosagens de testosterona ou outros androgênios para diagnóstico de deficiência androgênica.
- Considerar a prescrição de testosterona em doses fisiológicas para mulheres após menopausa natural, cirúrgica ou com insuficiência ovariana prematura, apresentando DSH sem outra causa (diádica, iatrogênica, psíquica etc.) e sem contraindicação ao seu uso.
- Durante o período reprodutivo, incluindo a perimenopausa, a prescrição de testosterona em doses fisiológicas só encontra indicação na presença de DSH, não estando indicada para melhora de composição corporal ou para melhora de bem-estar.
- Quando indicada a prescrição, a via transdérmica é a de eleição. A via oral deve ser evitada.
- Por não existirem produtos industrializados contendo testosterona, utiliza-se testosterona manipulada. Por essa razão, indica-se dosagem de testosterona sérica antes de se iniciar o uso e após três meses, para controle e manutenção de níveis fisiológicos.
- Se não houver melhora da função sexual em três a seis meses, recomenda-se suspender o uso.
- As evidências disponíveis apontam para baixo risco no uso da testosterona por via transdérmica por até três anos.

CONTEXTO CLÍNICO

A função sexual sofre mudanças ao longo da vida da mulher. A prevalência de disfunções aumenta com o avançar da idade, sendo mais marcante após a menopausa natural, cirúrgica ou devido a tratamento oncológico. Relacionamentos, fatores psicossociais e comorbidades são importantes determinantes da sexualidade feminina, porém cada vez mais se discute o papel dos esteroides sexuais, uma vez que a falência ovariana pode associar-se à dificuldade de excitação e de orgasmo e também à dor genitopélvica.⁽¹⁾ O estudo *Women's Health Across the Nation (SWAN)*,^(2,3) que contou com mais de 3.000 participantes, avaliou anualmente domínios relacionados à função sexual da mulher, como a importância do sexo e a frequência de intercurso sexual e masturbação, prazer físico, satisfação emocional, desejo sexual, excitação e dor, com o objetivo de avaliar os impactos da transição menopausal na sexualidade. Nas seis aferições prospectivas realizadas, observou-se aumento progressivo das queixas de dispareunia associada ao ressecamento vaginal e à redução do desejo sexual, independentemente das comorbidades, da condição biopsicossocial da mulher e dos sintomas da menopausa, valorizando-se, portanto, a associação entre disfunções sexuais, envelhecimento e déficit de esteroides sexuais.^(2,3)

Dessa forma, é preciso ressaltar o importante papel dos esteroides na função sexual feminina, seja como facilitador da pulsão sexual, na ação trófica na genitália, assim como na síntese e ação de alguns neurotransmissores e neuropeptídeos envolvidos na resposta sexual.⁽⁴⁾ Algumas características da expressão da sexualidade da mulher como atratividade, predisposição para a interação sexual⁽⁵⁾ e motivação (desejo) sexual⁽⁶⁾ também são influenciadas pelos hormônios sexuais.

Entre os esteroides sexuais, os estrogênios são os principais responsáveis pela maturação reprodutiva feminina, enquanto os androgênios são considerados hormônios metabólicos, vasculares e sexuais.⁽⁷⁾ As principais formas biológicas de androgênios em mulheres são o sulfato de deidroepiandrosterona (SDHEA), deidroepiandrosterona (DHEA), androstenediona, testosterona (T) e diidrotestosterona (DHT). Na circulação, a testosterona ativa é a que se apresenta ligada à albumina ou em sua forma livre; quando ligada à globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), torna-se inativa.⁽⁸⁾

Diversos estudos foram realizados buscando compreender qual seria o esteroide mais associado à disfunção sexual feminina e como situações que interferem em seus níveis poderiam ser corrigidas, com evidências de que pode haver, em mulheres com idade entre 19 e 64 anos, correlação positiva entre desejo sexual e níveis de testosterona livre ($r = 0,134$), androstenediona ($r = 0,199$) e DHEA ($r = 0,155$).⁽⁹⁾ Estudos prévios evidenciaram risco para desejo sexual hipotivo (DSH)

e disfunção de excitação em mulheres com nível de DHEA abaixo do percentil 10,⁽¹⁰⁾ além de redução do pensamento e da frequência sexual e diminuição da masturbação quando há redução dos níveis da testosterona, da testosterona livre e da DHT.^(11,12)

Alguns autores tentaram, portanto, definir uma síndrome de deficiência de androgênios em mulheres, que seria constituída por sintomas como fadiga, diminuição do bem-estar e baixo interesse sexual. Porém, entidades internacionais, após força-tarefa de revisão exaustiva dos critérios que descrevem essa síndrome, posicionaram-se contra tal diagnóstico, devido à falta de padronização do quadro clínico e também dos valores séricos de testosterona de acordo com a faixa etária, ressaltando-se que os níveis circulantes dos androgênios não refletem a ação nos tecidos-alvo e não consideram a sensibilidade individual dos receptores periféricos.^(13,14) Sendo assim, é preciso ressaltar que, embora a prescrição de testosterona para mulheres com alteração no desejo sexual seja apontada como uma opção terapêutica, não existe um ponto de corte dos níveis séricos de testosterona no sexo biológico feminino para definir e caracterizar DSH ou deficiência androgênica. Além disso, são poucos os países em que a indústria farmacêutica disponibiliza formulações de testosterona ajustadas para mulheres, com a justificativa de que não existem dados de segurança suficientes para a prescrição desse hormônio. Entretanto, o mercado informal da testosterona é uma realidade em todo o mundo, seja pela manipulação de fórmulas sem padronização, seja pela venda clandestina. Esta publicação tem como objetivo discutir alguns aspectos da terapia hormonal com prescrição de testosterona para o tratamento do DSH em mulheres.

QUAL A AÇÃO DA TESTOSTERONA NA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA?

A testosterona tem papel importante na promoção do desejo sexual feminino⁽¹⁵⁾ por mecanismos ainda não bem esclarecidos. Uma revisão sistemática e metanálise evidenciou que a testosterona melhora o desejo sexual, a excitação, a sensação de prazer, a frequência do orgasmo e a capacidade de responder ao estímulo sexual, além de reduzir o sofrimento (*distress*) pelas queixas relacionadas à disfunção sexual em mulheres na pós-menopausa com disfunção do desejo sexual.⁽¹⁶⁾

Na mulher, os ovários, as glândulas adrenais e os tecidos periféricos constituem as fontes dos androgênios, e a testosterona, por via direta ou por meio de metabolização em 5-alfa-diidrotestosterona (DHT), pela ação da enzima 5-alfarredutase ou, ainda, pela aromatização em estradiol, modula mecanismos bioquímicos e fisiológicos. A testosterona e a DHT são os androgênios com maior potência. Proporcionalmente, a testosterona sérica deriva principalmente da secre-

ção ovariana, enquanto uma parte é secretada pela glândula adrenal,⁽¹⁷⁾ tendo como substrato o colesterol. A DHT é produzida a partir da testosterona, metabolizada pela ação da enzima 5-alfarredutase.

Sabe-se que a ação da testosterona ocorre por meio da ativação de seus receptores (RA) no sistema nervoso central e na genitália, onde podem ser identificados no clitóris, nos pequenos e grandes lábios, no vestíbulo e na vagina, entre outros, e em todas as camadas da mucosa, incluindo a camada muscular lisa.^(18,19) Além da ação direta no RA, o efeito da testosterona pode ser amplificado pela sua conversão em DHT.⁽²⁰⁾ A testosterona tem ainda ação no organismo feminino, pela sua aromatização a estrogênio.

A testosterona e seu metabólito DHT modulam a função celular por mecanismos genômicos e não genômicos. Por meio do mecanismo genômico, ocorre a ligação da testosterona ou DHT ao receptor androgênico, formando um complexo que é ativado e levado ao núcleo da célula para exercer o seu efeito nos genes-alvo, promovendo a modificação deles para exercer a sua ação.⁽²¹⁾ A ação não genômica ocorre por meio da ligação da testosterona ou da DHT diretamente ao RA na membrana celular do tecido-alvo.⁽²²⁾ Além disso, a ação da testosterona pode ser prolongada pelo estrogênio, com evidências de que o aumento do estradiol aumenta o tempo que a DHT age na região pré-óptica medial do sistema nervoso central, responsável pelo comportamento sexual.^(7,23)

Estudos têm demonstrado que a testosterona tem ação trófica na vagina, sobretudo na integridade e contratilidade do músculo liso não vascular da parede vaginal, e está envolvida no mecanismo neurovascular que promove o relaxamento do músculo liso vascular e na preservação da densidade de fibras nervosas envolvidas na neurotransmissão dos estímulos que regulam as fases da excitação e lubrificação.⁽²⁴⁾ Em modelos animais, a testosterona promove a mucificação da vagina⁽²⁵⁾ e favorece a lubrificação ao promover o aumento do fluxo sanguíneo local,⁽²⁶⁾ que facilitará a formação do transudato derivado do aumento da pressão sanguínea na parede vaginal.⁽²⁷⁾ De fato, um estudo com mulheres em tratamento de câncer de mama em uso de inibidor da aromatase evidenciou que o uso da testosterona local por um período de quatro semanas resultou em melhora do ressecamento vaginal, da dispareunia, do pH e do índice de maturação do epitélio vaginal,⁽²⁸⁾ sugerindo uma ação direta da testosterona na vagina.

A fisiologia da disfunção sexual feminina envolve interfaces biopsicossociais, e a etiologia definitiva do DSH ainda não foi totalmente esclarecida. Existem vários modelos propostos de resposta sexual, e o modelo de controle duplo (*dual control*) sugere ser a resposta sexual mediada por fatores de estímulo e inibição. Nessa perspectiva, a resposta sexual satisfatória é o

resultado da interação de hormônios e neurotransmissores excitatórios, com destaque para a testosterona, o estradiol, a dopamina e a norepinefrina. Sendo assim, o desejo hipotativo poderia ser consequência de uma deficiência na produção dessas substâncias ou do excesso de fatores inibitórios.⁽²⁹⁾

COMO CARACTERIZAR O DSH E QUAL SUA PREVALÊNCIA?

De acordo com os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-11), a disfunção do DSH refere-se a uma condição em que ocorre ausência ou redução acentuada do desejo ou motivação para a pessoa se envolver em atividade sexual, manifestada por qualquer um dos seguintes critérios: i) desejo reduzido ou ausente (pensamentos ou fantasias sexuais); ii) desejo de resposta reduzido ou ausente a sinais eróticos e estimulação; ou iii) incapacidade de sustentar o desejo ou o interesse pela atividade sexual uma vez iniciada, que sejam persistentes, com duração de vários meses e que estejam associados a sofrimento clinicamente significativo.⁽³⁰⁾

A prevalência do DSH tem variação transcultural. Um estudo multicêntrico envolvendo países da Europa e os Estados Unidos da América evidenciou uma prevalência de 11% de DSH em mulheres europeias entre 20 e 29 anos de idade e de 53% entre as mulheres com idades entre 60 e 70 anos. Já em mulheres americanas a prevalência de DSH foi de 22% naquelas de 20 a 29 anos de idade e chegou a 32% nas com idades entre 60 e 70 anos.⁽³¹⁾ O estudo PRESIDE demonstrou que as queixas sexuais associadas ao sofrimento em mulheres americanas variou de 8,9% na faixa etária de 18 a 44, de 12,3%, entre 45 e 64, e de 7,4% em mulheres com 65 anos ou mais.⁽³²⁾

No Brasil, em um levantamento populacional, a prevalência de redução de desejo sexual em mulheres variou de 6,9% a 32,3%, com aumento progressivo com o avançar da idade. Na faixa etária entre 18 e 39 anos a prevalência é menor, mas alcança 9,0% entre 40 e 49 anos, 14,9% entre 50 e 59 anos, 25,7% entre 60 e 69 e 32,3% em mulheres com 70 anos ou mais;⁽³³⁾ no entanto, o critério do sofrimento (*distress*) não foi avaliado nesse estudo, o que deixa ainda em dúvida sobre a real prevalência de DSH na população brasileira.

HÁ INDICAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO DE TESTOSTERONA PARA O TRATAMENTO DO DSH FEMININO?

Existem vários estudos clínicos randomizados e controlados evidenciando que a testosterona com ou sem adição do estrogênio aumenta o desejo sexual e o bem-estar em mulheres na pré, peri e pós-menopausa, e em mulheres com menopausa cirúrgica,⁽³⁴⁾ porém os estudos têm metodologia e doses variáveis. A testoste-

rona transdérmica na dose de 300 µg por dia foi associada a melhora do DSH, e esse efeito não foi evidenciado quando foram utilizadas doses de 150 e 450 µg por dia.⁽³⁴⁾ Estudo randomizado e controlado utilizando a via transdérmica para mulheres na pós-menopausa entre 40 e 70 anos de idade também evidenciou maior eficácia na dose 300 µg/dia da testosterona em discos adesivos. Após 24 semanas de uso, houve aumento significativo na frequência de episódios sexuais satisfatórios no grupo tratado, em comparação ao placebo.⁽³⁵⁾ Esses dados foram replicados em mulheres histerectomizadas, demonstrando que essa mesma dose (300 µg/dia) de testosterona resultou em um aumento de 4,4 vezes da testosterona e de cinco vezes na testosterona livre em relação aos níveis pré-tratamento.⁽³⁶⁾

Os resultados positivos do uso da testosterona na função sexual derivam de estudos que utilizaram adesivos, porém, em muitos países como no Brasil, essa tecnologia não está disponível. Sendo assim, vale citar outras formulações testadas em estudos com casuísticas menores. A testosterona em gel na dose de 10 mg (em 1 g de gel hidroalcolico) em associação com a terapia estrogênica foi utilizada em 53 mulheres na pós-menopausa e resultou em um incremento nos pensamentos sexuais espontâneos, nas fantasias, na excitação e no orgasmo.⁽³⁷⁾ Esse estudo foi replicado em 70 mulheres na pós-menopausa entre 40 e 60 anos, que foram randomizadas para uso oral de 1 mg de valerato de estradiol diário associado a 50 mg de testosterona em gel transdérmica semanal. Houve um incremento de 25% na testosterona total e melhora significativa da função sexual aferida pelo índice da função sexual feminina (FSFI).⁽³⁸⁾ Outro estudo evidenciou que mulheres entre 40 e 70 anos de idade em uso de propionato de testosterona intravaginal em gel de silicone liberando 300 µg resultou em melhora do desejo sexual, da lubrificação e da dispareunia.⁽³⁹⁾ A testosterona sublingual sob demanda na dose de 0,5 mg associada a 50 mg de sildenafil resultou em aumento significativo dos eventos sexuais satisfatórios e melhora da resposta sexual.⁽⁴⁰⁾

Diante das evidências disponíveis, a testosterona tem sido indicada para o tratamento do DSH em mulheres em período pós-menopausa natural ou cirúrgica submetidas a ooforectomia, ou com insuficiência ovariana prematura.⁽⁴⁾ Em outra publicação, a *The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care* (ISSWSH) inclui a indicação a mulheres nos últimos anos reprodutivos que estejam na perimenopausa, sendo essa recomendação apoiada pela fisiologia do declínio nos andrógenos e pelos dados de eficácia, mas com base em evidências fracas.^(4,7)

Apesar desses dados, até o momento a Austrália é o único país que disponibiliza um produto contendo testosterona para uso em mulheres. O órgão americano *Food and Drug Administration* (FDA) ainda não aprovou esse produto para mulheres, por considerar

que os dados de segurança ainda são insuficientes. Entretanto, na falta de produtos à base de testosterona aprovados pelos órgãos governamentais, a testosterona tem sido largamente utilizada em mulheres de maneira *off-label*, por meio de produtos aprovados para homens ou por formulações prescritas por médicos para manipulação, não padronizadas quanto à dose, ao veículo utilizado e à frequência de uso e sem controle de qualidade do produto.⁽⁷⁾ Isso implica um risco imprevisível à saúde das mulheres devido à falta de controle sobre a absorção e o tempo de uso. Injeções, implantes subcutâneos e produtos em creme ou gel que utilizam doses semelhantes para tratamento de hipogonadismo masculino são desaconselhados para uso em mulheres com disfunções sexuais na perimenopausa e climatério, pelo risco significativo de doses suprafsiológicas de testosterona, que podem culminar em efeitos colaterais irreversíveis e aumento do risco cardiovascular. Além disso, é importante lembrar que fórmulas manipuladas não são aprovadas pelo FDA ou órgãos regulatórios no Brasil, o que prejudica o conhecimento exato da biodisponibilidade, farmacodinâmica e farmacocinética dessas medicações.⁽⁴¹⁾

COMO PRESCREVER TESTOSTERONA PARA MULHERES COM DSH?

Devido à falta de opções de produtos próprios para as mulheres nas farmácias convencionais, a única opção atualmente disponível no Brasil para prescrição de testosterona em mulheres é por meio da manipulação, sendo a via transdérmica a preferencial.⁽⁴²⁾

O uso de implantes de testosterona não é aconselhado, porque frequentemente resulta em níveis suprafsiológicos de testosterona já três meses após a inserção do implante e tem ações desconhecidas a longo prazo.⁽⁴³⁾ Da mesma forma, a metiltestosterona em associação com estrogênio equino conjugado, por via oral, apesar de demonstrar melhora do desejo sexual, também não é recomendada, por manter níveis sanguíneos suprafsiológicos de testosterona e por toxicidade hepática.^(44,45)

Sendo assim, considerando as evidências disponíveis, a dose preconizada de testosterona para o início do tratamento de DSH em mulheres é de 300 µg diários por via transdérmica,⁽³⁴⁾ em formatos de adesivos (*patch*), para manter os níveis fisiológicos efetivos, podendo-se elevar a dose até 5 mg ao dia, a depender da resposta clínica, sempre se utilizando o conceito de menor dose efetiva.⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾ Porém, os adesivos não estão disponíveis no Brasil; para manipulação, a maneira mais prática de prescrição é no formato de gel ou creme.

