

# Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 50, Número 6, 2022

Proposta da Febrasgo

## EPAs na formação do especialista em GO

DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL  
NOVIDADES E  
AVANÇOS NA  
REGULAMENTAÇÃO  
DA TELEMEDICINA  
NO BRASIL



CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

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



# INSCRIÇÕES ABERTAS

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



Acesse o site e confira todas as informações do evento

[www.cbgo2022.com.br](http://www.cbgo2022.com.br)

Realização



Gerenciamento



## DIRETORIA

### PRESIDENTE

Agnaldo Lopes da Silva Filho (MG)

### DIRETOR ADMINISTRATIVO

Sérgio Podgaec (SP)

### DIRETOR CIENTÍFICO

César Eduardo Fernandes (SP)

### DIRETOR FINANCEIRO

Olímpio B. de Moraes Filho (PE)

### DIRETORA DE DEFESA E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Celeste Osório Wender (RS)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO CENTRO-OESTE

Marta Franco Finotti (GO)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORDESTE

Carlos Augusto Pires C. Lino (BA)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO NORTE

Ricardo de Almeida Quinteiros (PA)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUDESTE

Marcelo Zugaib (SP)

### VICE-PRESIDENTE REGIÃO SUL

Jan Pawel Andrade Pachnicki (PR)

## DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

### PRESIDÊNCIA

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

### SECRETARIA EXECUTIVA

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

### EDITORIAL

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

### PUBLICIDADE

Renata Erlich  
gerencia@Febrasgo.org.br

[www.Febrasgo.org.br](http://www.Febrasgo.org.br)

## CORPO EDITORIAL

### EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

### COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

### EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

### EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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



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

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

## CONSELHO EDITORIAL

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

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

Mauri José Piazza  
Newton Eduardo Busso  
Olímpio Barbosa de Moraes Filho  
Paulo Roberto Dutra Leão  
Paulo Roberto Nassar de Carvalho  
Regina Amélia Lopes  
Pessoa de Aguiar  
Renato de Souza Bravo  
Renato Zocchio Torresan  
Ricardo de Carvalho Cavalli  
Rodolfo de Carvalho Pacagnella  
Rodrigo de Aquino Castro  
Rogério Bonassi Machado  
Rosa Maria Neme  
Roseli Mieko Yamamoto Nomura  
Rosires Pereira de Andrade  
Sabas Carlos Vieira  
Samira El Maerrawi  
Tebecherane Haddad  
Sergio Podgaec  
Silvana Maria Quintana  
Soubhi Kahhale  
Vera Lúcia Mota da Fonseca  
Walquíria Quida Salles Pereira Primo  
Zuleide Aparecida Felix Cabral



## EDITORIAL

**A** Febrasgo sempre prima pela educação de seus associados, com dedicação especial aos residentes da Ginecologia e Obstetrícia. Este volume de *Femina* está excepcional para o jovem aprendiz e motivacional para os instrutores. Em artigo de capa, nosso editor, professor Marcos Felipe, aponta os problemas atuais, destacando o número restrito dos programas e as dificuldades na avaliação da qualidade desses programas. A Matriz de Competência proposta por nossa Associação ainda é complexa, por isso, o esforço em individualizar as atividades comumente observadas pelos preceptores (atividades profissionais confiabilizadoras). O esforço de muitos educadores resultou na redação da proposta colocada nas páginas iniciais deste volume. Como um presente para o leitor, faz a síntese de vinte detalhadas proposições. A beleza do texto é expandida em entrevistas e opiniões de três professores apaixonados pela Febrasgo. Juntemos-nos a eles! Em um outro olhar, a nossa Comissão de Defesa e Valorização Profissional examina e sintetiza a atual regulamentação da telemedicina no Brasil, vigente desde maio. A leitura é interessante e sua utilização é excitante!

A posição da Febrasgo acerca da vacina contra o HPV para a mulher adulta abre o Caderno Científico de *Femina*. O texto, elaborado pela Comissão Especializada, destaca seis pontos-chave na abordagem e faz sete recomendações. O cenário clínico facilita o entendimento. Pesquisadores de Minas Gerais revisam, em estudo de corte transversal, os aspectos epidemiológicos das gestantes portadoras de sífilis. São relevantes a opinião e o registro da alta recorrência e da falta de teste em um terço da população estudada! O impacto dos instrumentos terapêuticos na qualidade de vida das mulheres com câncer de colo uterino foi revisto na literatura, incluindo estudos que utilizaram instrumentos validados. A radioterapia e a quimioterapia são mesmo menos toleradas do que os procedimentos cirúrgicos. Por fim, o impacto da COVID-19 no binômio mãe e filho foi examinado por professores da Universidade de Viçosa, Minas Gerais. Coagulopatias, pré-eclâmpsia e prematuridade foram as ocorrências destacadas.

Recebemos o suporte da maior parte dos membros do Conselho Editorial. Isso foi gratificante!

Boa leitura!

**Sebastião Freitas de Medeiros**

EDITOR

# SUMÁRIO

326 Capa

**As EPAs (*Entrustable Professional Activities*) na formação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia – Proposta da Febrasgo**

346 Entrevista

**Iniciativa inédita no Brasil, Febrasgo elabora EPAs em Ginecologia e Obstetrícia**





350

Federada

## Sopigo

**Do caos da pandemia  
aos novos desafios**



351

Defesa e Valorização Profissional

**Novidades e avanços  
na regulamentação da  
telemedicina no Brasil**

354

Caderno Científico

**FEBRASGO POSITION STATEMENT**

**Vacinação contra o HPV  
na mulher adulta**

**ARTIGO ORIGINAL**

**Análise das boas práticas  
de atenção ao parto em  
maternidade pública de Roraima**

**ARTIGOS DE REVISÃO**

**Perfil das gestantes  
diagnosticadas com sífilis  
durante o pré-natal ou parto  
admitidas em maternidade  
de Belo Horizonte – MG**

**Principais implicações  
terapêuticas à qualidade de vida  
de pacientes com câncer de colo  
uterino: uma revisão narrativa**

**Análise dos desfechos maternos  
e fetais relacionados à  
COVID-19 durante a gestação**

A profusão desordenada do número de escolas médicas no Brasil está se constituindo em um sério problema na formação de profissionais qualificados para o mercado de trabalho. Muitas escolas médicas foram implantadas em localidades sem as condições mínimas de infraestrutura e de recursos humanos para a formação médica adequada. Além disso, é sabido há muito tempo que o curso de graduação em Medicina não é terminal, havendo, portanto, a necessidade de complementação na formação do profissional por meio dos Programas de Residência Médica (PRMs).

Embora o número de PRMs tenha também crescido de maneira cêlere, não há informações adequadas sobre a qualidade deles, considerando que a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) não possui infraestrutura suficientemente aparelhada para exercer tal fiscalização. Apesar disso, todos os egressos de PRM reconhecidos pela CNRM recebem o título de especialistas, independentemente de passarem ou não por qualquer avaliação interna ou externa à instituição do PRM que o formou. Por essa razão, as sociedades médicas das diferentes especialidades, coordenadas pela Associação Médica Brasileira (AMB), instituíram os exames de avaliação dos egressos dos PRMs para a concessão do título de especialista. No caso da Ginecologia e Obstetrícia (GO), a prova do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) realizada pela Febrasgo tem se prestado a essa avaliação, com muita competência, por meio de exames teóricos e práticos, utilizando técnicas modernas de avaliação dos candidatos.

Não tem sido nenhuma surpresa, portanto, a constatação do alto índice de reprovação de egressos dos PRMs nas provas do TEGO, o que denota que o processo de formação de especialistas nos PRMs, no seu conjunto, tem deixado a desejar. Mas, visando à melhoria na formação dos especialistas em GO, a Febrasgo propôs, de forma pioneira, uma nova Matriz de Competência a ser seguida pelos PRMs em GO no Brasil, a qual foi prontamente aprovada pela AMB e pela própria CNRM, que a adotou como oficial para os PRMs em GO. Entretanto, a complexidade da Matriz de Competência a ser seguida não permite aos preceptores e supervisores a sua verificação no dia a dia do treinamento do médico aprendiz ao longo do PRM. Visando viabilizar esse processo de avaliação, surgiu no cenário formativo internacional uma proposição de transformar o referencial previsto nas Matrizes de Competência em atividades observáveis e verificáveis pelos preceptores e supervisores, denominadas EPAs (*Entrustable Professional Activities*), terminologia mundialmente consagrada (em livre tradução para o português, “Atividades Profissionais Confiabilizadoras”). Novamente, à frente das demais especialidades médicas, a Febrasgo, por meio do trabalho incansável da sua Comissão de Residência Médica (Coreme) e com o suporte das suas Comissões Nacionais Especializadas (CNEs), elaborou e validou as EPAs em GO em nível nacional.

Neste número de *Femina*, apresentamos, de forma completa, o resultado final do imenso trabalho realizado pela Coreme sobre as EPAs em GO, trabalho que é pioneiro entre as especialidades médicas no Brasil. Parabéns à Coreme e à diretoria da Febrasgo por mais essa conquista para a especialidade no Brasil.

Marcos Felipe Silva de Sá



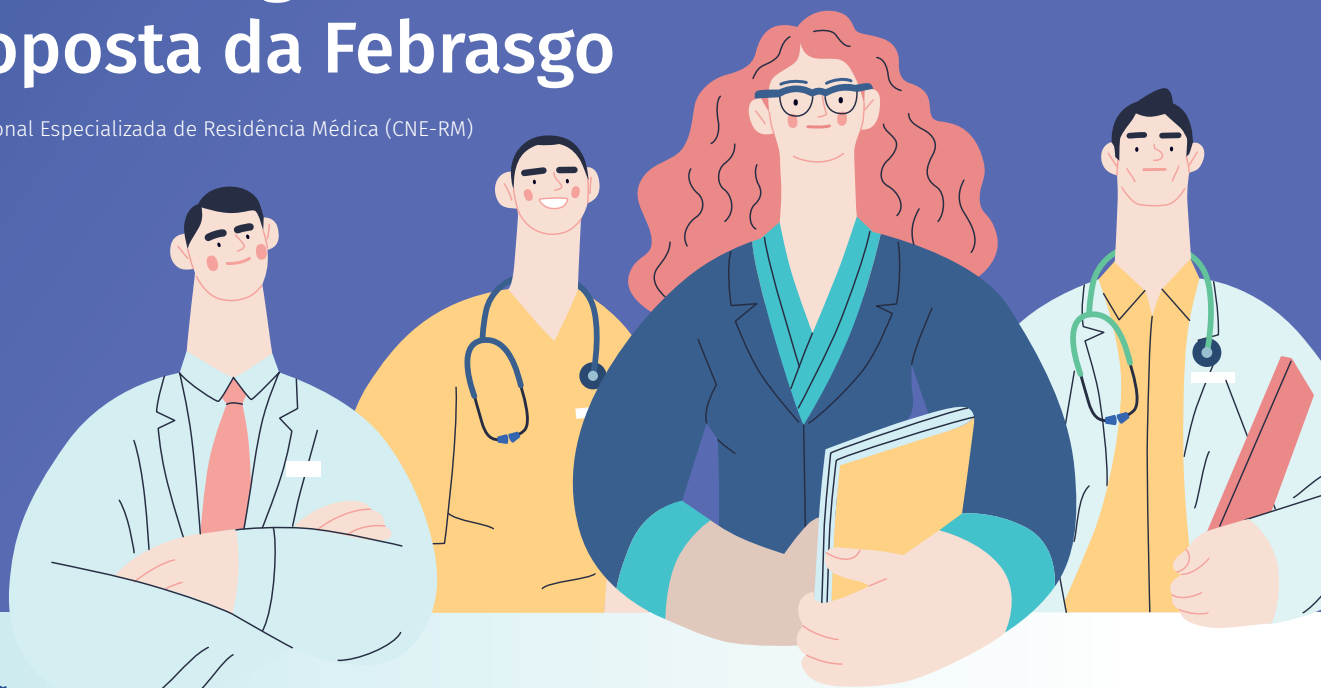
#### Como citar:

Comissão Nacional Especializada de Residência Médica (CNE-RM). As EPAs (*Entrustable Professional Activities*) na formação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia – Proposta da Febrasgo. *Femina*. 2022;50(6):326-45.



# As EPAs (*Entrustable Professional Activities*) na formação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia – Proposta da Febrasgo

Comissão Nacional Especializada de Residência Médica (CNE-RM)



## INTRODUÇÃO

A formação por competências emergiu no início dos anos 2000 e hoje se destaca como o principal modelo internacionalmente reconhecido de orientação dos cursos de graduação em Medicina e Residência Médica.<sup>(1)</sup> Os conhecimentos, habilidades e atitudes esperados para o médico e para o especialista foram estabelecidos nas Matrizes de Competências. No Brasil, a Comissão de Residência Médica (Coreme) da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) liderou a elaboração e a validação da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia<sup>(2)</sup> e nas subespecialidades de Medicina Fetal, Reprodução Humana, Sexologia e Endoscopia Ginecológica. Desse processo de validação denominado “Painel de Especialistas”, participaram mais de 250 *experts* em diferentes áreas de atuação em Ginecologia e Obstetrícia que integram as 29 Comissões Nacionais e Especializadas (CNEs) da Febrasgo. As Matrizes foram aprovadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação (MEC), tornando-se, assim, o documento oficial que orienta os programas de residência médica nessas especialidades.<sup>(2)</sup>

Entretanto, um novo desafio se impõe durante a implementação de todo o conteúdo das Matrizes de

Competência na realidade dos programas de residência médica. Muitas competências são de difícil treinamento e verificação; além disso, o grande número de subcomponentes previstos nas Matrizes impossibilita a sua verificação pelos preceptores e supervisores ao longo do treinamento dos residentes.<sup>(3)</sup> Como exemplo internacional, podemos citar a *CanMEDS - Physician Competency Framework* (CanMEDS), que apresenta 700 subcomponentes.<sup>(4)</sup> Como exemplos nacionais, podemos citar a Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia (261 subcomponentes)<sup>(2)</sup> e a Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade (334 subcomponentes).

## Definindo as EPAs

Para aproximar o conteúdo das Matrizes do ambiente de prática e facilitar o treinamento e a avaliação dos médicos-residentes, foi necessário transformar o referencial de competências, que são atributos de um indivíduo, em atividades claramente observáveis e verificáveis pelos preceptores e supervisores.<sup>(5)</sup> Em 2007, essas atividades passaram a ser denominadas e identificadas como EPAs<sup>(5)</sup> ou, em livre tradução para o português, “atividades profissionais confiabilizadoras”.

Uma EPA é definida como “uma unidade da prática profissional que pode ser totalmente confiabilizada a um aprendiz (médico-residente ou estudante de Medicina) quando o mesmo demonstra as competências necessárias para executá-la de maneira independente e sem supervisão”.<sup>(1)</sup> Uma “unidade da prática” pode se referir a uma única tarefa ou atividade (como o exame clínico de uma gestante ou a correção de uma laceração perineal) ou a um conjunto de tarefas ou atividades (como a assistência pré-natal ou a assistência ao parto de risco habitual), cuja execução pelo médico aprendiz possa ser verificada pelo seu preceptor ou supervisor. A proficiência na realização de cada EPA ou “unidade de prática” passa a ser um pré-requisito para autorizar o aprendiz ou médico-residente a realizá-la de maneira autônoma ou independente de supervisão, sendo esse processo denominado “confiabilização”.<sup>(1)</sup>

### A importância das EPAs para a formação do especialista

A confiabilização dos médicos-residentes nas EPAs é considerada essencial para garantir a segurança dos pacientes, pois impossibilita que médicos-residentes que ainda não adquiriram proficiência nessas atividades possam realizar atendimentos e procedimentos ou tomar decisões para as quais ainda não estejam devidamente preparados.<sup>(1,6,7)</sup> Como a execução de cada EPA mobiliza um conjunto de competências, a confiabilização nessas atividades prescinde da avaliação individual de cada um dos subcomponentes previstos na Matriz de Competências, viabilizando e facilitando a avaliação dos médicos-residentes pelos seus preceptores e supervisores.<sup>(6)</sup>

Para que possam ser utilizadas pelos diversos programas de residência médica, as EPAs precisam ser definidas e validadas em nível nacional, contemplando e equilibrando as expectativas, necessidades e possibilidades de cada região e especialidade médica.<sup>(8-10)</sup> A elaboração e a validação das EPAs em nível local por um único serviço, programa ou instituição limita a sua aplicação em diferentes realidades e dificulta a troca de experiências com a confiabilização.<sup>(9,10)</sup>

No Brasil, um esforço conjunto de diversas sociedades de especialidades médicas e da CNRM-MEC resultou na elaboração, validação e aprovação de Matrizes de Competência em diversas áreas e subáreas de atuação.<sup>(2)</sup> Entretanto, as EPAs ainda não foram definidas para as especialidades médicas.

### Elaboração e validação das EPAs em Ginecologia e Obstetrícia

Diante dessa constatação, em 2020, a Febrasgo tomou a iniciativa de elaborar e validar as EPAs em Ginecologia e Obstetrícia em nível nacional, sendo esse trabalho confiado à Coreme, que reúne 16 médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia pela Febrasgo com experiência em formação e preceptoria de residentes nas cinco

diferentes regiões brasileiras, sendo 10 do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

## MÉTODOS

A metodologia escolhida e utilizada pela Coreme para definição das EPAs foi a “Validação por Painel de Especialistas para o Desenvolvimento de Consenso”, um método consagrado pela literatura e já utilizado na elaboração da Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia.<sup>(11,12)</sup>

Tomando por bases as melhores referências internacionais e nacionais, como a *Dutch ObGyn Competence Framework*,<sup>(13)</sup> a *Canadian ObGyn Competence Framework*,<sup>(14)</sup> a *Obstetrics and Gynecology Milestones (ACGME)*<sup>(15)</sup> e a Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia,<sup>(2)</sup> a Coreme/Febrasgo elaborou um documento inicial contendo 20 EPAs. Segundo as recomendações internacionais, o número esperado de EPAs para os programas de residência médica em cada especialidade é de 20 a 30,<sup>(8,9)</sup> com cada EPA representando um conjunto de atividades essenciais e típicas de um setor ou serviço que o especialista deverá ser capaz de realizar de maneira adequada, autônoma e sem supervisão ao final do programa de residência médica.<sup>(8,9)</sup>

O plano de validação das EPAs aprovado pela presidência e pela diretoria científica da Febrasgo foi apresentado aos presidentes das 29 CNEs que congregam mais de 250 *experts* brasileiros em cada área e subárea de atuação em Ginecologia e Obstetrícia. O documento inicial contendo as 20 EPAs foi enviado às CNEs e submetido à apreciação de seus membros sob a liderança de seus presidentes. Para assegurar que todos os especialistas em cada assunto se pronunciassem a respeito dessas atividades, cada EPA foi designada às CNEs correspondentes, considerando a sua pertinência e afinidade com a área de atuação. Por meio do preenchimento de formulários específicos, os *experts* puderam emitir pareceres e opiniões sobre o conjunto de atividades que compõem cada EPA, solicitar a inclusão ou exclusão de atividades, sugerir a adequação dos termos que as definem ou mesmo propor a inclusão de novas EPAs.

Em 2021, os formulários com as respostas e pareceres dos especialistas das CNEs foram reenviados à Coreme/Febrasgo, que se encarregou de compilar as sugestões, elaborar a descrição completa de cada EPA e produzir a versão final do documento. Para cumprir esses passos, foram necessárias diversas rodadas de reuniões em ambiente virtual. Nessas reuniões, cada EPA foi apresentada juntamente com as sugestões das CNEs, seguindo-se as discussões sobre a pertinência e a forma mais apropriada para incorporá-las na versão final do documento. As divergências de opiniões foram resolvidas pelo voto da maioria absoluta entre os presentes. Em meio a diversas sugestões e reformulações compiladas na versão final do documento, foi proposta também a inclusão de uma nova EPA relacionada à Assistência à Saúde em Casos

de Violência Contra a Mulher. A sugestão foi muito bem recebida pela Coreme/Febrasgo, que considera a importância dessa atividade no contexto dos dias atuais, passando a versão final do documento a conter 21 EPAs.

### Formato de descrição das EPAs em Ginecologia e Obstetrícia

A descrição de cada EPA foi feita de acordo com as melhores recomendações da literatura,<sup>(8-10)</sup> segundo as quais essa descrição deve contemplar os seguintes subitens:

1. Título
2. Especificações e limitações
3. Riscos potenciais em caso de falhas
4. Domínios de competências mais relevantes para esta EPA
5. Conhecimentos, habilidades, atitudes e experiência necessária
6. Fontes de informação para confiabilização
7. Nível de supervisão esperado para cada estágio do treinamento
8. Tempo de expiração caso não seja praticada

Considerando que a proposta inicial desse documento seja oferecer aos programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia um conjunto bem definido de EPAs nas quais o médico-residente deva ser confiabilizado e que alguns subitens dependem do ajustes das EPAs à realidade de cada programa (subitens 6 e 7 e experiência necessária no subitem 5) ou apresentam implicações para a recertificação na especialidade (subitem 8), a Coreme optou por incluir nesse documento os cinco primeiros subitens, entendendo que essa descrição deve possibilitar a aplicação das EPAs na maioria dos programas. Os subitens 6 e 7 e a experiência necessária (subitem 5) poderão ser definidos pelos próprios programas na ocasião de implementação das EPAs. O subitem 8 deverá ser definido *a posteriori* após uma ampla discussão sobre os critérios de recertificação na especialidade.

As recomendações para os subitens 1 a 5, seguidas pela Coreme/Febrasgo, são as seguintes:

1. **Título:** Deve ser claro, parcimonioso, inequívoco, impessoal e descrito como uma atividade ampla que representa um conjunto bem definido de atividades menores. O verbo, quando necessário, deve ser usado no gerúndio e corresponder à ação realizada na execução da EPA.
2. **Especificações e limitações:** Deve apresentar uma relação clara e completa das atividades que compõem uma EPA, definindo quais tarefas da prestação de cuidados um determinado médico-residente está preparado para assumir de maneira autônoma sob um determinado nível de supervisão.

As EPAs definidas para os programas de residência geralmente são mais amplas e compreendem um conjunto maior de atividades do que as EPAs definidas para a graduação.<sup>(9)</sup> Da mesma forma, é importante estabelecer limites para cada EPA, explicitando situações ou atividades que o residente não estará necessariamente qualificado para executar, mesmo quando confiabilizado nessa EPA.

Para facilitar o entendimento das atividades incluídas e dos limites de cada EPA, a Coreme/Febrasgo optou por subdividi-las da seguinte forma:

- **Contexto:** Local ou tipo de serviço em que e para o qual a EPA deverá ser confiabilizada.
- **Consulta clínica:** Define o tipo de consulta específica relacionada à EPA, subentendendo-se a inclusão da anamnese, exame físico, formulação de hipóteses clínicas, investigação, confirmação diagnóstica, orientação, acompanhamento e registro em prontuário.
- **Exames específicos:** Define exames específicos relacionados à EPA, subentendendo-se a inclusão de sua indicação, solicitação e interpretação dos resultados.
- **Procedimentos:** Define os procedimentos relacionados à EPA com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica, subentendendo-se a inclusão de suas indicações e contraindicações, obtenção de consentimento, execução, interpretação dos achados, identificação e manejo das complicações e registro.
- **Tratamentos específicos:** Define as modalidades de tratamento clínico relacionadas à EPA, subentendendo-se a inclusão de suas indicações e contraindicações, obtenção de consentimento, prescrição, orientações, acompanhamento e supervisão do tratamento.
- **Encaminhamentos:** Define os tipos de encaminhamento relacionados à EPA, subentendendo-se a inclusão da identificação da necessidade, classificação de risco, referência, contrarreferência e interconsulta.
- **Orientações específicas:** Define as orientações específicas relacionadas à EPA que deverão ser comunicadas à paciente e/ou familiares, subentendendo-se a técnica apropriada de comunicação em cada situação.
- **Atividades em grupo ou equipe:** Define as principais atividades em grupo ou equipe relacionadas à EPA, subentendendo-se a passagem e discussão de casos, a participação e atuação em reuniões de equipe e as atividades de promoção e educação em saúde.
- **Limitações (atividades não incluídas):** Define as atividades que, embora apresentem certa proximidade, não estão incluídas na EPA em

questão e as quais o médico-residente não estará autorizado a executar de maneira autônoma, mesmo quando confiabilizado nessa EPA.

**3. Riscos potenciais em caso de falha:** A confiabilização de um médico-residente para realizar uma EPA apresenta riscos implícitos que devem ser especificados.<sup>(16-18)</sup> Decisões difíceis são necessárias quando o aprendiz não preenche os critérios necessários para a confiabilização. Muitas vezes, pesam os argumentos favoráveis ao médico-residente e as implicações de uma decisão negativa para a sua trajetória profissional e para a própria estrutura do programa. Entretanto, é necessário ponderar também as consequências para as pacientes e para a sociedade quando se autoriza um aprendiz ainda não qualificado para o exercício da prática autônoma.<sup>(19)</sup> Por isso, é necessário explicitar as consequências de uma confiabilização inadequada em cada EPA, oferecendo subsídios para decisões negativas.<sup>(20-22)</sup>

#### 4. Domínios de competência mais relevantes:

A expectativa para a execução de cada EPA é que sejam mobilizados e integrados diferentes domínios de competências.<sup>(1)</sup>

Em muitos países, os domínios de competências mais relevantes para cada EPA foram descritos a partir das competências essenciais elaboradas e validadas local ou nacionalmente, como o CanMEDS, no Canadá,<sup>(4)</sup> o ACGME, nos Estados Unidos,<sup>(23,24)</sup> e o *Outcome and Standards for Undergraduate Medical Education*, no Reino Unido.<sup>(9,25)</sup> Para as EPAs em Ginecologia e Obstetrícia no Brasil, a Coreme/Febrasgo utilizou as Competências Essenciais definidas pela Coreme, que incluem os seguintes domínios:

- História clínica
- Exame físico
- Raciocínio clínico e investigação
- Construção de plano de cuidados
- Procedimentos
- Comunicação e registro
- Trabalho em equipe
- Ética e profissionalismo
- Segurança da paciente
- Atuação no sistema de saúde

#### 5. Conhecimentos, habilidades e atitudes

**necessárias:** Tais informações são de grande relevância na orientação dos aprendizes sobre as expectativas dos preceptores, dos supervisores e dos programas, em relação aos critérios necessários para a confiabilização em cada EPA. Embora nem todos os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a execução de uma atividade sejam explicitados nas listas de verificação, ainda assim eles serão esperados.<sup>(9)</sup>

Utilizando o conteúdo já validado e presente na Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia, a Coreme/Febrasgo incluiu em cada EPA os subcomponentes a ela relacionados, perfazendo, assim, um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes esperados para a sua adequada execução.

A descrição completa das EPAs em Ginecologia e Obstetrícia se encontra no anexo 1 deste artigo.

## CONCLUSÃO

As EPAs são unidades da prática profissional que podem ser totalmente confiabilizadas a um médico-residente quando ele demonstra as competências necessárias para executá-la de maneira proficiente e independente de supervisão. A confiabilização nas EPAs apresenta importantes implicações para a prática médica adequada e para a segurança das pacientes. Utilizando uma metodologia válida e confiável, a Coreme/Febrasgo definiu e validou as 21 EPAs para a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia no Brasil, um trabalho abrangente e minucioso que durou dois anos e envolveu mais de 250 *experts* em diferentes áreas de atuação. As EPAs em Ginecologia e Obstetrícia deverão servir como referência para orientar a confiabilização dos médicos-residentes nessa especialidade. Mediante a elaboração e a validação das EPAs, a Febrasgo avança na profissionalização da educação médica e abre novas perspectivas para qualificar a formação dos profissionais que atuarão no cuidado e na assistência à saúde da mulher no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*. 2005;39(12):1176-7.
2. Romão GS, Silva de Sá MF. Competency-based training and the competency framework in Gynecology and Obstetrics in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(5):272-88.
3. Swing SR, Clyman SG, Holmboe ES, Williams RG. Advancing resident assessment in graduate medical education. *J Grad Med Educ*. 2009;1(2):278-86.
4. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
5. Ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med*. 2007;82(6):542-7.
6. Ten Cate O. Competency-based postgraduate medical education: past, present and future. *GMS J Med Educ*. 2017;34(5):Doc69.
7. Ten Cate O, Billett S. Competency-based medical education: origins, perspectives and potentialities. *Med Educ*. 2014;48(3):325-32.
8. Cate OT. An updated primer on Entrustable Professional Activities (EPAs). *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1):712-20.
9. Ten Cate O, Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021;43(10):1106-14.
10. Taylor D, Park YS, Smith C, Cate OT, Tekian A. Constructing approaches to entrustable professional activity development that deliver valid descriptions of professional practice. *Teach Learn Med*. 2021;33(1):89-97.
11. Halcomb E, Davidson P, Hardaker L. Using the consensus development conference method in healthcare research. *Nurse Res*. 2008;16(1):56-71.

12. Waggoner J, Carline JD, Durning SJ. Is There a Consensus on Consensus Methodology? Descriptions and Recommendations for Future Consensus Research. *Acad Med.* 2016;91(5):663-8.
13. Scheele F, Teunissen P, Van Luijk S, Heineman E, Fluit L, Mulder H, et al. Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Med Teach.* 2008;30(3):248-53.
14. Caccia N, Nakajima A, Scheele F, Kent N. Competency-Based Medical Education: Developing a Framework for Obstetrics and Gynaecology. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(12):1104-12.
15. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). *Obstetrics and Gynecology Milestones.* Chicago: ACGME; 2022.
16. Ten Cate O, Hart D, Ankel F, Busari J, Englander R, Glasgow N, et al.; International Competency-Based Medical Education Collaborators. Entrustment decision making in clinical training. *Acad Med.* 2016;91(2):191-8.
17. Damodaran A, Shulruf B, Jones P. Trust and risk: a model for medical education. *Med Educ.* 2017;51(9):892-902.
18. Alanazi MA, Tully MP, Lewis PJ. Prescribing errors by junior doctors – A comparison of errors with high risk medicines and non-high risk medicines. *PLoS One.* 2019;14(1):e0211270.
19. Cleland JA, Knight LV, Rees CE, Tracey S, Bond CM. Is it me or is it them? Factors that influence the passing of underperforming students. *Med Educ.* 2008;42(8):800-9.
20. Yepes-Rios M, Dudek N, Duboyce R, Curtis J, Allard RJ, Varpio L. The failure to fail underperforming trainees in health professions education: A BEME systematic review: BEME Guide No. 42. *Med Teach.* 2016;38(11):1092-9.
21. Ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ.* 2013;5(1):157-8.
22. Ten Cate O. The false dichotomy of quality and quantity in the discourse around assessment in competency-based education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015;20(3):835-8.
23. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (Millwood).* 2002;21(5):103-11.
24. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach.* 2007;29(7):648-54.
25. General Medical Council (UK). *Tomorrow's doctors: Outcomes and standards for undergraduate medical education.* London: GMC; 2018.

### Comissão de Residência Médica (Coreme) da Febrasgo

**Presidente:** Gustavo Salata Romão

**Membros:** Alberto Carlos Moreno Zaconeta, Alberto Trapani Júnior, Cláudia Lourdes Soares Laranjeiras, Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos, Jan Pawel Andrade Pachnicki, Karen Cristine Abrão, Lucas Schreiner, Marcelo Luis Steiner, Marcos Felipe Silva de Sá, Maria da Conceição Ribeiro Simões, Milena Bastos Brito, Raquel Autran Coelho Peixoto, Rívia Mara Lamaita, Walquíria Quida Salles Pereira Primo, Zsuzsanna Ilona Katalin de Jarmy di Bella

### Anexo 1. Lista das EPAS em Ginecologia e Obstetrícia proposta pela Comissão de Residência Médica da Febrasgo

<b>EPA 1</b>	Promovendo Assistência à Saúde no Pré-natal de Risco Habitual
<b>EPA 2</b>	Promovendo Assistência à Saúde no Pré-natal de Alto Risco
<b>EPA 3</b>	Promovendo Assistência ao Parto de Risco Habitual
<b>EPA 4</b>	Promovendo Assistência ao Parto de Alto Risco
<b>EPA 5</b>	Promovendo Assistência à Saúde no Puerpério
<b>EPA 6</b>	Promovendo Assistência nas Urgências e Emergências Obstétricas
<b>EPA 7</b>	Promovendo Assistência à Saúde nas Urgências e Emergências Ginecológicas
<b>EPA 8</b>	Promovendo Assistência à Saúde nas Infecções em Ginecologia e Obstetrícia
<b>EPA 9</b>	Promovendo Assistência à Saúde nas Lesões Pré-malignas do Trato Genital
<b>EPA 10</b>	Promovendo Assistência à Saúde em Ginecologia Oncológica
<b>EPA 11</b>	Promovendo Assistência à Saúde em Mastologia
<b>EPA 12</b>	Promovendo Assistência à Saúde nas Disfunções do Assoalho Pélvico
<b>EPA 13</b>	Promovendo Assistência à Saúde na Dor Pélvica Crônica
<b>EPA 14</b>	Promovendo Assistência à Saúde no Sangramento Uterino Anormal
<b>EPA 15</b>	Promovendo Assistência à Saúde na Contracepção e Planejamento Reprodutivo

<b>EPA 16</b>	Promovendo Assistência à Saúde em Ginecologia Endócrina
<b>EPA 17</b>	Promovendo Assistência à Saúde do Casal Infértil
<b>EPA 18</b>	Promovendo Assistência à Saúde Ginecológica Infanto-puberal
<b>EPA 19</b>	Promovendo Assistência à Saúde no Climatério e Senescência
<b>EPA 20</b>	Promovendo Assistência à Saúde nas Disfunções Sexuais
<b>EPA 21</b>	Promovendo Assistência à Saúde na Violência Contra a Mulher

#### EPA 1

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção primária e ambulatório.

**Consulta clínica:** Atendimento e acompanhamento pré-natal de gestantes de risco habitual, incluindo a abordagem de queixas e intercorrências comuns na gestação (náuseas, vômitos, cefaleia, varizes, câimbras, anemia, leucorreias, queixas urinárias e labilidade emocional).

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Rotina pré-natal (risco habitual).

**Procedimentos:** Cardiotocografia anteparto, mobilograma, ultrassonografia obstétrica básica e perfil biofísico fetal.

**Tratamentos específicos:** Profilaxia de anemia ferropriva e defeitos do tubo neural e atualização do cartão vacinal.

**Orientações específicas:** Queixas comuns na gravidez, atividade física e sexual, alimentação saudável, hábitos de vida, amamentação e cuidados com as mamas, prevenção de quedas, doenças infectocontagiosas, imunizações, uso de medicamentos, trabalho de parto e parto, métodos contraceptivos no período periparto, direitos legais da gestante, participação da parceria no acompanhamento pré-natal, saúde mental, segurança e conforto no núcleo familiar.

**Encaminhamentos:** Gestação de alto risco (para serviços terciários).

**Atividades em grupo ou equipe:** Grupo de orientação a gestantes (temas acima) e reuniões de equipe.

### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Acompanhamento em pré-natal de alto risco.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbimortalidade materna e fetal.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, procedimentos, construção de plano de cuidados, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Adaptações do organismo materno à gravidez e mudanças no ciclo gravídico-puerperal, fisiologia fetal, da placenta e anexos, políticas nacionais sobre saúde materno-infantil e aleitamento, preenchimento do cartão da gestante, interpretação de exames complementares, incluindo avaliação da vitalidade fetal, identificação e tratamento das principais intercorrências clínicas na gestação, identificação de fatores de risco, sistema de referência para as gestações de alto risco e profilaxias adequadas na gestante, incluindo o uso de imunoglobulina anti-D em gestantes RH negativas.

**Habilidades:** Atendimento obstétrico (história clínica e exames físico geral, ginecológico e obstétrico), formação de vínculo, comunicação efetiva, orientações específicas para a gestante e manuseio de equipamentos para avaliar a vitalidade fetal (monitor fetal e cardiotocógrafo).

**Atitudes:** Estímulo à participação do acompanhante e/ou de familiares nas consultas de pré-natal.

## EPA 2

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção secundária e terciária, e ambulatório.

**Consulta clínica:** Pré-natal de alto risco. Condições prevalentes de alto risco gestacional: diabetes, hipertensão, cardiopatias, risco elevado de parto prematuro, gravidez gemelar, passado obstétrico desfavorável, desvios do crescimento fetal, placentação anormal e outras doenças crônicas.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Rotina pré-natal específica, perfil glicêmico, monitorização da pressão arterial, cardiotocografia anteparto, mobilograma, ultrassonografia obstétrica para medida seriada do colo uterino, avaliação seriada do crescimento fetal e de gestação gemelar monocoriônica, perfil biofísico e dopplervelocimetria fetal.

**Procedimentos:** Cerclagem de colo uterino e procedimentos da EPA 1.

**Tratamentos específicos:** Identificação e substituição de drogas contraindicadas na gestação e introdução e ajuste de drogas hipoglicemiantes, hipotensoras e outros medicamentos. Uso de progesterona.

**Orientações específicas:** Riscos à saúde materna e fetal decorrentes da doença de base ou de seu tratamento e como minimizá-los, metas de controle glicêmico e pressórico, perfil glicêmico simples e ampliado, monitorização da pressão arterial, definição do momento e da via de parto, peculiaridades na assistência ao parto e puerpério, aconselhamento sobre gestações futuras e orientações contraceptivas.

**Encaminhamentos:** Interconsulta com outras especialidades médicas. Contrarreferência ao pré-natal de baixo risco.

**Atividades em grupo ou equipe:** Reuniões multidisciplinares para elaboração de plano de cuidado.

### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Acompanhamento de pré-natal de risco habitual e assistência ao parto na gravidez de alto risco.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Tratamento insuficiente ou uso desnecessário de medicamentos durante a gestação e aumento da morbimortalidade materno-fetal.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e

raciocínio clínico, procedimentos, construção de plano de cuidados, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Padrões de apresentação de complicações médicas e obstétricas (inclusive apresentações atípicas), bem como suas diferentes opções de tratamento; imunização em situações especiais (HIV, doença autoimune, imunossupressão, mulheres em tratamento para câncer, transplantadas); normas de atendimento em casos de anencefalia e outras anomalias fetais; aspectos ético-legais dos métodos contraceptivos definitivos.

**Habilidades:** Atendimento a pacientes com má história obstétrica, tais como aborto habitual e óbito fetal recorrente; condução adequada de intercorrências clínicas e obstétricas prevalentes na gestação como anemia, infecção urinária, doença trofoblástica gestacional, hipertensão, diabetes, doenças infecciosas, crescimento fetal anormal e gestação múltipla; interpretação adequada dos exames complementares, incluindo vitalidade e testes de risco fetal; aconselhamento quanto aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em obstetria, incluindo procedimentos invasivos (amniocentese, biópsia de vilos coriais, cordocentese e cirurgias fetais intrauterinas); identificação de fatores que dificultam ou contraídicam o aleitamento materno e orientações pertinentes; orientações específicas sobre contracepção para pacientes com condições clínicas especiais que dificultam a contracepção; acompanhamento de mulheres soropositivas (HIV).

**Atitudes:** Estabelece vínculo e comunicação efetiva com a gestante, estimulando a participação do acompanhante e/ou familiares de escolha da mulher nas consultas de pré-natal.

### EPA 3

## PROMOVENDO ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL

### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Maternidade, centro obstétrico e centro cirúrgico.

**Consulta clínica:** Atendimento a gestantes de risco habitual, registro e interpretação do partograma gráfico ou descritivo.

**Procedimentos:** Cardiotocografia intraparto, assistência ao parto vaginal espontâneo, episiotomia seletiva, recepção do recém-nascido (medidas iniciais) e contato pele a pele com a mãe, identificação das lacerações perineais e correção daquelas de primeiro e segundo

grau, aplicação do fórceps e/ou vácuo extrator, parto cesáreo eletivo e em parturientes sem cesárea prévia, manobras específicas (parto pélvico e distocias de ombro), dequitação placentária, manobras de prevenção da hemorragia puerperal, manejo inicial das complicações durante o parto e inserção de dispositivo intrauterino (DIU) intraparto.

**Tratamentos específicos:** Indução e condução do trabalho de parto, maturação cervical, tratamento não farmacológico da dor durante o trabalho de parto e medidas iniciais para hemorragia puerperal.

**Orientações específicas:** Evolução do trabalho de parto, via de parto e aleitamento materno na primeira hora.

**Atividades em grupo ou equipe:** Assistência ao trabalho de parto e ao parto de risco habitual por equipe multiprofissional.

### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Assistência ao parto de alto risco.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbimortalidade materna e fetal.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, procedimentos, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Anatomia do assoalho pélvico, vascularização e inervação da pelve e períneo, avaliação básica da bacia obstétrica e mecanismo do parto, rotina de cuidados obstétricos durante o trabalho de parto e parto sem complicações, indicações da cirurgia cesariana, indicações e contraíndicações do parto instrumentalizado (fórceps e vácuo), classificação da parturiente segundo os critérios de Robson e políticas públicas de assistência ao parto

**Habilidades:** Toque vaginal para avaliação da pelve óssea, variedade de apresentação e dilatação cervical, diagnóstico de trabalho de parto (inclusive o pré-termo), acompanhamento e assistência ao trabalho de parto com utilização do partograma e monitorização da vitalidade fetal (cardiotocografia intraparto), identificação das evoluções eutócicas e distócicas do trabalho de parto e dos casos que necessitam de transferência ao serviço especializado, acompanhamento e assistência ao parto normal sem complicações, proteção perineal, episiotomia seletiva e manejo das lacerações de primeiro e segundo grau, parto cesáreo em parturientes sem cesárea prévia, manejo inicial das complicações durante o parto, inserção de DIU e implantes

contraceptivos subdérmicos intraparto, e procedimentos rotineiros ou de pequena complexidade na recepção de recém-nascidos.

**Atitudes:** Assistência ao trabalho de parto e parto com segurança e respeito.

#### EPA 4

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA AO PARTO DE ALTO RISCO

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Centro obstétrico, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva.

**Consulta clínica:** Diagnóstico e atendimento à gestação de alto risco, registro e interpretação do partograma, diagnóstico de trabalho de parto complicado, identificação das distocias, monitorização contínua ou intermitente da vitalidade fetal intraparto, com identificação das alterações e implementação das medidas necessárias, monitorização clínica materna durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, identificação de fatores de risco, diagnóstico e manejo do trabalho de parto pré-termo e diagnóstico e manejo da rotura prematura de membranas.

**Procedimentos:** Cardiotocografia intraparto, amniocopia, assistência ao parto distócico (incluindo as manobras específicas de assistência ao parto pélvico e distocias de ombro); parto gemelar (incluindo versão interna e extração podálica do segundo gemelar); parto vaginal em casos de óbito fetal; aplicação do fórceps e vácuo extrator; correção de roturas perineais de terceiro e quarto grau; parto cesáreo em situações especiais (com cesárea prévia, segundo estágio do trabalho de parto, prematuridade extrema, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, gravidez múltipla, apresentações anômalas, obesidade mórbida materna e *perimortem*); identificação e abordagem inicial das lesões de trato urinário e de alças intestinais; recepção e abordagem inicial do recém-nascido deprimido.

**Tratamentos específicos:** Indução e condução de trabalho de parto em gestações de alto risco; maturação cervical; tratamento farmacológico e não farmacológico da dor durante o trabalho de parto de alto risco. Profilaxia da hemorragia pós-parto.

**Orientações específicas:** Evolução anormal do trabalho de parto e parto, prognósticos em situação de alto risco e comunicação de más notícias.

**Encaminhamentos:** Avaliações de outras especialidades médicas e unidade de terapia intensiva.

**Atividades em grupo ou equipe:** Assistência ao trabalho de parto e ao parto de alto risco em equipe interdisciplinar especializada.

#### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Assistência pré-natal e assistência ao parto de risco habitual.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbimortalidade materna e fetal.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, procedimentos, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

#### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Assistência obstétrica básica e avançada baseada em evidências, anatomia do assoalho pélvico, vascularização e inervação da pelve e períneo; avaliação da bacia obstétrica e mecanismo do parto; rotina de cuidados obstétricos durante o trabalho de parto e parto com complicações; indicações corretas da cirurgia cesariana; classificação da parturiente segundo os critérios de Robson; indicações, contraindicações e técnicas do parto instrumentalizado (fórceps e vácuo); políticas públicas vigentes de assistência ao parto; fatores de risco de acretismo placentário e manobras a serem evitadas durante o parto com tal complicação.

**Habilidades:** Acompanhamento e assistência ao trabalho de parto e ao parto de alto risco; acompanhamento e assistência na evolução de distocia no trabalho de parto; assistência adequada em complicações intraparto; partos instrumentalizados, utilizando fórceps e vácuo; manobras específicas de assistência a parto pélvico e distocia de ombro; assistência adequada às lacerações de terceiro e quarto grau do canal de parto; assistência intraparto a gestantes de feto com má-formação.

**Atitudes:** Assistência ao trabalho de parto e ao parto de alto risco com segurança, respeito e empatia; comunicação adequada de más notícias.

#### EPA 5

### PROMOVENDO A ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PUERPÉRIO

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Enfermaria, atenção primária e ambulatório.

**Consulta clínica:** Acompanhamento do puerpério.

**Procedimentos:** Inserção de dispositivos intrauterinos, retirada de pontos, drenagem de abscessos, cuidados com ferida operatória e tratamento cirúrgico de complicações puerperais.



**Tratamentos específicos:** Indução da lactação, inibição da lactação, prescrição de métodos contraceptivos e cuidados pós-operatórios.

**Orientações específicas:** Orientações sobre contracepção e planejamento familiar, orientações sobre aleitamento materno e prevenção de complicações puerperais.

**Encaminhamentos:** A outras especialidades, quando necessário.

**Atividades em grupo ou equipe:** Interação com equipe multidisciplinar no acompanhamento a puérperas com complicações.

## LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Hemorragia pós-parto e complicações puerperais tratadas em situação de urgência (correspondem à EPA 6).

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbimortalidade materna.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame clínico, raciocínio clínico/investigação, plano de cuidados, procedimentos, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente, atuação no sistema de saúde.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Assistência ao puerpério normal, fatores de risco, sintomas e sinais das complicações puerperais (hemorragia, pré-eclâmpsia grave), fisiologia do aleitamento, técnicas e cuidados durante o aleitamento natural e induzido, tratamento das principais complicações durante o aleitamento, inibição da lactação, transtornos do humor do pós-parto, cuidados pós-operatórios, planejamento familiar e aconselhamento contraceptivo, cuidados pós-abortamento e cuidados pós-gestação molar, e acompanhamento clínico de pacientes com complicações graves (tromboflebite séptica puerperal, hipertensão de difícil controle e embolia pulmonar).

**Habilidades:** Implementação de medidas preventivas para as principais intercorrências do puerpério; identificação e tratamento das intercorrências puerperais de baixa complexidade; aconselhamento sobre risco de recorrência de complicações puerperais; orientação de técnicas de aleitamento materno; tratamento das patologias do aleitamento materno (traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite aguda puerperal); inibição e indução da lactação, quando necessário; identificação, tratamento inicial e encaminhamento dos transtornos do humor no pós-parto; cuidados com ferida operatória e infecção cirúrgica; inserção de dispositivo intrauterino (DIU) e implantes subdérmicos

contraceptivos; orientação contraceptiva; tratamento de puérperas com complicações de maior complexidade (hemorragia, eclâmpsia grave, tromboflebite séptica puerperal, hipertensão de difícil controle e embolia pulmonar), inclusive o acompanhamento em unidade de terapia intensiva; interpretação da análise histopatológica de produtos de abortamento; seguimento de gestação pós-molar e encaminhamento, quando necessário.

**Atitudes:** Construção de plano de cuidados compartilhado com a paciente; encaminhamento da paciente para equipe multiprofissional (psiquiatria, psicologia – transtornos do humor no pós-parto –; oncologia clínica – pós-gestação molar); condução de pacientes com complicações graves do puerpério; transferência de pacientes com complicações graves (clínicas ou cirúrgicas); trabalho em equipe multiprofissional (pacientes em cuidados de terapia intensiva, pós-gestação molar, transtornos do humor no pós-parto).

## EPA 6

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Unidades de pronto atendimento, unidade de internação, centro obstétrico e centro cirúrgico.

**Consulta clínica:** Identificação e classificação de risco, atendimento às urgências e emergências obstétricas, intercorrências e complicações agudas prevalentes na gestação (abortamento, gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, prolapso de cordão, placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal agudo, crises hipertensivas e convulsivas, eclâmpsia, abdome agudo, choque hemorrágico, sepse e outras emergências clínicas).

**Procedimentos:** Cardiotocografia anteparto/intraparto, identificação e abordagem do prolapso de cordão umbilical, inversão e rotura uterina; curagem, curetagem uterina ou aspiração manual intrauterina, tratamento cirúrgico da gestação ectópica (laparotomia ou laparoscopia), parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator), manobras para tratamento da distocia de ombro, cesariana de urgência, tratamento cirúrgico da hemorragia pós-parto (suturas compressivas do útero, indicação e utilização do balão de tamponamento e traje antichoque) e tratamento cirúrgico da hemorragia puerperal (suturas hemostáticas, ligaduras vasculares e histerec-tomia puerperal).

**Tratamentos específicos:** Ressuscitação volêmica, indicação de terapia intensiva, antibioticoterapia inicial para tratamento da sepse, tratamento medicamentoso da crise hipertensiva, profilaxia de eclâmpsia, tratamento clínico da gravidez ectópica, coordenação e implementação do tratamento da hemorragia pós-parto, incluindo

a sequência de ações, tratamentos farmacológicos e terapias com hemoderivados.

**Orientações específicas:** Situação clínica da gestante (identificação de risco).

**Encaminhamentos:** Interconsulta, quando necessário.

**Atividades em grupo ou equipe:** Coordenação e assistência às urgências e emergências obstétricas em equipe multiprofissional.

### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** atendimentos eletivos em obstetrícia.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Morte materna ou fetal; aumento de morbidade materna ou fetal; sequelas na saúde reprodutiva (infertilidade).

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, procedimentos, comunicação interdisciplinar, com pacientes e familiares, registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e comunicação de más notícias.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Diagnóstico síndrome das urgências obstétricas, urgências hipertensivas e suas complicações, prolapso de cordão, distocia de ombro e sofrimento fetal agudo, hemorragias durante a gravidez (abortamentos, doença trofoblástica gestacional, gravidez ectópica, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta) e parto, hemorragias do pós-parto e sepse na gestação

**Habilidades:** Tratamento cirúrgico nas urgências e emergências de maior complexidade em nível hospitalar: descolamento e/ou acretismo placentário, ruptura uterina; sequenciamento de atendimento de hemorragia pós-parto (inclui suturas compressivas, histerectomia, indicação de hemotransfusão e cirurgia de controle de danos); atendimento ao choque séptico ou hemorrágico com condução inicial de pacientes críticos (manejo de droga vasoativa, resgate volêmico), manobras de suporte à vida (ressuscitação cardiorrespiratória e intubação orotraqueal); laparotomia exploradora e tratamento cirúrgico em casos de abdome agudo hemorrágico; parto cesáreo de urgência, parto instrumental (fórceps ou vácuo extrator), manobras para extração do feto com distocia de ombro.

**Atitudes:** Liderança no atendimento de urgência e emergência da gestante, interação com equipe multiprofissional e interdisciplinar, comunicação de más notícias e atendimento à mulher com perda gestacional com segurança e respeito.

## EPA 7

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS GINECOLÓGICAS

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Pronto atendimento de urgência e centro cirúrgico.

**Consulta clínica:** Atendimento a mulheres em situações de urgência ou emergência de causa ginecológica.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Ultrassonografia pélvica e transvaginal de urgência, tomografia computadorizada abdominal e pélvica, e exames laboratoriais.

**Procedimentos:** Sutures hemostáticas de lesões traumáticas do trato genital feminino, curetagem uterina semiótica, laparotomia exploradora, videolaparoscopia, drenagem e sutura de lesões infecciosas ou hemorrágicas do trato genital feminino, incluindo drenagem de abscessos, exérese ou marsupialização da glândula de Bartholin e retirada de corpo estranho do trato genital feminino.

**Tratamentos específicos:** Prescrição de antibióticos para infecções agudas do trato genitourinário feminino e manejo clínico da hemorragia e da sepse de causa ginecológica.

**Orientações específicas:** Aconselhamento da paciente e parceria sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e sobre o futuro reprodutivo.

**Encaminhamentos:** Unidade de tratamento intensivo e outras especialidades.

**Atividades em grupo ou equipe:** Abordagem interdisciplinar nas urgências.

#### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Afecções crônicas do trato genital feminino.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbidade e do risco de morte em mulheres.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, planejamento terapêutico, execução de habilidade técnica proposta, comunicação e registro, ética e profissionalismo, segurança da paciente, atuação no sistema de saúde.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Anatomia do trato genital feminino; avaliação e tratamento das causas de sangramento uterino anormal; avaliação e tratamento das causas de

lesões genitais agudas, avaliação e tratamento das causas de infecções genitais agudas.

**Habilidades:** Avaliação clínica ginecológica (história e exame físico), formação de vínculo, comunicação efetiva, manuseio de ecógrafo para avaliação de urgência (quando indicado), abordagem cirúrgica das afecções intrapélvicas (laparotomia e videolaparoscopia), curetagem semiótica e abordagem cirúrgica das afecções do colo uterino, vagina e vulva.

**Atitudes:** Planejamento terapêutico detalhado contemplando necessidade de outras especialidades, quando indicado.

## EPA 8

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS INFECÇÕES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção primária, ambulatorio e pronto atendimento.

**Consulta clínica:** Atendimento à mulher com doença infecciosa do trato genital.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Coleta de exame direto e bacterioscopia de conteúdo vaginal, culturas específicas, sorologias e métodos de biologia molecular.

**Procedimentos:** Biópsia de lesões genitais e procedimentos terapêuticos para condilomatose genital.

**Tratamentos específicos:** Tratamento medicamentoso das doenças infecciosas genitais.

**Orientações específicas:** Aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), prevenção de doenças infectocontagiosas e imunizações.

**Encaminhamentos:** Interconsulta com outras especialidades médicas.

**Atividades em grupo ou equipe:** Educação em saúde e aconselhamento em ISTs.

#### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Tratamento cirúrgico da doença inflamatória pélvica.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Complicações ginecológicas, como infertilidade e dor pélvica; aumento da morbimortalidade em mulheres.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** Consulta clínica, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, procedimentos, comunicação e registro, ética e profissionalismo, e segurança da paciente.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Quadro clínico das doenças infecciosas genitais, procedimentos diagnósticos e tratamento adequado para corrimentos e úlceras genitais mais prevalentes, e aspectos ético-legais do atendimento em ISTs.

**Habilidades:** Aconselhamento sobre ISTs, vacinação e sexualidade. Prescrição e orientação sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Coleta de material para exames citológicos, microbiológicos, histopatológicos e de biologia molecular. Biópsia de lesões genitais.

**Atitudes:** Construção de um plano de cuidados compartilhado com a paciente contemplando as parcerias, reconhecimento da necessidade e transferência de pacientes com complicações ou refratariedade ao tratamento e ética em abordagem de ISTs.

## EPA 9

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS LESÕES PRÉ-MALIGNAS DO TRATO GENITAL

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção primária e secundária, ambulatorio e centro cirúrgico.

**Consulta clínica:** Atendimento à mulher com lesão pré-maligna no trato genital.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Citologia cervicovaginal e de teste de biologia molecular e ultrassonografia transvaginal e pélvica.

**Procedimentos:** Colposcopia, histeroscopia, biópsia do trato genital e cirurgia de alta frequência.

**Tratamentos específicos:** Tratamento hormonal da hiperplasia de endométrio.

**Orientações específicas:** Aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e sobre o futuro reprodutivo, imunizações, uso de medicamentos e acompanhamento das lesões.

**Encaminhamentos:** Interconsulta com outras especialidades médicas.

**Atividades em grupo ou equipe:** NDN.

#### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Tratamentos oncológicos.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Progressão de lesão para câncer, subdiagnóstico, tratamentos desnecessários e aumento da morbimortalidade.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** Consulta clínica, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, procedimentos,

comunicação e registro, ética e profissionalismo, e segurança da paciente.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Prevenção primária e secundária de câncer genital e tratamento adequado para lesões pré-cancerosas do trato genital inferior; aspectos ético-legais do atendimento em ISTs

**Habilidades:** Aconselhamento sobre ISTs e vacinação. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos, como coleta de citologia e de biologia molecular, colposcopia e biópsia do trato genital inferior (colo, vulva, vagina, ânus), cauterização química ou elétrica e cirurgia de alta frequência

**Atitudes:** Construção de um plano de cuidados compartilhado com a paciente contemplando as parcerias, reconhecimento da necessidade e encaminhamento de pacientes com suspeita de lesão invasiva, e ética em abordagem de ISTs.

### EPA 10

## PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Ambulatório, centro cirúrgico e enfermaria.

**Consulta clínica:** Atendimento a pacientes com neoplasia maligna do trato genital diagnosticada ou suspeita.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Exames complementares necessários para o diagnóstico e estadiamento do câncer ginecológico, incluindo exames de imagem.

**Procedimentos:** Colposcopia, histeroscopia, biópsias do trato genital, conização por bisturi a frio e cirurgia de alta frequência, salpingo-ooforectomia, histerectomia total com anexectomia, histerectomia tipo I de Piver, vulvectomia superficial e vulvectomia simples.

**Tratamentos específicos:** NDN.

**Orientações específicas:** Preservação da fertilidade e seguimento periódico após tratamento.

**Encaminhamentos:** Para outras especialidades.

**Atividades em grupo ou equipe:** Discussão das possibilidades de preservação da fertilidade e dos possíveis tratamentos multiprofissionais.

### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Orientações sobre os tratamentos adjuvantes e aconselhamento genético.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Perda temporal da janela de oportunidade para o início do tratamento primário e adjuvante, morbimortalidade de mulheres.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico completo e segmentar, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

Conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias (matriz de competência)

**Conhecimentos:** Anatomia abdominal, pélvica e da genitália externa (parede abdominal e assoalho pélvico, estruturas ósseas, inervação, vascularização, linfonodos e vísceras). Tipos de exames de rastreamento do câncer de colo do útero: vantagens e desvantagens dos métodos, início, periodicidade e até que idade rastrear. Tipos de exames de imagem e suas indicações. Estadiamento do câncer de ovário, tubas uterinas e peritônio, câncer do endométrio, sarcomas, câncer do colo de útero, câncer de vagina e câncer de vulva. Tipos de incisões cirúrgicas. Indicações dos tratamentos.

**Habilidades:** Palpação abdominal, palpação da região inguinal, exame especular, colposcopia, toque vaginal (presença de tumores uterinos e/ou anexiais e/ou vaginal), toque retal (avaliar paramétrios). Biópsia do endométrio, do colo do útero, da vagina e da vulva. Interpretação dos resultados histopatológicos. Conização a frio e por eletrocirurgia. Realização de cirurgias (histerectomias e vulvectomias). Tratamento das complicações.

**Atitudes:** Suspeitar e diagnosticar câncer ginecológico.

### EPA 11

## PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MASTOLOGIA

### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Unidade Básica de Saúde (UBS), ambulatório, centro cirúrgico e enfermaria.

**Consulta clínica:** Atendimento a pacientes com queixas mamárias e rastreamento individualizado para o câncer de mama.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Mamografia, ultrassonografia mamária, ressonância nuclear magnética e tomossíntese.

**Procedimentos:** Procedimentos diagnósticos (punção aspirativa por agulha fina de cistos e nódulos mamários, e biópsia percutânea com agulha grossa sob visualização direta), procedimentos cirúrgicos no tratamento das afecções mamárias benignas de baixa complexidade (drenagem de abscessos, punção de cistos mamários com ou sem orientação ecográfica, exérese de ductos principais e exérese de nódulos palpáveis) e

procedimentos cirúrgicos de maior complexidade (exérese de mama axilar acessória, fistulectomia, tratamento cirúrgico da ginecomastia, ressecção segmentar mamária e mastectomias totais simples).

**Tratamentos específicos:** Tratamentos medicamentosos para afecções mamárias benignas.

**Orientações específicas:** Orientações de prevenção primária ao câncer de mama, orientação ao aleitamento materno, rastreamento do câncer de mama, orientações à população de alto risco.

**Encaminhamentos:** A outras especialidades.

**Atividades em grupo ou equipe:** Combate ao câncer de mama em equipe multiprofissional – prevenção primária, secundária e terciária. Incentivo ao aleitamento materno.

## LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Cirurgias estéticas e reconstrutivas mamárias e tratamento clínico e cirúrgico para o câncer de mama.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Perda temporal da janela de oportunidade para o início do tratamento primário do câncer de mama; aumento das taxas de morbidade e mortalidade por câncer de mama; abandono do aleitamento materno.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, construção de planos de cuidados, procedimentos, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Anatomia e fisiologia das glândulas mamárias e drenagem linfática, aleitamento materno, afecções mamárias benignas e malignas mais prevalentes (mastalgia cíclica e acíclica, alterações funcionais, cistos e nódulos mamários, processos infecciosos e inflamatórios, fluxo papilar e câncer de mama), exames diagnósticos em mastologia e classificação BI-RADS, estadiamento do câncer de mama, modalidades terapêuticas para o câncer de mama e sua sequência no tratamento, e políticas públicas no combate ao câncer de mama.

**Habilidades:** Realizar adequadamente o aconselhamento sobre aleitamento materno; realizar avaliação, elaborar diagnóstico diferencial e estabelecer o tratamento inicial nas patologias mamárias benignas; identificar mulheres de alto risco para o câncer de mama utilizando dados clínicos e modelos de cálculo de risco e elaborar planos de cuidado no nível de atenção primária; propor medidas de prevenção primária para pacientes de alto risco para câncer de mama; orientar

o rastreamento do câncer de mama em nível de atenção primária; realizar procedimentos de baixa complexidade, além de procedimentos de investigação inicial de afecções mamárias; realizar procedimentos cirúrgicos de maior complexidade relacionados às patologias mamárias; acompanhar e prestar assistência adequada no pós-operatório de cirurgias mamárias (oncológicas ou não); propor medidas de acompanhamento de pacientes submetidas a tratamento oncológico de câncer de mama.

**Atitudes:** Elaborar planos de acompanhamento, encaminhamento e tratamento em casos de anormalidade do exame clínico, mamografia ou ultrassonografia, indicando, quando necessário, o tipo de biópsia ideal para cada situação; utilizar abordagem multidisciplinar e hierarquizada (nos níveis primário, secundário e terciário de atenção) para pacientes com patologias mamárias complexas.

## EPA 12

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Ambulatório, centro cirúrgico e enfermaria.

**Consulta clínica:** Atendimento à mulher que apresenta disfunções do assoalho pélvico.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Uretrocistoscopia e estudo urodinâmico.

**Procedimentos:** Correção cirúrgica de incontinência urinária de esforço, correção cirúrgica de prolapso genital (colpoplastia anterior, colpoplastia posterior, perineoplastia, histerectomia vaginal por prolapso uterino e colpocleise) e histerectomia vaginal sem prolapso.

**Tratamentos específicos:** Tratamento clínico da incontinência urinária e manejo de pessários para prolapso genital.

**Orientações específicas:** Orientação de medidas comportamentais e orientação de exercícios perineais.

**Encaminhamentos:** Fisioterapia e outras especialidades.

**Atividades em grupo ou equipe:** Orientações educacionais e prevenção das disfunções do assoalho pélvico.

#### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Tratamento de fístulas urogenitais, procedimentos intravesicais e cirurgias pélvicas reconstrutivas complexas.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbidade e piora da qualidade de vida da mulher.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, planejamento terapêutico, execução de

habilidade técnica proposta, comunicação e registro, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Demonstra conhecimento básico sobre fisiologia e anatomia funcional do assoalho pélvico; formula diagnóstico diferencial das desordens do assoalho pélvico.

**Habilidades:** Avalia e interpreta adequadamente os resultados dos exames de investigação das desordens do assoalho pélvico, tais como exames de imagem em uroginecologia, manometrias, estudo urodinâmico e uretrocistoscopia; identifica novos planos de cuidado para as condições de insucesso terapêutico nas desordens do assoalho pélvico; identifica as necessidades de tratamento multiprofissional nas desordens do assoalho pélvico e mobiliza a equipe multiprofissional envolvida.