Ao prescrever uma fórmula para o preparo manipulado, existem variáveis que podem interferir na qualidade das preparações. A passagem percutânea da

testosterona é limitada pela barreira do estrato córneo organizado, pelo peso molecular da testosterona e pelas características do veículo utilizado para carrear a testosterona.⁽⁴⁹⁾ Considerando o veículo a ser utilizado, o Pentravan® (P) é um veículo hidrossolúvel e lipossolúvel, de alta *performance* de precisão de permeação, que atua em pH de 2 a 12. É hipoalergênico e pode ser aplicado nas mucosas e na pele. A composição lipossomal nanofosfolipídica do P carrega o fármaco através da pele, favorecendo a permeação da molécula até a derme, onde será levada para a corrente sanguínea. Na sua composição estão os fosfolípidios, que lhe conferem o odor característico e favorecem a *performance* e a permeação gradual da testosterona, resultando em um aproveitamento de 55% da dose aplicada.⁽⁵⁰⁾ Em estudos *in vitro* com pele de homens e mulheres, o P evidenciou boa *performance* ao promover a penetração e a absorção da testosterona, que obteve um pico de penetração 4,2 vezes maior às 10 horas, em relação à primeira hora de exposição da pele à testosterona a 10%.⁽⁵¹⁾ Já por via vulvovaginal, a testosterona na dose de 3 mg/mL em gel P resultou em aumento significativo nas concentrações sanguíneas de testosterona, que passaram de um nível basal de 20 ± 15 ng/dL para 312 ± 264 ng/dL, três horas após a aplicação. Após 12 horas, a testosterona sérica teve queda rápida para 67 ± 40 ng/dL, retornando aos níveis basais 24 horas após a exposição.⁽⁵²⁾

Em contrapartida, quando o veículo utilizado na prescrição da testosterona é alcoólico, em geral é guarnecido de outros componentes para assegurar a melhor absorção da droga. De acordo com a bula do fabricante do composto contendo testosterona 10 mg/g, o etanol corresponde a 96% do excipiente, que contém ainda miristato de isopropila, etanol, hidróxido de sódio e água purificada, permitindo uma absorção de 9% a 14% da testosterona, significativamente menor em relação ao P.⁽⁵³⁾ Em mulheres, os estudos sobre biodisponibilidade da testosterona em veículo alcoólico ainda são limitados, porém a testosterona disponível na Austrália para uso em mulheres é preparada em veículo alcoólico.⁽⁵⁴⁾

Ao considerar todas as variáveis que interferem na disponibilização final da testosterona, não é possível assegurar que essas fórmulas resultarão em dose adequada para a mulher. Assim, a testosterona base nas doses sugeridas de 1 a 5 mg/mL para o manejo do DSH feminino precisa sofrer os ajustes de acordo com o veículo utilizado (Tabela 1). Por exemplo; em veículos de alta *performance*, a testosterona base na dose de 5 mg em 1 mL de Pentravan® resultará em absorção mínima de 2.500 µ,⁽⁵⁰⁾ o que corresponde a uma dose cinco vezes maior do que a mulher necessita.⁽⁵⁰⁾ Já a testosterona base na dose de 5 mg em 1 mL do veículo alcoólico resultará em uma absorção mínima de 450 µ. Sendo assim, sugerem-se menores doses para

veículos de alta *performance* e doses maiores para veículos alcoólicos.⁽⁵⁵⁾ Sugere-se ainda que 1 dose/*pump* libere 1 mL da fórmula, para aplicação em coxas, nádegas ou baixo ventre, evitando o sistema linfático mamário. É indicado que a mulher inicie a terapia e seja acompanhada de maneira seriada, a fim de se rastrear possíveis efeitos de excesso de androgênios e também para avaliar a resposta ao tratamento, sendo orientada a suspender essa prescrição se não houver melhora dos sintomas em seis meses, pela possível associação de outra causa para a disfunção sexual.^(45,56) Recomenda-se uma dosagem sérica basal de testosterona total e outra após três a quatro semanas de uso diário para ajuste da dose. Uma vez mantida a dose, reavaliar após três meses. Na presença de níveis séricos dentro do fisiológico para mulheres no período reprodutivo, as dosagens de testosterona total podem ser realizadas a cada seis meses,⁽⁵⁶⁾ desde que sejam mantidos o mesmo veículo e o local indicado para manipulação enquanto se mantiver sua utilização.

Tabela 1. Biodisponibilidade da testosterona para as mulheres de acordo com o veículo utilizado

Dose	Veículo	Absorção	Exemplo de prescrição
Testosterona base 1 a 5 mg	Veículo de alta <i>performance</i> (Pentravan®)	50% a 63%	Testosterona base.....2,0 mg Pentravan® QSP.....1,0 mL
	Veículo alcoólico	9% a 14%	Testosterona base.....5,0 mg Veículo alcoólico QSP.....1,0 mL

QUAIS OS PRINCIPAIS ASPECTOS RELACIONADOS À ABSORÇÃO DA TESTOSTERONA?

Quando indicado o uso exógeno de testosterona, a influência de vários aspectos deve ser considerada. A absorção da testosterona sofre influência de fatores como a via de administração, espessura da pele, pH do local da aplicação, tipo de veículo utilizado para sua diluição, local da administração, além da variação individual de níveis de aromatase, que pode amplificar a conversão da testosterona em estrogênios, mas também em DHT, que pode, em especial no local da aplicação, aumentar a pilificação.⁽⁵⁷⁾

Em mulheres na pós-menopausa natural e cirúrgica, já foram testadas as vias de administração oral, intramuscular, vaginal e transdérmica. Comparando diferentes sítios de administração, a absorção de testosterona tópica na vulva foi maior quando comparada à aplicação na pele do membro superior.⁽⁵⁸⁾ Já em mulheres na fase reprodutiva, esse achado não foi replicado, o que

sugere que as modificações da pele após a menopausa em associação com as mudanças devido ao progredir da idade podem influenciar na absorção da testosterona. A espessura da pele influencia na absorção, sendo a pele mais delgada mais favorável a maior absorção da testosterona.⁽⁴²⁾ Um dado interessante é que a presença de pelos e o uso de desodorantes antitranspirantes não influenciam a absorção da testosterona no uso axilar.⁽⁵⁹⁾

Dessa forma, as vias transdérmicas, percutâneas, orais e intravaginais parecem incrementar a função sexual de mulheres em perimenopausa e climatério, no entanto, devido à maior segurança, as duas primeiras acabam sendo as principais escolhas. Deve-se considerar, no entanto, que todos esses fatores apontados como modificadores da absorção são particularmente importantes na utilização de produtos demandados por manipulação, o que indica controle periódico dos níveis séricos de testosterona durante todo o tempo de uso.

QUAIS OS CUIDADOS PARA A APLICAÇÃO DA TESTOSTERONA NA PELE?

Para a absorção ideal da droga, é necessário que a pele esteja seca e seja mantida seca por um período de duas a seis horas após a aplicação. Quando a pele é molhada após a aplicação do gel contendo testosterona, ocorre redução de 81% da quantidade de testosterona disponibilizada e redução de 10% a 14% na absorção.⁽⁶⁰⁾ São necessários cuidados em relação ao contato de crianças e adultos, pele a pele ou mesmo com barreira, com as áreas que receberam a testosterona. São necessários cuidados em relação ao contato de crianças e adultos com as áreas que receberam a testosterona devido a probabilidade de absorção da droga no contato pele a pele ou mesmo com barreira de tecido.⁽⁶¹⁾ Ao cessar a exposição cutânea, a testosterona retornou aos níveis basais após 48 horas.

QUAIS OS EFEITOS ADVERSOS DA TESTOSTERONA?

Em mulheres em uso de testosterona em níveis fisiológicos, os efeitos mais comuns são a acne, oleosidade da pele e crescimento de pelos.⁽¹⁶⁾ Não foram demonstrados eventos adversos graves quando a terapia com testosterona foi usada em doses que atingem níveis fisiológicos encontrados em mulheres na fase reprodutiva.⁽¹⁶⁾

A testosterona em altas doses e seus ésteres são utilizados em homens transgênero (trans) para promover o aparecimento das características masculinas desejadas e constituem um modelo importante para avaliação dos efeitos benéficos e adversos do uso da testosterona no corpo feminino com ovários íntegros e funcionantes. A literatura disponibiliza os

dados de até 17 anos de acompanhamento de homens trans em uso de undecanoato de testosterona. Observou-se que houve alterações no lipidograma com redução do HDL-c e elevação do LDL-c e triglicérides, sem aumento do risco de morte na população mais jovem.⁽⁶²⁾ No entanto, não se conhecem os efeitos em longo prazo, quando essa população atingir a idade de maior risco cardiovascular. Vale frisar que os níveis virilizantes de testosterona contribuem para suprimir as concentrações de insulina circulantes e aumentar as proteínas na via de sinalização da insulina no fígado e fosforilação alterada de proteínas-chave no controle da sensibilidade à insulina, suprimindo a sinalização da insulina no tecido adiposo branco.⁽⁶³⁾

QUANDO HÁ INDICAÇÃO DE TESTOSTERONA VULVAR?

O uso vulvar da testosterona deriva do tratamento do líquen e tem por base a maior concentração de receptores androgênicos na vulva, porém não existe estudo randomizado e controlado para testar essa formulação para o tratamento do DSH. A dose utilizada nas formulações é de propionato de testosterona a 2% em petrolato e tem sido utilizada por via vulvar, aplicando-se nos pequenos lábios, clitóris e introito vaginal.⁽⁶⁴⁾ Alguns estudos avaliaram o uso de testosterona vaginal para tratamento de síndrome geniturinária da menopausa (SGM) e dispareunia, porém com baixa casuística e sem efeitos importantes em relação à melhora do desejo sexual.^(65,66)

Há estudos avaliando a administração de 2 mg de propionato de testosterona via vaginal e mostrando absorção diferente. Por essa via, verificou-se pico dos níveis séricos de testosterona total e livre após seis horas da aplicação em uma população de 10 mulheres saudáveis com idade entre 20 e 40 anos.⁽⁶⁷⁾ Observou-se que o propionato de testosterona na dose de 2 mg em creme neutro, intravaginal, promoveu um pico sérico máximo de testosterona de 7,71 nmol/L 5,5 horas após a exposição à testosterona, contra 2,99 nmol/L durante o uso de placebo, no entanto o pico de testosterona não resultou em aumento da resposta sexual genital e central.⁽⁶⁷⁾

Em contrapartida, apesar de o uso tópico de estrogênios ser o padrão-ouro para tratamento da SGM, estudos com preparações de DHEA vaginal para esse fim foram realizados com dados demonstrando melhora da dispareunia e atrofia vaginal, além de melhora da função sexual. Disponível em alguns países, porém não no Brasil, existe uma formulação disponível para compra em farmácias, no formato de óvulos vaginais contendo DHEA, porém ainda não há dados de segurança para seu uso em condições específicas, como em mulheres com câncer de mama.^(65,68,69)

CONCLUSÃO

O uso de testosterona por via transdérmica em mulheres climatéricas pode resultar em melhora da função sexual em mulheres com DSH. É necessário que outras causas dessa disfunção sejam também avaliadas e consideradas antes de se prescrever a testosterona. Entretanto, devido à falta de formulações disponíveis no mercado, as mulheres que forem utilizar essa terapia precisam ser orientadas quanto à falta de dados de segurança das fórmulas manipuladas em relação a biodisponibilidade, farmacocinética e farmacodinâmica, além da escassez de estudos de longo prazo. Recomenda-se dosar os níveis basais de testosterona antes de se iniciar o tratamento e após três a seis semanas, além de manter uma rotina de avaliação clínica e laboratorial de maneira seriada, monitorando possíveis efeitos de excesso de androgênios. Em relação à SGM, o uso de DHEA vaginal parece apresentar bons resultados em relação a dispareunia e atrofia vaginal, no entanto ainda faltam dados que sustentem recomendações universais.

REFERÊNCIAS

- Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(2):267-84. doi: 10.1016/j.psc.2017.01.004
- Avis NE, Brockwell S, Randolph JF, Shen S, Cain VS, Ory M, et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause.* 2009;16(3):442-52. doi: 10.1097/gme.0b013e3181948dd0
- Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause.* 2005;12(4):385-98. doi: 10.1097/01.GME.0000151656.92317.A9
- Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(1):114-28. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018
- Puts DA, Bailey DH, Cárdenas RA, Burriss RP, Welling LL, Wheatley JR, et al. Women's attractiveness changes with estradiol and progesterone across the ovulatory cycle. *Horm Behav.* 2013;63(1):13-9. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.11.007
- Sherwin BB, Gelfand MM, Brender W. Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosom Med.* 1985;47(4):339-51. doi: 10.1097/00006842-198507000-00004
- Parish SJ, Simon JA, Davis SR, Giraldi A, Goldstein I, Goldstein SW, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the use of systemic testosterone for hypoactive sexual desire disorder in women. *J Sex Med.* 2021;18(5):849-67. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.009
- Smith T, Batur P. Prescribing testosterone and DHEA: the role of androgens in women. *Cleve Clin J Med.* 2021;88(1):35-43. doi: 10.3949/ccjm.88a.20030
- Wåhlin-Jacobsen S, Pedersen AT, Kristensen E, Laessøe NC, Lundqvist M, Cohen AS, et al. Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? *J Sex Med.* 2015;12(2):358-73. doi: 10.1111/jsm.12774
- Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA.* 2005;294(1):91-6. doi: 10.1001/jama.294.1.91
- Riley A, Riley E. Controlled studies on women presenting with sexual drive disorder: I. Endocrine status. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(3):269-83. doi: 10.1080/00926230050084669
- Van Goozen SH, Wiegant VM, Ender E, Helmond FA, Van de Poll NE. Psychoendocrinological assessment of the menstrual cycle: the relationship between hormones, sexuality, and mood. *Arch Sex Behav.* 1997;26(4):359-82. doi: 10.1023/a:1024587217927
- Wierman ME, Arlt W, Basson R, Davis SR, Miller KK, Murad MH, et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(10):3489-510. doi: 10.1210/jc.2014-2260
- Simpson ER. Aromatization of androgens in women: current concepts and findings. *Fertil Steril.* 2002;77 Suppl 4:S6-10. doi: 10.1016/s0015-0282(02)02984-9
- Nappi RE, Tiranini L, Martini E, Bosoni D, Righi A, Cucinella L. Medical treatment of female sexual dysfunction. *Urol Clin North Am.* 2022;49(2):299-307. doi: 10.1016/j.ucl.2022.02.001
- Islam RM, Bell RJ, Green S, Page MJ, Davis SR. Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(10):754-66. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30189-5
- Cussen L, McDonnell T, Bennett G, Thompson CJ, Sherlock M, O'Reilly MW. Approach to androgen excess in women: clinical and biochemical insights. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2022;97(2):174-86. doi: 10.1111/cen.14710
- Hodgins MB, Spike RC, Mackie RM, MacLean AB. An immunohistochemical study of androgen, oestrogen and progesterone receptors in the vulva and vagina. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(2):216-22. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10056.x
- Shapiro E, Huang HY, Wu XR. Uroplakin and androgen receptor expression in the human fetal genital tract: insights into the development of the vagina. *J Urol.* 2000;164(3 Pt 2):1048-51. doi: 10.1097/00005392-200009020-00031
- Fassnacht M, Schlenz N, Schneider SB, Wudy SA, Allolio B, Arlt W. Beyond adrenal and ovarian androgen generation: increased peripheral 5 alpha-reductase activity in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(6):2760-6. doi: 10.1210/jc.2002-021875
- Chang C, Lee SO, Wang RS, Yeh S, Chang TM. Androgen receptor (AR) physiological roles in male and female reproductive systems: lessons learned from AR-knockout mice lacking AR in selective cells. *Biol Reprod.* 2013;89(1):21. doi: 10.1095/biolreprod.113.109132
- Celec P, Ostatníková D, Hodosy J. On the effects of testosterone on brain behavioral functions. *Front Neurosci.* 2015;9:12. doi: 10.3389/fnins.2015.00012
- Roselli CE, Resko JA. Aromatase activity in the rat brain: hormonal regulation and sex differences. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 1993;44(4-6):499-508. doi: 10.1016/0960-0760(93)90254-t
- Maseroli E, Vignozzi L. Testosterone and vaginal function. *Sex Med Rev.* 2020;8(3):379-92. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.03.003
- Kennedy TG. Vaginal mucification in the ovariectomized rat in response to 5alpha-pregnane-3,20-dione, testosterone and 5alpha-androstan-17beta-ol-3-one: test for progestogenic activity. *J Endocrinol.* 1974;61(2):293-300. doi: 10.1677/joe.0.0610293
- Heard-Davison A, Heiman JR, Kuffel S. Genital and subjective measurement of the time course effects of an acute dose of testosterone vs. placebo in postmenopausal women. *J Sex Med.* 2007;4(1):209-17. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00406.x
- Paavonen J. Physiology and ecology of the vagina. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1983;40:31-5.