**Atitudes:** Identifica as necessidades de tratamento multiprofissional nas desordens do assoalho pélvico e mobiliza a equipe multiprofissional envolvida.

#### EPA 13

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA DOR PÉLVICA CRÔNICA

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Ambulatório e centro cirúrgico.

**Consulta clínica:** Avaliação e acompanhamento de mulheres com queixa de dor pélvica crônica.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Ultrassonografia pélvica, tomografia abdominal, ressonância pélvica e outros exames para o diagnóstico diferencial de dor pélvica crônica.

**Procedimentos:** Videolaparoscopia diagnóstica/cirúrgica e com realização de procedimentos simples (cistos ovarianos, adesiólise).

**Tratamentos específicos:** Tratamento hormonal e não hormonal da dor pélvica crônica.

**Orientações específicas:** Atividade física e orientação nutricional.

**Encaminhamentos:** Fisioterapia, psicologia, nutrição e outras especialidades médicas.

**Atividades em grupo ou equipe:** Grupos de apoio.

#### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Disfunções sexuais e dispareunia.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbidade e piora da qualidade de vida.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, procedimentos, planejamento terapêutico, execução de habilidade técnica proposta, comunicação e registro, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

### CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS (MATRIZ DE COMPETÊNCIA)

**Conhecimentos:** Demonstra conhecimento básico sobre fisiologia e anatomia funcional da pelve; formula diagnóstico diferencial da dor pélvica crônica.

**Habilidades:** Realiza exame físico com manobras voltadas para avaliação de dor pélvica, avalia e interpreta adequadamente os resultados dos exames de investigação das desordens da pelve, tais como exames de imagem; identifica as necessidades de tratamento multiprofissional nas desordens do assoalho pélvico e mobiliza a equipe multiprofissional envolvida.

**Atitudes:** Identifica as necessidades de tratamento multiprofissional na dor pélvica crônica e mobiliza a equipe multiprofissional envolvida.

#### EPA 14

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Ambulatório, unidades de pronto atendimento, centro cirúrgico e enfermaria.

**Consulta clínica:** Avaliação clínica do sangramento uterino anormal (SUA). Diferenciação entre SUA agudo ou crônico. Diagnóstico de causas estruturais e não estruturais.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Quantificar a perda sanguínea, afastar causas gestacionais, exames específicos de investigação das causas estruturais/não estruturais do SUA.

**Procedimentos:** Biópsias para avaliação endometrial (Pipelle, Novak, curetagem) e histeroscopia com biópsia dirigida.

**Tratamentos específicos:** Indicação de tratamento cirúrgico para SUA de causa estrutural. Indicação de tratamentos medicamentosos hormonais e não hormonais para SUA.

**Orientações específicas:** Observação e registro das perdas sanguíneas. Sinais de alerta para instabilidade hemodinâmica.

**Encaminhamentos:** Interconsulta com outras especialidades médicas.

**Atividades em grupo ou equipe:** NDN.

## LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Realização de procedimentos cirúrgicos ou propeidêutica complementar de maior complexidade, investigação e tratamento de outras irregularidades menstruais.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbidade, piora na qualidade de vida da paciente, sequelas na saúde reprodutiva, infertilidade e risco de morte.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, comunicação interdisciplinar, com pacientes e familiares, registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e comunicação de más notícias.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Diagnóstico dos quadros de SUA agudo e crônico e diferenciação das possíveis causas estruturais e não estruturais relacionadas ao SUA

**Habilidades:** Indicação do tratamento cirúrgico adequado para causas estruturais de SUA ou refratários a outros tipos de tratamentos, prescrição e acompanhamento dos tratamentos medicamentosos hormonais e não hormonais e manejo de seus efeitos adversos e abordagem de casos críticos ou de risco associados à instabilidade hemodinâmica da paciente.

**Atitudes:** Liderança no atendimento integral à paciente com SUA, interação com equipe multiprofissional e interdisciplinar, comunicação de más notícias e atendimento à mulher com SUA com segurança, eficiência e respeito

### EPA 15

## PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA CONTRACEÇÃO E PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção primária, ambulatório e centro cirúrgico.

**Consulta clínica:** Consulta para planejamento reprodutivo (concepção e contraceção).

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** NDN.

**Procedimentos:** Inserção e retirada de dispositivos intrauterinos (hormonais e não hormonais), inserção e retirada de implante subcutâneo e realização de laqueadura tubária.

**Tratamentos específicos:** NDN.

**Orientações específicas:** Aconselhamento sobre concepção e fertilidade. Aconselhamento sobre uso correto de métodos contraceptivos, contraindicações, vantagens e desvantagens, eficácia e efeitos adversos dos métodos

contraceptivos. Orientação sobre esterilização cirúrgica voluntária, de acordo com a legislação vigente.

**Atividades em grupo ou equipe:** Grupos de aconselhamento e planejamento familiar.

## LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Inserção de dispositivo intrauterino (DIU) pós-parto.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Gravidez não planejada e aumento da morbimortalidade materna e fetal.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** Consulta clínica, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, procedimentos, comunicação e registro, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Opções de métodos contraceptivos hormonais e não hormonais, sua indicação, eficácia, reversibilidade, forma de uso, riscos, benefícios, complicações, contraindicações e elegibilidade (incluindo a contraceção de emergência), e aspectos ético-legais dos métodos contraceptivos definitivos.

**Habilidades:** Aconselhamento sobre a eficácia, riscos, benefícios, complicações e contraindicações e métodos contraceptivos disponíveis, avaliação das preferências e condições de uso pela paciente, prescrição, orientação e aconselhamento sobre o uso dos métodos contraceptivos reversíveis e sobre os procedimentos de esterilização feminina e masculina, orientações específicas sobre contraceção para pacientes com condições clínicas especiais que dificultam a contraceção, inserção de DIU e implante contraceptivo subdérmico, realização de laqueadura tubária e manejo das complicações decorrentes da utilização de métodos contraceptivos

**Atitudes:** Construção de um plano de cuidados compartilhado com a paciente, contemplando o uso de métodos contraceptivos, encaminhamento aos programas de planejamento familiar dos casais que desejam e apresentam critérios favoráveis para anticoncepção definitiva, e reconhecimento da necessidade e transferência de pacientes com complicações graves relacionadas ao uso de métodos contraceptivos.

### EPA 16

## PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM GINECOLOGIA ENDÓCRINA

### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção primária e ambulatório.

**Consulta clínica:** Atendimento e acompanhamento de mulheres que apresentam queixas relacionadas a

disfunções hormonais (amenorreia, anovulação crônica, galactorreia, acne, hirsutismo, hipotireoidismo, síndrome metabólica e tensão pré-menstrual).

**Exames específicos (solicitação e interpretação):**

Ultrassonografia transvaginal, dosagens hormonais, testes funcionais e investigação da síndrome metabólica. Densitometria óssea, exames de imagem de sela túrcica, cariótipo banda G e pesquisa do X frágil.

**Procedimentos:** NDN.

**Tratamentos específicos:** Tratamento das disfunções hormonais do eixo reprodutivo, síndrome metabólica, hiperprolactinemia, hiperandrogenismo e síndrome dos ovários policísticos.

**Orientações específicas:** Mudanças de estilo de vida (dieta e atividade física) e registro dos ciclos menstruais.

**Encaminhamentos:** Nutricionistas, psicólogos, educador físico e outras especialidades médicas.

**Atividades em grupo ou equipe:** Grupos de promoção à saúde.

## LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Investigação e tratamento da infertilidade conjugal, sangramento uterino anormal, distúrbios hormonais da infância e puberdade, e climatério.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da morbidade e piora da qualidade de vida.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:**

Consulta clínica, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, comunicação e registro, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Anatomia pélvica e das estruturas envolvidas na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, fisiologia do ciclo menstrual, impacto de endocrinopatias não ginecológicas sobre o funcionamento adequado do sistema reprodutivo, desenvolvimento puberal normal e anormal, fisiopatologia da anovulação hiperandrogênica, diagnóstico diferencial das endocrinopatias virilizantes, diagnóstico diferencial das amenorreias primárias e secundárias, diagnóstico de distúrbios alimentares, fisiopatologia e tratamento da hiperprolactinemia, efeitos do hipoestrogenismo sobre a saúde feminina e seu impacto sobre a massa óssea, resposta sexual feminina e aspectos biopsicossociais da construção da sexualidade, familiaridade com os principais fármacos utilizados em ginecologia endócrina (suas indicações e contraindicações), investigação do casal infértil, diagnóstico e abordagem clínica de malformações müllerianas.

**Habilidades:** Aconselhamento sobre o ciclo menstrual normal e período fértil; investigação e manejo de afecções endócrinas mais prevalentes em equipe multiprofissional; prescrição e acompanhamento de ciclos induzidos para procedimentos de reprodução assistida de baixa complexidade; orientação (técnica de Frank) e acompanhamento de pacientes com agenesia vaginal e malformações do seio urogenital.

**Atitudes:** Construção de um plano de cuidados, compartilhado com a paciente, das condições e afecções relacionadas a ginecologia endócrina, infertilidade, disfunções sexuais e malformações do seio urogenital e transferência de pacientes para serviços especializados, se necessário.

## EPA 17

### PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO CASAL INFÉRTIL

#### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Ambulatório.

**Consulta clínica:** Atendimento e acompanhamento de casais inférteis e em situações especiais (casais homoafetivos, transgêneros e indivíduos que desejam gestação monoparental) e mulheres com histórico de perdas gestacionais recorrentes.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):**

Exames de investigação da reserva ovariana e fatores ovulatório, uterino, tuboperitoneal e masculino e causas relacionadas a perda gestacional recorrente.

**Procedimentos:** Histeroscopia diagnóstica e biópsia de endométrio.

**Tratamentos específicos:** Planejamento, prescrição e acompanhamento de ciclos induzidos para procedimentos de baixa complexidade, incluindo indução da ovulação com indutores orais; tratamento de pacientes com síndrome do hiperestímulo ovariano.

**Orientações específicas:** Orientação sobre os principais procedimentos terapêuticos utilizados e chances de sucesso no tratamento da paciente infértil (inseminação intrauterina, fertilização *in vitro* convencional e injeção intracitoplasmática de espermatozoides, banco de sêmen, ovodoação e cessão temporária do útero); informação aos pacientes sobre os aspectos éticos e legais envolvendo técnicas de reprodução assistida.

**Encaminhamentos:** A serviços especializados em reprodução assistida; encaminhamento de pacientes de causas não oncológicas para preservação da fertilidade masculina e feminina.

**Atividades em grupo ou equipe:** NDN.



## LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Realização de procedimentos cirúrgicos, inseminação intrauterina ou técnicas de alta complexidade e propeidêutica complementar específica.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Insucessos terapêuticos decorrentes da desinformação e má orientação dos pacientes, aumento da morbidade na vigência da síndrome do hiperestímulo ovariano e multiparidade.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, comunicação interdisciplinar, com pacientes e familiares, registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e comunicação de más notícias.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Diagnóstico de infertilidade, fecundidade e fertilidade e diferenciação das possíveis causas relacionadas ao problema; realização do aconselhamento reprodutivo e orientação sobre a fertilidade natural; identificação de pacientes elegíveis para preservação da fertilidade; orientação sobre os tratamentos de baixa e alta complexidade disponíveis e suas técnicas adjuvantes; avaliação dos fatores de risco que comprometem os tratamentos e a fertilidade futura da paciente.

**Habilidades:** Interpretação de exames básicos da propeidêutica de infertilidade; instituição e acompanhamento dos tratamentos de baixa complexidade, como indução da ovulação com indutores orais e injetáveis; reconhecimento e abordagem dos pacientes com síndrome do hiperestímulo ovariano. Histeroscopia e biópsia dirigida de endométrio.

**Atitudes:** Liderança no atendimento integral à paciente infértil, interação com equipe multiprofissional e interdisciplinar, comunicação de más notícias e atendimento à paciente infértil com segurança, eficiência e respeito.

### EPA 18

## PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE GINECOLÓGICA INFANTO-PUBERAL

### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção secundária ou terciária e ambulatorio.

**Consulta clínica:** Crianças e adolescentes que apresentam queixas relacionadas à esfera de atuação do ginecologista e obstetra, incluindo os desvios do crescimento e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, amenorreia primária, puberdade precoce e tardia, malformações do aparelho reprodutor feminino, traumatismos, neoplasias e infecções do trato genital inferior, e distúrbios menstruais da puberdade.

### Exames específicos (solicitação e interpretação):

Dosagens hormonais (hormônio tireostimulante, hormônio folículo-estimulante, prolactina e androgênios), cariótipo, exames de imagem (ultrassom e ressonância magnética), exame a fresco de secreção vaginal e radiografia de mãos e punhos para avaliar idade óssea.

**Procedimentos:** Ninfoplastia, vaginoscopia e tratamento cirúrgico do hímen imperfurado.

**Tratamentos específicos:** Prescrição de estrogênios, progestagênios e análogos de GnRH.

**Orientações específicas:** Calendário vacinal, higiene íntima, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e contracepção.

**Encaminhamentos:** Outras especialidades médicas, psicologia e serviço social.

**Atividades em grupo ou equipe:** Grupos de adolescentes.

## LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Cirurgias corretivas de malformações müllerianas, abordagem de pacientes vítimas de abuso sexual (EPA 21) e sangramento uterino anormal (EPA 14).

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Retardo de diagnóstico e tratamento.

### Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:

História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, construção de plano diagnóstico e terapêutico, comunicação e registro, atuação no sistema de saúde, ética e profissionalismo.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Desenvolvimento puberal normal e anormal; resposta sexual feminina e masculina e aspectos biopsicossociais da construção da sexualidade, incluindo aspectos da orientação sexual e identidade de gênero; amenorreia primária e secundária; sangramento uterino anormal; principais fármacos utilizados na ginecologia infanto-puberal, suas indicações e contraindicações: estrogênios, progestagênios, androgênios e análogos de GnRH.

**Habilidades:** Diagnóstico diferencial, acompanhamento clínico e abordagem terapêutica multiprofissional: desenvolvimento puberal anormal, amenorrias, anovulações crônicas, malformação mülleriana e corrimentos vaginais.

**Atitudes:** Abordagem clínica e acompanhamento de pacientes com agenesia vaginal e malformações do seio urogenital.

**EPA 19****PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO CLIMATÉRIO E SENESCÊNCIA****ESPECIFICAÇÕES**

**Contexto:** Atenção primária e ambulatório.

**Consulta clínica:** atendimentos de mulheres nos períodos da transição menopausal, pós-menopausa e senescência.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Aplicação do *Fracture Risk Assessment Tool* (FRAX), do questionário SARC-F e dos questionários de rastreamento de demência; densitometria óssea.

**Procedimentos:** NDN.

**Tratamentos específicos:** Terapia de reposição hormonal, terapia antifratura e suplementação de cálcio e vitamina D.

**Orientações específicas:** Queixas comuns climatéricas, atividade física, alimentação saudável e suplementação, hábitos de vida, prevenção de queda, tratamento farmacológico para sintomas climatéricos, osteoporose e risco de fratura, sobrepeso e obesidade.

**Encaminhamentos:** Outras especialidades médicas, nutrição e psicologia.

**Atividades em grupo ou equipe:** Grupos de pacientes do climatério; grupos de atividade física para fortalecimento muscular e equilíbrio.

**LIMITAÇÕES**

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Assistência à menopausa precoce.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Aumento da incidência de doenças cardiovasculares, obesidade, fraturas e demências, e piora na qualidade de vida das mulheres.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, procedimentos e construção de plano de cuidados.

**CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS**

**Conhecimentos:** Conhecimento sobre fisiopatologia da síndrome climatérica, osteoporose, sarcopenia e obesidade; diagnóstico e seguimento da síndrome climatérica, osteoporose, sarcopenia, demências e obesidade; terapia hormonal, tratamento alternativo para síndrome climatérica, tratamento farmacológico e preventivo para osteoporose e tratamento antiobesidade.

**Habilidades:** Aplicação do FRAX e do SARC-F, avaliação de circunferência abdominal e circunferência da panturrilha, rastreamento de doenças cardiovasculares (ferramentas), interpretação de densitometria

óssea e interpretação de ultrassonografia transvaginal e mamografia.

**Atitudes:** Dar assistência à mulher climatérica com ética e respeito; estimular prevenção quedas, casa segura e hábitos de vida adequados.

**EPA 20****PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS****ESPECIFICAÇÕES**

**Contexto:** Atenção primária e ambulatório.

**Consulta clínica:** Atendimento e acompanhamento de mulheres que apresentam queixas sexuais consequentes a fatores anatômicos, hormonais, medicamentosos, psíquicos e/ou disforia de gênero.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Perineometria, diagnóstico de pontos de gatilho de dor na região pélvica e perineal, diagnóstico de disfunção sexual decorrente de frouxidão vaginal, questionários de avaliação da função sexual.

**Procedimentos:** Correção cirúrgica de frouxidão vaginal; bloqueio de pontos de gatilho de dor na parede vaginal com injeção de lidocaína.

**Tratamentos específicos:** Tratamento das disfunções sexuais consequentes a fatores anatômicos, hormonais, medicamentosos, psíquicos e/ou disforia de gênero.

**Orientações específicas:** Orientação quanto aos tabus sexuais, à fisiologia da resposta sexual e às questões de gênero. Aconselhamento dos casais sobre a função sexual no período gestacional e puerpério.

**Encaminhamentos:** Avaliação de outras especialidades e outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas e psicólogos.

**Atividades em grupo ou equipe:** Assistência às disfunções sexuais, inadequações e disforia de gênero em equipe interdisciplinar especializada.

**LIMITAÇÕES**

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Assistência em casos de dor pélvica crônica (EPA X, tratamento do prolapso genital EPA X e tratamento dos sintomas climatéricos EPA 18).

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Atraso em diagnósticos, contribuindo para piora do quadro e morbidades secundárias.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, construção de plano de cuidados, procedimentos, comunicação e registro, trabalho em equipe, ética e profissionalismo, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Ciclo menstrual normal, sistema endócrino geral, assim como a metabolização dos esteroides sexuais; inter-relação com a fisiologia normal do eixo neuroendócrino; resposta sexual feminina e masculina, aspectos biopsicossociais da construção da sexualidade, incluindo aspectos da orientação sexual e identidade de gênero; disfunções sexuais; diagnósticos diferenciais da dor pélvica crônica; efeito dos principais fármacos sobre a resposta sexual.

**Habilidades:** Diagnóstico diferencial, acompanhamento clínico e abordagem terapêutica interprofissional das disfunções sexuais de origem orgânica, psíquica e da disforia de gênero; cirurgia de ninfoplastia. Atendimento das peculiaridades do homem e mulher trans.

**Atitudes:** Postura adequada e sem preconceitos na abordagem de queixas sexuais e questões de gênero.

### EPA 21

## PROMOVENDO ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

### ESPECIFICAÇÕES

**Contexto:** Atenção primária, maternidade, pronto atendimento e centro cirúrgico.

**Consulta clínica:** Atendimento de mulheres vítimas de violência (física e sexual), reconhecimento de sinais de violência e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos casos de interrupção da gravidez prevista em lei.

**Exames específicos (solicitação e interpretação):** Teste de gravidez e sorologias para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

**Procedimentos:** Coleta e preservação de vestígios forenses de violência sexual, reparo de lesões genitais traumáticas e aborto medicamentoso ou cirúrgico, quando previsto em lei.

**Tratamentos específicos:** Profilaxia de ISTs e gravidez indesejada (métodos contraceptivos).

**Orientações específicas:** Orientação quanto a proteção, direitos e aspectos legais relacionados a violência contra a mulher.

**Encaminhamentos:** Para órgãos de apoio, a rede de saúde e acompanhamento interdisciplinar.

### LIMITAÇÕES

**Atividades não incluídas nesta EPA:** Abordagem específica das ISTs (EPA 8) e urgências ginecológicas e obstétricas EPA X/EPA X.

**Riscos potenciais em caso de falhas:** Complicações em decorrência de aborto, infecção, aquisição de ISTs, sequelas físicas e psicológicas decorrentes da má assistência em casos de violência.

**Domínios de competências mais relevantes para esta EPA:** História clínica, exame físico, investigação e raciocínio clínico, comunicação e registro, construção de plano de cuidados, procedimentos, ética e profissionalismo, trabalho em equipe, segurança da paciente e atuação no sistema de saúde.

## CONHECIMENTOS, HABILIDADES E ATITUDES NECESSÁRIAS

**Conhecimentos:** Anatomia do assoalho pélvico, fisiologia da gravidez, políticas nacionais sobre a assistência à mulher vítima de violência, interpretação de exames complementares, rede de saúde e profilaxia das ISTs e de gestação proveniente de estupro.

**Habilidades:** Acolhimento da mulher vítima de violência, prescrição, orientação e aconselhamento da profilaxia das ISTs e métodos contraceptivos, realização de interrupção de gestação prevista em lei por medicamento, aspiração manual intrauterina ou cirurgia, manejo das complicações provenientes do aborto previsto em lei.

**Atitudes:** Elaborar um plano de cuidado juntamente com a paciente e encaminhar para acompanhamento multidisciplinar e para a rede de saúde.

# Iniciativa inédita no Brasil, Febrasgo elabora EPAs em Ginecologia e Obstetrícia

Documento define quais são as atividades profissionais esperadas que todo residente nessa especialidade deve ser capaz de executar sem supervisão médica. O objetivo é melhorar a qualidade da formação médica e garantir maior segurança às mulheres atendidas.

Por Letícia Martins



Um médico bem formado transmite mais segurança à mulher, está menos suscetível a erros e tem mais condições de liderar uma equipe, inspirando-lhe confiança. Mas um médico não nasce pronto, ele precisa de treinamento, prática e formação. Mais do que isso, precisa saber quais são exatamente as atividades que ele deve ser capaz de exercer durante a formação. Por outro lado, os programas de residência médica também devem estar aptos a avaliar esses profissionais. Mas como e com base em que, exatamente?

Foi pensando nisso que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) elaborou 21 EPAs (*Entrustable Professional Activities*) em Ginecologia e Obstetrícia, que irão melhorar a formação dos profissionais nessa especialidade médica. EPA é a

sigla em inglês, que, na tradução livre para o português, significa atividade profissional confiabilizadora e descreve, de forma clara e objetiva, quais são, na prática, as atividades que o médico-residente deverá ser capaz de realizar sem supervisão ao final do seu programa de treinamento. Na matéria de capa desta edição de *Femina*, a Comissão de Residência Médica (Coreme) da Febrasgo apresenta cada EPA e traz sua descrição. Recomendamos a leitura.

O presidente da Febrasgo, Dr. Agnaldo Lopes, declarou que as EPAs em Ginecologia e Obstetrícia são “um marco histórico na medicina brasileira”, já que nenhuma outra especialidade médica definiu suas atividades profissionais confiabilizadoras. “O propósito da Febrasgo é melhorar a formação dos novos ginecologistas e obstetras

para atender as mulheres brasileiras. Temos atuado muito também na valorização da residência médica, tendo sido a primeira sociedade médica brasileira a elaborar e validar as Matrizes de Competências. Agora, com a recente elaboração das EPAs, exercemos novamente o protagonismo e reafirmamos nosso compromisso em relação à qualidade do ensino e da formação tanto dos novos tocoginecologistas do Brasil quanto na educação continuada dos profissionais”, afirmou o Dr. Agnaldo, que reconheceu o trabalho “incansável e dedicado” da Coreme e das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo, que trabalharam em conjunto por mais de dois anos.

Já o diretor científico da Febrasgo e atual presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Dr. César Eduardo Fernandes, qualificou a elaboração e a validação das EPAs como “um trabalho hercúleo” e parabenizou todos os membros da Coreme envolvidos e seu presidente, Dr. Gustavo Salata Romão, “por este importante trabalho capitaneado pela Febrasgo praticamente no Brasil todo”. Ele disse: “É muito bom saber que as EPAs passam a integrar a formação do ginecologista e obstetra no Brasil no sentido de aquisição de conhecimento e demonstração confiável de que o residente tem, de fato, condições de realizar as atividades médicas. O maior desafio agora é trazer isso para o cotidiano dos programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia para que possam efetivamente fazer uso. Acredito que esse processo demandará algum tempo para que seja plenamente implantado, mas eu confio que será feito e que esse trabalho ajudará a melhorar a qualidade dos serviços”.

O Dr. Agnaldo ressaltou que toda formação médica não é terminal, visto que o médico está o tempo inteiro aprendendo e se atualizando, e avaliou que, para aqueles que estão iniciando a jornada profissional, saber quais são as EPAs definidas para sua especialidade é um grande diferencial para a prática da profissão. “As EPAs darão mais segurança e tranquilidade tanto para o médico-residente quanto para os preceptores, que poderão ter certeza de que aquele profissional está liberado para o mercado por ter a capacitação e as habilidades adequadas para realizar os procedimentos fundamentais da sua especialidade”, avaliou o presidente da Febrasgo.

## EPAs: UM NOVO REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO

Em sua essência, as EPAs são atividades executáveis e observáveis e “foram elaboradas para facilitar o treinamento e principalmente a avaliação das competências médicas, que são um referencial cada vez mais forte e importante em todas as áreas da saúde”, esclareceu o Dr. Gustavo Salata Romão, que também é membro conselheiro da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM/MEC). Segundo ele, as EPAs mudarão a forma de avaliar o residente.

O diretor científico da Febrasgo, Dr. César Eduardo Fernandes, explicou que, no Brasil, não há qualquer



**“É muito bom saber que as EPAs passam a integrar a formação do ginecologista e obstetra no Brasil no sentido de aquisição de conhecimento e demonstração confiável de que o residente tem, de fato, condições de realizar as atividades médicas”,**

**afirmou o Dr. César Eduardo Fernandes.**

maneira de formar um especialista médico sem que ele passe por um programa de residência médica reconhecido pela CNRM/MEC. Atualmente, no Brasil, os programas de residência estão organizados por tempo, e não por competências, ou seja, ao final de três anos de residência, espera-se que todos os estudantes médicos tenham as condições necessárias para a prática dos atendimentos médicos. “Claro que, se ele precisar de formação especializada em áreas de maior complexidade da Ginecologia e Obstetrícia, terá que estender a sua formação por mais tempo”, disse.

“Uma vez formado, o ginecologista obstetra deve se submeter a avaliações que lhe certifiquem se efetivamente ele está bem formado. Para tanto, é recomendado que ele faça a prova do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) pela Febrasgo, que é um carimbo de qualidade sobre a sua formação, que lhe dá extrema segurança para exercer essa especialidade. Ademais, as próprias pacientes e a sociedade em geral, quando veem que o profissional é certificado pela Febrasgo, o reconhecem como um especialista confiável”. Para além do reconhecimento, o Dr. César reforça que o profissional deve-se manter sempre atualizado, estudando constantemente, fazendo cursos de atualização e de educação continuada e frequentando os maiores eventos organizados no Brasil pelas sociedades de especialidade regionais e pela Febrasgo.

Porém, há duas questões que pesam nessa formação. Na avaliação do Dr. César Eduardo, assim como há programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia “extremamente qualificados, cujos responsáveis são as instituições que os mantêm, há também alguns que, lamentavelmente, têm qualidade sofrível”. “Esses programas precisam ser avaliados com um critério mais rígido para atestar periodicamente a qualidade desses serviços. Esses programas estão a cargo do Ministério da Educação, que, suponho, não tem os requisitos básicos necessários para assumir importante tarefa”, argumentou o diretor científico da Febrasgo, que também é presidente da AMB.

Por causa dessa diferença na qualidade dos programas de residência médica, o Dr. César Eduardo ressaltou a importância de ter uma avaliação final dos residentes. “Nesse sentido, a Febrasgo, de maneira muito apropriada e sábia, criou o Teste de Progresso Individual, que permite ao próprio residente avaliar a qualidade da sua formação ao longo dos anos e, sendo aprovado nesse teste de progresso, ser avaliado do ponto de vista prático e reconhecido como especialista pela sociedade médica de sua especialidade.”

A segunda questão, apontada pelo Dr. Gustavo Salata, é que os programas de residência médica não levam em consideração a curva de aprendizado de cada pessoa. “No treinamento, o residente vai adquirir um grau de autonomia maior com uma necessidade de supervisão menor, ou seja, conforme ele avança no treinamento, menor será a quantidade de supervisão de que necessitará. No entanto, cada médico-residente tem o seu tempo para adquirir as competências necessárias para executar as atividades profissionais de forma autônoma e segura e esse tempo não é o mesmo para todos”, analisou o Dr. Gustavo.

Com as EPAs, o mais importante é que o residente chegue ao final do treinamento apto a exercer as atividades profissionais inerentes à sua área sem que precise de qualquer nível de supervisão. “Já que as curvas de aprendizagem não são as mesmas para todos, o residente não será avaliado pelo tempo concluído, mas por conseguir realizar as atividades práticas de forma confiável e autônoma”, afirmou o presidente da Coreme da Febrasgo.

Em outras palavras, equivale dizer que, a partir de agora, os programas de residência médica “devem ter um olhar um pouco mais cuidadoso para o desenvolvimento dos residentes ao longo do treinamento”, pois alguns podem atingir o desempenho ideal antes de outros.

Não só a avaliação passou a ser individual, como precisa ser formalmente documentada, o que irá conferir ainda mais segurança ao processo de formação do médico. Eis o ponto central de todo o trabalho: reduzir erros médicos. “Nós vamos colocar mais foco na avaliação individual do residente para garantir que a prática médica seja mais segura. Para se ter uma ideia, em outros países, já foi verificado que os erros médicos respondem por um grande contingente de mortes evitáveis. Nos Estados Unidos, por exemplo, o número de mortes evitáveis por erros médicos em 2000 superou o



**“Com as EPAs, exercemos novamente o protagonismo e reafirmamos nosso compromisso em relação à qualidade do ensino e da formação dos novos tocoginecologistas do Brasil”, declarou o Dr. Aginaldo Lopes.**

de mortes por câncer de mama, por acidente de trânsito e por aids. Isso nos leva a uma enorme preocupação e a certeza de que uma das maneiras mais eficazes de prevenir tais erros é qualificar a formação desses médicos”, contextualizou o Dr. Gustavo.

No Brasil, não há dados oficiais em relação aos erros médicos, mas algumas estimativas apontam que danos evitáveis ao paciente no país respondem por até quatro mortes por hora. “Nós sabemos o papel fundamental que os médicos desempenham dentro das equipes de assistência à saúde. Por essa razão, investir na qualidade da formação desses profissionais pode contribuir para reduzir essas cifras alarmantes de quatro mortes evitáveis a cada hora”, argumentou o Dr. Gustavo Salata.

Na área de Ginecologia e Obstetrícia, um médico mal qualificado pode deixar de fazer um diagnóstico precoce de câncer, por exemplo, ou tomar decisões inadequadas durante a assistência pré-natal ou assistência ao parto, levando a sérias consequências. “Mesmo não tendo dados sobre esses casos no Brasil, já é hora de encararmos essa realidade alarmante. Certamente, as EPAs são um passo inicial fundamental para a redução de erros médicos. Acreditamos que esse trabalho se tornará uma grande referência para outras especialidades médicas, como aconteceu com o Teste de Progresso Individual”, concluiu o presidente da Coreme da Febrasgo, Dr. Gustavo Salata Romão.

E o Dr. César Fernandes completou: “A aprovação das EPAs vai tornar os programas de residência médica mais assertivos e permitir que entreguem para a sociedade um residente mais bem formado. Elas também servirão de base para os exames que a Febrasgo fará nas suas provas de especialista para conferir o TEGO. É importante que os programas de residência tenham os seus preceptores e todo o seu corpo de médicos bem antenados com as EPAs. Também acho que deva haver um sistema de avaliação dos programas de residência médica para avaliar o quanto estão progredindo na aplicação das EPAs, que são fundamentais pelo conceito que envolvem e para a formação do residente, que tenha, além das competências, a capacidade de realizar de maneira confiável as atividades próprias das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia.”