28. Witherby S, Johnson J, Demers L, Mount S, Littenberg B, Maclean CD, et al. Topical testosterone for breast cancer patients with vaginal atrophy related to aromatase inhibitors: a Phase I/II Study. *Oncologist*. 2011;16(4):424-31. doi: 10.1634/theoncologist.2010-0435
29. Pettigrew JA, Novick AM. Hypoactive sexual desire disorder in women: physiology, assessment, diagnosis, and treatment. *J Midwifery Womens Health*. 2021;66(6):740-8. doi: 10.1111/jmwh.13283
30. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022 [cited 2022 Jul 11]. Available from: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1189253773>
31. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*. 2007;87(1):107-12. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.05.071
32. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sex Med Rev*. 2016;4(2):103-20. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.11.009
33. Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*. 2010;17(6):1114-21. doi: 10.1097/gme.0b013e3181e19755
34. Ganesan K, Habboush Y, Sultan S. Transdermal testosterone in female hypoactive sexual desire disorder: a rapid qualitative systematic review using grading of recommendations assessment, development and evaluation. *Cureus*. 2018;10(3):e2401. doi: 10.7759/cureus.2401
35. Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med*. 2008;359(19):2005-17. doi: 10.1056/NEJMoa0707302
36. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, Miller S, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(9):5226-33. doi: 10.1210/jc.2004-1747
37. Nathorst-Böös J, Flöter A, Jarkander-Rolff M, Carlström K, von Schoultz B. Treatment with percutaneous testosterone gel in postmenopausal women with decreased libido--effects on sexuality and psychological general well-being. *Maturitas*. 2006;53(1):11-8. doi: 10.1016/j.maturitas.2005.01.002
38. Chaikittisilpa S, Soimongkol K, Jaisamrarn U. Efficacy of oral estrogen plus testosterone gel to improve sexual function in postmenopausal women. *Climacteric*. 2019;22(5):460-5. doi: 10.1080/13697137.2019.1577378
39. Fernandes T, Costa-Paiva LH, Pinto-Neto AM. Efficacy of vaginally applied estrogen, testosterone, or polyacrylic acid on sexual function in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *J Sex Med*. 2014;11(5):1262-70. doi: 10.1111/jsm.12473
40. Tuiten A, van Rooij K, Bloemers J, Eisenegger C, van Honk J, Kessels R, et al. Efficacy and safety of on-demand use of 2 treatments designed for different etiologies of female sexual interest/arousal disorder: 3 randomized clinical trials. *J Sex Med*. 2018;15(2):201-16. doi: 10.1016/j.jssxm.2017.11.226
41. Sood R, Shuster L, Smith R, Vincent A, Jatoti A. Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: ten discussion points for practicing physicians. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(2):202-10. doi: 10.3122/jabfm.2011.02.100194
42. van de Sandt JJ, van Burgsteden JA, Cage S, Carmichael PL, Dick I, Kenyon S, et al. In vitro predictions of skin absorption of caffeine, testosterone, and benzoic acid: a multi-centre comparison study. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2004;39(3):271-81. doi: 10.1016/j.yrtph.2004.02.004
43. Davis SR, McCloud P, Strauss BJ, Burger H. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas*. 1995;21(3):227-36. doi: 10.1016/0378-5122(94)00898-h
44. Lobo RA, Rosen RC, Yang HM, Block B, Van Der Hoop RG. Comparative effects of oral esterified estrogens with and without methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions of sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertil Steril*. 2003;79(6):1341-52. doi: 10.1016/s0015-0282(03)00358-3
45. Vegunta S, Kling JM, Kapoor E. Androgen therapy in women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020;29(1):57-64. doi: 10.1089/jwh.2018.7494
46. Krapf JM, Simon JA. A sex-specific dose-response curve for testosterone: could excessive testosterone limit sexual interaction in women? *Menopause*. 2017;24(4):462-70. doi: 10.1097/GME.0000000000000863
47. Weiss RV, Hohl A, Athayde A, Pardini D, Gomes L, Oliveira M, et al. Testosterone therapy for women with low sexual desire: a position statement from the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. *Arch Endocrinol Metab*. 2019;63(3):190-8. doi: 10.20945/2359-3997000000152
48. Mason KA, Schoelwer MJ, Rogol AD. Androgens during infancy, childhood, and adolescence: physiology and use in clinical practice. *Endocr Rev*. 2020;41(3):bnaa003. doi: 10.1210/edrv/bnaa003
49. Bronaugh RL, Franz TJ. Vehicle effects on percutaneous absorption: in vivo and in vitro comparisons with human skin. *Br J Dermatol*. 1986;115(1):1-11. doi: 10.1111/j.1365-2133.1986.tb06214.x
50. Fagron. Pentravan®. 2022 [cited 2022 Sep 10]. Available from: http://sistema.boticamagistral.com.br/app/webroot/img/files/pentravan_0.pdf
51. Lehman PA, Raney SG. In vitro percutaneous absorption of ketoprofen and testosterone: comparison of pluronic lecithin organogel vs. pentravan cream. *Int J Pharm Compd*. 2012;16(3):248-52.
52. Maia HM Jr, Haddad C, Maia R, França CE, Casoy J. Pulsatile administration of testosterone by the vaginal route using Pentravan®. In: *Proceedings of the 17th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI)*; 2012 Nov 8-11; Lisbon, Portugal. Milan: Monduzzi Editoriale; 2013 [cited 2022 Jul 11]. p. 181-3. Available from: <https://fagron.co/wp-content/uploads/2019/11/1-cogi-lisboa-2012-report.pdf>
53. Gooren LJ, Bunck MC. Transdermal testosterone delivery: testosterone patch and gel. *World J Urol*. 2003;21(5):316-9. doi: 10.1007/s00345-003-0368-6
54. El-Hage G, Eden JA, Manga RZ. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of the effect of testosterone cream on the sexual motivation of menopausal hysterectomized women with hypoactive sexual desire disorder. *Climacteric*. 2007;10(4):335-43. doi: 10.1080/13697130701364644
55. Lawley Pharmaceuticals Pty. Androfeme® 1. 2023 [cited 2023 Dec 18]. Available from: <https://apps.medicines.org.au/files/lprint/lxcafeme-lp.pdf>
56. Davis SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, et al. Global consensus position statement on the use of testosterone therapy for women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019;104(10):4660-6. doi: 10.1210/jc.2019-01603
57. Heylings JR, Davies DJ, Burton R. Dermal absorption of testosterone in human and pig skin in vitro. *Toxicol In Vitro*. 2018;48:71-7. doi: 10.1016/j.tiv.2017.12.014
58. Oriba HA, Bucks DA, Maibach HI. Percutaneous absorption of hydrocortisone and testosterone on the vulva and forearm: effect of the menopause and site. *Br J Dermatol*. 1996;134(2):229-33.
59. Small DS, Ni X, Polzer P, Vart R, Satonin DK, Mitchell MI. Effect of deodorant and antiperspirant use and presence or absence of axillary hair on absorption of testosterone 2% solution applied to men's axillae. *J Sex Med*. 2014;11(11):2809-17. doi: 10.1111/jsm.12658

60. Stahlman J, Britto M, Fitzpatrick S, McWhirter C, Testino SA, Brennan JJ, et al. Effects of skin washing on systemic absorption of testosterone in hypogonadal males after administration of 1.62% testosterone gel. *Curr Med Res Opin.* 2012;28(2):271-9. doi: 10.1185/03007995.2011.652256
61. Stahlman J, Britto M, Fitzpatrick S, McWhirter C, Testino SA, Brennan JJ, et al. Serum testosterone levels in non-dosed females after secondary exposure to 1.62% testosterone gel: effects of clothing barrier on testosterone absorption. *Curr Med Res Opin.* 2012;28(2):291-301. doi: 10.1185/03007995.2011.652732
62. Velho I, Figuera TM, Ziegelmann PK, Spritzer PM. Effects of testosterone therapy on BMI, blood pressure, and laboratory profile of transgender men: a systematic review. *Andrology.* 2017;5(5):881-8. doi: 10.1111/andr.12382
63. Kothmann KH, Jacobsen V, Laffitte E, Bromfield C, Grizzaffi M, Jarboe M, et al. Virilizing doses of testosterone decrease circulating insulin levels and differentially regulate insulin signaling in liver and adipose tissue of females. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2021;320(6):E1107-18. doi: 10.1152/ajpendo.00281.2020
64. Ayhan A, Guven S, Guvendag Guven ES, Sakinci M, Gultekin M, Kucukali T. Topical testosterone versus clobetasol for vulvar lichen sclerosus. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;96(2):117-21. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.09.018
65. Davis SR, Robinson PJ, Jane F, White S, White M, Bell RJ. Intravaginal testosterone improves sexual satisfaction and vaginal symptoms associated with aromatase inhibitors. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;103(11):4146-54. doi: 10.1210/jc.2018-01345
66. Nappi RE, Tiranini L, Martini E, Bosoni D, Righi A, Cucinella L. Medical treatment of female sexual dysfunction. *Urol Clin North Am.* 2022;49(2):299-307. doi: 10.1016/j.ucl.2022.02.001
67. Apperloo M, Midden M, van der Stege J, Wouda J, Hoek A, Weijmar Schultz W. Vaginal application of testosterone: a study on pharmacokinetics and the sexual response in healthy volunteers. *J Sex Med.* 2006;3(3):541-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00212.x
68. Sarmiento AC, Costa AP, Lírio J, Eleutério J Jr, Baptista PV, Gonçalves AK. Efficacy of hormonal and nonhormonal approaches to vaginal atrophy and sexual dysfunctions in postmenopausal women: a systematic review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(10):986-94. doi: 10.1055/s-0042-1756148
69. Aziz A, Brännström M, Bergquist C, Silfverstolpe G. Perimenopausal androgen decline after oophorectomy does not influence sexuality or psychological well-being. *Fertil Steril.* 2005;83(4):1021-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.12.008

Como citar:

Lara LA, Pereira JM, Paula SR, Oliveira FF, Cunha AM, Lerner T. Desafios da prescrição da testosterona para disfunção sexual em mulheres. *Femina.* 2024;52(7):440-8.

*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Challenges of prescribing testosterone for sexual dysfunction in women", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2024;46:e-FPS07.

Lucia Alves da Silva Lara

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

Joice Martins de Lima Pereira

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Stany Rodrigues Campos de Paula

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

Flavia Fairbanks Lima de Oliveira

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

André Marquez Cunha

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Théo Lerner

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

Yara Villar

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

Gabriela Pravatta Rezende Antoniassi

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Cristina Laguna Benetti-Pinto

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

nada a declarar.

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

Presidente:

Lucia Alves da Silva Lara

Vice-presidente:

Sandra Cristina Poerner Scalco

Secretária:

Flavia Fairbanks Lima de Oliveira

Membros:

André Marquez Cunha
 Andrea Cronemberger Rufino
 Carmita Helena Abdo
 Eduardo Siqueira Fernandes
 Fabiene Bernardes Castro Vale
 Gerson Pereira Lopes
 Joice Martins de Lima Pereira
 Siglia Sousa de França
 Stany Rodrigues Campos de Paula
 Suzane Beirao de Almeida
 Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti
 Theo Lerner
 Yara Maia Villar de Carvalho
 Rodrigo Itocazo Rocha

Quando suspeitar de insuficiência ovariana prematura transitória?

Gabriela Pravatta Rezende Antoniassi¹, Cristina Laguna Benetti-Pinto²

RESUMO

A insuficiência ovariana prematura (IOP), evento que ocorre quando há redução da atividade ovariana antes dos 40 anos de idade, relaciona-se a diversas complicações do ponto de vista cardiovascular, ósseo, reprodutivo e relacionado à saúde sexual. De acordo com a etiologia e suas características histopatológicas, a IOP pode ser uma condição irreversível (também chamada de “afolicular”) ou transitória, com dados demonstrando gestações espontâneas em até 10% das mulheres com IOP. Múltiplos fatores podem associar-se à oscilação da função ovariana e uma avaliação clínica completa pode predizer a maior ou menor possibilidade de retorno dos ciclos ovulatórios, de forma que a orientação e seguimento das mulheres com IOP sejam mais adequados.

INTRODUÇÃO

Também conhecida como “menopausa precoce”, a insuficiência ovariana prematura (IOP) é um evento relacionado à redução da atividade ovariana antes dos 40 anos de idade. Pode ocorrer devido à exaustão folicular acelerada, à foliculogênese prejudicada ou a um conjunto reduzido de oócitos (baixo pool folicular).⁽¹⁾ A mudança da nomenclatura utilizada para descrever essa condição, que passou de menopausa precoce para falência ovariana precoce, falência ovariana prematura e finalmente IOP, reforça o fato de que o raciocínio para o diagnóstico e manejo de IOP deve ser diferente do utilizado na menopausa fisiológica, uma vez que IOP não significa, necessariamente, o esgotamento total dos folículos.⁽²⁾ O diagnóstico dessa condição é estabelecido nas mulheres com disfunções menstruais por pelo menos quatro meses e aumento dos níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH – ≥ 25 mUI/mL) em duas dosagens com intervalo de ao menos um mês.⁽¹⁻³⁾ Há diversas etiologias possíveis para a IOP, classicamente divididas em genéticas, como a disgenesia gonadal, com destaque para a síndrome de Turner, e não genéticas, relacionadas a danos por abordagens cirúrgicas ovarianas, quimioterapia, radioterapia, autoimunidade e exposição ambiental (infecções e tabagismo).⁽³⁾ Entretanto, ainda hoje, um grande número de mulheres não apresenta um diagnóstico etiológico definitivo, sendo consideradas como portadoras de IOP idiopática (Quadro 1).

Além da definição das causas de IOP, também é realizada uma classificação histopatológica da doença, contribuindo para a predição do grau de dano ovariano e de um possível retorno dos ciclos ovulatórios. O tipo 1 ocorre quando há depleção folicular completa, sendo também chamado de “afolicular” e associado mais frequentemente aos casos de disgenesia gonadal, aberrações cromossômicas e desordens do desenvolvimento sexual. Em contrapartida, no tipo 2, há preservação das estruturas foliculares, havendo, portanto, possibilidade de retorno da função ovariana, o que pode ser chamado de insuficiência ovariana folicular ou transitória.⁽⁴⁾ Dados da literatura demonstram que cerca de 50% das mulheres com IOP podem ter função ovariana intermitente, com até 10% de gestações espontâneas.^(4,5)

Considerando as repercussões do hipoestrogenismo causado pela IOP no que diz respeito a disfunções menstruais, osteoporose, doenças

Descritores

Insuficiência ovariana; Menopausa precoce; Função ovariana

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

2. Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Gabriela Pravatta Rezende Antoniassi

E-mail: gabrielaprezende@gmail.com

Como citar:

Antoniassi GP, Benetti-Pinto CL. Quando suspeitar de insuficiência ovariana prematura transitória? Femina. 2024;52(7):449-52

Quadro 1. Principais causas de insuficiência ovariana prematura

Genéticas	Não genéticas
Trissomia do cromossomo X (47 XXX ou mosaico)	Autoimunidade (não hereditária)
Deleção do cromossomo X	Iatrogênica (quimioterapia, radioterapia, ooforectomia, embolização de vasos pélvicos)
Síndrome de Turner (mosaico ou 45 X0)	Metabólica
Síndrome do X frágil	Infecciosa
Deficiência enzimática*	Fatores ambientais
Autoimunidade (hereditária)	Idiopática

*Particularmente, as enzimas envolvidas na esteroidogênese ou nos processos do desenvolvimento folicular.

cardiovasculares e infertilidade, identificar a maior ou menor chance de retorno da função ovariana pode contribuir sobremaneira no seguimento, estratificação de risco e aconselhamento das mulheres com esse diagnóstico.

FATORES ASSOCIADOS À IOP TRANSITÓRIA

Casos de IOP com função ovariana oscilante ou que retorna após uma parada temporária costumam cursar com alterações clínicas e laboratoriais. Uma vez que pode haver ovulação, mulheres com esse quadro apresentam, mais frequentemente, menstruações espontâneas, além de manifestarem menor gravidade e recorrência de sintomas do hipoestrogenismo, como ondas de calor, secura vaginal e alteração de humor e de sono.⁽⁵⁾ Considera-se que alguns fatores podem sugerir IOP transitória, como a idade da paciente e do diagnóstico de IOP, os antecedentes pessoais e estilo de vida, a reserva ovariana antes do diagnóstico e a causa da IOP (Figura 1).⁽⁶⁾



Figura 1. Fatores associados à insuficiência ovariana prematura transitória

IDADE DA PACIENTE E IDADE DO DIAGNÓSTICO

Uma vez que mulheres jovens apresentam maior reserva folicular, considera-se que quanto mais jovem a mulher e o diagnóstico de IOP, maior a chance de haver folículos restantes e tratar-se de um quadro transitório, exceto em casos de disgenesia gonadal, em que o *pool* folicular é reduzido desde a infância.⁽⁶⁻⁸⁾

ANTECEDENTES PESSOAIS E ESTILO DE VIDA

Mulheres obesas, sedentárias, tabagistas e etilistas geralmente experimentam um quadro de estresse oxidativo e inflamação crônica, com maior risco de dano gonadal permanente. De maneira semelhante, mulheres que vivem em déficit energético, como atletas de alta *performance* e portadoras de distúrbios alimentares, embora apresentem mais frequentemente amenorreia hipotalâmica com hipogonadismo hipogonadotrófico, podem também cursar com aceleração da depleção folicular e evoluir com IOP.⁽⁷⁾

NÍVEIS HORMONAIS E RESERVA OVARIANA ANTES DO DIAGNÓSTICO

Em relação à avaliação hormonal sérica, alguns estudos vêm sendo desenvolvidos para identificar possíveis diferenças entre os casos de IOP tipo 1 (“afolicular”) e tipo 2 (folicular). Um estudo de coorte retrospectiva realizado na China, com inclusão de 162 mulheres com IOP, dividiu as participantes em dois grupos: as que tiveram retorno da função ovariana e as que não obtiveram essa recuperação. Foram avaliados de maneira comparativa os níveis de FSH, hormônio luteinizante (LH), estradiol, testosterona e hormônio antimulleriano (AMH) entre os dois grupos e observado que os valores de FSH no grupo de IOP transitória, embora alterados (≥ 25 IU/L), não se apresentavam tão elevados quanto em casos de IOP afolicular. Além disso, a dosagem de AMH foi mais elevada na IOP folicular, demonstrando maior reserva ovariana, quando comparada à IOP tipo 1 (definitiva). Os níveis de estradiol, LH e testosterona não diferiram significativamente entre os grupos.⁽⁹⁾ Outro estudo, retrospectivo, também realizado na China, tentou caracterizar indicadores de reserva ovariana para IOP em diferentes estágios da condição, dividindo as participantes em quatro grupos: reserva ovariana normal (valores de FSH entre 5 e 10 UI/L), estágio “pré-IOP” (valores de FSH entre 10 e 25 UI/L), IOP inicial (valores de FSH entre 25 e 40 UI/L) e falência ovariana prematura (valores de FSH acima de 40 UI/L). Foi observada alteração progressiva dos marcadores de reserva ovariana, como FSH, AMH e contagem de folículos antrais, de acordo com a progressão da condição, com dados demonstrando que valores de AMH menores que 1,21 ng/mL e contagem de folículos menor que cinco poderia ser um *cut-off* para indicar casos de “pré-IOP” ou IOP transitória. Desses marcadores, o AMH demonstrou o maior valor preditivo positivo.⁽¹⁰⁾

Entretanto, apesar das diferenças encontradas nos estudos citados, ainda não existem critérios laboratoriais definitivos que possam estabelecer o diagnóstico de IOP transitória, sendo necessário acompanhar as mulheres com insuficiência ovariana de maneira seriada, observando o comportamento da função gonadal individualmente.

CAUSA DA IOP

A insuficiência ovariana antes dos 40 anos de idade pode estar relacionada a causas genéticas e não genéticas (Quadro 1), sendo a IOP transitória mais prevalente entre as condições não genéticas.⁽¹⁾ Entre elas, a IOP pós-quimioterapia, a IOP pós-radioterapia, a IOP relacionada a autoimunidade e a IOP relacionada a fatores ambientais, com destaque para infecções virais e uso de tabaco, merecem destaque.

IOP PÓS-QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

O tratamento oncológico de mulheres no menacme é complexo, e há significativa preocupação com a função ovariana, uma vez que ambos os tratamentos (químico e radioterapia) podem causar dano transitório ou permanente às gônadas. Todavia, observa-se que fatores como a idade, a reserva ovariana no momento do diagnóstico e tratamento e o tipo e a dose da medicação utilizada podem ser preditores para o retorno da função ovariana na maior parte dos casos.^(11,12)

No que se refere à idade, considera-se que quanto mais jovem, maior a chance de recuperação da função ovariana, principalmente antes da menarca, uma vez que o *pool* folicular é maior, podendo haver dano não permanente aos ovários. Além disso, alguns quimioterápicos são mais ooforotóxicos, como é o caso dos agentes alquilantes, sobretudo a ciclofosfamida. Em relação à radioterapia, tratamentos realizados na topografia da pelve têm maior risco de dano ovariano, o que justifica, em alguns casos, a realização de cirurgias de ooforopexia para mulheres que serão submetidas a tratamento radioterápico por tumores não ginecológicos, a fim de excluir os ovários da área que será exposta à radiação.⁽¹¹⁻¹³⁾

A avaliação da reserva ovariana antes do início do tratamento também pode contribuir na predição de maior ou menor risco de retorno da função ovariana, com dosagens de FSH e AMH normais sugerindo melhor taxa de recuperação. Em relação ao AMH, dados demonstram que valores maiores que 0,7 ng/mL podem correlacionar-se a maior taxa de transitoriedade da insuficiência ovariana; no entanto, esses dados ainda são controversos, não se devendo utilizar esse ponto de corte até o presente momento.