**“Vamos colocar mais foco na avaliação individual do residente para garantir que a prática médica seja mais segura”, afirmou o Dr. Gustavo Salata Romão.**

EXCLUSIVO PARA ASSOCIADOS



febrasgo **EAD**

Uma ação de inovação e tecnologia  
em educação da Febrasgo

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



Com  
emissão de  
**Certificado!**

febrasgo  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

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

**E outras vantagens!**

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



Acesse:

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

febrasgo  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

# Do caos da pandemia aos novos desafios

Sopigo trava batalha para revogar lei no Piauí que autoriza a presença de doulas na sala de parto. A associação também planeja a retomada dos projetos de extensão para capacitação e atualização dos especialistas

Por Letícia Martins

**H**á exatamente dois anos, a Associação Piauiense de Ginecologia e Obstetrícia (Sopigo) participou da revista *Femina* relatando as dificuldades enfrentadas com a pandemia: falta de testes para a detecção da COVID-19, hospitais trabalhando na capacidade máxima e profissionais esgotados. Os meses passaram, os desafios mudaram, mas não se tornaram menos importantes. “No momento, estamos travando uma luta judicial para revogar a lei estadual que obriga a presença de doulas nas salas de pré-parto, parto e pós-parto em todas as instituições públicas e privadas e a cobrança de honorários, inclusive do Sistema Único de Saúde. Esta lei é inconstitucional e, por isso, grave”, afirmou a Dra. Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes, presidente da Sopigo empossada em janeiro de 2021.

Segundo ela, a Lei nº 7.750/2022, aprovada em março no Piauí e conhecida como “lei do parto humanizado”, fere diretamente a autonomia do ato médico, “tendo sido feita de forma imprudente, sem consultar nenhuma câmara técnica obstétrica no Estado”. “Essa lei foi publicada de forma irresponsável. Por isso, a Sopigo reúne forças com o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Regional de Medicina do Piauí, o sindicato dos médicos do Estado e a própria Febrasgo para manifestar o nosso descontentamento e desaprovção

e adotar as medidas administrativas cabíveis a respeito da referida lei”, declarou a Dra. Jussara, que completou, citando a assessoria jurídica disponibilizada pela Federação nesse tema específico: “Como a Sopigo não dispõe de assessoria jurídica própria, foi muito importante para nós contar com o apoio da Febrasgo”.

## RETOMADA DOS EVENTOS E PRESENÇA NAS REDES SOCIAIS

No intuito de recuperar o período inerte de eventos impostos pela pandemia, a Sopigo realizou, em outubro de 2021, a 2ª Jornada Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, com a participação de nomes importantes da área. No segundo semestre de 2022, a associação irá realizar a jornada na modalidade presencial e retomar os projetos de educação continuada, principalmente para as cidades do interior. “Pretendemos retomar os treinamentos, cursos profissionalizantes e capacitação aos profissionais da área de ginecologia e obstetrícia para que estejam sempre atualizados e possam prestar uma assistência de qualidade à mulher”, disse a Dra. Jussara.

Nesta nova gestão, a Sopigo segue divulgando suas iniciativas e informações de prevenção e cuidado da saúde feminina nas redes sociais. O perfil da associação no Instagram (@sopigopi) foi reformulado e ganhou nova identidade visual.



Dra. Jussara Maria Valentim Cavalcante Nunes

“Temos uma frequência semanal de postagens, com conteúdo relevante tanto para os ginecologistas e obstetras quanto para a população feminina”, avaliou a Dra. Jussara. Prevenção do câncer de mama, sintomas e diagnóstico da endometriose e importância da vacinação contra o papilomavírus humano são alguns dos temas divulgados pela Sopigo no Instagram.

Além disso, em um grupo de aplicativo de mensagens, membros da presidência da Sopigo e associados trocam informações sobre atividades científicas e sugerem aulas *on-line* ou atividades extras, como rodas de conversa. “Todas essas iniciativas nos ajudam a enfrentar a pandemia e a recuperar o tempo perdido. Estamos cada vez mais unidos, defendendo a nossa especialidade, buscando atualização científica sempre e primando pela assistência de qualidade às mulheres do Piauí”, finalizou a Dra. Jussara.





# Novidades e avanços na regulamentação da telemedicina no Brasil

Maria Celeste Osório Wender<sup>1</sup>,  
Lia Cruz Vaz da Costa Damásio<sup>2</sup>

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



**E**m 5 de maio de 2022, foi publicada a Resolução nº 2.314/2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que define e regulamenta a telemedicina no Brasil como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática, em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002, e já está em vigor desde a data de sua publicação.<sup>(1,2)</sup> Vale lembrar que, quando foi autorizada em caráter emergencial, a telemedicina passou a ser utilizada nas teleconsultas, para reduzir o número de pacientes em hospitais e clínicas – medida essencial para evitar um contágio ainda maior da COVID-19 –, e também em teleinterconsultas, permitindo a troca de informações entre médicos e colegas especialistas para melhor acompanhamento terapêutico e discussão de casos clínicos. Com o decreto do fim da situação de emergência, a nova resolução do CFM regulariza em definitivo as práticas da telemedicina.<sup>(3)</sup>

De acordo com a norma, define-se a telemedicina como o exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde. Fica permitido o exercício da telemedicina em tempo real *on-line* (síncrona) ou *off-line* (assíncrona), por múltiplos meios em tecnologia.<sup>(2)</sup> Um tema previamente muito discutido, sobre a possibilidade de a primeira consulta poder ou não ser realizada por telemedicina, foi pacificado com a liberação da possibilidade, conforme o artigo 6º, parágrafo 3º: “O estabelecimento de relação médico-paciente pode ser realizado de modo virtual, em primeira consulta, desde que atenda às condições físicas e técnicas dispostas nesta resolução, obedecendo às boas práticas médicas, devendo dar seguimento ao acompanhamento com consulta médica presencial”. Além disso, o médico deverá informar ao paciente as limitações inerentes ao uso da teleconsulta, em ra-

ção da impossibilidade de realização de exame físico completo, podendo o médico solicitar a presença do paciente para finalizá-la. A consulta presencial é elencada como padrão-ouro, e os serviços médicos a distância não poderão, jamais, substituir o compromisso constitucional de garantir assistência presencial segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, equidade e universalidade a todos os pacientes. Nos casos de acompanhamento clínico, a resolução prevê que, em casos de doenças crônicas e em casos que demandem acompanhamento por longo prazo, será necessário realizar consulta presencial com intervalos inferiores a 180 dias.

Em relação à segurança e à privacidade, para assegurar o respeito ao sigilo médico, por exemplo, um princípio ético fundamental na relação com os pacientes, nos serviços prestados por telemedicina. “os dados e imagens dos pacientes, constantes no registro do prontuário, devem ser preservados, obedecendo às normas legais e do CFM pertinentes à guarda, ao manuseio, à integridade, à veracidade, à confidencialidade, à privacidade, à irrefutabilidade e à garantia do sigilo profissional das informações”.<sup>(1)</sup>

De acordo com a nova resolução, o atendimento por telemedicina deve ser registrado em prontuário médico físico ou, usando sistemas informacionais, em Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES) do paciente, atendendo aos padrões de representação, terminologia e interoperabilidade. Os dados de anamnese e procedimentos, os resultados de exames complementares e a conduta médica adotada, relacionados ao atendimento realizado por telemedicina, também devem ser preservados, sob guarda do médico responsável pelo atendimento, em consultório próprio ou do diretor técnico, no caso de interveniência de empresa ou instituição.<sup>(2)</sup> Para atuar por telemedicina, o médico deve possuir assinatura digital qualificada, padrão ICP-Brasil, nos termos das leis vigentes no país.<sup>(2)</sup>

A concordância entre o paciente e o profissional é imprescindível. A resolução estabelece que o paciente ou seu representante legal deve autorizar o atendimento por telemedicina e a transmissão das suas imagens e dados por meio de consentimento livre e esclarecido (termo de concordância e autorização), enviado por meio eletrônico ou de gravação da leitura do texto com a concordância, devendo fazer parte do SRES do paciente. Estabelece ainda que, no caso de emissão a distância de relatório, ela deverá conter identificação do médico, incluindo nome, número do registro no CRM e endereço profissional do médico, identificação e dados do paciente, além de data, hora e assinatura do médico, com certificação digital do médico no padrão ICP-Brasil ou outro padrão legalmente aceito.<sup>(4)</sup> Além disso, os dados pessoais e clínicos do teleatendimento médico devem seguir as definições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e de outros dispositivos legais quanto às finalidades primárias dos dados.<sup>(1-3)</sup>

Em relação aos honorários, os serviços prestados por telemedicina, em todas as suas modalidades, devem seguir os padrões éticos do atendimento presencial, “inclusive em relação à contraprestação financeira pelo serviço prestado”. Dessa forma, o Conselho recomenda o acordo prévio entre médico/paciente/prestadoras de saúde acerca de valores, tal qual ocorre nos atendimentos presenciais.

Quanto à territorialidade, as empresas prestadoras de serviços em telemedicina, plataformas de comunicação e arquivamento de dados deverão ter sede estabelecida em território brasileiro e estar inscritas no CRM do estado onde estão sediadas, com a respectiva responsabilidade técnica de médico regularmente inscrito no mesmo Conselho. No caso de o prestador ser pessoa física, o médico deverá ser devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e informar à entidade a sua opção de uso de telemedicina. A apuração de eventual infração ética a essa resolução será feita pelo CRM de jurisdição do paciente e julgada no CRM de jurisdição do médico responsável.

De acordo com a nova Resolução, o atendimento a distância poderá ser realizado por meio de sete diferentes modalidades:

- **TELECONSULTA:** Caracterizada como a consulta médica não presencial, mediada por TDICs, com médico e paciente localizados em diferentes espaços.
- **TELECONSULTORIA:** Ato de consultoria mediado por TDICs entre médicos, gestores e outros profissionais, com a finalidade de prestar esclarecimentos sobre procedimentos administrativos e ações de saúde.
- **TELEINTERCONSULTA:** Ocorre quando há troca de informações e opiniões entre médicos, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico. É muito comum, por exemplo, quando um médico de família e comunidade precisa ouvir a opinião de outro especialista sobre determinado problema do paciente.
- **TELEDIAGNÓSTICO:** A emissão de laudo ou parecer de exames, por meio de gráficos, imagens e dados enviados pela internet, também passa a ser permitida e é definida como telediagnóstico. Nesses casos, o procedimento deve ser realizado por médico com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na área relacionada.
- **TELECIRURGIA:** É quando o procedimento é feito por um robô, manipulado por um médico que está em outro local. Essa modalidade foi recentemente disciplinada pela Resolução CFM nº 2.311/2022, que regulamentou a cirurgia robótica no Brasil.
- **TELEVIGILÂNCIA:** Também conhecida por telemonitoramento, consiste no ato realizado sob

coordenação, indicação, orientação e supervisão de parâmetros de saúde ou doença, por meio de avaliação clínica ou aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos ou dispositivos agregados ou implantáveis nos pacientes.

- **TELETRIAGEM:** Realizada por um médico para avaliação dos sintomas do paciente, a distância, para regulação ambulatorial ou hospitalar, com definição e direcionamento dele ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista.

Ainda sobre o tema, foi aprovado na Câmara dos Deputados, nesta quarta-feira, dia 27 de abril de 2022, o Projeto de Lei (PL) nº 1.998/2020,<sup>(5)</sup> que autoriza a realização de consultas *on-line* de telessaúde em todo o território nacional. Vale ressaltar que, por hierarquia normativa, caso uma lei seja aprovada, ela tem predominância absoluta sobre resoluções do conselho. A proposta, que abrange todas as profissões regulamentadas na área da saúde, deve seguir ao Senado e evidencia um caminho legislativo e normativo na direção de uma regulamentação cada vez melhor da telemedicina e da telessaúde.<sup>(5)</sup> Ressalte-se que, embora a Resolução CFM nº 2.314/2022 represente significativo avanço em comparação à regulamentação (obsoleta) que vigia antes da pandemia, o fato é que sua publicação nada impacta – ao menos sob o ponto de vista formal – na tramitação do PL nº 1.998/2020, já aprovado pela Câmara dos Deputados e pendente de deliberação pelo Senado Federal.

O citado PL<sup>(6)</sup> altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional. Pretende acrescentar à lei do SUS o título II\_A, Da Telessaúde, abrangendo a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecendo aos seguintes princípios:

- I. Autonomia do profissional de saúde;
- II. Consentimento livre e informado do paciente;
- III. Direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado;
- IV. Dignidade e valorização do profissional de saúde;
- V. Assistência segura e com qualidade ao paciente;
- VI. Confidencialidade dos dados;
- VII. Promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde;
- VIII. Estrita observância das atribuições legais de cada profissão;
- IX. Responsabilidade digital.

Apresenta diretrizes semelhantes à resolução na territorialidade e sigilo, mas é um pouco mais liberal na utilização dos meios digitais, ressaltando no seu artigo 26-C: “Ao profissional de saúde são asseguradas a liber-

dade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira consulta, atendimento ou procedimento, e poderá indicar a utilização de atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário”. Além disso, no artigo 26-H, o projeto propõe que seja dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição exclusivamente por meio da modalidade telessaúde, ponto ainda muito discutido entre as categorias profissionais. Algumas emendas em tramitação alteram itens importantes do PL, por exemplo, demonstrando prioridade da consulta presencial, vedando a planos de saúde a oferta de atendimento exclusivamente por telessaúde, solicitando a inscrição no CRM de atuação, vedando ou permitindo a prática em farmácias, entre outros, o que demonstra que ainda há necessidade de muita discussão e de que a categoria médica acompanhe com atenção o desenrolar das votações e o texto final da lei a ser aprovado.

A Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) permanecerá atenta às repercussões práticas e éticas da nova resolução do CFM, bem como à tramitação do PL nº 1.998/2020, mantendo os associados informados, pois é inegável o impacto da telemedicina e das normas que a regerem nas novas relações de trabalho e entre médicos e pacientes. Desde agora, ressaltar-se que, com a publicação da nova resolução do CFM, mesmo com o fim da pandemia, segue autorizada a prática da telemedicina, nos termos da nova resolução do CFM e com especial atenção aos possíveis impactos em caso de aprovação do PL nº 1.998/2020 no Senado Federal.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Após amplo debate, CFM regula prática da Telemedicina no Brasil [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/noticias/apos-amplo-debate-cfm-regulamenta-pratica-da-telemedicina-no-brasil/>
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Diário Oficial da União [Internet]. 2022 maio 5 [cited 2022 Jun 19];Seç. 1:227. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>
3. Claudio V. Regulamentação da telemedicina: saiba o que mudou com a nova resolução do CFM [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://portaltelemedicina.com.br/blog/regulamentacao-da-telemedicina-saiba-o-que-mudou-com-a-nova-resolucao-do-cfm>
4. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica (2009/2010) [Internet]. 2009 [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/>
5. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Assessoria de Comunicação. Câmara aprova PL que regulamenta Telessaúde e CFM publica a nova Resolução de Telemedicina [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 18]. Available from: <https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias/camara-aprova-pl-que-regulamenta-telessaude-e-cfm-publica-a-nova-resolucao-de-telemedicina>
6. Câmara dos Deputados. Redação final: Projeto de Lei nº 1.998-A de 2020. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 18]. Available from: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=2174768&filename=REDACAO+FINAL++PL+1998/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2174768&filename=REDACAO+FINAL++PL+1998/2020)

# CADERNO CIENTÍFICO

# Femina®

## CORPO EDITORIAL

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

**COEDITOR:** Gerson Pereira Lopes

**EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA:** Jean Claude Nahoum

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

## SUMÁRIO

### FEBRASGO POSITION STATEMENT

#### 355 Vacinação contra o HPV na mulher adulta

Cecília Maria Roteli-Martins, Valentino Magno, André Luis Ferreira Santos, Júlio César Teixeira, Nilma Antas Neves, Susana Cristina Aidé Viviani Fialho

### ARTIGO ORIGINAL

#### 360 Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima

Taise Namie Nakata, Isa Mafalda Costa Colombiano, Raíssa Maria Sampaio Rodrigues

### ARTIGOS DE REVISÃO

#### 367 Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte – MG

Joice Guedes Caldeira, Caroline Cassia de Moraes, Ana Christina de Lacerda Lobato

#### 373 Principais implicações terapêuticas à qualidade de vida de pacientes com câncer de colo uterino: uma revisão narrativa

Millena Daher Medeiros Lima, Paulo Filipe Pereira, Maria Luiza Mukai Franciosi, Adriana Wagner, Andréia Machado Cardoso

#### 379 Análise dos desfechos maternos e fetais relacionados à COVID-19 durante a gestação

Maria Júlia Dalton Moreira dos Santos, Thales Lemos Pimentel, Nazaré Duarte Catharina, Tatiane Roseli Alves Castro

# Vacinação contra o HPV na mulher adulta

*Número 6 – Junho 2022*

A Comissão Nacional Especializada em Vacinas 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**

- Atualizar os ginecologistas e obstetras sobre a vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) em mulheres adultas com a posição da Febrasgo sobre esse tema.
- Ressaltar que há uma geração de mulheres que chegou à idade adulta sem a oportunidade da vacinação contra o HPV e, uma vez vacinadas, ressaltar quais seriam os benefícios proporcionados pela imunização.
- Abordar aspectos epidemiológicos e imunológicos da infecção por HPV e das vacinas disponíveis.
- Avaliar a suscetibilidade à infecção por HPV oncogênico e às lesões induzidas nas mulheres adultas não vacinadas.
- Avaliar a diferença de suscetibilidade a recidiva e reinfecções após o tratamento das lesões induzidas por HPV entre mulheres adultas vacinadas, comparadas com as não vacinadas.
- Apresentar as melhores evidências da vacinação contra HPV nas mulheres adultas e colaborar para uma prática clínica atualizada.

## **RECOMENDAÇÕES**

- Considerar a vacinação mesmo em mulheres adultas com história de infecção anterior por HPV, pois a infecção natural parece não oferecer imunidade suficiente para impedir a ocorrência de novas infecções pelo mesmo tipo viral, diferentemente da imunogenicidade induzida pelas vacinas contra HPV.
- Considerar que, entre as mulheres adultas, a maioria apresenta testes sorológicos e moleculares negativos para os tipos virais contidos nas vacinas.
- Considerar que na atualidade existe um segundo pico de infecção por HPV, principalmente na quinta década de vida da mulher.
- Considerar que, sem a cobertura vacinal, a mulher continua sob risco de contrair o HPV e desenvolver lesões induzidas durante toda sua vida.
- Considerar que, em pacientes com lesões prévias desencadeadas por HPV e que já foram tratadas, as evidências mostraram redução do risco de recidivas e/ou reinfecções após a vacinação.
- Considerar que as mulheres adultas que não são contempladas para vacinação em programas oficiais, com base nos estudos populacionais, podem ser beneficiadas com a proteção individual.
- Endossar que as mulheres adultas que não foram contempladas com a vacinação contra HPV na adolescência poderão ter benefícios de proteção se imunizadas com ou sem histórico de infecção pregressa. Nas adultas jovens (até 30 anos), esses benefícios são significativos, tendo sido demonstrados em várias publicações, devendo, portanto, fazer parte da prescrição médica. Mas também existe uma proteção individual nas mulheres até os 45 anos de idade ou mais que possam estar ainda sob o risco de novas infecções, e essa informação deve ser compartilhada pelos ginecologistas que as acompanham.

## CONTEXTO CLÍNICO

A infecção por papilomavírus humano (HPV) é muito prevalente e ocorre precocemente, após o início da atividade sexual na maioria das vezes. Dentre as doenças associadas à infecção por HPV, destaca-se o câncer do colo de útero, que, mesmo contando com programas de rastreamento efetivos, quando organizados, continua a acometer muitas mulheres em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. O conhecimento da estrutura gênica de diferentes tipos de HPV e a evolução tecnológica propiciaram o desenvolvimento de vacinas com a finalidade de impedir a infecção por tipos oncogênicos desse vírus.

Desde 2007, as vacinas contra o HPV estão sendo administradas em adolescentes nos Programas de Imunização em todo o mundo, promovendo a prevenção de neoplasias cervicais e lesões clínicas induzidas pelo vírus. Nesse público-alvo, principalmente entre 9 e 12 anos, não há questionamento quanto à efetividade e à segurança da vacinação.<sup>(1,2)</sup>

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) se iniciou em 2014, mas ainda há baixa cobertura da vacinação. Na atualidade, há gerações de mulheres adultas que não foram beneficiadas com a vacinação contra o HPV. A proposta deste texto é trazer as principais evidências científicas sobre a indicação da vacinação nessas mulheres, principalmente após os 25 anos de idade. O PNI contempla meninas entre 9 e 14 anos de idade. Em 2021, o MS/PNI ampliou a idade de vacinação para mulheres portadoras de HIV, transplantadas e oncológicas, passando a ser de 9 a 45 anos.<sup>(3)</sup> A Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações (CTAI), em reunião de 30 de maio de 2022, decidiu pela ampliação também aos homens portadores de HIV, transplantados e oncológicos (primeira reunião da CTAI, em 30 e 31 de maio de 2022, Brasília - DF, comunicação oral).

Quanto às adultas jovens (até os 26 anos) que não foram vacinadas, embora estejam fora do programa de gratuidade, a imunização contra o HPV apresenta evidente benefício, e a vacinação deve ser indicada.<sup>(1,2)</sup>

## QUAL A PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HPV?

A infecção pelo HPV é considerada a infecção sexualmente transmissível de maior incidência no mundo. Estima-se que há cerca de 600 milhões de pessoas infectadas por HPV no mundo e que 80% da população sexualmente ativa entrou em contato com o vírus em algum momento de suas vidas. O primeiro pico de incidência ocorre por volta da segunda década de vida e o segundo pico, entre a quinta e a sexta década de vida. Enquanto o primeiro pico está relacionado ao início da atividade sexual, o segundo pode ser explicado por nova exposição ou perda de imunidade. A imunidade da mulher adulta contra a infecção por HPV é muito inferior à da adolescente.<sup>(4-6)</sup>

A relevância da infecção por HPV foi consolidada quando foi comprovada a sua associação com o câncer do colo de útero, sendo considerada como causa de todos os casos. A presença do DNA dos tipos oncogênicos de HPV foi encontrada em 99,7% dos casos de câncer de colo uterino, a maior relação de causa e efeito entre um agente e câncer em humanos. Diversos estudos demonstraram que a infecção persistente por HPV é o principal fator de risco para neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e câncer cervical em mulheres jovens e adultas.<sup>(4-7)</sup>

Há descrição de estimativa crescente da incidência de câncer de colo do útero em países onde não há rastreamento organizado, apesar da disponibilidade de vacinas, com cerca de 530 mil novos casos e 275 mil mortes anuais, estimados para os últimos anos. No Brasil, a estimativa do Inca (Instituto Nacional de Câncer) para o triênio 2020-2022 foi de 16.710 novos casos.<sup>(4-8)</sup>

É importante salientar que, apesar de a população jovem ser o grupo com as maiores taxas de contaminação, as mulheres continuam sob risco de contrair HPV durante toda a vida, com taxas de até 25% de contaminação ao longo de cinco anos nas mulheres entre 30 e 44 anos. Além disso, em qualquer faixa etária, a infecção persistente por HPV é o principal fator de risco para NIC e câncer de colo de útero.<sup>(6-9)</sup>

## A INFECÇÃO NATURAL POR HPV CONFERE IMUNIDADE?

As mulheres que foram expostas à infecção por HPV e que conseguiram clarear essa infecção desenvolveram uma imunidade que foi objeto de várias discussões em relação à capacidade de proteção para o mesmo tipo viral. Em um estudo pioneiro, realizado na Costa Rica, que avaliou 10.049 mulheres, observou-se que a incidência de infecção por HPV, em mulheres soropositivas para determinado tipo, foi similar à das mulheres soronegativas, indicando a ineficiência da imunidade natural adquirida na proteção contra nova infecção ou recidiva. Nesse estudo, foi evidenciado que a imunidade humoral após a infecção natural pode não prevenir novas infecções, porque os níveis de anticorpos produzidos são, geralmente, baixos e caem rapidamente, podendo até negativar.<sup>(10)</sup> Por esse motivo, mulheres adultas previamente infectadas nos anos anteriores podem não estar protegidas contra novas infecções, inclusive pelo mesmo tipo viral.

## QUAL O VALOR CLÍNICO DA VACINAÇÃO CONTRA O HPV EM MULHERES ADULTAS?

Apesar de as vacinas terem sido desenvolvidas para uso profilático em adolescentes antes da exposição às infecções por HPV, os dados mostram que um número baixo de adolescentes completa o esquema vacinal preconizado no PNI no Brasil. Por outro lado, os estu-

dos demonstram que as vacinas apresentam eficácia na população adulta que já iniciou atividade sexual e que uma considerável proporção de mulheres não apresentou infecção ativa aos tipos de HPV contidos na vacina após a maturidade.<sup>(6-12)</sup>

A literatura mostra também que, mesmo nas pacientes com lesões prévias desencadeadas por HPV, e que já foram tratadas, existem evidências de redução das recidivas com a administração das vacinas, embora as recidivas sejam baixas (3%-7%), mas, quando vacinadas, esses números podem diminuir em 60% a 80%.<sup>(13,14)</sup> Uma metanálise recentemente publicada, demonstrou benefícios de vacinar mulheres submetidas ao tratamento excisional para lesões precursoras de câncer de colo uterino, corroborando alguns estudos anteriores.<sup>(15)</sup>

Cerca de 99,6% das mulheres sexualmente ativas até 45 anos se beneficiariam com as vacinas contra HPV. Em estudos que analisaram a presença da infecção viral dos tipos contidos na vacina em grupos de mulheres de 16 a 23 anos e 24 a 45 anos de idade, encontrou-se que a maior parte delas, independentemente da faixa etária, era soronegativa ou positiva para apenas um dos tipos virais estudados.<sup>(11-16)</sup>

A vacinação recomendada para as mulheres até os 30 anos objetiva recuperar aquelas que não foram devidamente vacinadas na idade entre 9 e 14 anos. E para as mulheres adultas entre 30 e 45 anos, a decisão deve ser compartilhada, reconhecendo que algumas que não são adequadamente vacinadas podem estar em risco de novas infecções por HPV e podem se beneficiar da vacinação nessa faixa etária. Logicamente, a utilidade das vacinas com o passar da idade dependerá do risco de exposição da pessoa a novas infecções. A vacina contra HPV-6, 11, 16 e 18 não é licenciada para uso em adultas com idade > 45 anos.<sup>(2)</sup>

Em recente trabalho realizado em coorte na Suécia, ficou demonstrado que a vacinação contra HPV com a vacina quadrivalente foi associada com diminuição significativa do risco de câncer de colo de útero invasivo entre as meninas e mulheres de 10 a 30 anos, em nível populacional.<sup>(17)</sup>

### **A VACINA É SEGURA NA MULHER ADULTA?**

Não há registro de eventos adversos graves relacionados à vacinação em nenhuma faixa etária. Diversas agências regulatórias em todo o mundo avaliam sua segurança, e as vacinas contra HPV existentes confirmam, na prática, um excelente perfil de segurança, já documentado nos estudos iniciais. Portanto, não há contraindicação para vacinar mulheres até 45 anos ou mais (a depender da vacina utilizada), pois as vacinas são imunogênicas e seguras para várias faixas etárias, devendo ser individualizadas para cada paciente.<sup>(2-6,18-20)</sup>

### **QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS ADICIONAIS NA VACINAÇÃO DA MULHER ADULTA CONTRA O HPV?**

Além de muitas adolescentes não terem realizado a vacinação contra o HPV no momento adequado, como já foi discutido, a maior parte das mulheres atendidas pelos ginecologistas está acima do limite de idade preconizado no calendário vacinal. Portanto, não perder a oportunidade de indicar a vacinação e evitar as complicações da infecção por HPV é ponto fundamental no atendimento do ginecologista. Mesmo para mulheres que já tiveram lesões precursoras de alto grau e foram tratadas, vários estudos demonstraram que a vacinação após o tratamento pode diminuir as recidivas. Sabe-se que mulheres que desenvolveram lesões por HPV possuem cofatores que facilitam a ação viral e que esses cofatores tendem a continuar presentes e podem resultar em patologias em outros locais. Logo, as mulheres com lesões precursoras são, teoricamente, de maior risco para outras lesões relacionadas e a vacinação teria, assim, uma indicação mais precisa.<sup>(12-14,19,20)</sup>

### **A VACINA CONFERE IMUNOGENICIDADE NA MULHER ADULTA?**

As respostas de anticorpos, isto é, a imunogenicidade, em mulheres com 24 a 45 anos de idade, foram comparadas aos dados imunológicos de mulheres na faixa etária de 16 a 23 anos, e observou-se que foram comparáveis para o tipo de HPV-16 e discretamente menores para os tipos de HPV-6, 11 e 18. Ainda, em um trabalho apresentado, os tipos virais contidos na vacina foram comparáveis àqueles observados no mês 48 (final do estudo de base), indicando que não houve redução posterior dos títulos entre quatro e seis anos após a vacinação.<sup>(12-19,21,22)</sup>

### **A VACINAÇÃO EM MULHERES ADULTAS DEVE SER SISTEMÁTICA?**

Os estudos demonstram que, quando comparada com a vacinação em adolescentes e adultas jovens (até 30 anos), a vacinação em mulheres adultas de 30 a 45 anos apresenta menor eficácia, principalmente quando o *status* do DNA-HPV é ignorado ou positivo, o que não justifica a recomendação sistemática ou protocolo de convocação para vacinação, devendo a mulher ser avaliada individualmente.<sup>(17-23)</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A redução das doenças causadas por HPV está diretamente relacionada às altas taxas de cobertura vacinal no público-alvo – crianças e adolescentes –, no qual a vacina é rotineiramente administrada antes da exposição ao vírus. Havendo ampla cobertura, universal,

será possível diminuir, substancialmente, a morbidade e a mortalidade pelas doenças atribuídas ao HPV em todo o mundo, proporcionando um grande avanço na saúde pública global. O retorno da vacinação às escolas, suspenso há alguns anos, poderá aumentar a cobertura dos adolescentes e, assim, não será mais necessário, no futuro, discutir a vacinação na mulher adulta. Estimular a ampla vacinação dos adolescentes é ponto fundamental na atenção básica de saúde que não deve ser esquecido. Porém, especialmente em países com taxas de vacinação abaixo do esperado, não podemos perder a oportunidade de indicar a vacinação para as mulheres adultas que não foram beneficiadas com a vacinação quando adolescentes, permitindo os evidentes benefícios, como demonstraram os estudos. É importante ressaltar que a administração da vacina contra o HPV, em qualquer idade, não substitui ações de promoção da saúde. Deve-se manter o rastreamento do câncer de colo de útero de acordo com a faixa etária. A vacina contra o HPV e o rastreamento do câncer de colo do útero são métodos que se complementam para dar mais proteção à mulher em relação ao desenvolvimento de neoplasias genitais. Alguns pontos fundamentais com relação à vacinação ainda precisam ser mais bem divulgados entre os ginecologistas e profissionais de saúde. Entre eles, salienta-se a indicação da vacinação, independentemente de haver alguma suspeita ou comprovação de infecção ativa pelo HPV. Além disso, a vacinação pode ser orientada após o tratamento das lesões cervicais de alto grau, pois traz benefícios em reduzir recidivas, embora essas sejam bem baixas. Concluindo sobre a vacinação contra o HPV em mulheres adultas que não foram previamente vacinadas, não há discussão sobre vaciná-las rotineiramente até 30 anos de idade, pois os benefícios já foram demonstrados, e os ginecologistas devem estar atentos para a prescrição. Os programas nacionais em todo o mundo recomendam convocar essas mulheres para vacinação. Porém, os dados apresentados demonstram que também há benefícios em vacinar mulheres até 45 anos ou mais, que devem ser avaliadas individualmente, devendo ser compartilhada com elas a indicação. O benefício de vacinar com o passar da idade dependerá do risco de exposição da mulher a novas infecções.