Por fim, o intervalo livre de tratamento também pode associar-se a transitoriedade da IOP, com evidências demonstrando possível retorno da função ovariana após seis meses a um ano sem quimio ou radioterapia, com abordagens individualizadas.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

IOP SECUNDÁRIA A EXPOSIÇÃO AMBIENTAL: USO DE TABACO

Apesar de ser um hábito ainda bastante frequente, o tabagismo está associado a diversas complicações, incluindo a IOP. Dados da literatura sobre esse assunto são escassos, mas sabe-se que as mais de 5 mil substâncias químicas presentes no tabaco, como nicotina e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, podem acelerar a atresia folicular, com aumento da apoptose e danos às conexões entre os oócitos e as células da granulosa, havendo correlação com a dose utilizada. Pesquisas indicam que mulheres que fumam mais de 10 cigarros por dia apresenta risco significativamente maior de desenvolver IOP, em comparação a não fumantes. Em contrapartida, parar de fumar, a depender da carga tabágica e da idade em que isso ocorre, pode fazer com que haja retorno da função ovariana.⁽¹⁷⁾ Dessa forma, a orientação é de sempre cessar o tabagismo, mantendo acompanhamento seriado.

IOP SECUNDÁRIA A EXPOSIÇÃO AMBIENTAL: INFECÇÕES

Embora a literatura seja bastante escassa no que se refere a essa correlação, quadros infecciosos, sobretudo virais, podem causar respostas imunes sistêmicas potencialmente graves com repercussões na função ovariana. Além disso, alguns agentes etiológicos causam impacto direto aos tecidos gonadais, como no sexo biológico masculino, em que é bastante conhecida a correlação entre caxumba e dano testicular. Já no sexo biológico feminino, além do *Paramyxovirus*, outros vírus como o varicela-zóster, o vírus da imunodeficiência humana e o vírus da hepatite C também se correlacionam à IOP.⁽¹⁸⁻²¹⁾ A partir de 2020, após o início da pandemia de coronavírus, alguns poucos relatos de caso de insuficiência ovariana relacionados a essa infecção também foram publicados, incluindo casos de IOP transitória.^(22,23) Entretanto, ainda não são conhecidos os mecanismos exatos de dano ovariano causado pelo SaRS-CoV-2, sendo necessárias maiores evidências que ampliem esse conhecimento. Em relação às infecções bacterianas, a tuberculose é a mais frequentemente associada a esse quadro.⁽²¹⁻²³⁾ Apesar de não existirem dados suficientes demonstrando a associação entre tempo de doença e dano ovariano, sabe-se que quadros mais graves, com demora no diagnóstico e tratamentos inadequados, apresentam maior risco de insuficiência ovariana.

IOP SECUNDÁRIA A AUTOIMUNIDADE

A autoimunidade é uma das principais causas de IOP, com cerca de 20% das mulheres com esse quadro apresentando concomitantemente diagnóstico de doenças autoimunes, sobretudo da tireoide, adrenal e pâncreas. Além disso, até metade das mulheres com IOP pode ter positividade para pelo menos um autoanticorpo, sendo o anti-TPO e a antitireoglobulina os mais frequentemente encontrados.⁽³⁾ O mecanismo pelo qual a autoimunidade causa IOP envolve macrófagos, células *natural killer*,

linfócitos T e linfócitos B, havendo infiltração linfocítica, infiltrado perivascular e depleção folicular. Essa ooforite autoimune pode ser definitiva, no entanto amostras histológicas de mulheres com IOP secundária a autoimunidade demonstram que 40% delas podem ter folículos de tamanho e número variados e que o uso de imunossuppressores pode ter efeito positivo na restauração da função ovariana.⁽³⁻⁵⁾ Dessa forma, perante o diagnóstico de IOP autoimune, é fundamental que a mulher receba orientação sobre a chance de retorno da função ovariana, sobretudo quando há uso de imunossuppressores, e que o seja realizado acompanhamento continuamente, inclusive para orientação de planejamento familiar.

Ainda nesse contexto de autoimunidade, apesar de não ser uma doença autoimune propriamente dita, a endometriose também tem sido associada a IOP por comportar-se como uma “síndrome autoimune”. A presença ectópica de tecido endometrial causa intenso estresse oxidativo, com ativação policlonal de células B e produção de múltiplos diferentes autoanticorpos, com dados demonstrando que 40% a 60% das mulheres com endometriose apresentam títulos elevados de autoanticorpos quando testadas com painel de autoantígenos (anticorpo antiovário, anticorpo antinúcleo, anticorpo antimúsculo liso e anticorpos antifosfolípidos).⁽²²⁾ Além disso, a presença de endometriose ovariana (endometriomas), além de exercer pressão física e ocupação de espaço em tecido ovariano contendo folículos normais, ativa a produção de fatores inflamatórios locais capazes de danificar o ovário. Sendo assim, apesar de a endometriose não ser uma causa direta de IOP, toda a reação inflamatória e imune sistêmica e local, no caso de endometriomas, pode cursar com risco aumentado de dano gonadal, com dados demonstrando que o tratamento adequado, com redução do estresse oxidativo e do estímulo estrogênico, do foco de endometriose pode evitar essa evolução desfavorável da função ovariana.⁽²⁴⁾

CONCLUSÃO

Mulheres com diagnóstico de IOP podem apresentar retorno da função ovariana após parada temporária ou ovulações intermitentes, sobretudo quando a insuficiência se estabelece no período pré-menarca ou nos primeiros anos da vida reprodutiva. Além disso, quando há dano gonadal secundário a quimioterapia, radioterapia, exposição ambiental (infecções virais e tabaco) e autoimunidade, é fundamental entender o comportamento ovariano de cada caso, cogitando-se a possibilidade de IOP transitória.

REFERÊNCIAS

- Chon SJ, Umair Z, Yoon MS. Premature ovarian insufficiency: past, present, and future. *Front Cell Dev Biol.* 2021;9:672890. doi: 10.3389/fcell.2021.672890
- Nelson LM. Clinical practice. Primary ovarian insufficiency. *N Engl J Med.* 2009;360(6):606-14. doi: 10.1056/NEJMcp0808697
- Domniz N, Meirou D. Premature ovarian insufficiency and autoimmune diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019;60:42-55. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.07.008
- Kinch RA, Plunkett ER, Smout MS, Carr DH. Primary ovarian failure; A clinicopathological and cytogenetic study. *Am J Obstet Gynecol.* 1965;91:630-44.
- Benetti-Pinto CL, Soares Júnior JM, Maciel GA, Nâcul AP, Yela DA, Rosa e Silva AC. Insuficiência ovariana prematura. 2020 [cited 2022 Mar 10]. (Febrasgo Position Statement; nº 2). Available from: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/FPS---N2---Agosto-2020---portugues-novo.pdf
- European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI; Webber L, Davies M, Anderson R, Bartlett J, Braat D, et al. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod.* 2016;31(5):926-37. doi: 10.1093/humrep/dew027
- Luisi S, Orlandini C, Regini C, Pizzo A, Vellucci F, Petraglia F. Premature ovarian insufficiency: from pathogenesis to clinical management. *J Endocrinol Invest.* 2015;38(6):597-603. doi: 10.1007/s40618-014-0231-1
- Chemaitilly W, Li Z, Krasin MJ, Brooke RJ, Wilson CL, Green DM, et al. Premature ovarian insufficiency in childhood cancer survivors: a report from the St. Jude Lifetime Cohort. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(7):2242-50.
- Du J, Wang X, Wei M, Huang Q, Bi Y, Huang W, et al. The probability and possible influence factors of intermittent ovarian function recovery in patients with premature ovarian insufficiency. *Reprod Biomed Online.* 2022;45(6):1275-83. doi: 10.1016/j.rbmo.2022.07.001
- Jiao X, Meng T, Zhai Y, Zhao L, Luo W, Liu P, et al. Ovarian reserve markers in premature ovarian insufficiency: within different clinical stages and different etiologies. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021;12:601752. doi: 10.3389/fendo.2021.601752
- Kim HA, Choi J, Park CS, Seong MK, Hong SE, Kim JS, et al. Post-chemotherapy serum anti-Müllerian hormone level predicts ovarian function recovery. *Endocr Connect.* 2018;7(8):949-56. doi: 10.1530/EC-18-0180
- Silva C, Caramelo O, Almeida-Santos T, Ribeiro Rama AC. Factors associated with ovarian function recovery after chemotherapy for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016;31(12):2737-49. doi: 10.1093/humrep/dew224
- Hoekman EJ, Broeders EA, Louwe LA, Nout RA, Jansen FW, de Kroon CD. Ovarian function after ovarian transposition and additional pelvic radiotherapy: a systematic review. *Eur J Surg Oncol.* 2019;45(8):1328-40. doi: 10.1016/j.ejso.2019.02.017
- Anderson RA, Rosendahl M, Kelsey TW, Cameron DA. Pretreatment anti-Müllerian hormone predicts for loss of ovarian function after chemotherapy for early breast cancer. *Eur J Cancer.* 2013;49(16):3404-11. doi: 10.1016/j.ejca.2013.07.014
- Rosendahl M, Andersen CY, Laursen T, Kelsey TW, Anderson RA. The safety and efficacy of controlled ovarian stimulation in cancer patients: a 5-year follow-up study. *Hum Reprod.* 2010;25(6):1542-9.
- Sukumvanich P, Case LD, Van Zee K, Singletary SE, Paskett ED, Petrek JA, et al. Incidence and time course of bleeding after long-term amenorrhea after breast cancer treatment: a prospective study. *Cancer.* 2010;116(13):3102-11. doi: 10.1002/cncr.25106
- Cui J, Wang Y. Premature ovarian insufficiency: a review on the role of tobacco smoke, its clinical harm, and treatment. *J Ovarian Res.* 2024;17(1):8. doi: 10.1186/s13048-023-01330-y
- Gupta N, Sharma JB, Mittal S, Singh N, Misra R, Kukreja M. Genital tuberculosis in Indian infertility patients. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;97(2):135-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.12.018
- Routh JJ, D'Angelo LJ. Mumps orchitis and oophoritis: a review of the literature. *J Urol.* 2006;176(1):106-11.
- Cejtin HE. Gynecologic issues in the HIV-infected women. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003;30(4):711-29. doi: 10.1016/S0889-8545(03)00084-6
- Karasu Z, Gurakar A, Jazzar A. Hepatitis C and reproductive health. *J Viral Hepat.* 2004;11(6):465-71.
- Gorman CN, Abdalla TE, Sultan Y, Grabis SA, Wood EG. Transient premature ovarian insufficiency post-COVID-19 infection. *Cureus.* 2023;15(4):e37379. doi: 10.7759/cureus.37379
- Pankiewicz K, Chotkowska E, Nowakowska B, Gos M, Issat T. COVID-19-related premature ovarian insufficiency: case report and literature review. *Climacteric.* 2023;26(6):601-4. doi: 10.1080/13697137.2023.2246878
- Taylor RN, Lebovic DI. Endometriosis. In: Strauss JF, Barbieri RL, editors. *Yen and Jaffe's reproductive endocrinology: physiology and clinical management.* 6th ed. New York: Elsevier; 2009. p. 577-95.

Avaliação do conhecimento das mulheres relacionado às vulvovaginites e à saúde ginecológica

Evaluation of women's knowledge related to vulvovaginitis and gynecological health

Vitória Dresch Xavier¹, Geórgia Muccillo Dexheimer¹, Maiara Conzatti^{1,2}

Descritores

Saúde da mulher; Infecções do sistema genital; Vulvovaginite; Automedicação; Educação em saúde

Keywords

Women's health; Reproductive tract infections; Vulvovaginitis; Self-medication; Health education

Submetido:

18/12/2023

Aceito:

20/05/2024

1. Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, RS, Brasil.
2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Lajeado, RS, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Vitória Dresch Xavier
E-mail: vitoria.xavier@universo.univates.br

Como citar:

Xavier VD, Dexheimer GM, Conzatti M. Avaliação do conhecimento das mulheres relacionado às vulvovaginites e à saúde ginecológica. Femina. 2024;52(7):453-60

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento das mulheres, bem como a taxa de autodiagnóstico e automedicação no contexto das vulvovaginites. **Métodos:** Estudo transversal que entrevistou 175 mulheres maiores de 18 anos por meio de um questionário realizado no Google Forms e disponibilizado nas plataformas eletrônicas Facebook, Instagram e WhatsApp. As participantes que contribuíram com a pesquisa concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; os dados foram representados em gráficos ou tabelas de acordo com sua frequência relativa e absoluta. **Resultados:** Dentro do estudo, 77% das participantes tinham ensino superior completo ou incompleto; 95,7% afirmaram saber o que são vulvovaginites. A incidência de infecções vaginais entre as participantes foi de 94,3%, sendo corrimento vaginal o sintoma mais frequente, 80,1%. Por fim, apenas 39% realizaram exames laboratoriais para diagnosticar a infecção e 84,4% fizeram uso de medicamentos; em 77,3% das vezes, os fármacos foram utilizados sob prescrição médica. **Conclusão:** Há grande incidência de infecções vaginais entre as mulheres, destacando-se candidíase e vaginose bacteriana. As participantes do estudo demonstram bom conhecimento sobre vulvovaginites e suas causas. Dentro da amostra, há baixa taxa de autodiagnóstico e automedicações. A grande maioria das participantes buscou atendimento e orientação médica para lidar com infecções vaginais. Exames complementares são necessários para diagnósticos precisos. Tratamentos caseiros podem ser benéficos se usados de maneira adequada. Mulheres jovens têm importante preocupação e entendimento sobre saúde ginecológica e prevenção de doenças.

ABSTRACT

Objective: To analyze women's knowledge, as well as the rate of self-diagnosis and self-medication, in the context of vulvovaginitis. **Methods:** Cross-sectional study that interviewed 175 women over 18 years of age through a Google Forms questionnaire, made available on the electronic platforms Facebook, Instagram and WhatsApp. Participants who contributed to the research agreed to the Free and Informed Consent Form; the data was exposed in graphics or tables according to their relative and absolute frequency. **Results:** In the study, 77% of the participants had complete or incomplete high school; 95.7% claimed to know what vulvovaginitis is. The incidence of vaginal infections among the participants was 94.3%, with vaginal discharge being the most frequent symptom, 80.1%. Finally, only 39% pass through medical examinations to diagnose their infection and 84.4% used medication, in which 77.3% of the

time they were used under medical prescription. **Conclusion:** There is a high incidence of vaginal infections among women, particularly candidiasis and bacterial vaginosis. The study participants demonstrated good knowledge of vulvovaginitis and its causes. There was a low rate of self-diagnosis and self-medication among the sample. The vast majority of participants sought medical care and advice. Complementary tests are necessary for accurate diagnosis. Home treatments can be beneficial if used properly. Young women have an important concern and understanding of gynecological health and disease prevention.

INTRODUÇÃO

O atendimento à saúde da mulher é responsável pelo acolhimento integral das pacientes, respondendo a todas as suas demandas, desde planejamento familiar, gravidez, acesso a clínica ginecológica e orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis e outras patologias.⁽¹⁾ A principal queixa das mulheres, correspondente a cerca de 70% dos motivos de consulta, são as vulvovaginites, tendo como principal sintoma o corrimento vaginal, que acomete cerca de um terço de todas as mulheres.^(2,3) As vulvovaginites são classificadas pelo Ministério da Saúde (MS) como qualquer infecção ou inflamação na vulva, vagina e/ou no epitélio escamoso do colo uterino.⁽⁴⁾ Entre elas, a mais comum é a vaginose bacteriana, causada pelo agente etiológico *Gardnerella vaginalis*, seguida pela candidíase, causada pelo fungo *Candida* sp.^(5,6) Ainda, a tricomoníase e a clamídia são vaginites igualmente importantes e, ao contrário das anteriores, são consideradas infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).^(7,8)

Essas infecções costumam manifestar-se quando ocorre um desequilíbrio do ecossistema vaginal, permitindo a proliferação exagerada de algum organismo, ou quando há presença de um agente patogênico.⁽²⁾ Naturalmente, a flora vaginal possui uma barreira protetora contra a proliferação microbiana que mantém seu equilíbrio, como o valor do pH (que deve ser de 4,5 sob condições normais), a ação do estrogênio e a presença de *Lactobacillus*.⁽⁶⁾ Essa harmonia está relacionada principalmente a aspectos hormonais e também ao sistema imunológico da mulher.⁽⁹⁾ Entretanto, hábitos de higiene e estilo de vida, tais como alimentação, atividade sexual, depilação com lâmina de barbear, uso de roupas apertadas, entre outros, podem afetar diretamente o balanço vaginal.⁽²⁾

Além disso, as vulvovaginites costumam manifestar sintomas semelhantes, como corrimento vaginal, prurido e dor, o que, muitas vezes, torna necessária a realização de exames laboratoriais associados à avaliação de sinais e sintomas clínicos para o diagnóstico específico. Mesmo assim, muitas mulheres não procuram serviços de saúde e realizam autodiagnósticos equivocados, com consequências adversas a elas.^(4,10) Nesse contexto, faz-se necessário que as mulheres possuam entendimento sobre seu corpo e sobre as patologias às quais estão expostas, para que possam se prevenir e lidar com suas

enfermidades de maneira correta.⁽¹¹⁾ Afinal, mesmo que o sexo feminino tenha evoluído muito em seu papel social e adquirido autonomia sobre suas escolhas, os cuidados com a saúde muitas vezes continuam em segundo plano devido à falta de informações básicas, tornando mais difícil o diagnóstico e o tratamento adequado dessas infecções, que ainda são tão comuns no dia a dia. Por esse motivo, o presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento das mulheres, bem como a taxa de autodiagnóstico e automedicação no contexto das vulvovaginites.

MÉTODOS

Estudo transversal que entrevistou 175 mulheres com idade superior a 18 anos por meio de um questionário disponibilizado durante os meses de março e abril de 2022, em um endereço virtual nas plataformas eletrônicas Facebook, Instagram e WhatsApp; o formulário continha 20 questões, tanto de múltipla escolha quanto de resposta única, elaboradas no Google Forms pela equipe de pesquisadoras; todas as participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As participantes que preencheram o questionário incorretamente foram excluídas do estudo.

O questionário analisou as seguintes variáveis: idade; grau de escolaridade; profissão; uso de métodos contraceptivos; conhecimento das vulvovaginites; incidência e prevalência de vulvovaginites; forma de diagnóstico e de tratamento da vulvovaginite; incidência de sintomas específicos e como as pacientes lidam com eles; existência e aspecto de corrimento vaginal; conhecimento sobre o exame citopatológico (CP) do colo uterino; realização do CP do colo uterino e realização da coleta de secreção vaginal. Os dados foram tabulados e organizados em gráficos ou tabelas para apresentação dos resultados em frequência relativa e absoluta.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univates (número do parecer: 5.296.016) (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 54190921.1.0000.5310), seguindo todas as diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde.