## REFERÊNCIAS

1. Drolet M, Bénard E, Pérez N, Brisson M; HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10197):497-509. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30298-3
2. Saslow D, Andrews KS, Manassaram-Baptiste D, Smith RA, Fontham ETH; American Cancer Society Guideline Development Group. Human papillomavirus vaccination 2020 guideline update: American Cancer Society guideline adaptation. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(4):274-80. doi: 10.3322/caac.21616
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Ofício no. 203/2021/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Ampliação da faixa etária da vacina HPV para mulheres com imunossupressão até 45 anos [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/vacina-hpv-crie-45-anos.pdf>
4. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human papillomavirus and related diseases in the world. Summary Report 2019 [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 3]. Available from: <https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
5. Sasagawa T, Takagi H, Makinoda S. Immune responses against human papillomavirus (HPV) infection and evasion of host defense in cervical cancer. *J Infect Chemother*. 2012;18(6):807-15. doi: 10.1007/s10156-012-0485-5
6. Muñoz N, Méndez F, Posso H, Molano M, van den Brule AJ, Ronderos M, et al. Incidence, duration, and determinants of cervical human papillomavirus infection in a cohort of Colombian women with normal cytological results. *J Infect Dis*. 2004;190(12):2077-87. doi: 10.1086/425907
7. Castle PE, Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, Rodriguez AC, Bratti MC, et al. A prospective study of age trends in cervical human papillomavirus acquisition and persistence in Guanacaste, Costa Rica. *J Infect Dis*. 2005;191(11):1808-16. doi: 10.1086/428779
8. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer do colo do útero: conceito e magnitude [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2020 [cited 2020 Nov 11]. Available from: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>
9. de Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol*. 2010;11(11):1048-56. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70230-8
10. Viscidi RP, Schiffman M, Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, Bratti MC, et al. Seroreactivity to Human Papillomavirus (HPV) types 16, 18, or 31 and risk of subsequent HPV infection: results from a population-based study in Costa Rica. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13(2):324-7. doi: 10.1158/1055-9965.epi-03-0166
11. Wiley DJ, Masongsong EV, Lu S, Heather LS, Salem B, Giuliano AR, et al. Behavioral and sociodemographic risk factors for serological and DNA evidence of HPV 6,11,16,18 infections. *Cancer Epidemiol*. 2012;36(3):e183-9. doi: 10.1016/j.canep.2011.12.007
12. Castellsagué X, Muñoz N, Pitisuttithum P, Ferris D, Monsonogo J, Ault K, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24-45 years of age. *Br J Cancer*. 2011;105(1):28-37. doi: 10.1038/bjc.2011.185
13. Kang WD, Choi HS, Kim SM. Is vaccination with quadrivalent HPV vaccine after loop electrosurgical excision procedure effective in preventing recurrence in patients with high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN 2-3)? *Gynecol Oncol*. 2013;130(2):264-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.04.050
14. Velentzis LS, Brotherton JML, Canfell K. Recurrent disease after treatment for cervical pre-cancer: determining whether prophylactic HPV vaccination could play a role in prevention of secondary lesions. *Climacteric*. 2019;22(6):596-602. doi: 10.1080/13697137.2019.1600500
15. Jentschke M, Kampers J, Hillemanns P. HPV vaccination after conization: a systematic review and meta-analysis [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 7]. Available from: <https://www.hpvworld.com/articles/hpv-vaccination-after-conization/>
16. Velicer C, Zhu X, Vuocolo S, Liaw KL, Saah A. Prevalence and incidence of HPV genital infection in women. *Sex Transm Dis*. 2009;36(11):696-703. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181ad25ff



17. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F, et al. HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. *N Engl J Med*. 2020;383(14):1340-8. doi: 10.1056/NEJMoa19173
18. International Federation of Gynecology & Obstetrics. Global guidance for cervical cancer prevention and control [Internet]. London: FIGO; 2009 [cited 2017 Jul 4]. Available from: [https://screening.iarc.fr/doc/FIGO-Global-Guidance-for-Cervical-Cancer-Prevention-and-Control\\_1.pdf](https://screening.iarc.fr/doc/FIGO-Global-Guidance-for-Cervical-Cancer-Prevention-and-Control_1.pdf)
19. Wheeler CM, Skinner SR, Del Rosario-Raymundo MR, Garland SM, Chatterjee A, Lazcano-Ponce E, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of the human papillomavirus 16/18 AS04-adjuvanted vaccine in women older than 25 years: 7-year follow-up of the phase 3, double-blind, randomised controlled VIVIANE study. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(10):1154-68. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30120-7
20. Kim JJ. Effect of quadrivalent HPV vaccination on HPV related disease in women treated for cervical or vulvar/vaginal disease. *BMJ*. 2012;344:e1544. doi: 10.1136/bmj.e1544
21. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Fox B, Scholar S, et al. Comparative immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 vaccine and HPV-6/11/16/18 vaccine: follow-up from months 12-24 in a phase III randomized study of health women aged 18-45 anos. *Hum Vaccin*. 2011;7(12):1343-58. doi: 10.4161/hv.7.12.18281
22. Luna J, Plata M, Gonzalez M, Correa A, Maldonado I, Nossa C, et al. Long-term follow-up observation of the safety, immunogenicity, and effectiveness of Gardasil™ in adult women. *PLoS One*. 2013;8(12):e83431. doi: 10.1371/journal.pone.0083431
23. Arbyn M, Xu L, Simoons C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD009069. doi: 10.1002/14651858.CD009069.pub3

---

#### Como citar:

Roteli-Martins CM, Magno V, Santos AL, Teixeira JC, Neves NA, Fialho SC. Vacinação contra o HPV na mulher adulta. *Femina*. 2022;50(6):355-9.

\*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Human papillomavirus vaccination for adult women", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(3):631-6.

---

#### Cecília Maria Roteli-Martins

Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

#### Valentino Magno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

#### André Luís Ferreira Santos

Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil.

#### Júlio César Teixeira

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

#### Nilma Antas Neves

Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

#### Susana Cristina Aidé Viviani Fialho

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

#### Conflito de interesses:

nenhum a declarar.

---

#### Comissão Nacional Especializada em Vacinas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

##### Presidente:

Cecília Maria Roteli Martins

##### Vice-presidente:

Nilma Antas Neves

##### Secretária:

Susana Cristina Aidé Viviani Fialho

##### Membros:

André Luís Ferreira Santos

Angelina Farias Maia

Fabiola Zoppas Fridman

Giuliane Jesus Lajos

Isabella de Assis Martins Ballalai

Juarez Cunha

Júlio Cesar Teixeira

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

Marcia Marly Winck Yamamoto de Medeiros

Renata Robial

Renato de Ávila Kfourri

Valentino Antonio Magno

Este conteúdo é oferecido pela MSD como um serviço à comunidade médica [aos profissionais de saúde]. Os pontos de vista aqui expressos refletem a experiência e as opiniões dos autores. As informações relacionadas a produto(s) podem ser divergentes das existentes na bula. Antes de prescrever qualquer medicamento eventualmente citado, recomendamos a leitura da bula completa emitida pelo fabricante.

Apoio:



Copyright © 2022 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA, e suas afiliadas. Todos os direitos reservados para distribuição do conteúdo.

BR-HPV-00656 PRODUZIDO EM MAIO/2022 VÁLIDO POR 2 ANOS

# Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima

## Analysis of good practices for child care in Roraima public maternity

Taise Namie Nakata<sup>1</sup>, Isa Mafalda Costa Colombiano<sup>1</sup>, Raíssa Maria Sampaio Rodrigues<sup>1</sup>

### Descritores

Parto obstétrico; Parto humanizado; Saúde da mulher; Saúde materno-infantil; Cesárea; Ocitocina; Episiotomia; Residência médica

### Keywords

Obstetric delivery; Humanized birth; Women's health; Maternal and child health; Cesarean; Oxytocin; Episiotomy; Medical residence

### Submetido:

24/07/2021

### Aceito:

15/12/2021

1. Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, Boa Vista, RR, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Taise Namie Nakata  
Rua Parque Industrial, 1.713,  
69315-218, Boa Vista, RR, Brasil  
taise\_nakata@hotmail.com

### Como citar:

Nakata TN, Colombiano IM, Rodrigues RM. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima. Femina. 2022;50(6):360-6.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar se boas práticas de atenção ao parto estão sendo executadas e quais necessitam ser aperfeiçoadas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), em Boa Vista-RR. **Métodos:** Foram registrados os partos normais de setembro de 2019 a março de 2020, pela equipe administrativa do hospital, na base de dados do Apice On. Nove recomendações de boas práticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram avaliadas e comparadas com outros serviços do País. **Resultados:** Observou-se que, em comparação com outros serviços do Brasil, entre as nove práticas analisadas, quatro apresentaram melhor resultado no HMINSN, com alta proporção de acompanhantes (90,1%), aplicação de ocitocina no terceiro período (98,7%), amamentação na primeira hora pós-parto (81,5%) e baixo número de episiotomia (8,8%). Além disso, atingiu metas do Apice On em quatro boas práticas, que são a presença de acompanhante (meta: acima de 90%), a aplicação de ocitocina no terceiro período (meta: acima de 90%), o clameamento tardio do cordão umbilical (meta: acima de 90%) e a episiotomia (meta: abaixo de 10%). **Conclusão:** Este estudo identificou que é preciso melhorar as taxas de prescrição de dieta livre e o contato pele a pele na primeira hora pós-parto. De modo geral, o HMINSN tem apresentado bons indicadores em relação a outros serviços do País e vem buscando aprimorar a organização da equipe e do serviço para que todas as recomendações da OMS sejam efetivamente praticadas.

### ABSTRACT

**Objective:** Analyze whether good practices for child care are being carried out and which need to be improved at the Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), in Boa Vista-RR. **Methods:** Normal deliveries from September 2019 to March 2020 were recorded by the hospital's administrative staff in the Apice On database. Nine recommendations of World Health Organization (WHO) good practices were evaluated and compared with other services in the country. **Results:** It was observed, in comparison with other services in Brazil, among the nine practices analyzed, four of them had better results at HMINSN, with a high proportion of companions (90.1%), application of oxytocin in the third period (98.7%), breastfeeding in the first hour postpartum (81.5%) and low number of episiotomy (8.8%). In addition, it reached Apice On targets in four good practices, which are the presence of a companion (target: above 90%), the application of oxytocin in the third period (target: above 90%), the late clamping of the umbilical cord (target: above 90%) and episiotomy (target: below 10%). **Conclusion:** This study identified that it is necessary to improve the prescription rates of free diet and skin-to-skin contact, in the first postpartum hour. In general, HMINSN has presented good indicators in relation to other services in the country and has been seeking to improve the organization of the team and the service, so that all WHO recommendations are effectively practiced.

## INTRODUÇÃO

Até metade do século XIX, o parto era um acontecimento particular, sem interesse da coletividade, intradomiciliar, que ocorria com a assistência de parteiras. No decorrer dos anos, a partir de meados do século XX, o parto passa a ser assistido por médicos e, cada vez mais, em ambiente hospitalar, com intervenções, práticas e rotinas próprias.<sup>(1)</sup> Isso gerou melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil. Entretanto, tais práticas e rotinas hospitalares vêm interferindo na experiência das mulheres em dar à luz, as quais, muitas vezes, não participam dos processos de tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias.<sup>(2,3)</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, ao observar que a medicalização afetou, em alguns aspectos, o processo natural do parto, vem publicando, desde 1996, diretrizes e recomendações sobre medidas assistenciais intraparto, a fim de promover respeito e autonomia para a mulher. Além disso, enfatiza a importância de todos os profissionais envolvidos nessa assistência proporcionarem um ambiente adequado e seguro durante todo o processo.<sup>(4)</sup> Os estudos vêm demonstrando que uma assistência menos intervencionista resultou em melhores experiências de parto e resultados perinatais.<sup>(5,6)</sup>

Em 2018, a OMS<sup>(4)</sup> liberou 56 recomendações sobre boas práticas de atenção ao parto, em sua última publicação, intitulada “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”. São sugeridos diversos cuidados e medidas assistenciais para todos os países e nações.

Contudo, a realidade local de Boa Vista-RR pode se diferenciar em vários aspectos, epidemiológicos e socio-culturais, de outros serviços de saúde do Brasil e do mundo, já que houve um aumento considerável de gestantes atendidas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), por ser a única maternidade do estado que atende a população local e, também, estrangeiras, principalmente as de nacionalidade venezuelana em situação crítica de saúde. Presencia-se, ocasionalmente, a falta de recursos suficientes, como material intra-hospitalar, número de salas de parto, e de obstetras no serviço.

Uma das iniciativas do Ministério da Saúde foi a implantação do projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) em diversas maternidades brasileiras.

O Apice On analisou 21 indicadores em 97 serviços de atenção materna e infantil no Brasil, sendo nove deles relacionados às boas práticas de atenção ao parto, que também são mencionados entre as 56 recomendações da OMS, divulgadas em 2018.<sup>(4)</sup>

As nove boas práticas analisadas no HMINSN, por meio do Apice On, são: 1) Acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento; 2) Método não farmacológico para alívio da dor; 3) Dieta livre durante o trabalho de parto; 4) Posição materna durante o parto; 5) Episiotomia; 6) Ocitocina no terceiro período do parto; 7) Clampeamento tardio do cordão umbilical; 8) Contato pele a pele com o

recém-nascido (RN); 9) Amamentação na primeira hora pós-parto.

## MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, a partir da base de dados do Apice On, preenchido pela equipe administrativa do HMINSN. Foram analisados os partos normais de mulheres que foram atendidas entre setembro de 2019 e março de 2020. Para comparar com outros serviços do País, realizou-se pesquisa de estudos recentes com a mesma temática, utilizando os bancos de dados: SciELO, LILACS e PubMed. Não foram avaliados os partos cesarianos do HMINSN, pois os estudos brasileiros mais recentes, a fim de comparação, somente analisaram as boas práticas dos partos vaginais de cada serviço. Além disso, a OMS, em seu manual de recomendações, não abrange os partos cesarianos.

## RESULTADOS

No período de setembro/2019 a março/2020, obteve-se o total de 6.872 partos, correspondendo a uma média de 32,3 partos por dia, no HMINSN, sendo 4.437 partos normais (64,56%), equivalendo a uma média de 20,8 de partos normais por dia.

### Acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento

A terceira recomendação da OMS (2018)<sup>(4)</sup> orienta que é importante, para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto, ter um acompanhante, que pode ser qualquer pessoa escolhida por ela, seja o cônjuge, uma amiga ou parente, um membro da comunidade ou alguém da sua rede social, e até uma doula. Observou-se, no período analisado, que a taxa de acompanhante no HMINSN manteve-se entre 84,18% e 92,50% durante os sete meses analisados, como demonstrado na figura 1.

Em um estudo realizado em Salvador, Andrade *et al.* (2017)<sup>(7)</sup> observaram a presença de acompanhante em

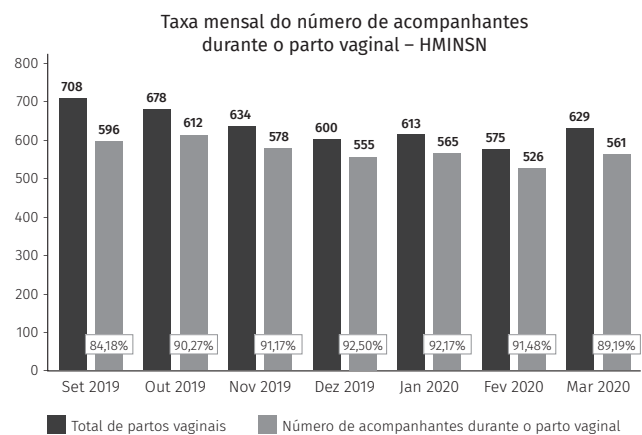


Figura 1. Número e proporção de acompanhantes presentes nos partos vaginais no HMINSN

79,2% dos partos; apenas 6,6% das mulheres brancas não foram acompanhadas, enquanto 25,7% das mulheres negras não possuíam acompanhantes.

Em outro estudo realizado no Piauí, quanto à presença do acompanhante, 74,1% estavam presentes na sala de pré-parto e 58,3% na sala de parto. Algumas mulheres não estavam com acompanhante, por terem sido admitidas já em período expulsivo, ou por vontade do acompanhante de não entrar na sala de parto, ou por falta de roupas para entrar no centro de parto da instituição.<sup>(8)</sup>

Uma revisão qualitativa de 51 estudos de países desenvolvidos, em 2019, concluiu que a presença de acompanhante é essencial para uma experiência positiva do parto, pois ele auxilia no alívio não farmacológico da dor, dá apoio informativo e emocional e ajuda as parturientes a se sentirem mais confiantes.<sup>(9)</sup>

### **Métodos não farmacológicos para alívio da dor**

As recomendações 21 e 22 da OMS (2018)<sup>(4)</sup> tratam sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como massagem, aplicação de compressas quentes, imersão em água, acupuntura e práticas culturais, que a mulher pode realizar de acordo com sua preferência.

Em relação ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, no período analisado, em 59,46% a 71,13% dos partos, houve a realização dessa boa prática no HMINSN.

Em um estudo realizado em maternidade de risco habitual de Maceió, a maior parte das mulheres atendidas fez uso do método não farmacológico de alívio da dor (75,4% dos partos), e os que mais se destacaram foram a bola suíça, a deambulação e o banho de aspersão.<sup>(10)</sup>

No estudo realizado em maternidade de Salvador, apenas 23,1% das mulheres utilizaram algum método não farmacológico para alívio da dor. Os métodos aplicados foram: deambulação (16,2%), chuveiro (3%), massagem (2,1%), cavalinho (1,5%) e bola suíça (0,3%).<sup>(7)</sup>

No Distrito Federal, 83,9% dos enfermeiros e 68,4% dos médicos responderam que orientam o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnica de relaxamento.<sup>(11)</sup>

No estudo do Piauí, foi mostrado que, em 32,5% dos partos, houve controle não farmacológico da dor, sem maiores especificações.<sup>(8)</sup>

### **Dieta livre durante o trabalho de parto**

A 24ª recomendação da OMS (2018)<sup>(4)</sup> instrui sobre a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto nas gestações de baixo risco, já que foi constatado que a restrição da dieta não tem benefício.

Em relação à prescrição de dieta livre para parturientes, a taxa permaneceu entre 62,15% e 67,38% do total de partos normais no período analisado.

No trabalho realizado no Distrito Federal, 48% dos enfermeiros e 54% dos médicos restringem a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto.<sup>(11)</sup>

Em Piauí, foi predominante, no pré-parto, a ingestão de líquidos doces e água (79,2%), sem realizar o jejum.<sup>(8)</sup>

Em uma revisão das boas práticas de atenção ao parto realizada em 2020, Lopes e Aguiar observaram que a prática de dieta zero durante o trabalho de parto é mais comum na região Sul do Brasil, porém, na maioria dos estados, a prescrição de dieta livre encontra-se entre 50% e 99,7% dos partos normais.<sup>(12)</sup>

Outra revisão sistemática de 2017 mostrou que dietas menos restritivas durante o trabalho de parto, em gestações únicas de baixo risco, resultaram em duração ligeiramente mais curta do trabalho de parto (7 a 25 minutos a menos do que nos partos com dietas mais restritivas).<sup>(13)</sup>

### **Posição materna durante o parto**

As recomendações 34 e 35 da OMS (2018)<sup>(4)</sup> abordam a posição da mulher durante o parto sem e com analgesia epidural, respectivamente. Para os partos com analgesia, a OMS recomenda a livre escolha de posição por parte da mulher, mas pode não ser viável a posição ereta, já que o bloqueio neuroaxial pode impedi-la. Para os partos sem analgesia, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais. Isso está associado à redução da episiotomia e de partos instrumentados.

No HMINSN, viu-se que, de setembro/2019 a março/2020, o índice de partos vaginais em posição não litotômica variou entre 79,17% e 90,8%.

Em Salvador, a posição mais adotada pelas mulheres no período expulsivo, em estudo já citado, foi a semi-deitada (66,2%), seguida pela posição litotômica (27,6%), cócoras (1,5%) e Simms (0,6%).<sup>(7)</sup>

No Piauí, grande parte das mulheres adotou a posição semivertical (90%). As demais posições foram: sentada no banquinho, por quatro apoios e lateral, sendo posições que foram escolhidas pela parturiente de acordo com a necessidade de conforto individual de cada uma.<sup>(8)</sup>

No Rio de Janeiro, um estudo abordou a temática do posicionamento do parto com gestantes, e algumas mulheres responderam ao significado de uma posição alternativa de parto.<sup>(14)</sup>

“Acho que não, só tem que ficar assim mesmo [...] deitada.”

“Eu posso até pedir, o problema é eles realizarem esse pedido.”

“É muito importante, vai de acordo como o que eu estou sentindo [...] então, vai ser a posição que mais vai ser favorável a mim, não ao profissional que vai fazer o meu parto.”

No entanto, não existem evidências que apontam a melhor posição durante o parto ou que alguma não seja recomendada.<sup>(15)</sup>

Uma revisão sistemática de 30 estudos evidenciou que a posição verticalizada durante o parto reduziu os partos assistidos, episiotomias, alterações nos batimentos cardíacos fetais, além de encurtar o tempo do segundo período do parto em seis minutos. Contudo, observou-se um aumento nas lacerações perineais

de segundo grau e aumento da perda sanguínea materna, mas sem nenhuma diferença na taxa de parto cesáreo e admissões na unidade de terapia intensiva neonatal.<sup>(16)</sup>

### Episiotomia

A recomendação 39 da OMS (2018)<sup>(4)</sup> aborda o tema da episiotomia, não aconselhando o seu uso rotineiro em mulheres que evoluem para o parto vaginal espontâneo, pois não há evidências que corroborem o seu uso de rotina, podendo ser necessário em emergências obstétricas, tais como parto instrumental. Nesses casos, é preciso utilizar anestesia local eficaz, com o consentimento informado da mulher. A técnica preferida é a incisão mediolateral.

Conforme os resultados obtidos pela plataforma do Apice On, o HMINSN tem mantido taxas baixíssimas de episiotomia, variando entre 6,50% e 10,77%, de setembro/2019 a março/2020, como observado na figura 2.

As taxas de episiotomia apresentam grande variação no mundo todo, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), com taxas menores em países como Canadá (23,8%) e Estados Unidos (32,7%), permanecendo elevados em países como Equador (96,2%), China (82%) e África do Sul (63,3%).<sup>(17)</sup>

No Distrito Federal, observou-se que 31,6% dos enfermeiros e 49% dos médicos realizam a episiotomia intraparto.<sup>(11)</sup>

No Piauí, a episiotomia foi realizada em 18,3% dos partos.<sup>(8)</sup>

Em maternidade de Maceió, a episiotomia foi realizada em 12,2% dos partos.<sup>(10)</sup>

### Ocitocina no terceiro período do parto

As recomendações 41, 42 e 43 da OMS (2018)<sup>(4)</sup> tratam sobre o uso profilático de uterotônicos no terceiro período (pós-parto), para prevenção de hemorragia, sendo recomendadas 10 UI de ocitocina intramuscular (IM) ou intravenosa. Nos locais onde esse medicamento não está disponível, recomenda-se o uso de uterotônicos injetáveis, como metilergometrina, ou o misoprostol oral. No HMINSN, a taxa de uso de ocitocina pós-parto é alta, variando entre 98,37% e 100%, entre setembro de 2019 e março de 2020, conforme a figura 3.

No estudo realizado em Maceió, as manobras ativas do terceiro estágio do parto foram realizadas em 97,8% dos partos, com ocitocina IM, tração controlada do cordão e massagem uterina.<sup>(10)</sup>

No Piauí, 100% dos parturientes receberam ocitocina no terceiro estágio do parto.<sup>(8)</sup>

A diretriz do NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) definiu, em 2014, como manejo ativo a utilização de um ou mais componentes de um pacote de intervenções, incluindo a administração de um uterotônico IM, o clameamento precoce do cordão e a tração controlada do cordão.<sup>(18)</sup>

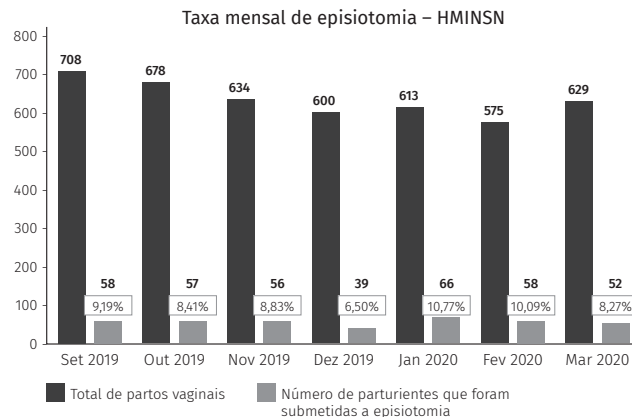


Figura 2. Número e proporção de partos vaginais com episiotomia no HMINSN

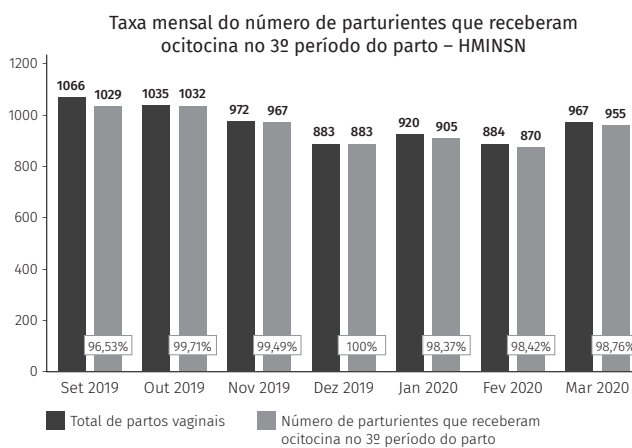


Figura 3. Número e proporção de parturientes que receberam ocitocina pós-parto no HMINSN

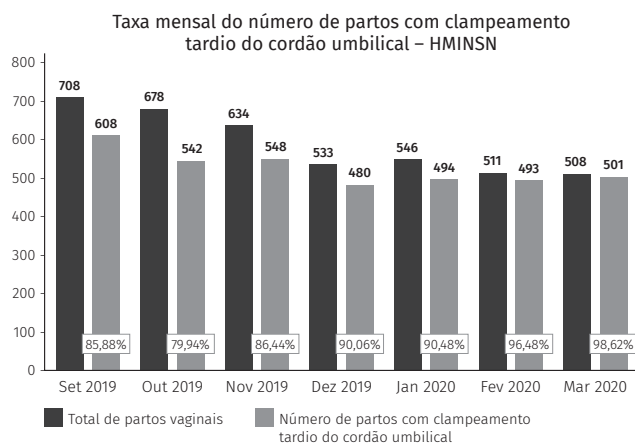
### Clameamento tardio do cordão umbilical

Conforme a recomendação 44 da OMS (2018),<sup>(4)</sup> o clameamento tardio do cordão umbilical, de um a três minutos após o nascimento, gera benefícios para o RN, mesmo em mulheres vivendo com HIV. Esse breve atraso pode aumentar as reservas de ferro do RN em até 50%, aos 6 meses de idade, nos RNs nascidos a termo. De acordo com as informações da base de dados do Apice On do HMINSN, entre setembro de 2019 e março de 2020, houve grande porcentagem de partos realizados com clameamento tardio do cordão, mantendo-se uma taxa entre 79,94% e 98,62%, conforme a figura 4.

O ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) recomendou, em 2020, o clameamento tardio do cordão umbilical em RNs a termo e vigorosos, com um atraso de pelo menos 30 a 60 segundos.<sup>(19)</sup>

### Contato pele a pele com o RN

A recomendação 48 da OMS (2018)<sup>(4)</sup> sugere o contato pele a pele dos RNs com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação precoce.



**Figura 4.** Número e proporção de partos vaginais com clameamento tardio do cordão no HMINSN

No HMINSN, viu-se, por meio da base de dados do Apice On, que o índice de contato pele a pele entre RN e mãe, após o parto, foi entre 74,13% e 86,17%, entre setembro de 2019 e março de 2020.

Em maternidade em Salvador, o contato pele a pele foi possibilitado em 51,6% das mulheres, porém 7% das fichas não continham essa informação. Notou-se uma diferença entre as mulheres brancas e negras; 28,5% das brancas não tiveram esse contato, enquanto, entre as mulheres negras, houve maior ausência desse ato, atingindo 69%.<sup>(7)</sup>

Em outro estudo realizado em Maceió, o contato pele a pele do binômio mãe-filho, logo após o nascimento, aconteceu em 91,6% dos partos.<sup>(10)</sup>

O estudo realizado no Distrito Federal observou que 90,1% dos enfermeiros e 93,3% dos médicos estimulavam o contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora após o parto.<sup>(11)</sup>

No Piauí, em estudo já mencionado, esse contato foi de 95,8% da totalidade dos partos.<sup>(8)</sup>

O contato pele a pele faz parte de uma abordagem neurocomportamental que facilita os comportamentos inatos do RN. Um estudo recente revelou que essa boa prática facilitou a amamentação na primeira hora pós-parto e reduziu alterações nos seios maternos, como fissuras e dor.<sup>(20)</sup>

### Amamentação na primeira hora pós-parto

Segundo a recomendação 49 da OMS (2018),<sup>(4)</sup> todos os RNs, incluindo RNs com baixo peso ao nascer, devem ser colocados no peito para a amamentação precoce. No HMINSN, foram observadas taxas de 65,34% a 89,07% de partos vaginais com amamentação na primeira hora, de setembro de 2019 a março de 2020. Na pesquisa realizada em maternidade de Salvador, a amamentação precoce, ainda na sala de parto, ocorreu somente em 38%.<sup>(7)</sup>

No estudo realizado no Piauí, em 77,5% dos partos, houve amamentação na primeira hora pós-parto.<sup>(8)</sup>

Em um estudo no Reino Unido, realizado com mais de 700 puérperas, ocorreu a amamentação nas primeiras duas horas após o parto em 65,1%.<sup>(21)</sup>

## DISCUSSÃO

### Acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento

A taxa de acompanhante no HMINSN, com média de 90,13% durante o período analisado, foi maior que nos estudos realizados em Salvador (79,2%), Distrito Federal (77% a 86% dos profissionais responderam que estimulam essa boa prática) e Piauí (58,3%). Nesse quesito, essa boa prática tem atingido um excelente percentual no HMINSN, já que o projeto Apice On recomenda que esse índice seja atingido, pelo menos, em 90% dos partos.<sup>(22)</sup>

### Métodos não farmacológicos para alívio da dor

A proporção de partos no HMINSN que utilizaram algum método não farmacológico para alívio da dor teve uma média de 64,42% no período analisado. Não se especificou quais métodos nem qual foi o mais utilizado pelas parturientes na análise feita pelo Apice On. Em comparação com os outros estudos brasileiros, o HMINSN manteve uma média similar. O Apice On recomenda que essa boa prática seja realizada em 100% dos partos,<sup>(22)</sup> pois tais medidas diminuem a dor provocada pelas contrações uterinas, aumentam a satisfação materna e melhoram os resultados obstétricos, de modo que as mulheres se apresentam mais colaborativas. Sendo assim, o HMINSN necessita que todos os profissionais estejam engajados a estimular e ofertar os métodos não farmacológicos para alívio da dor, pois cada sala de parto possui chuveiro, bola suíça e cavalinho. É importante que cada médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta reforcem a importância desses métodos para as pacientes em trabalho de parto.

### Dieta livre durante o trabalho de parto

A prescrição de dieta livre varia bastante entre as instituições de saúde no País, devido ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante a anestesia, caso a gestante venha a necessitar de cesárea. Observou-se que a prescrição de dieta livre nos partos vaginais, no HMINSN, de setembro/2019 a março/2020, teve uma média de 64,54%. O percentual atingido pelo HMINSN pode ser melhorado, a fim de garantir melhor qualidade de assistência. O indicador foi pior, quando comparado ao estudo no Piauí (79,2%), porém melhor que o realizado no Distrito Federal (48% a 54% dos profissionais realizam essa prática). O Apice On não determinou qual é a meta adequada a ser atingida por esse indicador. Apesar de ter atingido essa boa prática em somente 64,54% dos partos, é rotina médica, no HMINSN, não deixar as pacientes em jejum durante o trabalho de parto. Possivelmente, houve a falta de preenchimento desse índice pelo Apice On, diminuindo, dessa forma, a taxa de realização dessa boa prática.

### Posição materna durante o parto

No HMINSN, houve uma média de 83,84%, no período analisado, de posição não litotômica, naquelas sem analgesia farmacológica, porém não se especificou qual foi a

posição utilizada em cada parto, pela plataforma Apice On. Essa boa prática está sendo implementada com um bom índice no serviço em estudo, quando comparado a outros do Brasil, sendo melhor que no estudo realizado em Salvador (68,3%) e similar ao estudo do Piauí (90%). Entretanto, o Apice On recomenda que esse indicador seja atingido em 100% dos partos.<sup>(22)</sup>

O encorajamento da posição vertical e a liberdade de movimento, ao longo do trabalho de parto, são práticas que devem ser rotineiramente realizadas e incentivadas pelos profissionais da saúde. A cultura da posição deitada (litotômica) fornece pouca autonomia à mulher sobre o processo do parto e retarda o período expulsivo. Dessa maneira, no HMINSN, da mesma forma que os profissionais precisam melhorar a oferta dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, também precisam reforçar a importância do parto ativo a todas as parturientes, encorajando o período expulsivo da maneira que elas se sentirem mais confortáveis.

### **Episiotomia**

A episiotomia teve uma média de 8,86% nos sete meses analisados no HMINSN, uma taxa excelente e abaixo da preconizada pela recomendação da OMS (2018),<sup>(4)</sup> que é de 10%.<sup>(22)</sup>

Isso reflete uma assistência adequada e uma diminuição de procedimentos invasivos desnecessários no parto, no serviço em estudo. Esse procedimento está, cada vez mais, sendo realizado com parcimônia em todo o mundo.

### **Ocitocina no terceiro período do parto**

Quanto ao uso da ocitocina, no terceiro período, para profilaxia de hemorragia pós-parto, esse medicamento é amplamente usado no mundo todo, e o HMINSN conseguiu uma média de 98,70% de uso nos partos vaginais, no período analisado. A taxa próxima a 100% é recomendada pelas organizações nacionais e internacionais<sup>(22)</sup> e também foi similar às dos estudos nacionais analisados (Maceió, com taxa de 97,8%, e Piauí, com 100% dos partos). O Apice On também recomenda que a taxa desse indicador seja atingida em, pelo menos, 90% de todos os partos,<sup>(22)</sup> portanto o HMINSN tem atingido adequadamente a realização dessa boa prática. Observa-se que todos os profissionais têm a compreensão plena da aplicação da ocitocina IM em todas as pacientes, logo após o nascimento.

### **Clampeamento tardio do cordão umbilical**

O HMINSN obteve uma média de 89,7% nos sete meses analisados. É rotina do serviço o clampeamento tardio do cordão umbilical, com base na compreensão de que esse atraso permite a passagem contínua do sangue da placenta para o RN por mais tempo, após o nascimento, reduzindo a anemia neonatal. O Apice On recomenda uma taxa de realização dessa boa prática em, pelo menos, 90% dos partos,<sup>(22)</sup> sendo, portanto, atingido pelo HMINSN,

demonstrando, mais uma vez, bom desempenho por parte dos profissionais.

### **Contato pele a pele com o RN**

O contato pele a pele de RNs com suas mães é extremamente importante durante a primeira hora após o nascimento. O HMINSN manteve uma média de 80,17% dos partos em que essa boa prática ocorreu. Em comparação com os outros estudos citados no País, a taxa foi abaixo da maioria, sendo superior somente em um estudo realizado em Salvador (51,6%). O Apice On, por sua vez, preconiza uma meta de realização desse indicador em, pelo menos, 90% dos partos.<sup>(22)</sup> Esse contato auxilia a estabilização sanguínea e os batimentos cardíacos e respiratórios do RN, reduz o choro e o mantém aquecido pela transmissão de calor materno. Essa boa prática é realizada cotidianamente no serviço, exceto quando a equipe de pediatria avalia a necessidade de levar o RN ao berço aquecido. Provavelmente, houve a falta de preenchimento desse índice pelo Apice On, fazendo com que a taxa não chegasse aos 90% dos partos.

### **Amamentação na primeira hora pós-parto**

Em relação à amamentação na primeira hora, o HMINSN atingiu uma média de 81,5% dos partos no período analisado, sendo uma proporção mais alta que a dos outros estudos analisados no Brasil (Salvador em 38% e Piauí em 77,5% dos partos). Entretanto, o Apice On recomenda que esse indicador seja atingido em, pelo menos, 90% dos partos.<sup>(22)</sup> O início da amamentação imediatamente após o nascimento assegura que o RN receba o colostro, que é rico em anticorpos, importantes para a proteção do RN, além de favorecer, também, o vínculo afetivo entre a mãe e o filho. Desse modo, é papel dos profissionais da saúde do HMINSN incentivar essa boa prática e desmistificar a necessidade de manter o RN no berço aquecido. Além disso, é essencial orientar a pega adequada, a importância da livre demanda, e a autonomia das mulheres quanto a essa prática, para que esse cuidado seja fortalecido.

## **CONCLUSÃO**

Das 56 recomendações de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento da OMS, nove foram registradas e acompanhadas, mensalmente, na plataforma Apice On do HMINSN, sendo analisadas e discutidas pela primeira vez neste trabalho. Em comparação com outros serviços do Brasil, foi possível observar que, entre as nove recomendações discutidas, cinco apresentaram índice de atuação melhor ou similar aos serviços analisados, as quais são: a presença de acompanhante no parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a aplicação de ocitocina no terceiro período do parto, a amamentação na primeira hora e a taxa de episiotomia. Observou-se que, em relação à prescrição de dieta livre e à porcentagem de mulheres em posição não litotômica no parto, no HMINSN, em comparação com dois estudos analisados, o

índice dessas práticas foi melhor que o de um serviço e pior que o de outro. Em relação ao clampeamento tardio do cordão umbilical, não foi possível realizar a comparação com outros serviços nacionais, já que nenhum estudo recente analisou essa boa prática. Em relação às metas preconizadas pelo Apice On, o HMINSN as atingiu em quatro boas práticas, que são: a presença de acompanhante no parto, a baixa taxa de episiotomia, o uso de ocitocina no terceiro período e o clampeamento tardio do cordão umbilical. Entretanto, o Apice On não estabelece meta para o indicador da dieta livre das parturientes, não sendo possível essa comparação. Nas outras quatro boas práticas restantes, que são o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a posição não litômica da mulher, o contato pele a pele entre mãe e RN e a amamentação na primeira hora, o HMINSN ficou abaixo do esperado pelo Apice On. Apesar do grande número de partos que ocorrem na unidade, foi possível observar que as boas práticas de atenção ao parto têm sido realizadas, em sua grande maioria. Por meio das análises dos indicadores, conclui-se que, em comparação a outras maternidades do País, o HMINSN tem realizado um bom trabalho de atenção ao parto, mantendo bons índices de boas práticas às parturientes. No entanto, os profissionais necessitam incentivar, cada vez mais, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a posição ativa no trabalho de parto e a amamentação na primeira hora pós-parto. Para uma avaliação integral das boas práticas de atenção ao parto, é necessário pesquisar a satisfação das usuárias do HMINSN, para, finalmente, apontar as falhas do serviço com maior exatidão e buscar melhorias tanto estruturais como de recursos humanos. É preciso, também, questionar a fidedignidade dos dados do Apice On do HMINSN, pois pode haver erros e equívocos durante o preenchimento do livro de indicadores da sala de parto. Se o profissional, mais comumente o técnico de enfermagem, não assinalar nenhum dado, por exemplo, sobre a dieta da paciente, é registrado, portanto, como dieta livre não realizada na plataforma do Apice On. Sendo assim, isso pode prejudicar a meta do indicador e falsear resultados ruins do serviço. Desse modo, é preciso estimular a conscientização de toda a equipe multiprofissional para o preenchimento adequado do livro de indicadores da sala de parto do HMINSN, a fim de melhorar a coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

- Melo VH. Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1983.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Dec 15]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):980-1004. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6
- World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Oct 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=8E068C6805387688A44E13F7E9FCE087?sequence=1>
- Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Oladapo OT, Souza JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Vogel JP, Fawole B, et al. WHO Better Outcomes in Labour Difficulty (BOLD) project: innovating to improve quality of care around the time of childbirth. *Reprod Health*. 2015;48:12. doi: 10.1186/s12978-015-0027-6
- Andrade LF, Rodrigues QP, Silva RC. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e26442. doi: 10.12957/reuerj.2017.26442
- Almeida BF, Ribeiro JF, Araújo KR, Lavôr TB. Processo de assistência ao parto normal em uma maternidade pública do estado do Piauí. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2016;5(2):45-56. doi: 10.18554/reas.v5i2.1521
- Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp O. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(3):CD012449. doi: 10.1002/14651858.CD012449.pub2
- Vieira MJ, Santos AA, Silva JM, Sanches ME. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015;18:1-9. doi: 10.5216/ree.v18.36714
- Carvalho EM, Amorim FF, Santana FF, Gottems LB. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;24(6):2135-45. doi: 10.1590/1413-81232018246.08412019
- Lopes LC, Aguiar RS. Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto: revisão integrativa de literatura. *Revisa*. 2020;9(1):33-43. doi: 10.36239/revisa.v9.n1.p133a143
- Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2017;129(3):473-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000001898
- Silva LS, Leão DC, Cruz AF, Alves VH, Rodrigues DP, Pinto CB. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10 Supl 4:3531-6. doi: 10.5205/1981-8963-v10i4a11127p3531-3536-2016
- Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 766: approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstet Gynecol*. 2019;133(2):e164-73. doi: 10.1097/AOG.0000000000003074
- Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
- Ismail KM, Kettle C, Macdonald SE, Tohill S, Thomas PW, Bick D. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. *BMC Med*. 2013;11:209. doi: 10.1186/1741-7015-11-209
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press; 2014.
- Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 814: delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol*. 2020;136(6):1238-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000004168
- Milincó M, Travan L, Cattaneo A, Knowles A, Sola MV, Causin E, et al. Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. *Int Breastfeed J*. 2020;15(1):21. doi: 10.1186/s13006-020-00261-4
- Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *BMJ*. 1988;297(6659):1295-300. doi: 10.1136/bmj.297.6659.1295
- Apice On: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia: o projeto [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/>



# Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte – MG

## *Profile of pregnant women diagnosed with syphilis in the maternity in Belo Horizonte – MG*

Joice Guedes Caldeira<sup>1</sup>, Caroline Cassia de Morais<sup>1</sup>, Ana Christina de Lacerda Lobato<sup>1,2</sup>

### Descritores

Sífilis; Sífilis congênita; Gestação

### Keywords

Syphilis; Congenital syphilis; Pregnancy

### Submetido:

30/08/2021

### Aceito:

29/11/2021

1. Hospital Júlia Kubitscheck, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

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

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Ana Christina de Lacerda Lobato  
Rua Doutor Cristiano Resende, 2.745,  
30620-470, Belo Horizonte, MG, Brasil  
anacllobato@gmail.com

### Como citar:

Caldeira JG, Morais CC, Lobato AC. Perfil das gestantes diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal ou parto admitidas em maternidade de Belo Horizonte – MG. Femina. 2022;50(6):367-72.

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer o perfil epidemiológico e identificar fatores de risco, eficácia do diagnóstico e tratamento durante o pré-natal de pacientes com histórico de sífilis admitidas em uma maternidade de Belo Horizonte, com o intuito de atuar de forma preventiva quanto à população local. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, com análise de prontuários e banco de dados de notificações de sífilis congênita e em gestantes obtidos entre janeiro/2017 e dezembro/2019, referentes a pacientes admitidas para parto, internação clínica ou atendimento de urgência. **Resultados:** Foram identificadas 198 gestantes com idade média de 24 anos. Avaliando os dados pré-natais, 65% foram acompanhadas no risco habitual com uma média de seis consultas. Na análise do diagnóstico, 58% não possuíam registro de teste treponêmico e 31,8% apresentaram teste reagente. Entre as pacientes, 21% relataram já ter tido sífilis previamente. O esquema de tratamento em 74,7% foi penicilina benzatina 7.200.000 UI. O tratamento concomitante do parceiro era desconhecido em 46% dos casos e confirmado em 33%. Na avaliação neonatal, 95 recém-nascidos apresentaram VDRL positivo; desses, 33% apresentaram titulação maior que a diluição de 1:8. No desfecho gestacional, houve quatro decessos fetais e dois abortamentos. **Conclusão:** Apesar de recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, o controle da sífilis na gestação mostra-se um desafio. O rastreamento da infecção durante o pré-natal nem sempre acontece em momento oportuno e a taxa de reinfecção materna é significativa, mostrando que orientações para prevenção ou tratamento não foram realizadas adequadamente.

### ABSTRACT

**Objective:** To know the epidemiological profile, identify risk factors, effectiveness of diagnosis and treatment during prenatal care of patients admitted to the Maternity in Belo Horizonte with a history of syphilis, in order to act preventively towards the local population. **Methods:** Cross-sectional study, retrospective study, with analysis of medical records and a database of congenital syphilis notifications and in pregnant women obtained between January/2017 and December/2019, referring to pa-

tients admitted for delivery, clinical hospitalization or emergency care. **Results:** 198 pregnant women with an average age of 24 years were identified. Evaluating the prenatal data, 65% were followed up at usual risk with an average of six consultations. In the analysis of the diagnosis, 58% did not have a treponemal test record and 31.8% had a reagent test. 21% of patients reported having previously had syphilis. The treatment regimen in 74.7% was benzathine penicillin 7,200,000 IU. Concomitant treatment of the partner was unknown in 46% of cases and confirmed in 33%. In the neonatal assessment, 95 newborns showed positive VDRL test, of which 33% had a higher titre than the 1:8 dilution. In the gestational outcome, there were four fetal deaths and two abortions. **Conclusion:** Despite simple and low-cost diagnostic and therapeutic resources, controlling syphilis during pregnancy is a challenge. Screening for infection during prenatal care does not always happen in an opportune moment and the rate of maternal reinfection is significant, showing that guidelines for prevention or treatment have not been carried out.

## INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de sífilis, com aumento de casos a cada ano. Assim, o desafio de identificar, tratar e orientar a população quanto à adoção de medidas preventivas torna-se uma prioridade de ação em saúde pública.<sup>(1,2)</sup> A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, podendo apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária), conforme descrito no quadro 1.<sup>(1,3)</sup>

A transmissibilidade é maior nos estágios iniciais da doença devido à grande quantidade de treponemas nas lesões (cancro duro e mucocutâneas), diminuindo gradualmente com o tempo de infecção (sífilis latente recente/tardia). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele.<sup>(4)</sup> Essas lesões se tornam raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença.<sup>(3,5)</sup>

O diagnóstico, especialmente quando não há manifestação clínica evidente, é mais frequente durante a gestação devido à realização dos exames de pré-natal. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a ocorrência de sífilis na gravidez apresentou alta de 1.047% e aumento das notificações de sífilis congênita de 135%, entre 2005 e 2013.<sup>(6)</sup> Esses números alarmantes levaram as equipes de saúde a concentrarem atenção especialmente à gestante e seu lactente, traçando ações preventivas, medidas de diagnóstico e tratamentos rápidos e eficazes.<sup>(7)</sup>

A sífilis passou a ser uma doença de notificação obrigatória em 2010. Segundo a Fiocruz, até 2014 o aumento dos casos poderia ser atribuído apenas ao aumento das notificações, o que foi possível pelo aprimoramento do sistema de vigilância e pela ampliação da utilização de testes rápidos.<sup>(2)</sup> No entanto, as curvas de dados

**Quadro 1.** Manifestações clínicas apresentadas pela sífilis em seus diferentes estágios

Estágio da sífilis	Manifestações clínicas
Primária	Cranco duro Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares e hepáticos
Latente	Assintomática
Terciária	Cutâneas, tais como lesões gomosas e nodulares Ósseas, tais como periostite e osteíte gomosa Cardiovasculares, tais como aortite e aneurisma da aorta Neurológicas, tais como meningite e atrofia do nervo óptico

**Fonte:** Adaptado de: Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2018 [cited 2019 May 01];49(45). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018><sup>(1)</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-para-atores-com-infecoes><sup>(3)</sup>

permanecem ascendentes: o número de infectados no país aumentou 48% de 2016 para 2017. Em 2018, foram notificados 13.328 casos de sífilis adquirida. Diante desses fatos, em 2016, as autoridades de saúde reconheceram que o Brasil vive uma epidemia.<sup>(1,3)</sup>

A sífilis pode colocar em risco não apenas a saúde do adulto, mas também acometer o feto intraútero ou o recém-nascido com manifestações neonatais ou tardias. Possui um amplo espectro de gravidade, que varia desde a infecção não aparente no nascimento aos casos mais graves, com sequelas permanentes, abortamento e óbito fetal. A taxa de mortalidade pode atingir cerca de 40% nas crianças infectadas.<sup>(4-6)</sup>

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, consequentemente, o tratamento adequado.<sup>(3,6)</sup>

A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis favorecem a suspeição clínica, entretanto não há sinal ou sintoma patognomônico da doença. Nas fases sintomáticas, é possível a realização de exames diretos, já os testes imunológicos podem ser utilizados tanto na fase sintomática quanto na fase de latência.<sup>(3,5,8,9)</sup>

O Ministério da Saúde preconiza que a sífilis seja rastreada em pelo menos três momentos da gestação: no primeiro trimestre, no terceiro trimestre e no momento

do parto ou em casos de aborto. O teste rápido (TR) de sífilis – principal forma de diagnóstico – está disponível nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo prático e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos, sem a necessidade de estrutura laboratorial. O teste é distribuído pelo Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS) como parte da estratégia para ampliar a cobertura diagnóstica da doença. As gestantes com testes rápidos reagentes deverão ser consideradas como infectadas, e uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para a realização de um teste laboratorial (não treponêmico) – o VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), mais comumente utilizado – para confirmação diagnóstica.<sup>(3,5-7,10)</sup>

O tratamento é oferecido gratuitamente pelo SUS de forma simples e eficaz. Se realizado adequadamente, tende a ser curativo e preventivo para a ocorrência da sífilis congênita, reduzindo o risco de desfechos desfavoráveis para a criança. Cabe ressaltar que a parceria sexual também deverá ser testada e tratada de forma a evitar a reinfecção da gestante.<sup>(5,6,11,12)</sup>

O medicamento de escolha é a penicilina benzatina, que poderá ser aplicada na unidade básica de saúde de referência da gestante. Nas fases primária e secundária, a dose recomendada é de 2.400.000 UI. A maioria das gestantes se encontra assintomática e sem referir histórico prévio de tratamento ou conhecimento da infecção; nessa situação, o diagnóstico é de fase latente indeterminada, devendo ser tratada com 7.200.000 UI. A eficácia da penicilina em prevenir ou tratar a infecção fetal é bastante elevada, sendo o único fármaco que tem capacidade de atravessar a barreira placentária, alcançando o feto e tratá-lo de maneira efetiva.<sup>(5-7,13)</sup>

A gestante é considerada adequadamente tratada quando é realizada a administração da penicilina benzatina com o esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis, respeitando o intervalo recomendado entre as doses, desde que o início do tratamento tenha acontecido até 30 dias antes do parto. Além disso, deve-se avaliar o risco de reinfecção e documentar a queda nos títulos do teste não treponêmico. O monitoramento sorológico deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).<sup>(3,5-7)</sup>

Diante da epidemia atual, uma maternidade que é referência na assistência a gestantes de alto risco da região metropolitana e está incluída em um cenário que possibilita conhecer o perfil dessas gestantes. Determinar quando ocorreu a infecção, se houve diagnóstico e tratamentos oportunos, tratamento do parceiro e qual o reflexo dessa patologia no recém-nato pode contribuir para a identificação de alguma falha assistencial e promover medidas para redução da infecção adquirida e congênita.

## MÉTODOS

Estudo clínico epidemiológico e transversal envolvendo gestantes admitidas em maternidade de alto risco de Belo Horizonte no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019. A identificação dos casos foi realizada por meio do banco de dados da maternidade, onde são inseridas informações de todas as pacientes internadas no serviço e análise das fichas de notificação de sífilis adquirida ou transmissão vertical da comissão de controle de infecção hospitalar da maternidade. Foram analisados os prontuários eletrônicos e físicos das pacientes após aprovação do comitê de ética e pesquisa da instituição. As variáveis selecionadas para responder aos objetivos do estudo correspondem aos dados socioepidemiológicos (faixa etária, escolaridade e estado civil), dados gineco-obstétricos (paridade, local de realização de pré-natal, idade gestacional do parto, peso do recém-nascido e Apgar de 1 e 5 minutos) e dados específicos na identificação do diagnóstico, tratamento e transmissão vertical da sífilis (idade gestacional no momento do diagnóstico, metodologia aplicada – teste treponêmico e não treponêmico –, tratamento realizado pela paciente e parceiro, se houve seguimento terapêutico e reinfecção, avaliação do *status* sorológico do recém-nato e identificação de complicações neonatais precoces antes da alta hospitalar). As informações foram compiladas em planilha criada no programa Microsoft Excel® para posterior análise estatística quantitativa e descritiva por meio de frequências relativas e absolutas.

## RESULTADOS

Foram avaliados 201 prontuários de pacientes com diagnóstico de sífilis na gestação, entretanto, devido à identificação de cicatriz sorológica, três prontuários foram excluídos do estudo. A pesquisa contou com a análise de 198 prontuários de pacientes atendidas na maternidade. Dessas pacientes, 58 (29) foram diagnosticadas em 2017, 70 (35,5), em 2018 e 70, em 2019. Foi encontrada no estudo uma variação de idade de 15 a 41 anos, sendo 24 anos a idade média. O percentual de pacientes em cada faixa etária, escolaridade, estado civil e paridade está descrito na tabela 1.

Em relação ao tipo de pré-natal, 65% das gestantes realizaram consulta no risco habitual (PNRH) e 28% foram acompanharam no pré-natal de alto risco, por terem outras comorbidades associadas. Duas pacientes (1%) não realizaram nenhuma consulta durante a gravidez, sendo diagnosticadas com sífilis no momento da admissão na maternidade. Para 5%, não foram obtidas informações sobre o local das consultas, portanto denominou-se como ignorado. O número médio de consultas de pré-natal foi seis, considerando as pacientes que realizaram ao menos uma avaliação ambulatorial. Com relação às informações referentes ao diagnóstico do primeiro rastreio, foi realizado até 14 semanas de

gestação em 51% das pacientes e após 28 semanas em 11% delas. Quanto à metodologia laboratorial utilizada, o teste treponêmico foi feito em apenas 35,3% das pacientes; as demais foram alocadas no grupo ignorado pelo fato de não haver informações anotadas no cartão de pré-natal sobre a realização do exame ou de terem sido consideradas positivas apenas com a realização do teste não treponêmico. Quanto ao tratamento realizado, a penicilina benzatina foi prescrita em 90% dos casos, 6 (3%) gestantes não foram tratadas após o diagnóstico e, quanto a 14 pacientes (7%), não havia dados da gestante ou do neonato no prontuário relativos ao uso da medicação, não sendo possível concluir se houve tratamento e qual a dosagem realizada, sendo alocadas no grupo ignorado. Quanto ao tratamento concomitante do parceiro, tem-se sim em 32,8% dos casos, não em 21,2% e ignorado em 46% (Tabela 2).

Entre as pacientes avaliadas, 20,2% foram reinfectadas durante a gestação, com detecção pelo aumento da titulação do teste não treponêmico utilizado

mensalmente para controle de cura, e necessitaram de novo tratamento. Além disso, 155 (78,3) pacientes não apresentavam histórico de sífilis, enquanto para 19,7% foi relatada história pregressa da doença. Quanto à via de parto, 72% evoluíram para parto vaginal, 24,4% foram cesariana, 3,6% foram ditos ignorados, seja pelo fato de as pacientes terem sido transferidas para outras maternidades ou o parto não ter ocorrido até o final da coleta de dados. A média da idade gestacional ao nascimento foi de 37 semanas (variando de 23 a 41 semanas). Na avaliação neonatal, 95 recém-nascidos apresentaram VDRL positivo; desses, 33% apresentaram titulação maior que a diluição de 1:8. No desfecho gestacional, houve quatro decessos fetais e dois abortamentos.

## DISCUSSÃO

Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2019 mostraram que a taxa de detecção da sífilis aumentou de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. No Brasil, a população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. Somente esse grupo representou 13,8% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes notificados em 2018.<sup>(14)</sup>

Na comparação por sexo, em 2018, as mulheres de 20 a 29 anos alcançaram 24,4% do total de casos notificados, enquanto os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,1%. Com relação ao tratamento, em 2018, 89,6% das prescrições foram de penicilina benzatina (pelo menos uma dose) e 1,7% referiram-se a outros esquemas. Em 5,2% dos casos, não houve tratamento e em 3,5% não constou informação sobre o tratamento (“ignorado”).

Os dados avaliados nessa pesquisa apresentaram resultados bem semelhantes aos encontrados no boletim epidemiológico de 2019.<sup>(14)</sup>

A maioria das pacientes tinha entre 20 e 24 anos, com média de idade de 24 anos, sendo a grande proporção de multigestas e solteiras. Dados semelhantes foram evidenciados na pesquisa de Silva *et al.*, realizada em uma maternidade do interior do Nordeste entre 2018 e 2019, que encontrou a faixa etária mais acometida entre 20 e 29 anos, multigestas e solteiras.<sup>(15)</sup> No estudo realizado por Macêdo *et al.*,<sup>(16)</sup> em 2017, também foi verificado que o risco de ocorrência de sífilis foi maior entre as multigestas. Já no estudo de Roehrs *et al.*,<sup>(17)</sup> em 2020, a maioria das gestantes eram casadas e multigestas.<sup>(16,17)</sup>

Quanto ao nível de escolaridade, o presente estudo apontou que a maioria das pacientes havia concluído o ensino médio, em contraposição ao estudo de Macêdo *et al.*,<sup>(16)</sup> em que grande parte da amostra apresentou nível de escolaridade fundamental incompleto. Nas pacientes de Roehrs *et al.*,<sup>(17)</sup> foi evidenciado que a minoria tinha ensino superior completo ou incompleto.<sup>(16,17)</sup>

**Tabela 1.** Perfil socioepidemiológico das gestantes

Perfil socioepidemiológico das gestantes (%)	
<b>Escolaridade</b>	<b>198 (100)</b>
Ensino médio	49,5
Ensino fundamental	24,7
Ensino superior	2,6
Ignorada	23,2
<b>Estado civil</b>	
Solteira	58,1
União estável/casada	37,9
Ignorado	4
<b>Paridade*</b>	
Primigesta	57
Multigesta	42
Ignorada	1

\* Primigesta é a mulher com primeira gestação atual e multigesta é aquela com ao menos uma gestação prévia.

**Tabela 2.** Tratamento de gestantes, dose de penicilina e tratamento de parceiros

Tratamento de gestante e parceiro diagnosticado com sífilis n (%)	
<b>Gestante</b>	<b>198 (100)</b>
Tratadas	178 (90)
Não tratadas	6 (3,0)
Ignorado	14 (7,0)
<b>Dose de penicilina aplicada</b>	
2.400.000 UI	6 (3)
4.800.000 UI	5 (2,5)
7.200.000 UI	167 (84,3)
<b>Tratamento do parceiro</b>	
Tratado	65 (32,8)
Não tratado	42 (21,2)
Ignorado	91 (46)

Quanto ao número de consultas de pré-natal realizadas, a média foi de seis consultas, semelhante ao encontrado por Silva *et al.*, considerado número adequado pelo Ministério da Saúde.<sup>(15,18)</sup>

Para o diagnóstico da sífilis, deve ser realizado um teste treponêmico mais um teste não treponêmico. Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (por exemplo: TR, FTA-Abs, ELISA).

Em estudo de revisões de casos de sífilis congênita publicado pela *American Medical Association*, observou-se que, em grande parte das vezes, a transmissão vertical de sífilis poderia ter sido evitada, pois a maioria dos casos ocorreu pela falta de triagem sorológica materna e nova triagem no terceiro, tendo o diagnóstico sido feito apenas no momento do parto.<sup>(19)</sup>

O primeiro rastreio foi realizado até a 14ª semana de gestação em 51% das pacientes, como preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, “as gestantes devem ser testadas na primeira consulta pré-natal, a qual deve ocorrer, idealmente, até 14 semanas” e após 28 semanas em 11% das pacientes (outra idade gestacional em que as pacientes devem ser novamente rastreadas no pré-natal). Nota-se que grande parte das pacientes do estudo não havia descrito a realização do exame treponêmico, sendo o diagnóstico firmado apenas pela realização do teste não treponêmico, o que vai contra as recomendações para fechamento do diagnóstico.

O tratamento prescrito para a maioria dos casos foi a penicilina benzatina na dose de 7.200.000 UI, uma vez que durante a gestação a fase da sífilis em que a paciente se encontra não é clara, considerando-se, portanto, a fase latente tardia da doença.

O regime de tratamento mostrou-se eficaz, pois apenas 20% das gestantes necessitaram de novo tratamento durante a gestação, mesmo naqueles casos em que o tratamento concomitante do parceiro foi ignorado. Entretanto, para considerar a gestante efetivamente tratada, deve-se levar em consideração o adequado tratamento da parceria sexual, já que o não tratamento pode levar à reinfecção. No Brasil, estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais recebam tratamento para a sífilis, sendo, portanto, uma falha da infraestrutura de saúde pública, já que o rastreamento de contato e tratamento é o principal método de controle da transmissão da sífilis na população. Neste estudo observamos 65% de tratamento dos parceiros.<sup>(20)</sup>

## CONCLUSÃO

Apesar de a sífilis apresentar recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio. Entraves para a realização do seu diagnóstico e tratamento, a dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, a falta de compreensão das pacientes sobre a doença e a

transmissão vertical e os parceiros sexuais que não são diagnosticados/tratados podem ser os focos de abordagem para que se alcance redução no número exorbitante de casos atualmente visto.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Núcleo de Pesquisa do Hospital Júlia Kubitschek (NEP), à Maternidade do Hospital Júlia Kubitschek e à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG).

## REFERÊNCIAS

1. Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2018 [cited 2019 May 01];49(45). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
2. Revista Radis aborda a epidemia de sífilis [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revista-radis-aborda-epidemia-de-sifilis>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>
4. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17073. doi: 10.1038/nrdp.2017.73
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2019 May 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
6. Fernandes CE, Sá MF, editores. Guia prático: infecções no ciclo grávido-puerperal [Internet]. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2016 [cited 2019 May 01]. Available from: [https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECCOYES\\_NO\\_CICLO\\_GRAVIDO\\_PUERPERAL.pdf](https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECCOYES_NO_CICLO_GRAVIDO_PUERPERAL.pdf)
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Sífilis na gravidez [Internet]. 2018 [cited 2019 May 01]. Available from: [www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-nagravidez?](http://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-nagravidez?)
8. Ministério da Saúde. Campanha Combate à Sífilis Congênita [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/>
9. Ministério da Saúde. Gravidez: o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: estratégia para diagnóstico no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 May 01]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis\\_estrategia\\_diagnostico\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf)
11. Ministério da Saúde. Sífilis: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis#>

12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Fluxograma de mesa para diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres no pré-natal, parto e puerpério: teste, trate e cure [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 May 01]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/fluxograma-de-mesa-para-diagnostico-de-sifilis-em-mulheres-no-pre-natal-parto-e-puerperio>
13. Wendel GD Jr, Stark BJ, Jamison RB, Molina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. *N Engl J Med*. 1985;312(19):1229-32. doi: 10.1056/NEJM198505093121905
14. Boletim Epidemiológico: Sífilis [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; 2019 [cited 2020 Oct 01];(Número Especial). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>
15. Silva NC, Carvalho KB, Chaves KZ. Sífilis gestacional em uma maternidade pública no interior do Nordeste brasileiro. *Femina*. 2021;49(1):58-64.
16. Macêdo VC, Lira PI, Frias PG, Romaguera LM, Caires SF, Ximenes RA. Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:78. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066
17. Roehrs MP, Silveira SK, Gonçalves HH, Sguario RM. Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar. *Femina*. 2020;48(12):753-9.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 May 18]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
19. Rubin R. Why are mothers still passing syphilis to their babies? *JAMA*. 2019;321(8):729-31. doi: 10.1001/jama.2018.20843
20. Magalhães DM, Kawaguchi IA, Dias A, Calderon IM. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-20. doi: 10.1590/S0102-311X2013000600008

**Descritores**

Neoplasias do colo do útero;  
Histerectomia; Radioterapia;  
Braquiterapia; Qualidade de vida;  
Questionário de saúde do paciente

**Keywords**

Cervical cancer; Hysterectomy;  
Radiotherapy; Brachytherapy; Quality  
of life; Surveys and questionnaires

**Submetido**

05/08/2021

**Aceito**

29/11/2021

1. Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil.