RESULTADOS

Foram obtidas 175 respostas ao questionário, porém 34 questionários foram excluídos por terem sido preenchidos de forma incorreta; assim, a amostra final foi composta por 141 questionários. A média de idade das participantes foi de 25,1 anos (desvio-padrão: 7,22), tendo como idade mínima 18 e máxima 59 anos; das participantes, 50 (36%) eram estudantes. Os dados demográficos estão compilados na tabela 1.

Em relação ao quadro infeccioso vaginal, 95,7% responderam saber o que era uma infecção vaginal. Ainda, 133 (94,3%) participantes afirmaram já ter enfrentado alguma infecção vaginal, mas apenas 50,4% realizaram

coleta de secreção vaginal para confirmar o diagnóstico. Em relação à realização do CP do colo uterino, mesmo não sendo o indicado para análise microbiológica, 21,3% nunca haviam realizado. Nesse âmbito, 19 (13,5%) mulheres o realizaram apenas uma vez, 2 (1,4%), a cada três anos, 14 (9,9%), a cada dois anos e 76 (53,4%), anualmente. Salienta-se que 10,6% das participantes afirmaram não saber para que serve o CP de colo de útero. As participantes foram questionadas sobre as causas que conheciam das infecções vaginais, e havia a possibilidade de selecionarem múltiplas alternativas, sendo as mais mencionadas o sexo desprotegido, higiene inadequada e baixa imunidade. A figura 1 traz informações sobre as causas de infecções vaginais segundo as entrevistadas.

Em relação aos agentes etiológicos das infecções vaginais, o mais frequentemente mencionado pelas participantes foi a *Candida* sp., com 75,2% das respostas; esses dados podem ser visualizados na figura 2. Em relação aos sintomas mais frequentes mencionados pelas participantes, observou-se o corrimento vaginal (113 participantes) e o prurido vulvar (109 participantes); os sintomas mais frequentes foram representados na figura 3. Dentro do questionário, essas duas perguntas

permitiam que as participantes selecionassem mais de uma alternativa.

No momento que estavam respondendo ao questionário, 46 (32,6%) mulheres afirmaram estar com corrimento vaginal (Figura 4), e 8,5% consideraram seu aspecto como anormal. O aspecto predominante foi de coloração branca, com 26% das respostas. Também havia opção de múltipla escolha nessa questão.

Sobre a busca de atendimento médico ao apresentar sintomas, 83% afirmaram buscar auxílio, 20% não procuraram atendimento e 4% relataram não terem apresentado sintomas. Como pode ser observado na tabela 2, com relação à busca por resolutividade e tratamento em que todas as questões permitiam a seleção de diversas alternativas, 66 (46,8%) mulheres indicaram que consultaram um profissional de saúde, que deu o diagnóstico sem a realização de exame laboratorial confirmatório, e 119 (84,4%) afirmaram utilizar algum medicamento como antifúngico oral (68 respostas) e antibiótico (70 respostas). Em relação às pacientes que utilizaram algum medicamento, 77,3% o fizeram após indicação médica.

Dados sobre os tipos de produtos e medicamentos utilizados pelas participantes podem ser encontrados na tabela 3.

Tabela 1. Dados sociodemográficos das participantes

Dados sociodemográficos	n (%)
Idade	
18 a 25 anos incompletos	91 (64,5)
25 a 35 anos incompletos	38 (26,9)
35 anos ou mais	12 (8,5)
Escolaridade	
Fundamental completo	1 (0,7)
Médio incompleto	1 (0,7)
Médio completo	30 (21,3)
Superior incompleto	74 (52,5)
Superior completo	35 (24,8)

DISCUSSÃO

Avaliações realizadas previamente demonstraram que a falta de conhecimento das mulheres a respeito de seu órgão sexual e suas implicações foi diretamente, porém não necessariamente, relacionada com baixo grau de escolaridade.^(12,13) O presente estudo foi composto por 77% de participantes com bom nível de escolaridade (ensino superior completo ou incompleto), o que poderia acarretar maior conhecimento sobre questões ginecológicas. Nosso estudo demonstra que 95% das participantes afirmam saber o que são vulvovaginites, e apenas 1,5% delas não souberam mencionar suas causas; assim, é possível que o alto conhecimento em relação à saúde esteja relacionado à escolaridade.

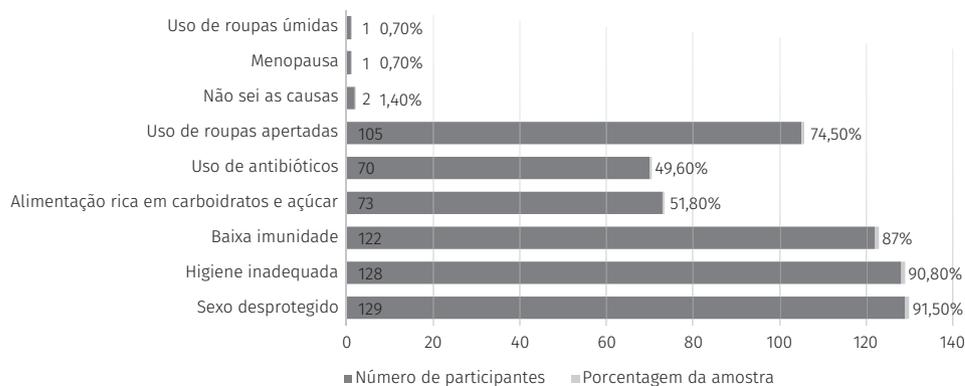


Figura 1. Causas de infecções vaginais

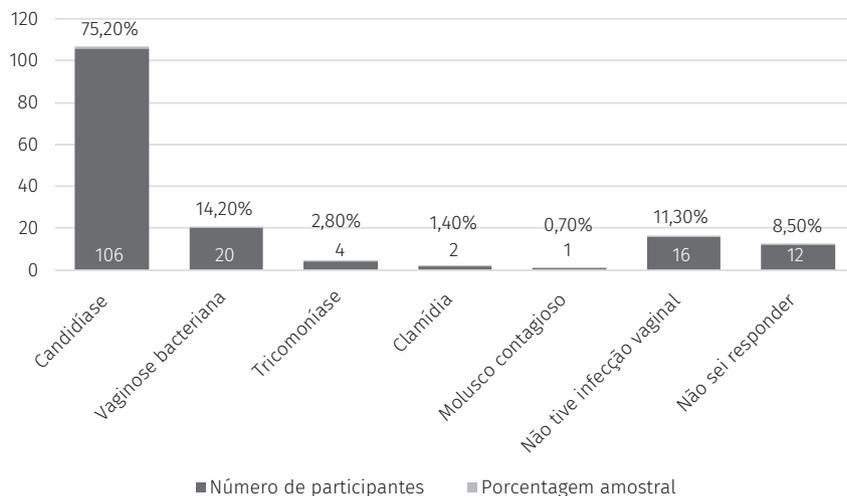


Figura 2. Agentes etiológicos causadores de vulvovaginites

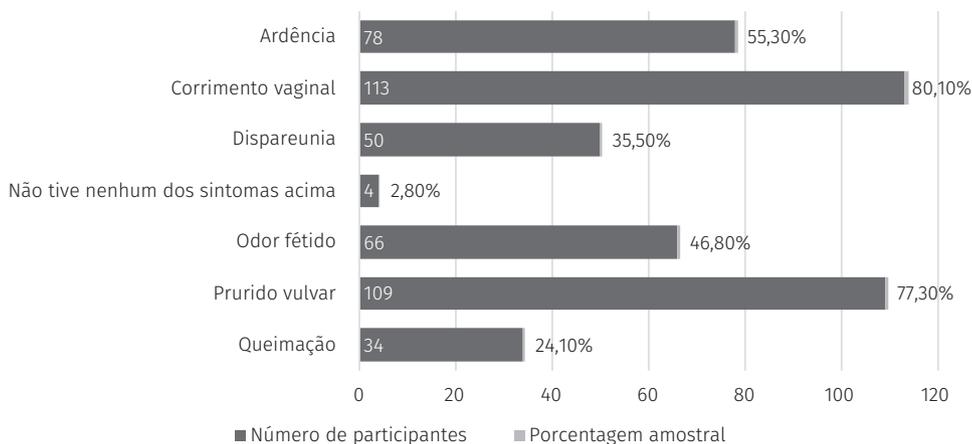


Figura 3. Incidência de sintomas

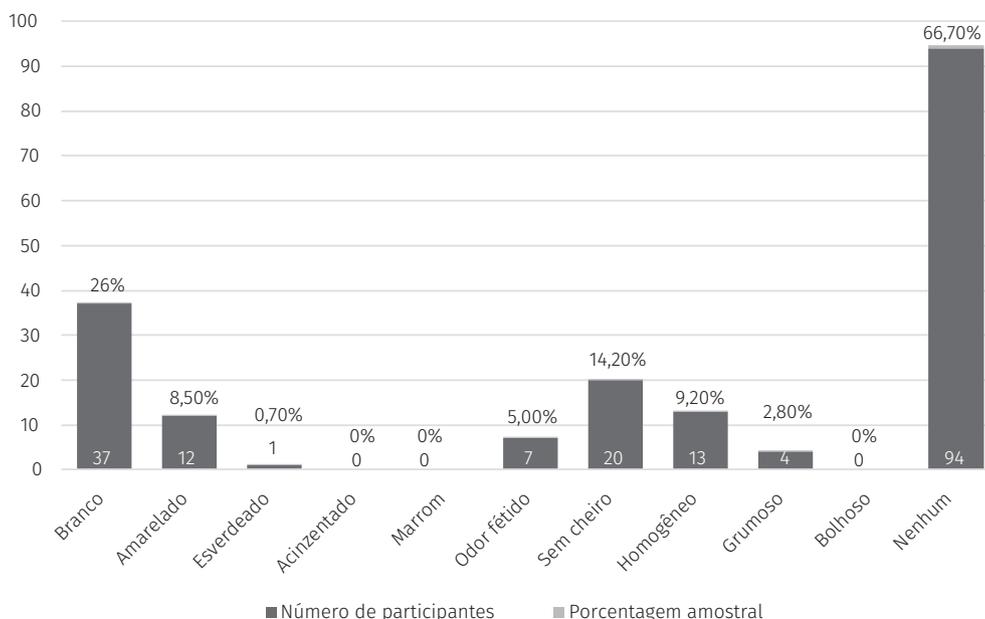


Figura 4. Aspecto do corrimento vaginal no momento da pesquisa

Tabela 2. Dados sobre diagnóstico e tratamento de infecções vaginais e sintomas entre as participantes

Perguntas	n (%)
Como descobriu o diagnóstico?	
Pesquisou na internet ou em algum livro e concluiu por conta própria.	26 (18,4)
Consultou-se com profissional de saúde e realizou exames laboratoriais para o diagnóstico.	55 (39)
Consultou-se com um profissional de saúde, que deu o diagnóstico sem necessidade de exames.	66 (46,8)
Conversou com algum familiar ou conhecido que já teve os mesmos sintomas que você e lhe disse o que era.	18 (12,8)
Não teve infecção vaginal.	17 (12,1)
Não sabe responder.	4 (2,8)
Procurou atendimento por outro motivo e descobriu a infecção.	1 (0,7)
Como tratou os sintomas ou a infecção?	
Não fez nada, só esperou passar.	14 (9,9)
Usou algum medicamento.	119 (84,4)
Usou chá ou outra preparação feita em casa.	9 (6,4)
Fez banho de assento com algum produto.	48 (34)
Não teve sintomas ou infecção vaginal.	4 (2,8)
Tratou a flora intestinal.	1 (0,7)
Forma como adquiriu medicamento?	
Com indicação e/ou prescrição médica.	109 (77,3)
Era um medicamento que não precisava de receita e algum conhecido lhe disse que funcionava.	22 (15,6)
Pesquisou qual era o melhor medicamento na internet ou em livros e o comprou por conta própria.	11 (7,8)
Já tinha utilizado esse medicamento antes quando teve os mesmos sintomas e o comprou por conta própria.	26 (18,4)
Não utilizou medicamento.	13 (9,2)
Não teve infecção vaginal.	4 (2,8)

Tabela 3. Produtos e medicamentos usados

Produtos e medicamentos utilizados	n (%)
Antifúngico oral	68 (48,2)
Antibiótico	70 (49,6)
Lactobacilos	15 (10,6)
Vinagre	7 (5)
Chá de camomila	18 (12,8)
Óleo de coco	11 (7,8)
Ácido bórico	2 (1,4)
Pomada/creme vaginal	11 (7,8)
Chá de orégano	1 (0,7)
Não usou ou não recorda quais produtos	12 (9)
Não teve sintomas ou infecção vaginal	4 (2,8)

A educação em saúde da mulher é fundamental para que as pacientes compreendam seus problemas médicos e busquem ajuda; assim, a falta de informações interfere na busca por atendimento médico.⁽¹¹⁾ Nesse sentido, é possível sugerir que o bom entendimento sobre

aspectos ginecológicos está relacionado à busca por atendimento médico encontrado em nossa pesquisa, uma vez que mais de 80% das participantes referiram buscar atendimento profissional e 77% fizeram uso de fármacos prescritos em avaliação médica para lidar com seus sintomas de vulvovaginites.

Em relação aos fatores causadores de infecções vaginais, obteve-se como um dos itens mais selecionados o sexo desprotegido (91,5%); essa prática é responsável pela transmissão de algumas vulvovaginites, como tricomoníase e clamídia, por meio do contato com secreções contaminadas. Da mesma forma, a higiene inadequada, referida por 90,8% das participantes, está associada ao aumento de infecções. Quando não realizada ou realizada de forma exagerada, pode levar a alterações de acidez e a proliferação desordenada de agentes patológicos, por isso o correto é fazer utilização de produtos específicos para a região, com pH e composição adequada, além de evitar duchas vaginais.⁽²⁾

Já o uso de roupas apertadas, selecionado por 74,5% das participantes, proporciona um ambiente quente e úmido, favorecendo a proliferação tanto de fungos quanto de bactérias.⁽⁶⁾ A baixa imunidade (86,5%) reduz a barreira protetora natural da mucosa vaginal,

permitindo que agentes patogênicos se multipliquem com mais facilidade.⁽¹⁴⁾ Ademais, a dieta rica em carboidratos e açúcar (51,8%) favorece a presença de candidíase, uma vez que o açúcar é considerado o principal alimento da *C. albicans*, enquanto o carboidrato é convertido em lactose, que, em altas quantidades, também promove a proliferação desse fungo; da mesma maneira, o uso de antibióticos, assinalado por 49,6%, leva à prevalência de fungos que se tornam patogênicos.⁽¹⁵⁾

Com relação à incidência de sintomas entre as participantes, é importante destacar que o corrimento vaginal é um sintoma que acomete aproximadamente um terço de todas as mulheres e representa uma das queixas mais comuns entre as pacientes que buscam atendimento na Atenção Primária em Saúde.⁽³⁾ Nosso estudo corrobora esse dado, uma vez que 80% das participantes afirmaram já terem tido corrimento vaginal alguma vez.

Da mesma forma, as infecções genitais constituem um dos principais motivos pelos quais as mulheres procuram clínicas ginecológicas. Segundo as pacientes entrevistadas, apenas 11,3% afirmaram nunca ter tido uma vulvovaginite; a infecção mais comum segundo as participantes foi a candidíase, assinalada por 75,2% da amostra, seguida pela vaginose bacteriana (14,2%). Esse dado contradiz o exposto na literatura, uma vez que, na verdade, a vaginose bacteriana é considerada a vulvovaginite mais comum entre as mulheres.^(2,16)

Ao avaliarmos a forma de diagnóstico mencionada pelas participantes da pesquisa, apenas 48% das mulheres que afirmaram ter alguma vulvovaginite realizaram exames ginecológicos para obter o diagnóstico; além disso, apenas 50,4% afirmaram já ter realizado coleta de secreção vaginal. Percebe-se, assim, que alguns diagnósticos podem ter sido feitos de forma imprecisa, afinal as vulvovaginites possuem quadros clínicos muito semelhantes e, mesmo que muitas vezes seja possível realizar o diagnóstico clínico, alguns exames laboratoriais são capazes de fornecer resultados com exatidão, como o exame a fresco e o exame de coloração de GRAM, juntamente com o exame de cultura, que ainda pode ser utilizado como alternativa mais específica, sendo capaz de determinar o patógeno.^(13,10,16,17)

Assim, observa-se que há falhas na realização de exames específicos, que seriam ideais para o estabelecimento de diagnósticos precisos, e contribuiriam para a diminuição de doenças resistentes e tratamentos incorretos; entretanto, sabe-se que em muitos casos as circunstâncias dos atendimentos não permitem que os profissionais façam esses exames, principalmente no que tange ao contexto de atendimento no Sistema Único de Saúde, no qual nem sempre há os recursos necessários.

É fundamental mencionar que a forma correta de diagnosticar doenças está diretamente relacionada à escolha adequada do tratamento; 31% das mulheres da amostra estabeleceram o diagnóstico baseado em pesquisas na internet e em livros ou opiniões de conhecidos

e familiares, o que pode ter dificultado a resolutividade de seus sintomas. Afinal, o autodiagnóstico geralmente é seguido de automedicação, que pode levar a consequências futuras, como resistência ao uso de fármacos e reincidência de algumas infecções.⁽⁴⁾

Vale ressaltar que o antifúngico oral, medicamento utilizado para tratamento da candidíase, vulvovaginite mais afetada pela automedicação, é vendido sem a necessidade de receitas médicas e foi utilizado por 48% das participantes; esse número é superior ao das mulheres que fizeram exames para diagnosticar a doença.⁽¹⁸⁾ Por outro lado, 91,6% das mulheres que fizeram uso de medicamentos para tratar sua infecção ou sintomas vaginais adquiriram o produto com indicação e/ou prescrição médica, evitando os riscos da automedicação, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda acontece em grande escala, em sua maioria devido ao fato de metade dos medicamentos ser prescrita ou vendida da forma incorreta e de metade dos pacientes os utilizar de maneira errada.⁽⁴⁾

A automedicação, mencionada anteriormente, nem sempre diz respeito apenas ao uso desorientado de fármacos, ela pode envolver o uso de plantas medicinais, que, segundo a OMS, foi feito por cerca de 80% da população no ano de 2000. Nosso estudo observou que 42% das participantes optaram por se automedicar e, dessas, 26% fizeram uso de produtos alternativos.⁽¹⁹⁾ O chá de camomila, fitoterápico mais mencionado pelas mulheres (13%), teve seus benefícios no tratamento contra *C. albicans* comprovados, uma vez que demonstrou propriedades antifúngicas em um estudo realizado por Göger *et al.* (2018)⁽²⁰⁾ e Neves *et al.* (2017).⁽²¹⁾

Além disso, o óleo de coco, selecionado por 8% participantes, é composto principalmente por ácidos graxos (ácido láurico, ácido caprílico e ácido cáprico), que se acredita serem capazes de destruir bactérias, mostrando-se como uma alternativa menos agressiva e de fácil aquisição para o tratamento de infecções bacterianas.⁽²²⁾ Ademais, o orégano, escolhido apenas uma vez dentro do estudo, parece possuir ação sob o metabolismo do fungo e possui propriedades anti-inflamatórias e analgésicas; enquanto o vinagre, escolhido por 5% mulheres como forma de tratamento, por ser ácido, acaba diminuindo o pH vaginal, consequentemente aliviando sintomas de infecções acusadas por organismos que proliferam em ambiente com pH mais alto, como o protozoário *Trichomonas vaginalis*.^(17,23-25)

Dessa maneira, vemos que, embora essas práticas de medicina complementar costumem ser mais frequentes entre a população rural e indígena, elas também estão presentes na população geral, inclusive entre mulheres jovens. Isso pode estar relacionado ao tradicionalismo e à cultura de gerações interligadas ao seu uso para o tratamento de infecções vaginais.⁽¹⁹⁾

Por fim, o estudo também analisou o conhecimento das participantes sobre a realização do CP de colo uterino. E 126 participantes afirmaram saber por que o

exame é realizado e 112 afirmaram já ter realizado esse procedimento alguma vez na vida. Assim, percebe-se que obtivemos um resultado positivo do ponto de vista de prevenção em saúde e infecções vaginais; afinal, embora o CP de colo uterino seja utilizado principalmente como forma de rastreamento e prevenção do câncer de colo de útero, ele também identifica infecções vaginais, como candidíase, tricomoníase e *Gardnerella*, visto que esses patógenos podem estar presentes no material produzido por meio da coleta do exame.⁽²⁶⁾

Apesar do exposto, segundo recomendações do MS brasileiro, o CP de colo do útero é um exame de rastreamento anual recomendado para mulheres sexualmente ativas dentro da faixa etária de 25 a 65 anos incompletos.⁽²⁷⁾ Em nossa amostra, aproximadamente 79% das pacientes realizaram o exame; contudo, é crucial salientar que cerca de 65% delas apresentavam menos de 25 anos e, portanto, não fazem parte da faixa etária preconizada pelo MS para rastreamento de neoplasia de colo do útero. Essa situação pode estar relacionada não só ao interesse das mulheres por sua saúde ginecológica e maior procura por atendimento médico, como também ao desconhecimento das equipes que prestam atendimento a essas mulheres em relação ao atual protocolo para rastreamento de câncer do colo uterino.

O presente estudo evidenciou uma realidade positiva, embora não esperada, dentro do contexto da promoção de saúde e busca por atendimento, bem como ao conhecimento das mulheres sobre questões ginecológicas. Entretanto, salientamos que, para o embasamento teórico, trabalhos que abordassem o mesmo assunto e incluíssem uma amostra semelhante à de nosso estudo foram pouco encontrados, por isso acreditamos que sejam necessárias mais pesquisas sobre infecções vaginais e seu manejo.

Dessa forma, o presente estudo pode contribuir para que profissionais da área da saúde, assim como as mulheres, percebam que a educação em saúde proporciona aumento da procura por atendimento especializado e melhor resolução das patologias.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, foi possível confirmar a grande incidência de infecções vaginais e seus sintomas entre a população feminina. Assim como evidenciado na literatura, a candidíase e a vaginose bacteriana mostraram-se especialmente presentes entre as participantes. Verifica-se um ótimo entendimento relacionado à saúde da mulher, no espectro das vulvovaginites, visto que houve bom conhecimento sobre os fatores causadores de doença e também sobre as formas de manejo. A maioria dos quadros sugestivos de infecção vaginal foi administrada com atendimento médico e medicações adquiridas com orientação profissional, com uma baixa taxa de autodiagnóstico e automedicação. Entretanto, mesmo que em um contexto positivo, percebe-se que a abordagem diagnóstica dessas doenças nem sempre

acontece de forma precisa, uma vez que na maioria dos casos não foram realizados exames complementares. É fundamental que, quando disponíveis, exames laboratoriais sejam incorporados na prática ginecológica, para que ocorra uma diminuição nas doenças resistentes e nas falhas terapêuticas, mesmo que em diversas situações o exame clínico seja eficiente. Consta-se também que muitos produtos caseiros podem ser benéficos no tratamento de vulvovaginites, porém, assim como as medicações, devem ser usados conforme orientação profissional, devido as suas propriedades farmacológicas específicas. Ainda, existe importante preocupação das mulheres jovens com sua saúde ginecológica e com a prevenção de doenças, assim como existe um bom entendimento por parte das participantes sobre a realização do exame citopatológico de colo de útero. Esses aspectos são fundamentais para a promoção de saúde e o aumento da qualidade de vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Silva CR, Duarte EA. Incidência de infecções por *Gardnerella vaginalis* em mulheres sexualmente ativas: um levantamento de laudos citológicos. *Textura*. 2021;15(2):64-73. doi: 10.22479/texturav15n2p64-73
2. Felix TC. Vulvovaginite em mulheres atendidas em serviço de Atenção Primária à Saúde da Família: ocorrência e hábitos de higiene [dissertação]. Universidade Federal de Uberlândia; 2021 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/25189?mode=simple>
3. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, González-Chica DA, Menezes EH, Brink G, Pohlmann M, et al. Prevalência e fatores associados à percepção de ocorrência de corrimento vaginal patológico entre gestantes. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2705-14. doi: 10.1590/S0102-311X2009001200017
4. Prezzi CA. Candidíase vulvovaginal: caracterização, tratamento, consequências da automedicação e o papel do farmacêutico na dispensação de medicamentos [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021 [cited 2022 Mar 16]. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/225731>
5. Fonseca LO, D'Avila FC, Magalhães VA, Andrade VT, Silva CC. Incidência de vaginose bacteriana em usuárias de DIU de cobre – revisão de literatura. *Braz J Health Rev*. 2020;3(5):11725-36. doi: 10.34119/bjhrv3n5-030
6. Bühring CA, Parisi MM. Fatores que predispõe a candidíase vulvovaginal e seu diagnóstico por método de PCR. *Anais do 25th Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão*; 24-27 nov 2020 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://revistaanais.unicruz.edu.br/index.php/inter/article/view/83>
7. Carvalho NS, Eleutério Junior J, Travassos AG, Santana LB, Miranda AE. Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(spe1):e2020593. doi: 10.1590/s1679-4974202100007.esp1
8. Ferracin I, Oliveira RM. Corrimento vaginal: causa, diagnóstico e tratamento farmacológico. *Infarma*. 2005;17(5/6):82-6.
9. Coutinho AR, Ferreira EV, Carvalho JB, Oliveira KP, Mendes LF, Santos MO, et al. Vaginose bacteriana: fator de risco no parto prematuro. *Rev Cad Med*. 2019;2(3):80-5.
10. Araújo VS. Avaliação de métodos de diagnóstico de vulvovaginites infecciosas em amostras cervicovaginais coletadas no município de São Pedro/RN [dissertação]. 2020 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32820>
11. Simões RR, Primo CC, Lima E, Leite FM. Educação em saúde na atenção à mulher e as contribuições da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014;8(Supl 2):3767-75. doi: 10.5205/revuol.4597-37683-1-ED

12. Balestrim Redivo L, Guevara Werlang BS, Campio Müller M. Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento ginecológico. *Psicol Saúde Doenças*. 2008;9(1):113-29.
13. Morais RS, Albuquerque ME, Moura SL, Silveira GM, Feitoza MD, Aguiar DT. Educação em saúde sobre vulvovaginites para mulheres atendidas em um centro de saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014;27(4):513-7. doi: 10.5020/2734
14. Araujo IM, Lopes LP, Cruz CM. Caracterização sistemática da resposta imune à infecção por *Candida*. *Braz J Health Rev*. 2020;3(2):3788-803. doi: 10.34119/bjhrv3n2-203
15. Firmiano L, Dias DP, Santos TG, Terra SN, Queiros VM. Benefício dos alimentos usados como terapia complementar para candidíase vulvovaginal recorrente. *IDonline*. 2020;14(53):913-25. doi: 10.14295/idonline.v14i53.2785
16. Soares DM, Lima EO, Soares DM, Silva NF, Costa NG, Faria FS, et al. Candidíase vulvovaginal: uma revisão de literatura com abordagem para candida albicans. *Braz J Surg Clin Res*. 2018/2019;25(1):28-34.
17. Lima MO, Sampaio MG, Santos BS. A importância do diagnóstico precoce da tricomoníase e as principais técnicas utilizadas na confirmação da doença. *Rev Expressão Catól Saúde*. 2018;2(2):4-8. doi: 10.25191/recs.v2i2.2177
18. Duarte SM, Faria FV, Martins MO. Métodos diagnósticos para a caracterização de candidíase e papilomavírus humano. *Braz J Dev*. 2019;5(10):18083-91. doi: 10.34117/bjdv5n10-072
19. Quirino KS, Lima FJ, Ferreira Filho PH, Lima LR. Utilização de plantas medicinais no tratamento de infecções vulvovaginais: uma revisão bibliográfica. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC); Quixadá, Ceará; 2019 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/UTILIZA%C3%87%C3%83O-DE-PLANTAS-MEDICINAIS-NO-TRATAMENTO-DE-Quirino-Lima/87ebc548fb3cc845e8ce5aedbb48c05817700341>*
20. Göger G, Demirci B, İlgin S, Demirci F. Antimicrobial and toxicity profiles evaluation of the chamomile (*Matricaria recutita* L.) essential oil combination with standard antimicrobial agents. *Ind Crops Prod*. 2018;120:279-85. doi: 10.1016/j.indcrop.2018.04.024
21. Neves AM, Costa OS, Coutinho MG, Souza EB, Santos HS, Silva MG, et al. Caracterização química e o potencial antimicrobiano de espécies do gênero *Senna* Mill (Fabaceae). *Rev Virtual Quim*. 2017;9(6):2506-38. doi: 10.21577/1984-6835.20170149
22. Mendes ML. Avaliação in vitro da atividade antifúngica do óleo de coco ozonizado contra *Candida* spp [dissertação]. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe; 2017 [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/13147>
23. Jesus F, Costa AP, Marisco G. Saúde da mulher e o uso de plantas: um olhar para a saúde única: eixo temático: temas gerais com interface à Saúde Única. *Textura*. 2022;15(2):56-64. <https://doi.org/10.22479/texturav15n2p56-64>
24. Raimundo JD, Toledo CE. Plantas com atividade antifúngica no tratamento da candidíase: uma revisão bibliográfica. *Uningã Rev*. 2017;29(2):75-80.
25. Samad A, Azlan A, Ismail A. Therapeutic effects of vinegar: a review. *Curr Opin Food Sci*. 2016;8:56-61. doi: 10.1016/j.cofs.2016.03.001
26. Andrade SS, Silva FM, Oliveira SH, Leite KN, Costa TF, Zaccara AA. Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo papanicolau. *Rev Enferm UFPE online*. 2014;8(2):338-45.
27. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2018 [cited 2022 Jun 21]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>.

Teratoma imaturo de ovário em uma gestação em curso: um relato de caso

Immature ovarian teratoma in an ongoing pregnancy: a case report

Érica Batista Morais¹, Bárbara Silva Alves¹, Júlia da Costa Barros Pedrosa de Albuquerque¹, Luciana Segurado Côrtes¹, Mônica Miranda Andrade¹

Descritores

Teratoma imaturo; Ovário; Gestação; Diagnóstico; Tratamento

Keywords

Teratoma immature; Ovary; Pregnancy; Diagnosis; Therapeutics

Submetido:

09/08/2023

Aceito:

22/05/2023

1. Hospital Regional Leste, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Érica Batista Morais

E-mail: ericabatysta@gmail.com

Como citar:

Morais EB, Alves BS, Albuquerque JC, Côrtes LS, Andrade M. Teratoma imaturo de ovário em uma gestação em curso: um relato de caso. Femina. 2024;52(7):461-5

RESUMO

Teratomas ovarianos são neoplasias de células germinativas divididos em subcategorias. O teratoma imaturo é raro, representando apenas 1% dos teratomas ovarianos, e tem incidência durante a gestação, variando de 1:10.000 a 1:100.000 gestações. O objetivo deste texto é relatar um caso singular de teratoma imaturo de ovário em uma paciente com gestação viável em curso em estudo descritivo a partir de uma pesquisa qualitativa do tipo relato de caso. A gestação teve desfecho favorável no binômio materno-fetal. Adotou-se como estratégia o embasamento teórico de artigos científicos, e as variáveis foram dados clínicos e sintomatológicos, obtidos por meio de revisão dos prontuários e análise de exames complementares. O relato corrobora o conhecimento sobre teratoma imaturo durante a gravidez, mostra as dificuldades no diagnóstico, porém oportuno na gestação, seu tratamento e suas formas de conciliar o melhor à paciente e seu futuro reprodutivo, além dos seus desdobramentos.

ABSTRACT

Ovarian teratomas are germ cell neoplasms divided into subcategories. The immature teratoma is rare representing only 1% of ovarian teratomas with rare incidence during pregnancy, occurring from 1:10,000 to 1:100,000 pregnancies. The purpose of this text is to report a singular presentation of immature teratoma of the ovary in a patient with ongoing viable pregnancy who presented a favorable outcome in the binomial maternal-fetal. This is a descriptive summary study based on qualitative research of the case report type. The theoretical basis of scientific articles on ovaries teratomas during pregnancy was adopted as strategies for its construction. The variables explored were clinical and symptomatologic data of the patient, through review of medical records and analysis of complementary tests. The present report corroborates with the general knowledge about immature teratoma of the ovary during pregnancy. The difficult and timely diagnosis in pregnancy, its treatment and the best approach to the patient to assure future reproductive capability must be considered.

INTRODUÇÃO

Os teratomas ovarianos são neoplasias de células germinativas derivados das células primordiais do ovário, ectoderme, mesoderme e endoderme. São divididos em subcategorias: teratomas císticos maduros, teratomas imaturos e teratomas monodérmicos (tumores neurais, *struma ovarii* e tumor carcinoide).⁽¹⁾ A forma mais comum de neoplasia das células germinativas do ovário é o teratoma maduro. Em relação às formas malignas

desses tumores, o teratoma imaturo, descrito pela primeira vez em 1960 por Thurlbeck e Scully,⁽²⁾ representa o segundo mais comum, com incidência de 35,6%. No contexto geral, seu achado é raro entre todos os teratomas ovarianos, representando apenas 1%.^(3,4) As formas malignas ocorrem em meninas e mulheres jovens, geralmente com idade inferior a 18 anos.⁽⁵⁾ Esse tipo de câncer é raro e contém células que se parecem com tecidos embrionários ou fetais, como tecido conjuntivo, das vias respiratórias e cérebro. Podem estar localizados no ovário (grau 1), sendo tratados com remoção cirúrgica do ovário, ou podem ser disseminados (grau 2 e 3), tratados com quimioterapia, além da cirurgia.⁽⁶⁾ Geralmente se apresentam como massa pélvica dolorosa e unilateral com evolução rápida. Em menos de 10% dos casos, podem causar abdome agudo, resultado de ruptura ou torção do anexo, secundário ao crescimento do tumor.⁽⁷⁾

Na gestação, costumam se manifestar pelo surgimento de massa anexial ou ser achados ocasionais na ultrassonografia (USG) obstétrica de rotina do pré-natal, visto que, na maioria das pacientes, a doença cursa de forma assintomática. A incidência de massas anexiais na gestação varia de 1:81 a 1:8.000 gestações, e a maioria dos casos corresponde a neoplasias benignas. As neoplasias malignas de ovário são ainda mais raras durante a gestação, ocorrendo com incidência de 1:10.000 a 1:100.000 gestações.⁽⁸⁾ Este relato se justifica por tratar-se de uma apresentação singular de teratoma imaturo de ovário em uma paciente com gestação viável em curso que apresentou desfecho favorável no binômio materno-fetal.

CASO CLÍNICO

Paciente, 19 anos, primigesta, sem comorbidades, em uso de ácido fólico. Na anamnese, nega alergias, cirurgias prévias ou histórico de câncer. Foi encaminhada a um hospital de referência com USG morfológica do primeiro trimestre de rotina do pré-natal evidenciando útero gravídico de 13 semanas e 3 dias e, incidentalmente, massa em hipocôndrio esquerdo associada a lesões abdominais difusas, a esclarecer. A paciente apresentava-se clinicamente estável, sem intercorrências durante o pré-natal, com queixas esporádicas de dispneia aos grandes esforços.

No exame físico, o abdome gravídico não era compatível com a idade gestacional, assim como a altura do fundo uterino (AFU). O fundo uterino não tinha delimitação precisa devido à palpação de massa difusa desde a região pélvica até região epigástrica estendendo para o hipocôndrio esquerdo, dolorosa à palpação, com consistência endurecida, pouco móvel e de difícil mensuração. A USG mostrou massa situada em região epigástrica em íntima relação com o pâncreas, com extensão para o hipocôndrio esquerdo, medindo aproximadamente 15,5 x 11 centímetros (cm). A ecotextura era homogênea,

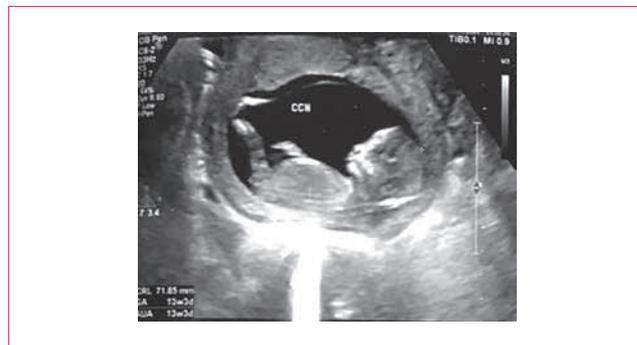


Figura 1. Ultrassonografia: gestação única e tópica com presença de massa abdominal difusa

mostrando raras septações finas e múltiplas e imagens isoecoicas grosseiramente ovulares em flanco, fossas ilíacas e hipogástrico (Figura 1).

Em avaliação complementar com ressonância nuclear magnética (RNM) concluiu-se tratar-se de volumosa formação expansiva heterogênea (Figura 2), com componente cístico multiloculado ocupando o hipogástrico, flancos e mesogástrico (Figura 3), com compressão dos ureteres ocasionando hidronefrose bilateral. A referida lesão apresentava conteúdo espesso, proteico/hemático e septos. Dimensões lesionais: 20 x 11 x 23 cm nos seus maiores diâmetros longitudinal, transversal e anteroposterior, respectivamente (Figuras 2 e 3).

Foram solicitados marcadores tumorais – alfafetoproteína (AFP): 26,26 ng/mL (valor de referência [VR]: 1,09-8,78 ng/mL); antígeno associado ao câncer (CA 125): 86,7 U/mL (VR: 0-35 U/mL); CA15.3: 11,3 U/mL (VR: 0-31,3 U/mL); antígeno carboidrato 19.9 (CA19-9): 3.137,5 U/mL (VR: 0-37 U/mL); antígeno carcinoembriogênico (CEA): 4,2 ng/mL (VR: 0-5 ng/mL).