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

**Conflitos de interesse:**

Nada a declarar.

**Autor correspondente:**

Andréia Machado Cardoso  
Rodovia SC 484 – Km 02, Fronteira Sul, 89815-899, Chapecó, SC, Brasil  
andrea.cardoso@uffs.edu.br ou  
deiaa.mc@gmail.com

**Como citar:**

Lima MD, Pereira PF, Franciosi ML, Wagner A, Cardoso AM. Principais implicações terapêuticas à qualidade de vida de pacientes com câncer de colo uterino: uma revisão narrativa. *Femina*. 2022;50(6):373-8.

# Principais implicações terapêuticas à qualidade de vida de pacientes com câncer de colo uterino: uma revisão narrativa

## *Therapeutic implications to the quality of life of cervical cancer's patients: a narrative review*

Millena Daher Medeiros Lima<sup>1</sup>, Paulo Filipe Pereira<sup>1</sup>, Maria Luiza Mukai Franciosi<sup>1</sup>, Adriana Wagner<sup>2</sup>, Andréia Machado Cardoso<sup>1</sup>

**RESUMO**

O câncer de colo uterino é o quarto tipo mais incidente e fatal entre as mulheres no Brasil e no mundo, o que representa mundialmente em torno de 600 mil novos casos e mais de 300 mil mortes a cada ano. Assim como o diagnóstico, o tratamento da doença pode impactar de forma significativa a qualidade de vida dessas pacientes. A aplicação de questionários que avaliem os diferentes aspectos da qualidade de vida das mulheres afetadas por esse câncer é uma ferramenta relevante, pois auxilia na compreensão e identificação dos principais danos relacionados ao tratamento. Este trabalho visa analisar a literatura atual que investiga e relata os principais efeitos à qualidade de vida de mulheres com câncer de colo uterino associados a diferentes modalidades terapêuticas e, desse modo, contribuir nas escolhas de tratamento e manejo clínico que resultem em menores impactos à qualidade de vida dessas mulheres.

**ABSTRACT**

*Cervical cancer is the fourth most incident and fatal cancer type among women in Brazil and worldwide. This data represents around 600 thousand new cases worldwide each year and more than 300 thousand lives lost. Both diagnosis and treatment can significantly impact the quality of life of cervical cancer patients. The application of questionnaires that assess the different aspects of the quality of life of women affected by this cancer is a relevant tool, as it helps to understand and identify the main damages related to the treatment. This article aims to analyze the current literature that reports the main effects on the quality of life of women with cervical cancer associated with different therapeutic modalities. In this way, the review could assist in the treatment choices that imply less impact on the quality of life of these women.*

**INTRODUÇÃO**

As neoplasias acometem cerca de 19 milhões de pessoas ao ano em todo o mundo e apresentam alto grau de mortalidade, sendo responsáveis por aproximadamente 9,9 milhões de mortes anualmente.<sup>(1)</sup> O câncer de colo uterino destaca-se como o quarto tipo mais incidente e fatal entre as mulheres em nível nacional e global.<sup>(2)</sup> Em números, isso representa em torno

de 604.127 novos casos e 341.831 mortes ao ano em todo o mundo.<sup>(3)</sup> Tanto o diagnóstico do câncer como o próprio tratamento podem impactar de forma significativa a qualidade de vida e a qualidade sexual de pacientes com câncer de colo uterino.<sup>(4)</sup>

A qualidade de vida reflete a maneira como o indivíduo vê a si mesmo, seus valores, objetivos, perspectivas e costumes, o que, aliado ao estado de saúde física e mental, fornece dados importantes para análise do impacto da doença na vida dos pacientes.<sup>(5)</sup> Diversos distúrbios físicos e psicológicos podem surgir em mulheres com câncer de colo uterino, levando a sofrimento emocional e conseqüente piora do bem-estar.<sup>(6)</sup>

Entre os principais aspectos relacionados ao acometimento da qualidade de vida, estudos apontam que diferentes morbidades podem ser enfrentadas a partir das distintas modalidades de tratamento empregadas.<sup>(7)</sup> Assim, é relevante a utilização de questionários, os quais, quando bem aplicados, fornecem fatores psicométricos fundamentais à garantia do melhor tratamento e sobrevida das pacientes.<sup>(8)</sup>

Dessa forma, avaliar a qualidade de vida e o bem-estar físico e emocional de mulheres diagnosticadas com esse tipo de câncer é fundamental para a melhor compreensão da doença,<sup>(9)</sup> tendo em vista que a sobrevida global de pacientes com câncer de colo uterino em estádios iniciais é superior a 90%.<sup>(10)</sup> Para compreender as principais implicações à qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino, foi realizada uma revisão narrativa tendo como referência os resultados de estudos que utilizaram questionários validados e utilizados para esse fim.

## MÉTODOS

Uma revisão narrativa foi realizada nas bases de dados PubMed, Science Direct e SciELO entre 2015-2021. As palavras-chave “*cervical cancer*” e “*quality of life*” foram utilizadas. Foram selecionados estudos que utilizaram questionários validados para avaliação da qualidade de vida de mulheres em tratamento para o câncer de colo uterino. Os dados analisados foram a prevalência de sintomas que podem ocorrer durante e/ou após a terapia e as principais implicações nos parâmetros físicos e funcionais e no estado de saúde global.

## RESULTADOS

### **Efeitos colaterais associados às diferentes terapias empregadas em pacientes com câncer de colo uterino**

Compreender os efeitos adversos dos tratamentos é fundamental na escolha da terapêutica destinada a cada paciente, uma vez que tanto a qualidade de vida quanto a qualidade sexual podem ser afetadas. Assim, na decisão por uma abordagem terapêutica, é importante levar em consideração as necessidades individuais de

cada paciente e a noção sobre a morbidade relacionada a cada modalidade de tratamento. Além disso, o conhecimento dos fatores que podem afetar a qualidade de vida também deve ser utilizado para o aconselhamento dessas mulheres, visando a uma melhor adaptação à doença e ao tratamento.<sup>(11,12)</sup>

### **Abordagem cirúrgica x radioterapia**

Estudos mostram que pacientes com câncer de colo uterino localmente avançado submetidas à histerectomia apresentam um prognóstico mais favorável, menores níveis de preocupações adicionais e melhores resultados em domínios de bem-estar físico, social, emocional e funcional, em comparação com mulheres que enfrentaram o tratamento radioterápico.<sup>(13,14)</sup> Em contrapartida, apresentam maior sensação de retenção urinária, bem como menor necessidade de urinar. É relevante considerar, no entanto, que mulheres que são encaminhadas à cirurgia, em vez da radioterapia, geralmente apresentam prognósticos mais favoráveis, o que explica parcialmente as diferenças encontradas.<sup>(14)</sup>

No que se refere às funções intestinais ou sintomas relacionados à urgência em urinar, não foi possível observar diferenças significativas entre as que realizaram ou não a cirurgia.<sup>(15)</sup> Em contraste, o estudo de Plotti *et al.*<sup>(14)</sup> demonstrou que queixas gastrointestinais são frequentes, principalmente a constipação, presente na maioria das pacientes avaliadas. Quando a cirurgia é combinada à dissecação dos linfonodos pélvicos, o sintoma de constipação torna-se ainda mais frequente.<sup>(12)</sup> Já no estudo de Kaneyasu *et al.*,<sup>(16)</sup> em que pacientes em estágios iniciais do câncer de colo uterino foram tratadas precocemente com radioterapia ou cirurgia, observou-se que não houve diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere às atividades sexuais, sendo observada uma redução da frequência das relações após cerca de seis meses do tratamento.

### **Radioterapia**

Em um estudo de Akbaba *et al.*,<sup>(17)</sup> cerca de três anos após realizarem o tratamento radioterápico, pacientes com câncer de colo uterino em diferentes estádios tumorais responderam ao questionário que avalia a qualidade de vida de pacientes com câncer da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C30) e ao módulo de câncer de colo uterino (QLQ-CX24). Os resultados demonstraram que o *status* global de saúde é significativamente afetado quando comparado aos valores de referência de uma população saudável. Entre os sintomas relatados, são frequentes as queixas de fadiga, náusea e vômito, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite, prisão de ventre e diarreia.<sup>(17)</sup> Semelhantemente, Pasek *et al.*,<sup>(18)</sup> em um estudo longitudinal, observaram que, após cinco anos do tratamento, os sintomas como dor, dispnéia, diarreia,



fadiga e insônia pioraram, em comparação aos estágios anteriores.

Já é bem descrito na literatura que a toxicidade atribuída à terapia com radiação está fortemente associada a maiores distúrbios gastrointestinais e urinários a longo prazo.<sup>(14)</sup> Entretanto, de acordo com o estudo de Akbaba *et al.*,<sup>(17)</sup> observou-se uma melhor qualidade de vida e uma menor ocorrência de sintomas gastrointestinais em pacientes tratadas por radioterapia de intensidade modulada (IMRT), por se tratar de uma terapia com toxicidade reduzida aos tecidos adjacentes. Sendo assim, esse deve ser um critério a ser considerado na escolha do projeto terapêutico que busque reduzir os danos à qualidade de vida.<sup>(14)</sup>

### **Radioterapia e/ou quimioterapia associadas a cirurgia radical**

O diagnóstico tardio está associado a necessidade de radioterapia e quimioterapia, o que demonstra a relevância na identificação precoce da doença.<sup>(19)</sup> Comparando-se grupos que foram tratados com radioterapia ou quimiorradioterapia, constata-se que o que passou por quimiorradioterapia apresentou melhora na qualidade de vida relacionada a fadiga, perda de apetite, náusea e vômito, dor e função social, quando comparado com o outro grupo. Nos demais aspectos da qualidade de vida, os dois grupos apresentam os mesmos níveis de impacto.<sup>(20)</sup>

Em contraste, o estudo de Liu *et al.*<sup>(21)</sup> sugere que tratamentos envolvendo radioterapia causam danos mais significativos à qualidade de vida. Linfedema e sintomas de menopausa foram observados seis meses após o tratamento com quimiorradioterapia ou apenas radioterapia seguido por cirurgia radical. Ainda, segundo os autores, foi possível observar, após seis meses do início do tratamento, que a quimiorradioterapia afeta mais a qualidade de vida do que a radioterapia isolada quando ambos os tratamentos são seguidos por cirurgia radical.

Em um estudo conduzido por Sun *et al.*,<sup>(22)</sup> a qualidade de vida de pacientes com câncer de colo uterino localmente avançado foi avaliada e comparada por meio do questionário *Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix* (FACT-Cx), a partir de duas modalidades de terapia: tratamentos neoadjuvantes seguidos de cirurgia radical e quimiorradiação-padrão. Observou-se que, apesar de diferenças significativas na qualidade de vida não terem sido encontradas, as pacientes submetidas ao primeiro esquema terapêutico apresentaram melhor bem-estar social e familiar, associado, por exemplo, a maior satisfação sexual e com os relacionamentos sociais.

A metodologia que realiza apenas a cirurgia, comparada com sua associação a quimioterapia, radioterapia ou ambas, gera menos danos à função global. Dessa forma, pacientes que passaram por radio e/ou quimioterapia apresentam mais náuseas, vômitos, perda de apetite, constipação, diarreia, fadiga, dor, dificuldades

financeiras, além de pior desempenho físico e funcional.<sup>(7,23-25)</sup> Resultados similares foram encontrados por Heijkoop *et al.*,<sup>(26)</sup> que afirmam que o tratamento por radiação em pacientes com câncer de colo uterino é o que causa maior impacto à qualidade de vida, e por Steen *et al.*,<sup>(25)</sup> que estabeleceram uma forte associação entre os efeitos neurotóxicos da quimioterapia com a maior prevalência de sintomas como a fadiga, menos frequente em pacientes que realizaram cirurgias.

De acordo com Li *et al.*,<sup>(7)</sup> a perda de apetite pode estar associada aos efeitos colaterais hematológicos e gastrointestinais resultantes da toxicidade do tratamento, ao passo que o sintoma de diarreia é predominante quando o tratamento consiste em radioterapia acompanhada ou não de quimioterapia, seguida ou não por cirurgia.<sup>(12,26,27)</sup> A constipação é frequentemente observada em pacientes submetidas a quimioterapia neoadjuvante e ressecção radical.<sup>(15,27)</sup>

### **Quimiorradioterapia com uso de cisplatina**

O estudo de Aredes *et al.*<sup>(28)</sup> investigou os efeitos adversos da quimiorradioterapia com o uso de cisplatina associados a piora do estado nutricional e consequente influência na qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de colo uterino antes e após o tratamento. Foi possível perceber uma piora significativa nos domínios de desempenho físico, funcional, social e na escala funcional total avaliada pelo questionário central do câncer (EORTC QLQ-C30). Constatou-se um aumento nas escalas gerais de sintomas como náusea, vômito, falta de apetite e diarreia, possivelmente atribuído à toxicidade da quimioterapia. Em detrimento disso, durante o seguimento, algumas pacientes tiveram o tratamento suspenso. As principais queixas foram os sintomas gastrointestinais, que, devido ao impacto no estado nutricional, levam a piora da capacidade física e aumento do risco de desenvolver caquexia e/ou sarcopenia, afetando negativamente a qualidade de vida.

### **Braquiterapia**

Kirchheiner *et al.*<sup>(29)</sup> avaliaram a qualidade de vida de pacientes com câncer de colo uterino localmente avançado tratadas com braquiterapia guiada por imagem antes, durante e após o tratamento. O estado de saúde global e as funções física e geral diminuem bastante durante o tratamento, mas voltam ao nível basal anterior à terapia; ainda assim, as funções emocional, social e cognitiva não apresentam alterações significativas, quando comparadas aos dados coletados antes do início da braquiterapia. No entanto, em comparação com o grupo controle de pessoas saudáveis, o estado de saúde global e as funções geral e emocional permanecem prejudicadas três meses após o término do tratamento.

A diarreia é considerada o principal sintoma gastrointestinal durante a braquiterapia, aumento da frequência urinária é o principal sintoma relacionado à bexiga, assim

como irritação vaginal é o principal distúrbio sexual. Todavia, esses sintomas melhoram significativamente em três meses após o fim do tratamento, assim como a dificuldade em controlar o intestino, perda de apetite, náusea e vômito, secreções vaginais e preocupações quanto a dor durante o ato sexual. No entanto, cólicas abdominais, dor e queimação ao urinar aumentam na primeira semana após o fim do tratamento e só melhoram após três meses. A incontinência urinária não apresenta melhora nesse período, apesar da pequena diminuição nos primeiros sete dias. Contudo, a atividade sexual, apesar de diminuir no período de uma semana, aumenta com três meses do término do tratamento, em comparação com os valores de base antes do início da terapia.<sup>(29)</sup>

Outros sintomas associados a braquiterapia são fadiga, fraqueza, cansaço e exaustão, sendo apresentados por quase 80% das pacientes durante o tratamento e reduzindo-se à metade com três meses após o término, tal como ocorre com a insônia e ondas de calor, as quais permanecem presentes após esse tempo.<sup>(29)</sup> Já de acordo com Thanthong *et al.*,<sup>(30)</sup> dor e desconforto são as principais queixas relatadas por pacientes que realizaram braquiterapia, além de apresentarem mais frequentemente sintomas de ansiedade e depressão a longo prazo.

### Laparoscopia e cirurgia convencional

Quando se compara a laparoscopia com a cirurgia convencional, nota-se que a primeira acarreta menores danos à qualidade de vida e apresenta custos similares aos da segunda, o que a torna a primeira escolha para o procedimento. Os principais benefícios observados são o menor tempo de internação hospitalar e melhor qualidade sexual. Além disso, a necessidade de utilização de dreno abdominal e de transfusão intraoperatória é significativamente menor quando o procedimento minimamente invasivo é realizado.<sup>(31)</sup> Em contraste, o estudo de Xiao *et al.*<sup>(32)</sup> relatou que mulheres que passaram por esses procedimentos apresentaram boas pontuações de qualidade de vida nas escalas funcional e global, sem diferenças significativas entre os grupos submetidos aos dois tipos de cirurgia.

### Histerectomia radical robótica x laparoscopia e histerectomia radical poupadora de nervos x histerectomia radical robótica

Contudo, quando se compara histerectomia radical robótica com a realizada por laparoscopia, não há diferenças significativas na qualidade de vida em curto prazo. Apesar disso, a histerectomia robótica permite a retirada de maior número de linfonodos pélvicos, com menor sangramento, porém com maior duração do procedimento cirúrgico.<sup>(33)</sup> Similarmente, Xie *et al.*,<sup>(34)</sup> após monitorarem 127 mulheres com câncer de colo uterino na China, verificaram que não há diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida ao se comparar a histerectomia

radical poupadora de nervos com a histerectomia radical modificada, concluindo, assim, que o método cirúrgico escolhido não é o maior fator que interfere na qualidade de vida das pessoas afetadas.

### Traquelectomia vaginal radical

A traquelectomia vaginal radical (TRV) é uma opção de tratamento cirúrgico para mulheres com câncer de colo uterino que apresentam a doença em estágio inicial, tumor menor que 2 cm, e que desejam manter a fertilidade. Com base nisso, Frøding *et al.*<sup>(35)</sup> avaliaram os aspectos da qualidade de vida de pacientes que utilizaram esse método e de pacientes tratadas por histerectomia radical abdominal, e constataram que a qualidade de vida, relativamente a linfedema e disfunções urológicas, é igualmente afetada em ambos os casos, apesar de se esperar que as mulheres que utilizaram TRV apresentassem menores danos devido ao tipo de acesso cirúrgico.

Bem-estar físico e funcional, funções física, emocional e social, orgasmo, prazer, dor e lubrificação são aspectos avaliados que pioram após seis semanas da traquelectomia radical, voltando ao nível basal após decorridos seis meses. No entanto, o bem-estar emocional apresenta significante declínio e foi observado até quatro anos após o procedimento cirúrgico.<sup>(36)</sup>

A figura 1 resume os principais prejuízos na qualidade de vida causados pelos métodos terapêuticos abordados anteriormente.

HISTERECTOMIA X RADIOTERAPIA	
	Distúrbios dos tratos gastrointestinal e urinário
	Fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, distúrbios dos tratos gastrointestinal e urinário 
CIRURGIA RADICAL + QUIMIOTERAPIA	
	Linfedema e menopausa induzida
QUIMIOTERAPIA COM USO DE CISPLATINA	
	Distúrbios gastrointestinais com piora do estado nutricional 
BRAQUITERAPIA	
	Distúrbios gastrointestinais (principal: diarreia) Distúrbios urinários (principal: aumento da frequência urinária) Menopausa induzida

Figura 1. Principais prejuízos na qualidade de vida de acordo com os métodos terapêuticos empregados no contexto do câncer de colo uterino

## CONCLUSÃO

A utilização de questionários na análise da qualidade de vida permite identificar e compreender os principais agravos associados ao tratamento e, ao mesmo tempo, permite a elaboração de formas de mitigá-los ou evitá-los. Os estudos que compõem esta revisão avaliam a qualidade de vida das mulheres antes, durante e/ou após o período de tratamento e atribuem o maior comprometimento da qualidade de vida aos efeitos adversos decorrentes das terapias empregadas. O tratamento radioterápico é reconhecido pelos estudos como a maior causa de danos aos domínios físico, funcional e emocional e ao estado global de saúde, seguido pela quimioterapia. As principais queixas relatadas são os sintomas de náuseas, vômitos, inapetência, constipação, diarreia, dores, alterações do trato urinário, além de diminuição da satisfação sexual, dispareunia e sangramento, que afetam diretamente a função sexual dessas mulheres. Esses métodos de intervenção geralmente são utilizados quando a doença está em estágio mais avançado, o que demonstra a importância do diagnóstico precoce, a partir do qual é possível empregar apenas métodos cirúrgicos de tratamento que causem menos danos ao bem-estar físico, social, emocional e funcional.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today. Cancer facts sheets: all cancers [Internet]. Lyon: IARC; 2020 [cited 2021 Sept 30]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
2. Dahiya N, Acharya AS, Bachani D, Sharma D, Gupta S. Quality of life of patients with advanced cervical cancer before and after chemoradiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(7):3095-9. doi: 10.14456/apjcp.2016.59
3. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today. Cancer facts sheets: cervix uteri [Internet]. Lyon: IARC; 2020 [cited 2021 Sept 30]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
4. De Rosa N, Lavitola G, Giampaolino P, Morra I, Nappi C, Bifulco G. Impact of ospemifene on quality of life and sexual function in young survivors of cervical cancer: a prospective study. *Biomed Res Int*. 2017;2017:7513610. doi: 10.1155/2017/7513610
5. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer; 1994. p. 41-57.
6. Putri RH, Afyanti Y, Ungsianik T, Milanti A. Supportive care needs and quality of life of patients with gynecological cancer undergoing therapy. *Enferm Clin*. 2018;28 Suppl 1:222-6. doi: 10.1016/S1130-8621(18)30072-X
7. Li CC, Chang TC, Tsai YF, Chen L. Quality of life among survivors of early-stage cervical cancer in Taiwan: an exploration of treatment modality differences. *Qual Life Res*. 2017;26(10):2773-82. doi: 10.1007/s11136-017-1619-0
8. Tax C, Steenbergen ME, Zusterzeel PL, Bekkers RL, Rovers MM. Measuring health-related quality of life in cervical cancer patients: a systematic review of the most used questionnaires and their validity. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17(1):15. doi: 10.1186/s12874-016-0289-x
9. Shankar A, Patil J, Sethi N, Chakraborty A, Bharati SJ, Mandrelle K, et al. Urinary dysfunction assessment in long-term survivors of carcinoma cervix using LENT SOMA Scale: an Indian study addressing quality of life issues. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019;20(2):383-9. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.2.383
10. Iyer NS, Osann K, Hsieh S, Tucker JA, Monk BJ, Nelson EL. Health behaviors in cervical cancer survivors and associations with quality of life. *Clin Ther*. 2016;38(3):467-75. doi: 10.1016/j.clinthera.2016.02.006
11. Lee Y, Lim MC, Kim SI, Joo J, Lee DO, Park SY. Comparison of quality of life and sexuality between cervical cancer survivors and healthy women. *Cancer Res Treat*. 2016;48(4):1321-9. doi: 10.4143/crt.2015.425
12. Derks M, van Lonkhuijzen LR, Bakker RM, Stiggelbout AM, de Kroon CD, Westerveld H, et al. Long-term morbidity and quality of life in cervical cancer survivors: a multicenter comparison between surgery and radiotherapy as primary treatment. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27(2):350-6. doi: 10.1097/IGC.0000000000000880
13. Santos LN, Castaneda L, de Aguiar SS, Thuler LC, Koifman RJ, Bergmann A. Health-related quality of life in women with cervical cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(04):242-8. doi: 10.1055/s-0039-1683355
14. Plotti F, Terranova C, Capriglione S, Crispino S, Li Pomi A, De Cicco Nardone C, et al. Assessment of quality of life and urinary and sexual function after radical hysterectomy in long-term cervical cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;28(4):818-23. doi: 10.1097/IGC.0000000000001239
15. Derks M, van der Velden J, Frijstein MM, Vermeer WM, Stiggelbout AM, Roovers JP, et al. Long-term pelvic floor function and quality of life after radical surgery for cervical cancer: a multicenter comparison between different techniques for radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2016;26(8):1538-43. doi: 10.1097/IGC.0000000000000776
16. Kaneyasu Y, Fujiwara H, Nishimura T, Sakurai H, Kazumoto T, Ikushima H, et al. A multi-institutional survey of the quality of life after treatment for uterine cervical cancer: a comparison between radical radiotherapy and surgery in Japan. *J Radiat Res*. 2021;62(2):269-84. doi: 10.1093/jrr/rraa107
17. Akbaba S, Oelmann-Avendano JT, Bostel T, Rief H, Nicolay NH, Debus J, et al. Percutaneous parametrial dose escalation in women with advanced cervical cancer: feasibility and efficacy in relation to long-term quality of life. *Radiol Oncol*. 2018;52(3):320-8. doi: 10.2478/raon-2018-0029
18. Pasek M, Suchocka L, Osuch-Pęczak G, Muzykiewicz K, Iwańska E, Kaducakowa H, et al. Longitudinal health-related quality of life study among cervical cancer patients treated with radiotherapy. *J Clin Med*. 2021;10(2):226. doi: 10.3390/jcm10020226
19. Correia RA, Bonfim CV, Ferreira DK, Furtado BM, Costa HV, Feitosa KM, et al. Quality of life after treatment for cervical cancer. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):e20180130. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0130
20. Du Toit GC, Kidd M. Prospective quality of life study of South African women undergoing treatment for advanced-stage cervical cancer. *Clin Ther*. 2015;37(10):2324-31. doi: 10.1016/j.clinthera.2015.08.018
21. Liu B, Li L, Wang M, Wei L, Li J, Zou W, et al. Health-related quality of life in locally advanced cervical cancer patients treated with neoadjuvant therapy followed by radical surgery: a single-institutional retrospective study from a prospective database. *Gynecol Oncol*. 2019;154(3):583-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2019.07.005
22. Sun Z, Huang B, Liu C, Yang Y, Rao Y, Du Y, et al. Comparison of neoadjuvant treatments followed by radical surgery or chemoradiation on quality of life in patients with stage IB2-IIA cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2020;157(2):536-41. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.01.039
23. Thapa N, Maharjan M, Xiong Y, Jiang D, Nguyen TP, Petrini MA, et al. Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China. *Sci Rep*. 2018;8(1):11993. doi: 10.1038/s41598-018-30506-6
24. Mikkelsen TB, Sørensen B, Dieperink KB. Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: what do late adverse effects tell us? *Support Care Cancer*. 2017;25(3):823-31. doi: 10.1007/s00520-016-3466-x
25. Steen R, Dahl AA, Hess SL, Kiserud CE. A study of chronic fatigue in Norwegian cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2017;146(3):630-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.05.028

26. Heijkoop ST, Nout RA, Quint S, Mens JWM, Heijmen BJM, Hoogeman MS. Dynamics of patient reported quality of life and symptoms in the acute phase of online adaptive external beam radiation therapy for locally advanced cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2017;147(2):439-49. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.08.009
27. Gargiulo P, Arenare L, Pisano C, Cecere SC, Falivene S, Gregg S, et al. Long-term toxicity and quality of life in patients treated for locally advanced cervical cancer. *Oncology.* 2016;90(1):29-35. doi: 10.1159/000441226
28. Aredes MA, Garcez MR, Chaves GV. Influence of chemoradiotherapy on nutritional status, functional capacity, quality of life and toxicity of treatment for patients with cervical cancer. *Nutr Diet.* 2018;75(3):263-70. doi: 10.1111/1747-0080.12414
29. Kirchheiner K, Nout RA, Czajka-Pepl A, Ponocny-Seliger E, Sturdza AE, Dimopoulos JC, et al. Health related quality of life and patient reported symptoms before and during definitive radio(chemo) therapy using image-guided adaptive brachytherapy for locally advanced cervical cancer and early recovery – a mono-institutional prospective study. *Gynecol Oncol.* 2015;136(3):415-23. doi: 10.1016/j.ygyno.2014.10.031
30. Thanthong S, Rojthamarat S, Worasawate W, Vichitvejpaisal P, Nantajit D, leumwananontachai N. Comparison of efficacy of meperidine and fentanyl in terms of pain management and quality of life in patients with cervical cancer receiving intracavitary brachytherapy: a double-blind, randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2017;25(8):2531-7. doi: 10.1007/s00520-017-3662-3
31. Baffert S, Alran S, Fourchette V, Traore MA, Simondi C, Mathevet P, et al. Laparoscopic hysterectomy after concurrent radiochemotherapy in locally advanced cervical cancer compared to laparotomy: a multi institutional prospective pilot study of cost, surgical outcome and quality of life. *Eur J Surg Oncol.* 2016;42(3):391-9. doi: 10.1016/j.ejso.2015.09.010
32. Xiao M, Gao H, Bai H, Zhang Z. Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone: a comparison between total laparoscopy and laparotomy. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(36):e4787. doi: 10.1097/MD.00000000000004787
33. Kim JY, Lee YH, Chong GO, Lee YS, Cho YL, Hong DG. Comparative study between total laparoscopic and total robotic radical hysterectomy for cervical carcinoma: clinical study. *Anticancer Res.* 2015;35(9):5015-21.
34. Xie BG, Lu WY, Huang YH, Zhu WJ. Quality of life in cervical cancer treated with systematic nerve-sparing and modified radical hysterectomies. *J Obstet Gynaecol.* 2015;35(8):839-43. doi: 10.3109/01443615.2015.1017556
35. Frøding LP, Ottosen C, Mosgaard BJ, Jensen PT. Quality of life, urogynecological morbidity, and lymphedema after radical vaginal trachelectomy for early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2015;25(4):699-706. doi: 10.1097/IGC.0000000000000395
36. Fleming ND, Ramirez PT, Soliman PT, Schmeler KM, Chisholm GB, Nick AM, et al. Quality of life after radical trachelectomy for early-stage cervical cancer: a 5-year prospective evaluation. *Gynecol Oncol.* 2016;143(3):596-603. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.10.012

# Análise dos desfechos maternos e fetais relacionados à COVID-19 durante a gestação

## *Analysis of maternal and fetal outcomes related to COVID-19 during pregnancy*

Maria Júlia Dalton Moreira dos Santos<sup>1</sup>, Thales Lemos Pimentel<sup>1</sup>, Nazaré Duarte Catharina<sup>1</sup>, Tatiane Roseli Alves Castro<sup>1</sup>

### Descritores

COVID-19; SARS-CoV-2; Gravidez; Avaliação de resultados da assistência ao paciente; Evolução fatal; Resultado da gravidez; Eclâmpsia; Pré-eclâmpsia; Embolia e trombose; Transmissão vertical de doenças infecciosas

### Keywords

COVID-19; SARS-CoV-2; Pregnancy; Patient outcome assessment; Fatal outcome; Pregnancy outcome; Eclampsia; Pre-eclampsia; Embolism and thrombosis; Infectious disease transmission vertical

### Submetido

16/12/2021

### Aceito

08/03/2022

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

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Maria Júlia Dalton Moreira dos Santos

Av. Peter Henry Rolfs, s/n, Campus Universitário, 36570-900, Viçosa, MG, Brasil  
maria.dalton@ufv.br

### Como citar:

Santos MJ, Pimentel TL, Catharina ND, Castro TR. Análise dos desfechos maternos e fetais relacionados à COVID-19 durante a gestação. Femina. 2022;50(6):379-84.

### RESUMO

O SARS-CoV-2 é um vírus RNA transmitido pelo contato direto ou indireto por gotículas infectadas. No que se refere à COVID-19 e à gestação, referências apontam que nesse período as mulheres possuem maior susceptibilidade a complicações obstétricas e perinatais. O presente estudo objetiva compreender e compilar aspectos da infecção e os principais desfechos negativos maternos e fetais documentados na literatura atual, relacionados à infecção pelo novo coronavírus durante a gestação. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura embasada pela análise de 2.441 artigos no total, dos quais 62 foram incluídos na pesquisa, sendo 38 deles da base de dados PubMed e 24 da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), nos idiomas inglês e português. Em conclusão, mulheres grávidas com diagnóstico da patologia podem precisar de assistência de alta complexidade. A associação à doença pode apresentar riscos ou complicações como coagulopatias, pré-eclâmpsia, prematuridade e outros desfechos negativos que serão abordados neste artigo.

### ABSTRACT

SARS-CoV-2 is an RNA virus, transmitted by direct or indirect contact by infected droplets. Regarding to COVID-19 and pregnancy, references indicate that during this period, women are more susceptible to obstetric and perinatal complications. This study aims to understand and compile aspects of infection and the main negative maternal and fetal outcomes documented in the current literature, related to the infection by the new coronavirus during pregnancy. This is an integrative literature review based on the analysis of 2,441 articles in total, of which 62 were included in the survey, 38 from the PubMed database and 24 from BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) in English and Portuguese languages. In conclusion, pregnant women diagnosed with the pathology may need highly complex assistance. The association with the disease may present risks for complications such as coagulopathies, pre-eclampsia, prematurity and other negative outcomes that will be addressed in this article.

## INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, foi relatado o primeiro caso de um infectado pelo vírus SARS-CoV-2, um tipo de coronavírus com rápida disseminação e cuja principal manifestação clínica é a síndrome respiratória aguda. Essa nova doença, nomeada como COVID-19, espalhou-se rapidamente em vários países e foi declarada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020, como uma pandemia mundial,<sup>(1)</sup> que já foi

responsável, até o momento, por mais de 3 milhões e 500 mil mortes, segundo dados da própria OMS.<sup>(2)</sup>

O SARS-CoV-2 é um vírus RNA da família *Coronaviridae* e do gênero *Betacoronavirus*, transmitido pelo contato direto com gotículas infectadas ou pelo contato indireto por meio de fômites contaminados. Os sintomas mais comuns manifestados pelos doentes são: febre, tosse e fadiga; no entanto, alguns casos podem evoluir para síndrome respiratória aguda grave, apresentando necessidade de suporte ventilatório.<sup>(1)</sup>

Apesar do número limitado de estudos analisando a associação entre a COVID-19 e a gestação, segundo algumas referências, devido às alterações imunológicas e fisiológicas, principalmente do aparelho cardiorrespiratório, presentes nesse período, essas mulheres, quando infectadas, possuem maior susceptibilidade a apresentarem complicações obstétricas e perinatais e também a serem acometidas por formas mais graves da doença, quando comparadas a mulheres não grávidas.<sup>(3,4)</sup>

Para avaliar esses desfechos, o presente artigo tem como objetivo compreender e compilar aspectos da infecção pelo novo coronavírus em gestantes e as principais complicações maternas e fetais, documentadas na literatura atual a partir da análise dos seguintes parâmetros: quadro clínico da infecção gestacional, transmissão vertical, desfechos fetais e neonatais, pré-eclâmpsia (PE), eventos trombolíticos e diabetes gestacional; estabelecendo-se ou não a relação entre eles e o quadro de COVID-19 durante a gravidez.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura.

Para a construção deste estudo, estabeleceu-se a seguinte ordem cronológica: definição da pergunta norteadora; estabelecimento do objetivo da pesquisa; emprego dos critérios de inclusão e exclusão das amostras encontradas na literatura; primeira seleção das amostras seguindo análise de título e resumo; posteriormente, segunda seleção com leitura na íntegra dos estudos incluídos, realizando também sua categorização, seguida de exposição das categorias principais representadas nos resultados e discussões.

As buscas dos estudos foram realizadas em duas bases de dados: Publicações Médicas (PubMed) e Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores se restringiram a: “COVID-19”; “SARS-CoV-2”; “Pregnancy”; “Patient Outcome Assessment”; “Fatal outcome”; “Pregnancy Outcome”; “Eclampsia”; “Pre-eclampsia”; “Embolism and Thrombosis”; “Gravidez”; “Infectious Disease Transmission, Vertical”. Todos os descritores foram consultados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Os booleanos “AND” e “OR” foram implementados durante as buscas (Quadro 1).

Para as buscas realizadas a partir das combinações de descritores (1) “COVID-19” OR “SARS-CoV-2” AND “Pregnancy” AND “Patient Outcome Assessment” OR “Fatal Outcome” OR “Pregnancy Outcome”; (2) “Gravidez” AND “COVID-19”, além dos critérios de inclusão e exclusão e do desenho do estudo, foram incluídas apenas revisões sistemáticas, no intuito de selecionar fontes de maior relevância científica, já que o número de artigos encontrados na combinação desses descritores foi considerável.

Além disso, foram realizadas buscas direcionadas a conteúdos com elevado nível de evidências científicas, para complementar as bases bibliográficas utilizadas. Destacam-se o livro-texto de Obstetrícia Willians e o UpToDate, que foram utilizados na discussão, e o periódico *Brazilian Journal of Health Review, a Research, Society And Development* e a plataforma “Who Coronavirus” da OMS, utilizados na introdução.

Por se tratar de um artigo de revisão literária, ou seja, artigo secundário, não houve a necessidade de exposição ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UNIT-SE).

Estudos disponíveis na íntegra; publicados em idiomas inglês e português; artigos primários e secundários que abordavam o recorte estipulado para a construção do estudo e publicações no período de 2019 a 2021.

Artigos que não preenchiam os critérios de inclusão; trabalhos duplicados e estudos que não abrangiam a temática da pesquisa.

## RESULTADOS

As pesquisas nas bases de dados eletrônicas resultaram em 2.441 artigos, dos quais 2.379 foram excluídos

**Quadro 1.** Processo de buscas conforme as bases de dados

Bases de dados	Descritores/Boleanos	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados
PubMed	“COVID-19” OR “SARS-CoV-2” AND “Pregnancy” AND “Patient Outcome Assessment” OR “Fatal outcome” OR “Pregnancy Outcome”	304	288	16
PubMed	“COVID-19” OR “SARS-CoV-2” AND “Pregnancy” AND “Eclampsia” AND “Pre-eclampsia”	32	21	11
PubMed	“COVID-19” OR “SARS-CoV-2” AND “Pregnancy” AND “Embolism and Thrombosis”	24	13	11
BVS	“Pregnancy” AND “COVID-19” AND “Infectious Disease Transmission, Vertical”	357	348	9
BVS	“Gravidez” AND “COVID-19”	1.724	1.709	15

conforme os critérios já citados acima. O presente estudo incluiu 62 artigos, sendo 38 da PubMed e 24 da BVS. Os achados dos estudos se restringiam aos anos de 2019 a 2020, nos idiomas inglês e português. Os artigos encontrados remetiam-se a: qualitativos, quantitativos, revisões sistemáticas e metanálise e livros. A partir das evidências centrais e agrupamento dos estudos, chegou-se ao resultado de seis categorias: (I) “Quadro clínico da infecção materna e principais complicações”; (II) “Transmissão vertical e desfechos fetais e neonatais”; (III) “Pré-eclâmpsia”; (IV) “Eventos trombóticos”; (V) “Diabetes gestacional”.

## DISCUSSÃO

Durante a gestação, praticamente todos os sistemas do organismo materno sofrem uma série de modificações fisiológicas que são imprescindíveis para a manutenção de uma gravidez saudável. Essas alterações, no entanto, podem estar associadas a maior risco de complicação de doenças de base e/ou a maior predisposição a novas enfermidades.<sup>(5)</sup>

Durante o contexto da pandemia pelo novo coronavírus, essas transformações fisiológicas da gestação podem estar relacionadas a maior risco de desfechos materno-fetais negativos, principalmente em pacientes com um quadro de COVID-19 grave, em comparação com mulheres não grávidas.<sup>(4,6)</sup> Isso porque, entre outras alterações, a gestante apresenta depressão da função leucocitária, responsável pela maior susceptibilidade a infecções, aumento da demanda por oxigênio, que tende a agravar as doenças respiratórias, e coagulação e fibrinólise aumentadas, gerando um estado de hipercoagulabilidade, com maior tendência trombogênica.<sup>(5)</sup>

O impacto da infecção pela COVID-19 na gestação ainda não é claro, e existem poucos estudos confiáveis que analisam essa interação.<sup>(4)</sup> Neste artigo, abordaremos alguns dos desfechos materno-fetais negativos, avaliando se eles podem ou não estar associados à infecção pelo SARS-CoV-2 durante a gravidez, de acordo com a literatura atual disponível e suas limitações, já que ainda existem poucos trabalhos sobre o assunto e eles apresentam metodologias heterogêneas e incluem diferentes populações na abordagem de uma doença nova e que ainda não tem todos os seus mecanismos fisiopatológicos bem esclarecidos.

### QUADRO CLÍNICO DA INFECÇÃO MATERNA E PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

Os sintomas mais comuns da COVID-19 em grávidas são febre, tosse e dispneia, o que é condizente com os achados da população em geral.<sup>(7-12)</sup> Outros sintomas incluem dor de garganta, dor torácica, calafrios, mialgia e diarreia.<sup>(7)</sup> Complicações graves compreendem insuficiência cardíaca aguda e insuficiência renal aguda.<sup>(8)</sup> Os estudos avaliados indicaram que grávidas são mais propensas a serem assintomáticas, em comparação

com mulheres não grávidas em idade reprodutiva.<sup>(8-11,13)</sup> Uma das explicações reside no *screening* universal para a COVID-19 em grávidas e na maior velocidade e eficiência na testagem.<sup>(8,9)</sup>

Um estudo mostrou que grávidas possuem risco aumentado de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI), ventilação invasiva e oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO), em relação a pacientes não grávidas, em idade reprodutiva, com COVID-19.<sup>(9)</sup> Em outro estudo, as taxas de doença grave foram semelhantes às vistas na população em geral.<sup>(8)</sup> Fatores associados à doença mais grave incluem índice de massa corporal (IMC) elevado, idade materna elevada, etnia não branca e comorbidades preexistentes.<sup>(9)</sup> As diferenças entre as etnias podem ser explicadas por condições socioeconômicas, comorbidades mais prevalentes e acesso aos serviços de saúde.<sup>(9)</sup> As complicações não apresentaram diferença de acordo com o estágio da gravidez no qual a mulher foi acometida pelo coronavírus nem entre múltiparas e primíparas.<sup>(9)</sup>

Quanto ao risco de infecção, apesar de alguns estudos abordarem a possibilidade de maior susceptibilidade à infecção pelo novo coronavírus entre as gestantes, a maioria das evidências sugere que mulheres grávidas não têm maior predisposição à infecção pelo SARS-CoV-2, quando comparadas a mulheres não grávidas.<sup>(6)</sup>

Outro ponto importante a ser comentado são os impactos psicológicos da COVID-19 sobre mulheres grávidas. A COVID-19 afeta as expectativas da mulher em relação ao parto e também suas decisões obstétricas. Existem fortes evidências de que o estresse psicológico antenatal é danoso para a mãe, o feto e o desenvolvimento da criança. Estudos apontam aumento de problemas psicológicos em grávidas durante a pandemia, o que é consistente com o observado em períodos similares no passado. Além disso, idade mais jovem, ausência de parceiro ou de apoio, eventos adversos na vida e estresse econômico relacionado à COVID-19 estão associados a maiores escores de ansiedade e depressão.<sup>(14)</sup>

### TRANSMISSÃO VERTICAL E DESFECHOS FETAIS E NEONATAIS

Ainda que possível, os artigos analisados indicaram baixas taxas de transmissão vertical do SARS-CoV-2.<sup>(15-17)</sup> Em alguns estudos, todos os recém-nascidos de mães infectadas pelo novo coronavírus durante o parto apresentaram resultado de PCR do *swab* nasofaríngeo negativo. Dias depois, alguns testaram positivo, indicando transmissão horizontal do vírus.<sup>(15,17,18)</sup> Além disso, um estudo também analisou o PCR de recém-nascidos de mães que tiveram coronavírus em estágios anteriores da gestação e estavam recuperadas na ocasião do parto. Nesse caso, todas as crianças testaram negativo.<sup>(17)</sup>

Parto prematuro, baixo peso ao nascer, cesariana e admissão na UTI neonatal foram alguns dos desfechos

observados.<sup>(16,18,19)</sup> Uma questão destacada em vários estudos é que o aumento observado dos partos prematuros pode ser explicado por iatrogenia, dada a opção por interromper a gestação precocemente como forma de melhorar o quadro materno.<sup>(16,18)</sup> Raramente, a transmissão vertical pode levar a alterações circulatórias e à inflamação da placenta, bem como a desfechos obstétricos graves, como restrição de crescimento intrauterino e morte fetal.<sup>(17)</sup>

Existem ainda muitas questões a serem esclarecidas acerca da transmissão vertical do novo coronavírus, como a susceptibilidade de acordo com a idade gestacional, as implicações de uma infecção no primeiro trimestre gestacional e se há consequências a longo prazo para recém-nascidos expostos ao vírus.<sup>(15)</sup> Sabe-se que algumas medidas devem ser tomadas para evitar a transmissão horizontal, como restrição de contato e uso de máscara tanto pela mãe quanto por outros familiares e pelos profissionais dos serviços de saúde.<sup>(16)</sup>

A maioria dos neonatos infectados é assintomática ou apresenta sintomas leves como febre, tosse e rinorreia. Sintomas mais graves incluem angústia respiratória, recusa alimentar, letargia, vômitos, diarreia e falência de múltiplos órgãos. Os achados laboratoriais da COVID-19 em recém-nascidos incluem leucocitose, linfopenia, trombocitopenia e elevação dos marcadores de fase aguda. O manejo desses casos é feito com terapia de suporte.<sup>(15,17)</sup>

Não existem evidências atuais de transmissão do SARS-CoV-2 pelo aleitamento. O leite materno, aliás, pode ser benéfico ao recém-nascido devido aos anticorpos contra o coronavírus. Conforme supracitado, a mãe infectada deve utilizar máscara e lavar as mãos e as mamas com água e sabão antes de amamentar.<sup>(16)</sup>

## PRÉ-ECLÂMPSIA

A PE é uma doença de etiologia múltipla e fisiopatologia não totalmente esclarecida, caracterizada clinicamente pelo aumento da pressão arterial maior que 140/90 mmHg, associada à proteinúria (maior que 300 mg em coleta de urina de 24 horas), que ocorre em gestantes com mais de 20 semanas. A presença dessa síndrome hipertensiva na gestação pode ser responsável por uma série de complicações obstétricas graves, como insuficiência renal, edema pulmonar e coagulopatias.<sup>(5)</sup>

Em meio à pandemia da COVID-19, a enfermidade vem sendo entendida como uma possível complicação obstétrica em mulheres infectadas pelo novo coronavírus. Ao analisar os estudos disponíveis que se propõem a avaliar os desfechos gestacionais relacionados à infecção materna pelo vírus SARS-CoV-2 e que preenchem os critérios de inclusão e exclusão já estabelecidos no texto, a maioria deles sugere associação entre maior risco de PE, ou uma síndrome semelhante a ela, quando comparado à ausência de infecção, principalmente em

mulheres com quadro de COVID-19 grave, no entanto ainda há a necessidade de novas evidências científicas para confirmar a hipótese.<sup>(20-29)</sup>

A fisiopatologia dessa associação entre COVID-19 e PE ainda não é bem esclarecida, mas existem, predominantemente, duas teorias que buscam explicá-la. A primeira delas acredita que a PE e a doença causada pelo novo coronavírus são patologias distintas e que a infecção viral pode simular um quadro parecido com o presente na PE, por causa de um estímulo sistêmico exacerbado à função inflamatória, inclusive na região intravascular placentária, que seria responsável por uma migração trofoblástica ineficaz e, portanto, pelo quadro,<sup>(5,26,27)</sup> que se resolveria logo após o término da infecção viral.<sup>(20)</sup> Essa associação inflamatória já foi correlacionada a outras infecções virais,<sup>(27)</sup> como citomegalovírus e malária.<sup>(26)</sup> Já a segunda linha associa a infecção pelo SARS-CoV-2 a uma alteração no sistema renina-angiotensina-aldosterona, pela deficiência na ligação à enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), que é superexpressa no sítio placentário.<sup>(5,24-27)</sup>

Além disso, evidências já comprovaram, por meio de estudo anatomopatológico, a presença do vírus SARS-CoV-2 nas células sincitiotrofoblásticas da interface materno-fetal da placenta.<sup>(26)</sup>

Dada a possível relação entre as enfermidades supracitadas e entre os desfechos obstétricos negativos já relacionados à PE, as complicações que podem estar associadas à infecção pelo novo coronavírus durante a gravidez, como parto prematuro e baixo peso ao nascer, podem ocorrer por uma interseção dos riscos associados a ambas as causas.<sup>(5)</sup>

## EVENTOS TROMBÓTICOS

As alterações fisiológicas transitórias que ocorrem durante a gravidez e o puerpério são responsáveis pela criação de um estado de hipercoagulabilidade que prepara a gestante para o momento do parto. Essas mudanças submetem as mulheres a um risco maior de eventos tromboembólicos que perdura por até seis a oito semanas pós-parto.<sup>(30)</sup>

Fora da gravidez, a COVID-19, principalmente em formas mais graves, é considerada uma doença pró-trombótica e pró-inflamatória.<sup>(31)</sup> Esse mecanismo pode ser explicado por dois fatores, o primeiro deles associa a hipercoagulabilidade ao estado altamente inflamatório induzido pela doença, e o segundo leva em consideração a lesão e a disfunção endotelial causadas pela invasão celular do SARS-CoV-2 por meio da proteína da ACE2, que é o receptor funcional do vírus e está presente em células endoteliais.<sup>(32)</sup>

Ao associar gestação e COVID-19, como fatores de risco aumentado para eventos tromboembólicos, a maioria dos estudos analisados sugere que mulheres grávidas que contraem a infecção podem ter maior risco de desenvolverem coagulopatias, quando comparadas com



gestantes não infectadas,<sup>(30-38)</sup> e que esse risco pode ser ainda maior quando associado a casos graves de COVID-19.<sup>(35)</sup> Alguns estudos defendem que ainda faltam dados e evidências confiáveis para corroborar a hipótese.<sup>(39,40)</sup>

Dado o levantamento desse risco de complicações tromboembólicas, alguns estudos sugeriram inclusive a administração de medicamentos como trombolítico nessas pacientes. Um deles, seguindo a recomendação do RCOG (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*), sugeriu que essa profilaxia seja feita em gestantes com COVID-19 confirmada ou suspeita,<sup>(31)</sup> e outro, embasado pelas diretrizes de tratamento do *National Institutes of Health*, sugeriu que a prevenção de eventos trombóticos deve ser direcionada às gestantes hospitalizadas com COVID-19.<sup>(35)</sup>

## DIABETES GESTACIONAL

Nos estudos analisados, não houve aumento da incidência de COVID-19 entre as mulheres com diabetes gestacional.<sup>(41-43)</sup> A infecção pelo SARS-CoV-2 também não piorou o prognóstico materno-fetal.<sup>(41-43)</sup> Um estudo francês indicou que o *lockdown* pode ter reduzido o controle glicêmico em pacientes com diabetes gestacional, tendo em vista a maior dificuldade para a realização de atividades físicas, mudanças na dieta, bem como medo e ansiedade.<sup>(42)</sup> Monitorização da glicemia, dieta e terapia insulínica, quando indicada, são fundamentais para obter bom controle metabólico e favorecer os desfechos materno-fetais em uma gestante com COVID-19 e diabetes gestacional concomitante.<sup>(41)</sup>

## CONCLUSÃO

Apesar de o impacto da infecção pela COVID-19 na gestação ainda não ser claro, devido ao número limitado de estudos para analisar uma doença ainda nova e com fisiopatologia não totalmente estabelecida, a partir da análise dos dados expostos no texto, é possível compilar as informações bibliográficas disponíveis e relacionar essa associação à probabilidade ou não de um risco aumentado para uma série de complicações. Em relação ao quadro clínico materno, ainda não existe consonância entre os estudos disponíveis e, apesar de alguns deles abordarem a possibilidade de maior susceptibilidade à infecção pelo novo coronavírus em gestantes, a maioria das evidências sugere que mulheres grávidas não têm maior predisposição à infecção pelo SARS-CoV-2, quando comparadas a mulheres não grávidas. O mesmo ocorre na análise do risco materno. Enquanto alguns estudos mostram que gestantes possuem risco aumentado de admissão em UTI, ventilação invasiva e ECMO, outros demonstram que as taxas de doença grave nesse grupo são semelhantes às vistas na população em geral. No que diz respeito a uma maior susceptibilidade a patologias, as evidências sugerem maior incidência

de PE e coagulopatias em gestantes infectadas pelo novo coronavírus, enquanto outras doenças como diabetes gestacional parecem não ter relação com o quadro infeccioso. Quanto aos desfechos neonatais relacionados à COVID-19, foi possível observar maior incidência de parto prematuro, baixo peso ao nascer, cesariana e admissão em UTI neonatal, sendo a maioria dos neonatos infectados assintomática ou com sintomas leves da doença. A ocorrência desse quadro da doença neonatal está relacionada, principalmente, à transmissão horizontal do vírus, visto que, ainda que possível, as taxas de transmissão vertical são baixas e não existem evidências de transmissão via aleitamento materno. Dessa forma, apesar de haver a necessidade de maiores evidências para orientar as decisões clínicas sobre os quadros maternos e neonatais da infecção pelo SARS-CoV-2 durante a gravidez, nossos resultados sugerem possíveis riscos que devem ser considerados na avaliação e no manejo desses pacientes, a fim da adoção de estratégias eficazes para prevenir e tratar os resultados adversos que podem ocorrer nesses casos.

## REFERÊNCIAS

1. Souza HC, Matos MM, Costa RA, Lima MA, Cardoso AS, Bezerra MM. COVID-19 e gestação: manifestações clínicas, alterações laboratoriais e desfechos maternos, uma revisão sistemática de literatura. *Braz J Health Rev.* 2020;3(6):15901-18. doi: 10.34119/bjhrv3n6-023
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2021 May 29]. Available from: <https://covid19.who.int/>
3. Silva Filho PS, Costa RE, Pires AS, Amorim Júnior JS, Lima FM, Farias MD, et al. Influência da COVID-19 e outras doenças respiratórias no período gestacional. *Res Soc Dev.* 2020;9(7). doi: 10.33448/rsd-v9i7.4215
4. Wei SQ, Bertrand MB, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2021;193(16):E540-8. doi: 10.1503/cmaj.202604
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams obstetrics.* 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
6. Berghella V, Hughes B. COVID-19: overview of pregnancy issues [Internet]. 2021 [cited 2021 May 3]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/COVID-19-overview-of-pregnancy-issues>
7. Han Y, Ma H, Suo M, Han F, Wang F, Ji J, et al. Clinical manifestation, outcomes in pregnant women with COVID-19 and the possibility of vertical transmission: a systematic review of the current data. *J Perinat. Med.* 2020;48(9):912-24. doi: 10.1515/jpm-2020-0431
8. Pettiroso E, Giles M, Cole S, Rees M. COVID-19 and pregnancy: a review of clinical characteristics, obstetric outcomes and vertical transmission. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2020;60(5):640-59. doi: 10.1111/ajo.13204
9. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;370:m3320. doi: 10.1136/bmj.m3320
10. La Verde M, Riemma G, Torella M, Cianci S, Savoia F, Licciardi F, et al. Maternal death related to COVID-19: a systematic review and meta-analysis focused on maternal co-morbidities and clinical characteristics. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;154(2):212-9. doi: 10.1002/ijgo.13726

11. Gao YJ, Ye L, Zhang JS, Yin YX, Liu M, Yu HB, et al. Clinical features and outcomes of pregnant women with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1):564. doi: 10.1186/s12879-020-05274-2
12. Yee J, Kim W, Han JM, Yoon HY, Lee N, Lee KE, et al. Clinical manifestations and perinatal outcomes of pregnant women with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2020;10(1):18126. doi: 10.1038/s41598-020-75096-4
13. Mark EG, McAleese S, Golden WC, Gilmore MM, Sick-Samuels A, Curlless MS, et al. Coronavirus Disease 2019 in pregnancy and outcomes among pregnant women and neonates: a literature review. *Pediatr Infect Dis J.* 2021;40(5):473-8. doi: 10.1097/INF.0000000000003102
14. Fan S, Guan J, Cao L, Wang M, Zhao H, Chen L, et al. Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: a systematic review with meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 2021;56:102533. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102533
15. Thapa B, Acharya S, Karki S. Vertical transmission of COVID-19: a case report and review of literature. *J Nepal Health Res Council.* 2021;19(1):203-5. doi: 10.33314/jnhrc.v19i1.3312
16. Carrasco I, Muñoz-Chapulí M, Vigil-Vázquez S, Aguilera-Alonso D, Hernández C, Sánchez-Sánchez C, et al. SARS-CoV-2 infection in pregnant women and newborns in a Spanish cohort (GESNEO-COVID) during the first wave. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):326. doi: 10.1186/s12884-021-03784-8
17. Sukhikh G, Petrova U, Prikhodko A, Starodubtseva N, Chingina K, Chen H, et al. Vertical transmission of SARS-CoV-2 in second trimester associated with severe neonatal pathology. *Viruse.* 2021;13(3):447. doi: 10.3390/v13030447
18. GuroI-Urganci I, Jardine JE, Carroll F, Draycott T, Dunn G, Fremeaux A, et al. Maternal and perinatal outcomes of pregnant women with SARS-CoV-2 infection at the time of birth in England: national cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(5):522.e1-11. doi: 10.1016/j.ajog.2021.05.016
19. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, GuroI-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2021;9(6):759-72. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6
20. Suy A, Garcia-Ruiz I, Carbonell M, Garcia-Manau P, Rodo C, Maiz N, et al. Gestation and COVID-19: clinical and microbiological observational study (Gesta-COVID19). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):78. doi: 10.1186/s12884-021-03572-4
21. Azarkish F, Sheikhi F, Mirkazehi Z, Kalkali S, Bameni Moghadam P, Zahirniya M. Preeclampsia and the crucial postpartum period for COVID-19 infected mothers: a case report. *Pregnancy Hypertens.* 2021;23:136-9. doi: 10.1016/j.preghy.2020.10.012
22. Mendoza M, Garcia-Ruiz I, Carreras E, Suy A. Authors' reply re: Pre-eclampsia-like syndrome induced by severe COVID-19: a prospective observational study. *BJOG.* 2021;128(3):618. doi: 10.1111/1471-0528.16583
23. Ahlberg M, Neovius M, Saltvedt S, Söderling J, Pettersson K, Brandkvist C, et al. Association of SARS-CoV-2 test status and pregnancy outcomes. *JAMA.* 2020;324(17):1782-5. doi: 10.1001/jama.2020.19124
24. Coronado-Arroyo JC, Concepción-Zavaleta MJ, Zavaleta-Gutiérrez FE, Concepción-Urteaga LA. Is COVID-19 a risk factor for severe preeclampsia? Hospital experience in a developing country. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;256:502-3. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.09.020
25. Todos T, Masturzo B, De Francia S. COVID-19 infection: ACE2, pregnancy and preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;253:330. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.08.007
26. Hosier H, Farhadian SF, Morotti RA, Deshmukh U, Lu-Culligan A, Campbell KH, et al. SARS-CoV-2 infection of the placenta. *J Clin Invest.* 2020;130(9):4947-53. doi: 10.1172/JCI139569
27. Abbas AM, Ahmed OA, Shaltout AS. COVID-19 and maternal pre-eclampsia: a synopsis. *Scand J Immunol.* 2020;92(3):e12918. doi: 10.1111/sji.12918
28. Mendoza M, Garcia-Ruiz I, Maiz N, Rodo C, Garcia-Manau P, Serrano B, et al. Pre-eclampsia-like syndrome induced by severe COVID-19: a prospective observational study. *BJOG.* 2020;127(11):1374-80. doi: 10.1111/1471-0528.16339
29. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, Buca D, Liberati M, et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):100107. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107
30. Gunduz ZB. Venous sinus thrombosis during COVID-19 infection in pregnancy: a case report. *Sao Paulo Med J.* 2021;139(2):190-5. doi: 10.1590/1516-3180.2020.0659.R1.08122020
31. Servante J, Swallow G, Thornton JG, Myers B, Munireddy S, Malinowski AK, et al. Haemostatic and thrombo-embolic complications in pregnant women with COVID-19: a systematic review and critic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):108. doi: 10.1186/s12884-021-03568-0
32. Calcaterra G, Bassareo PP, Mehta JL. Letter in response to "COVID-19, Virchow's triad and thromboembolic risk in obese pregnant women". *Clin Cardiol.* 2021;44(5):595. doi: 10.1002/clc.23601
33. Carbillon L, Feraut M, Benbara A, Boujenah J. COVID-19, Virchow's triad and thromboembolic risk in obese pregnant women. *Clin Cardiol.* 2021;44(5):593-4. doi: 10.1002/clc.23602
34. Flores-Pliego A, Miranda J, Vega-Torrealblanca S, Valdespino-Vázquez Y, Helguera-Repetto C, Espejel-Núñez A, et al. Molecular insights into the thrombotic and microvascular injury in placental endothelium of women with mild or severe COVID-19. *Cells.* 2021;10(2):364. doi: 10.3390/cells10020364
35. Metz TD, Clifton RG, Hughes BL, Sandoval G, Saade GR, Grobman WA, et al. Disease severity and perinatal outcomes of pregnant patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Obstet Gynecol.* 2021;137(4):571-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000004339
36. Faden YA, Alghilan NA, Alawami SH, Alsulmi ES, Alsum HA, Katib YA, et al. Saudi Society of Maternal-Fetal Medicine guidance on pregnancy and coronavirus disease 2019. *Saudi Med J.* 2020;41(8):779-90. doi: 10.15537/smj.2020.8.25222
37. Fontanella F, Hannes S, Keating N, Martyn F, Browne I, Briet J, et al. COVID-19 infection during the third trimester of pregnancy: current clinical dilemmas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;251:268-71. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.05.053
38. Ryan GA, Purandare NC, McAuliffe FM, Hod M, Purandare CN. Clinical update on COVID-19 in pregnancy: a review article. *J Obstet Gynaecol Res.* 2020;46(8):1235-45. doi: 10.1111/jog.14321
39. D'Souza R, Malhamé I, Teshler L, Acharya G, Hunt BJ, McLintock C. A critical review of the pathophysiology of thrombotic complications and clinical practice recommendations for thromboprophylaxis in pregnant patients with COVID-19. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(9):1110-20. doi: 10.1111/aogs.13962
40. Benhamou D, Keita H, Ducloy-Bouthors AS; Obstetric Anaesthesia and Critical Care Club Working Group. Coagulation changes and thromboembolic risk in COVID-19 obstetric patients. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2020;39(3):351-3. doi: 10.1016/j.accpm.2020.05.003
41. D'Ambrosi F, Rossi G, Soldavini CM, Maggi V, Cetera GE, Carbone IF, et al. Management of gestational diabetes in women with a concurrent SARS-CoV-2 infection, experience of a single center in Northern Italy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;152(3):335-8. doi: 10.1002/IJGO.13434
42. Ghesquière L, Garabedian C, Drumez E, Lemaître M, Cazaubiel M, Bengler C, et al. Effects of COVID-19 pandemic lockdown on gestational diabetes mellitus: a retrospective study. *Diabetes Metab.* 2021;47(2):101201. doi: 10.1016/j.diabet.2020.09.008
43. Priya G, Bajaj S, Grewal E, Maisnam I, Chandrasekharan S, Selvan C. Challenges in women with diabetes during the COVID-19 pandemic. *Eur Endocrinol.* 2020;16(2):100-8. doi: 10.17925/EE.2020.16.2.100

COMPORTAMENTO,  
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA

ACESSE, CURTA  
E COMPARTILHE.

AFINAL, ELA É  
FEITA PARA VOCÊ!



**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

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

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

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

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

# Cuidado do nascer da mãe, até o bebê

o cuidado do nascer da mãe até o bebê • cuidado do nascer da mãe até o bebê



NÃO CONTÉM GLÚTEN

## tecnologia 3-layer

O pré-natal é um dos momentos mais importantes da gestação e sabemos que a sua especialidade é cuidar da mãe durante toda essa jornada. E agora, você pode contar novamente com o suplemento Nestlé Materna®! Sua tecnologia 3-layer libera de forma controlada os nutrientes importantes para suprir as necessidades nutricionais das gestantes possibilitando a otimização da absorção das 22 vitaminas e minerais presentes em seu comprimido.

## O melhor da Nestlé aliado à ciência da Pfizer para as mães brasileiras

NOTA IMPORTANTE: Uma dieta bem balanceada, tanto durante a gravidez quanto após o parto, ajuda a manter um suprimento adequado de leite materno. Recomendamos que as mães consultem um profissional de saúde antes de adicionar qualquer suplemento dietético à dieta durante a gravidez ou lactação. Após o parto, acreditamos que a amamentação é o início nutricional ideal para os bebês, pois o leite materno proporciona uma dieta balanceada e proteção contra doenças para o seu bebê. Apoiamos totalmente a recomendação da Organização Mundial da Saúde de amamentação exclusiva até o 6º mês de vida, seguida pela introdução de alimentos complementares nutricionalmente adequados juntamente com a continuidade da amamentação até os 2 anos de idade ou mais. A dose diária recomendada não deve ser excedida.

  
**Materna**

PP-MAT-BRA-0216

Fonte: <https://www.pfizer.com.br/nestle-materna>