Como conduta diagnóstica e terapêutica, embasada na suspeita clínica, laboratorial e imagiológica, a paciente com a idade gestacional de 23 semanas foi submetida a laparotomia exploradora (Figura 4) com incisão mediana de abdome, tendo a monitorização do batimento cardíaco fetal durante todo o procedimento cirúrgico.

Fez-se anexectomia esquerda e coleta de líquido peritoneal para estudo citológico. Ao inventário de cavidade, observou-se presença de discreta ascite e volumosa tumoração mista e encapsulada de 27,2 cm no seu maior eixo, associadas a estrutura tubular aderida de 7,2 cm de

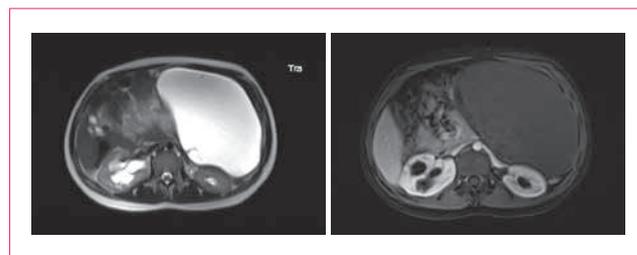


Figura 2. Ressonância Nuclear Magnética abdominal e pélvica: massa volumosa de densidade heterogênea

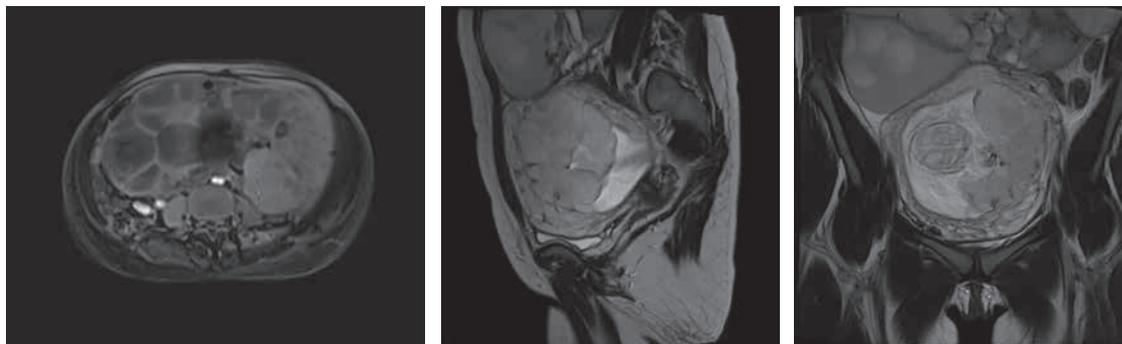


Figura 3. Ressonância Nuclear Magnética abdominal e pélvica: massa com componente cístico multiloculado ocupando o hipogástrio, flancos e mesogástrio



Figura 4. Laparotomia exploradora: incisão mediana



Figura 5. Peça cirúrgica (tumor anexial esquerdo)

comprimento, pesando 4 kg, ocupando toda a pelve e o abdome. O útero gravídico e o anexo direito não mostravam alterações macroscópicas. O procedimento ocorreu sem intercorrências tanto do ponto de vista obstétrico quanto da laparotomia em si.

A peça cirúrgica (Figura 5) foi encaminhada juntamente com o líquido ascítico para análise cito/histopatológica.

A paciente evoluiu satisfatoriamente com boa vitalidade fetal e recebeu alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório. A evolução pós-operatória da paciente foi sem intercorrências, assim como a continuidade da gestação. O laudo anatomopatológico evidenciou teratoma imaturo, de baixo grau, com estadiamento FIGO 1A (*The International Federation of Gynecology and Obstetrics*), e patológico pT1a pNx e o lavado peritoneal

com amostra negativa para malignidade. Diante do diagnóstico, epidemiologicamente inesperado, o caso foi discutido entre a ginecologia obstetrícia e a oncologia clínica, sendo estabelecido seguimento em conjunto ambulatorial até o término da gestação.

A paciente deu início à fase ativa do trabalho de parto, espontâneo, com idade gestacional de 39 semanas e 3 dias, evoluindo para parto vaginal, sem intercorrências, com nascimento de recém-nascido do sexo masculino em bom estado geral. O binômio mãe-filho recebeu alta da maternidade com dois dias com as devidas orientações. Além disso, a paciente mantém seguimento clínico, por meio de exame físico, laboratorial com dosagens da gonadotrofina coriônica humana subunidade beta (β hCG) e AFP, rotineiramente, por serem marcadores

tumorais relacionados com a atividade hormonal e enzimática do tumor, e com a realização radiografias de tórax sequenciais, por ser um dos principais focos para metástase. O intervalo dessa avaliação é decidido de acordo com a evolução clínica da paciente.

DISCUSSÃO

Uma pequena proporção de gestantes (0,2% a 2%) é diagnosticada com massas anexiais, principalmente no primeiro trimestre, por USG obstétrica de rotina. Na grande maioria, são massas benignas relacionadas à gravidez, com resolução espontânea nas primeiras 16 semanas de gravidez. No entanto, a taxa de malignidade de massa anexial na gravidez é de 1% a 6%, o que faz do câncer de ovário o quinto tumor mais comum na gravidez.⁽⁸⁾ Os teratomas ovarianos consistem em tumores proliferativos de células germinativas com áreas que, quando visualizadas sob o microscópio, se parecem com cada uma das três camadas de um embrião em desenvolvimento: endoderme, mesoderme e ectoderme. São ainda as únicas neoplasias de células germinativas que se classificam de acordo com o grau de diferenciação histológica, sendo a quantidade do neuroepitélio imaturo que define a gradação grau 1 mais bem diferenciado e o grau 3 indiferenciado ou pouco diferenciado e correlação com a sobrevida.⁽⁹⁾

Os teratomas de ovários apresentam a forma benigna e outra maligna, sendo denominados de teratoma maduro e teratoma imaturo, respectivamente. Cerca de 50% dos teratomas ovarianos puros são imaturos, que representam menos de 1% dos teratomas de ovários e ocorrem em mulheres entre 10 e 20 anos de idade.⁽³⁾ Nesse caso, a paciente apresentava-se com a idade de 19 anos, dentro da faixa etária proposta.⁽¹⁰⁾ Esses tumores são muitas vezes descobertos como um achado incidental em exame físico, procedimentos de imagem ou durante a cirurgia abdominal ou pélvica realizada por outros motivos.⁽¹¹⁾ A dificuldade na suspeita diagnóstica durante a gestação está relacionada ao crescimento do útero gravídico, que acaba mascarando os sintomas e deslocando os ovários para fora da pelve, dificultando a palpação dos anexos no exame físico. Por isso, dentre os exames complementares mais utilizados para a elucidação diagnóstica de massas ovarianas, destacam-se a USG, a RNM e os marcadores tumorais.

A USG é um método de imagem com alta taxa de sensibilidade e especificidade, mais amplamente utilizado devido à segurança em gestantes, por não ser invasivo e por ser eficaz, apesar de ser operador-dependente.⁽⁸⁾ A diferenciação necessária entre uma variedade benigna de uma maligna é feita utilizando recursos tais como: tamanho do tumor, morfologia e coloração com dopplervelocimetria. A dopplervelocimetria não foi aplicada no caso clínico em questão. Na manifestação inicial, os teratomas imaturos de ovário são unilaterais em cerca de 90% das ocorrências, podendo estar associados com

teratoma maduro cístico de ovário ipsilateral em 26% dos casos,⁽²⁾ São tipicamente grandes (14-25 cm), maiores que a média dos maduros (7 cm), e podem ser sólidos ou ter um componente sólido proeminente com elementos císticos. As áreas císticas são geralmente preenchidas por material fluido mucinoso ou sebáceo.⁽³⁾ A RNM é segura durante a gravidez para o diagnóstico e acompanhamento de massas anexiais.⁽⁸⁾ A capacidade de visualização da massa em três dimensões, com delimitação precisa dos tecidos circunvizinhos, bem como a caracterização da composição tissular da região abordada, torna-a vantajosa. Porém, o alto custo e a dificuldade de obtenção desse exame, em detrimento da USG, torna esse método de imagem menos requerido.

O uso de marcadores tumorais para diagnóstico, acompanhamento e/ou prognóstico de massas anexiais na gestação é controverso, já que a própria gestação aumenta marcadores séricos de células germinativas como β hCG e AFP. Porém, o CA-125 poderá orientar, juntamente com outros achados, o diagnóstico, a conduta e o prognóstico, bem como a etiologia da massa ovariana. Na avaliação da paciente em questão, foram solicitados AFP, CA125, CA19-9, CA15.3 e CEA, estando apenas os dois últimos na faixa de normalidade. Já que os níveis de β hCG flutuam durante a gestação, sem significar presença tumoral, eles não foram acompanhados quantitativamente nesse caso clínico.

A cirurgia representa a primeira opção terapêutica para as pacientes com teratomas imaturos, no entanto, quando ocorrem em pacientes jovens e/ou sem prole constituída, deve ser considerado o tratamento mais conservador, pensando na fertilidade futura da paciente.⁽¹²⁾ Dessa forma, a cirurgia consiste em salpingo-oofrectomia unilateral com amostragem de implantes peritoneais extensos.^(3,13) Em pacientes com tumores restritos a um ovário e de baixo grau, FIGO I, a anexectomia unilateral parece suficiente, exceto nos casos de ruptura capsular ou de ascite importante. Já em tumores de grau II ou III, bilaterais ou com implantes ou recidivas (FIGO estágios II-IV), deve-se considerar a terapia adjuvante com quimioterapia contendo bleomicina, etoposídeo e cisplatina/carboplatina.^(14,15) Na paciente em questão, a ausência de um patologista em sala inviabilizou a ratificação do diagnóstico no ato cirúrgico, e pelo fato de a paciente ser jovem e sem prole constituída, foi realizada apenas anexectomia esquerda. Desde os relatos de Norris *et al.*, em 1976,⁽⁹⁾ foi mostrado que o estadiamento clínico e a gradação histológica tumoral se correlacionam com a sobrevida em teratomas imaturos de ovário. Em sua série, a sobrevida em cinco anos alcançou 81% em tumores de grau I, 60% em tumores de grau II e 30% em tumores de grau III.⁽⁹⁾

Esse caso relatado apresenta achados que vão ao encontro dos poucos dados descritos na literatura precedente. Uma gestante jovem com diagnóstico casual n USG e alta suspeita na RNM, além de alterações nos marcadores tumorais, deve ser submetida à primeira

opção terapêutica com foco na fertilidade, no binômio materno-fetal, em fatores prognósticos e na qualidade de vida. Essa conduta é cada vez mais preconizada na prática médica. Nessa perspectiva, acredita-se que este relato contribui com o conhecimento atual sobre teratoma imaturo de ovário durante a gravidez.

CONCLUSÃO

Na perspectiva apresentada pela literatura, este trabalho corrobora o conhecimento geral sobre teratoma imaturo de ovário durante a gravidez – seu diagnóstico difícil, porém oportuno na gestação, seu tratamento e suas formas de conciliar o melhor à paciente e seu futuro reprodutivo, além dos seus desdobramentos. Conforme relatado, o diagnóstico precoce e oportuno foi o que definiu o prognóstico, à medida que a conduta terapêutica foi instituída, levando a uma recuperação adequada da paciente e preservando o binômio materno-fetal. Embora raro, o teratoma imaturo de ovário durante a gravidez deve ser levado em conta e torna-se imprescindível reforçar a importância de seu diagnóstico e manejo adequado como neste relato científico.

REFERÊNCIAS

1. Ferrandina G, Distefano M, Testa A, De Vincenzo R, Scambia G. Management of an advanced ovarian cancer at 15 weeks of gestation: case report and literature review. *Gynecol Oncol*. 2005;97(2):693-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.02.011
2. Thurlbeck WM, Scully RE. Solid teratoma of the ovary. A clinicopathological analysis of 9 cases. *Cancer*. 1960;13:804-11. doi: 10.1002/1097-0142(196007/08)13:4<804::aid-cncr2820130423>3.0.co;2-v
3. Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics*. 2001;21(2):475-90. doi: 10.1148/radiographics.21.2.g01mr09475
4. Smith HO, Berwick M, Verschraegen CF, Wiggins C, Lansing L, Muller CY, et al. Incidence and survival rates for female malignant germ cell tumors. *Obstet Gynecol*. 2006;107(5):1075-85. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.05.024
5. Comerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, Gregori C, Breen JL. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol*. 1994;84(1):22-8.
6. Jemal A, Torre L, Soerjomataram I, Bray F. *The Cancer Atlas*. 3rd ed. Atlanta: American Cancer Society; 2019.
7. Correia PC, Cabral LC, Vale MJ, Santos ML. Teratoma imaturo ovariano de grau I: caso clínico. *Gaz Méd*. 2021;8(1):49-52.
8. Fruscio R, de Haan J, Van Calsteren K, Verheecke M, Mhallem M, Amant F. Ovarian cancer in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017;41:108-17. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.09.013
9. Norris HJ, Zirkin HJ, Benson WL. Immature (malignant) teratoma of the ovary: a clinical and pathologic study of 58 cases. *Cancer*. 1976;37(5):2359-72. doi: 10.1002/1097-0142
10. Chabaud-Williamson M, Netchine I, Fasola S, Larroquet M, Lenoir M, Patte C, et al. Ovarian-sparing surgery for ovarian teratoma in children. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57(3):429-34. doi: 10.1002/pbc.23070
11. Kim MJ, Kim NY, Lee DY, Yoon BK, Choi D. Clinical characteristics of ovarian teratoma: age-focused retrospective analysis of 580 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(1):32.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.2011.02.044
12. Douay-Hauser N, Koskas M, Walker F, Luton D, Yazbeck C. Diagnosis and management of an immature teratoma during ovarian stimulation: a case report. *J Med Case Rep*. 2011;5:540. doi: 10.1186/1752-1947-5-540
13. Jorge S, Jones NL, Chen L, Hou JY, Tergas AI, Burke WM, et al. Characteristics, treatment and outcomes of women with immature ovarian teratoma, 1998-2012. *Gynecol Oncol*. 2016;142(2):261-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.05.024
14. van Altena AM, Wijnberg GJ, Kolwijck E, de Hullu JA, Massuger LF. A patient with bilateral immature ovarian teratoma presenting with paraneoplastic encephalitis. *Gynecol Oncol*. 2008;108(2):445-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2007.10.005
15. Reddihalli PV, Subbian A, Umadevi K, Rathod PS, Krishnappa S, Nanaiah SP, et al. Immature teratoma of ovary--outcome following primary and secondary surgery: study of a single institution cohort. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;192:17-21. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.06.017

Qual a melhor opção para tratamento da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea? Uma coorte retrospectiva

What is the best option for the treatment of cesarean section scar? A retrospective cohort

Matheus Nascimento da Silva¹, Barbara Virginia Gonçalves Tavares¹, Luiz Francisco Cintra Baccaro¹, Cristina Laguna Benetti-Pinto¹, Daniela Angerame Yela¹

Descritores

Gravidez ectópica; Cesárea; Gonadotrofina coriônica humana; Metotrexato

Keywords

Ectopic pregnancy; Cesarean section; Human chorionic gonadotropin; Methotrexate

Submetido:

19/10/2023

Aceito:

24/04/2024

1. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Daniela Angerame Yela
E-mail: yela@unicamp.br

Como citar:

Silva MN, Tavares BV, Baccaro LF, Benetti-Pinto CL, Yela DA. Qual a melhor opção para tratamento da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea? Uma coorte retrospectiva. Femina. 2024;52(7):466-70

RESUMO

Objetivo: Descrever uma série de casos de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea. **Métodos:** Estudo retrospectivo que avaliou prontuários de mulheres com gravidez ectópica internadas em hospital terciário no período de 2000 a 2021. **Resultados:** Foram identificados 921 casos de gravidez ectópica e 11 casos de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea (1,2%). A média de idade das mulheres foi de $31,6 \pm 10,8$ anos. A maioria das mulheres tinha uma cesárea anterior (72,7%). A idade gestacional média foi de $60,6 \pm 24,9$ dias, e 90,9% das mulheres apresentavam gravidez ectópica em cicatriz de cesárea endógena. Quanto ao tratamento, 2 mulheres foram submetidas a tratamento clínico, 4, a tratamento cirúrgico e 5, a ambos os tratamentos. **Conclusão:** A gravidez ectópica em cicatriz de cesárea é uma condição rara, com alto índice de morbidade e mortalidade, para a qual não existe protocolo de tratamento estabelecido. Embora o tratamento medicamentoso seja uma opção, a elevada taxa de insucesso e complicações deve suscitar cautela, sugerindo que a abordagem cirúrgica direta pode ser a melhor.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to describe a series of cases of cesarean scar pregnancy. **Methods:** Retrospective study that evaluated the medical records of women with ectopic pregnancy, admitted to a tertiary hospital from 2000 to 2021. **Results:** 921 cases of ectopic pregnancies and 11 cases of cesarean scar pregnancy (1.2%) were identified. The mean age of the women was 31.6 ± 10.8 years. Most women had a previous cesarean section (72.7%). The mean gestational age was 60.6 ± 24.9 days, 90.9% of the women were endogenous cesarean scar pregnancy. Regarding treatment, 2 women were submitted to clinical treatment, 4 to surgical treatment and 5 to both treatments. **Conclusion:** Cesarean scar pregnancy is a rare condition with a high rate of morbidity and mortality for which there is no established treatment protocol. Although medical treatment is an option, the high rate of failure and complications should prompt caution, suggesting that the direct surgical approach may be best.

INTRODUÇÃO

Com um número crescente de cesáreas em todo o mundo, a gravidez ectópica em cicatriz de cesárea (GECC) tornou-se um potencial problema de saúde. Ela decorre da nidação do blastocisto em cicatriz uterina anterior ou em

uma zona de fragilidade abaixo dela. A incidência dessa complicação é desconhecida, mas estimada em 1/1.800 a 1/2.500 casos.⁽¹⁾ O período de aparecimento da deiscência da cicatriz da cesárea pode variar entre 6 meses e 12 anos após a cesárea.⁽²⁾ Não está claro se a técnica de sutura para fechamento da histerotomia ou o número de cesarianas influenciariam na formação da deiscência da cicatriz da cesárea.⁽³⁾

O diagnóstico ultrassonográfico baseia-se nos seguintes critérios: cavidade uterina e canal endocervical vazios; detecção de saco gestacional (SG) e/ou placenta próximo a cicatriz/nicho de histerotomia prévia; miométrio fino ou ausente subjacente; intenso fluxo Doppler ao redor da SG.⁽¹⁾ São descritos três tipos de GECC: tipo I (endogênico), com SG crescendo em direção à cavidade uterina; tipo II (exogênico), com SG crescendo em direção à bexiga; e alguns defendem a existência do tipo III, que seria um aborto espontâneo incompleto com conteúdo ovular remanescente na cicatriz uterina.⁽⁴⁾

Devido à baixa incidência dessa condição, não existem recomendações de tratamento, e as opções de tratamento descritas são: expectante, tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) e tratamento cirúrgico.⁽⁵⁻⁷⁾ No caso da decisão de manter a gestação, as principais implicações para a saúde da mulher são o risco de sangramento volumoso e a ruptura uterina, o que pode comprometer sua vida e seu futuro reprodutivo.⁽⁸⁾

O objetivo deste estudo é apresentar uma série de casos de GECC ao longo de 21 anos, considerando seu tratamento, evolução e dados relevantes que possam orientar estudos futuros dessa condição ameaçadora.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo que avaliou prontuários de mulheres com GECC internadas num hospital terciário de Campinas no período de 2000 a 2021.

Todos os casos de GECC diagnosticados foram confirmados por exames de imagem ou no intraoperatório. Todos os prontuários das mulheres foram revisados e foram registrados os seguintes dados: idade, raça, profissão, escolaridade, estado civil, paridade, idade gestacional no momento do diagnóstico, cirurgia abdominal prévia, comorbidades, tipo de GECC, medida do SG, atividade cardíaca embrionária, tipo de tratamento (cirúrgico, clínico ou ambos), tratamento medicamentoso com MTX (dose única – protocolo curto – ou doses múltiplas – protocolo longo), tipo de tratamento cirúrgico, método contraceptivo na alta, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), sintomatologia, valores de subunidade beta da gonadotrofina coriônica humana (BhCG), complicações do tratamento, necessidade de transfusão sanguínea, tempo total de internação hospitalar (dias).

Os tipos de tratamento cirúrgico foram histeroscopia, curetagem uterina, exérese laparoscópica, exérese laparotômica e histerectomia.

O tratamento clínico foi o tratamento expectante com acompanhamento da mulher com BhCG,⁽⁷⁾ e o tratamento

medicamentoso foi feito com o uso de MTX sistêmico com regime de dose única intramuscular na dose de 50 mg/m² de área de superfície corporal (protocolo curto)⁽⁸⁾ ou o regime de multidose com injeções intramusculares de MTX na dose de 1 mg/kg de peso corporal nos dias 0, 2 e 4 alternados com ácido fólico na dose de 0,1 mg/kg nos dias 1, 3 e 5 (protocolo longo).⁽¹⁾

As dosagens séricas de BhCG foram avaliadas pelo método quimioluminescência e expressas em mUI/mL, considerando-se valores inferiores a 5 mUI/mL como negativos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (número 48734921700005404).

RESULTADOS

Foram identificadas 921 mulheres com gravidez ectópica e 11 (1,2%) casos de GECC. Entre as mulheres com GECC, a média de idade foi de 31,6 ± 10,8 anos, 81,8% eram brancas, 63,6% eram casadas e 54,5% tinham pelo menos 12 anos de escolaridade. A maioria das mulheres tinha sido submetida a cesariana anterior (72,72%). A idade gestacional média das mulheres foi de 60,6 ± 24,9 dias, e 90,9% das mulheres apresentavam GECC do tipo I, endógena. Analisando a sintomatologia, 27,3% queixaram-se de dor abdominal, 90,9% apresentavam atraso menstrual na admissão, 63,6% apresentavam sangramento vaginal e uma mulher estava assintomática (Tabela 1).

No estudo, duas mulheres realizaram tratamento clínico, quatro, tratamento cirúrgico e cinco, ambos os tratamentos (clínico e cirúrgico). No grupo de mulheres que realizaram ambos os tratamentos, a média de idade gestacional foi de 47,0 ± 23,0 dias, no grupo de tratamento cirúrgico, de 78,0 ± 40,2 dias e no grupo de tratamento clínico, de 62,0 ± 35,7 dias.

O diâmetro médio do SG foi de 2,4 ± 1,4 cm, 1,4 ± 0,8 cm e 2,45 ± 1,43 cm no grupo de tratamento cirúrgico, clínico e ambos, respectivamente. Dois casos apresentaram atividade embrionária cardíaca, e ambos necessitaram de tratamento cirúrgico, um deles após tentativa de tratamento medicamentoso com protocolo longo de MTX sem sucesso. Nesse caso, a equipe tentou MTX no SG, mas a paciente apresentou sangramento importante antes de ser finalizado o procedimento (não foi possível finalizar o procedimento, ou seja, não foi aplicado MTX), então foi utilizado MTX sistêmico.

No grupo de tratamento clínico, uma mulher teve tratamento exclusivamente expectante (aborto espontâneo). Essa modalidade terapêutica foi escolhida pelo fato de a mulher estar hemodinamicamente estável e pela diminuição dos níveis de BhCG. O outro tratamento clínico com sucesso foi o tratamento medicamentoso com protocolo curto de MTX. O tratamento com MTX foi administrado a mulheres que manifestaram forte desejo de reprodução. De todas as seis mulheres submetidas ao tratamento com MTX, cinco necessitaram de tratamento cirúrgico por falha do tratamento medicamentoso.

Tabela 1. Aspectos clínicos e da evolução das mulheres com gestação ectópica de cicatriz de cesárea

Paciente	Idade (anos)	Cesáreas	Filhos	Idade gestacional (dias)	Tipo de GECC	Sintomas	Beta-hCG na admissão (mUI/mL)	Tipo de tratamento
1	22	1	1	37	Exogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal	14.387	Ambos (protocolo longo de MTX + ressecção laparoscópica)
2	36	2	2	76	Endogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal, dor abdominal	-	Cirúrgico (histerectomia)
3	33	1	1	62	Endogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal	426	Expectante
4	38	1	1	61	Endogênica	Atraso menstrual	132	Ambos (protocolo longo de MTX + ressecção laparotômica)
5	26	1	1	40	Endogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal	42.583	Ambos (protocolo curto de MTX + histeroscopia + ressecção laparotômica)
6	28	2	2	62	Endogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal	4.983	Clínico (protocolo curto de MTX)
7	41	1	1	91	Endogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal	27.403	Cirúrgico (curetagem + histerectomia)
8	28	1	1	50	Endogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal	2.941	Ambos (protocolo curto de MTX + curetagem)
9	26	3	3	Desconhecida	Endogênica	Atraso menstrual, sangramento vaginal	652	Cirúrgico (curetagem + histerectomia)
10	32	1	1	Desconhecida	Endogênica	Assintomática	251	Ambos (protocolo curto de MTX + curetagem)
11	38	1	1	67	Endogênica	Atraso menstrual, dor abdominal	46.896	Cirúrgico (histerectomia)

GECC: gestação ectópica em cicatriz de cesárea; MTX: metotrexato.

O tratamento cirúrgico foi indicado por falha no tratamento medicamentoso ou em casos de gravidez ectópica mais avançada (maiores níveis de BhCG e/ou presença de embrião com atividade cardíaca). Das mulheres que necessitaram de tratamento cirúrgico, os tipos de tratamento utilizados foram exérese da gravidez ectópica laparotômica ou laparoscópica, histerectomia abdominal, histeroscopia e curetagem. Das nove mulheres que realizaram tratamento cirúrgico (quatro foram para tratamento cirúrgico direto e cinco foram para tratamento cirúrgico após falha do tratamento clínico com MTX), duas mulheres foram submetidas a histerectomia, duas foram submetidas a curetagem uterina e, posteriormente, histerectomia, duas foram submetidas a curetagem uterina, uma realizou ressecção laparoscópica da gravidez ectópica, uma realizou ressecção laparotômica da

gravidez ectópica e uma foi submetida a histeroscopia complementada por exérese laparotômica. A única mulher na qual foi tentada a abordagem histeroscópica teve uma perfuração uterina durante a histeroscopia e necessitou de ressecção da gravidez ectópica por laparotomia. Das quatro mulheres submetidas a curetagem, 50% necessitaram de histerectomia subsequente. Em relação ao tempo de internação, a média foi de $10,0 \pm 5,8$ dias no grupo de tratamento misto, de $10,7 \pm 9,3$ dias no grupo de tratamento cirúrgico e de $7,0 \pm 5,6$ dias no grupo de tratamento clínico.

Em relação ao nível de BhCG na admissão hospitalar, o nível médio foi de $12.058,9 \pm 16.870,8$ mUI/mL nas mulheres do grupo de tratamento misto, de $24.983,6 \pm 22.702,2$ mUI/mL no grupo de tratamento cirúrgico e de $2.704,5 \pm 2.762,1$ mUI/mL no grupo de tratamento clínico.

Nenhuma das mulheres do estudo foi acompanhada com BhCG sérico após a alta hospitalar.

Analisando complicações dos tratamentos propostos, três mulheres necessitaram de transfusão sanguínea, todas após tratamento cirúrgico. Nenhuma das mulheres apresentou complicações pós-operatórias entre a alta e a consulta de revisão após 40 dias da alta. Uma das pacientes analisadas (9%) teve gestação tópica posterior com parto cesáreo, em nosso hospital, com 38 semanas e quatro dias de idade gestacional, conforme registros hospitalares.

DISCUSSÃO

As mulheres incluídas neste estudo tinham idade entre 30 e 40 anos, semelhante a outros estudos da literatura com média de idade variando de 33 a 38 anos.^(6,9) Essa faixa etária é compatível com a faixa etária das mulheres com gravidez ectópica, que em geral apresenta maior incidência em mulheres com idade por volta de 35 anos.⁽¹⁰⁾ Cerca de 80% das mulheres deste estudo eram brancas e 54% tinham alto nível de escolaridade, resultados semelhantes aos de outro estudo brasileiro.^(11,12) Apesar das disparidades regionais do nosso país, isso traz a questão da potencial influência de fatores socioeconômicos diretamente relacionados ao aumento do número de cesáreas e, como consequência, a incidência de deiscência de cicatriz de cesárea.

É importante destacar que nossa instituição é um centro terciário que atende todos os tipos de mulheres e possui pronto-socorro aberto, recebendo inclusive mulheres com alta renda e plano de saúde, o que pode ser uma razão para o elevado número de anos de escolaridade das mulheres.

De acordo com os dados existentes, o sintoma mais comum é o sangramento vaginal indolor seguido de dor abdominal,^(9,13) que esteve presente em 63% e 27% das nossas pacientes, respectivamente. Porém, em nosso estudo, o sintoma mais proeminente foi o atraso menstrual. Provavelmente, não foi considerado sintoma em outros estudos, porque o atraso menstrual é o principal sinal utilizado para o diagnóstico de gravidez.

Parece que o número de cesáreas anteriores não é fator determinante para deiscência de cicatriz de cesárea, pois 72% das mulheres tiveram apenas uma cesárea anterior. Esse dado é semelhante aos de outros estudos da literatura, que mostraram que 77%-80% tiveram apenas uma cesariana.^(6,9) Essa decisão obstétrica pode ter influência direta na incidência de GECC, especialmente porque a cesárea está se tornando mais frequente.

Não há consenso sobre o tratamento ideal da GECC, mas a literatura mostra que o MTX sistêmico apresenta alto índice de complicações.⁽³⁾ Em nosso estudo, 83% das mulheres necessitaram de procedimento cirúrgico adicional após falha do MTX sistêmico. Há relatos de que 25% das mulheres necessitaram de um procedimento cirúrgico adicional após MTX sistêmico.⁽⁷⁾ Apesar de ser uma forma estabelecida de tratamento da gravidez

ectópica tubária, parece que não deve ser a primeira escolha para o tratamento da GECC, devido às taxas de complicações. O uso de MTX local para o tratamento da GECC é pouco estudado. Uma revisão sistemática mostrou uma taxa de sucesso de 60% com o uso de MTX ou cloreto de potássio injetados no SG.⁽⁶⁾

Revisões sistemáticas do tratamento da GECC mostram que o tratamento expectante é uma opção, mas com alto risco de complicações, como ruptura uterina, histerectomia e sangramento grave.^(6,7,14) O aborto espontâneo na GECC pode ocorrer em 13% das mulheres, e 20% podem necessitar de intervenção cirúrgica.⁽¹⁵⁾ Taxa de 12,5% de complicações foi encontrada em 24 mulheres com resolução espontânea de GECC, e em todos os casos não havia batimentos cardíacos.⁽⁶⁾ O único caso de conduta expectante em nosso estudo foi após aborto espontâneo, e nenhuma complicação foi descrita.

Outro tratamento de alta taxa de complicação é a curetagem uterina, com descrição de 21% de complicações e 51% de necessidade de procedimentos adicionais.⁽⁷⁾ Outro estudo mostrou que 28% das mulheres tratadas com curetagem uterina apresentaram sangramento excessivo e 3% necessitaram de histerectomia.⁽⁶⁾ No presente estudo com mulheres submetidas a curetagem, 50% delas necessitaram de histerectomia para controlar o sangramento durante o procedimento.

Comparando o tempo de internação, o grupo que realizou apenas tratamento clínico teve alta um pouco mais cedo do que o grupo que realizou tratamento cirúrgico. Isso pode ser explicado porque mais da metade dos casos tratados cirurgicamente foram por falha do tratamento clínico. Os dados da literatura são escassos sobre o número de internações de acordo com o tipo de tratamento. A maioria dos estudos também carece de informações sobre os níveis de BhCG e o tempo de negatificação dele, enquanto em nosso estudo aparentemente o grupo de tratamento clínico bem-sucedido apresentou níveis mais baixos de BhCG (abaixo de 5.000 mUI/mL) na admissão, embora não haja dados suficientes para análise estatística.

Em uma metanálise foi mostrado que os fatores de risco para hemorragia maciça durante o tratamento da GECC foram múltiplas gravidezes, SG grande, idade gestacional avançada, níveis séricos elevados de BhCG, aumento de vascularização e miométrio fino.⁽⁴⁾ Em nosso grupo das três mulheres que necessitaram de transfusão sanguínea, duas tinham idade gestacional superior a 10 semanas e uma delas apresentava BhCG na admissão de 27403 mUI/mL. Embora a análise estatística não seja possível, nosso achado sugere que o atraso no diagnóstico de GECC é um possível fator de risco para sangramento maciço.

Enquanto alguns estudos acompanharam o nível de BhCG até a negatificação, mesmo nos casos de tratamento cirúrgico,^(3,6,16) em nosso estudo as mulheres não foram acompanhadas com BhCG até a negatificação, considerando que todo o conteúdo ovular foi removido. Nenhuma

complicação foi relatada no período após a alta hospitalar. Considerando as questões financeiras dos serviços públicos, deve-se questionar se é realmente necessário medir o nível de BhCG em casos de tratamento cirúrgico, a menos que haja alguma suspeita de conteúdo ovular remanescente.

CONCLUSÃO

A GECC é uma condição rara com potencial aumento na sua incidência e com múltiplas possibilidades de tratamento, mas escassas evidências do método ideal. Embora o tratamento clínico seja uma opção, o alto índice de falhas e complicações deve suscitar cautela, sugerindo que a abordagem cirúrgica direta pode ser a melhor alternativa. No presente estudo, a curetagem também apresentou complicações graves como necessidade de transfusão sanguínea e histerectomia.

REFERÊNCIAS

1. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, D'Antonio F, Kaelin Agten A. Cesarean scar pregnancy: diagnosis and pathogenesis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019;46(4):797-811. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.009
2. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;23(3):247-53. doi: 10.1002/uog.974
3. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG.* 2007;114(3):253-63. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01237.x
4. Zhang Y, Zhang Z, Liu X, Zhang L, Hong F, Lu M. Risk factors for massive hemorrhage during the treatment of cesarean scar pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2020;303(2):321-8. doi: 10.1007/s00404-020-05877-9
5. Kanat-Pektas M, Bodur S, Dundar O, Bakir VL. Systematic review: what is the best first-line approach for cesarean section ectopic pregnancy? *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016;55(2):263-9. doi: 10.1016/j.tjog.2015.03.009
6. Maheux-Lacroix S, Li F, Bujold E, Nesbitt-Hawes E, Deans R, Abbott J. Cesarean scar pregnancies: a systematic review of treatment options. *J Min Invasive Gynecol.* 2017;24(6):915-25. doi: 10.1016/j.jmig.2017.05.019
7. Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril.* 2016;105(4):958-67. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130
8. Jayaram P, Okunoye G, Al Ibrahim AA, Ghani R, Kalache K. Expectant management of caesarean scar ectopic pregnancy: a systematic review. *J Perinatal Med.* 2018;46(4):365-72. doi: 10.1515/jpm-2017-0189
9. Dhar H, Hamdi I, Rathi B. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy: experience at nizwa hospital with literature review. *Oman Med J.* 2011;26(2):94-8. doi: 10.5001/omj.2011.24
10. Mann LM, Kreisel K, Llata E, Hong J, Torrone EA. Trends in ectopic pregnancy diagnoses in United States emergency departments, 2006-2013. *Matern Child Health J.* 2019;24(2):213-1. doi: 10.1007/s10995-019-02842-0
11. Ko JK, Li RH, Cheung VY. Cesarean scar pregnancy: a 10-year experience. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015;55(1):64-9. doi: 10.1111/ajog.12273
12. Melo CS, Laranjeira CL, Junqueira MS, Mascarenhas CH, Géo MS, Brandão AH. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes. *Femina.* 2021;49(8):505-8.
13. Carlotto K, Marmitt LP, Cesar JA. On-demand cesarean section: assessing trends and socioeconomic disparities. *Rev Saúde Pública.* 2020;54:1. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053001466
14. Timor-Tritsch IE, Khatib N, Monteagudo A, Ramos J, Berg R, Kovács S. Cesarean scar pregnancies: experience of 60 cases. *J Ultrasound Med.* 2015;34(4):601-10. doi: 10.7863/ultra.34.4.601
15. Cali G, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, Buca D, Forlani F, et al. Outcome of cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;51(2):169-75. doi: 10.1002/uog.17568
16. Tipiani-Rodríguez O, Elías-Estrada JC, Bocanegra-Becerra YL, Ponciano-Biaggi MA. Treatment of ectopic pregnancy implanted on cesarea scar: cohort study 2018-2022, Lima, Peru. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2023;74(2):15-30. doi: 10.18597/rcog.3958



**FEITO
PARA ELA**

A plataforma de saúde
integral da mulher.



Siga o nosso Instagram:
@feitoparaelaoficial

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

CONHEÇA NOSSOS CANAIS E ÍNDIQUE PARA SUA PACIENTE!

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

Acompanhe nossos conteúdos:

 feitoparaela.com.br

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

Confira a edição especial da **Femina** sobre a **JBGO** e os temas livres em Ginecologia e Obstetrícia

Acesse aqui:



Você pode acessar as diversas edições da **Revista Femina** em:



Acompanhe as redes sociais e fique por dentro!

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia



/febrasgo



/febrasgooficial



/febrasgooficial



www.febrasgo.org.br