

# Feminina®

Publicação oficial da Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

Volume 48, Número 12, 2020



## Vacinação nas gestantes e puérperas

As vantagens da  
vacinação durante a  
gestação e a lactação

### FEBRASGO PARA TODOS

Direção executiva avalia os  
12 primeiros meses de gestão

### DEZEMBRO VERMELHO

Um importante alerta de  
prevenção à infecção pelo HIV

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

# VAMOS ACABAR COM ISSO?

A **Febrasgo** apoia a Estratégia Global da OMS para erradicação do câncer de colo do útero.

**Apoie você também!**



## Metas

**Vacinar 90% das meninas com menos de 15 anos de idade contra o HPV**

**Rastrear o HPV em 70% das mulheres**

- uma vez até os 35
- outra vez até os 45

**Tratar 90% das mulheres com lesões precursoras ou câncer invasivo**

Saiba mais em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/campanhas/cancer-de-colo-de-utero>



Realização

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

Apoio



Apoio institucional

veja  
**SAÚDE**

## 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

Almir Antônio Urbanetz (PR)

## DESEJA FALAR COM A FEBRASGO?

### PRESIDÊNCIA

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

### SECRETARIA EXECUTIVA

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

### EDITORIAL

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

### PUBLICIDADE

Renata Erlich  
gerencia@Febrasgo.org.br

**www.Febrasgo.org.br**

## CORPO EDITORIAL

### EDITORES

Marcos Felipe Silva de Sá

Sebastião Freitas de Medeiros

### COEDITOR

Gerson Pereira Lopes

### EDITOR CIENTÍFICO DE HONRA

Jean Claude Nahoum

### EX-EDITORES-CHEFES

Jean Claude Nahoum

Paulo Roberto de Bastos Canella

Maria do Carmo Borges de Souza

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

Ivan Lemgruber

Alberto Soares Pereira Filho

Mário Gáspare Giordano

Aroldo Fernando Camargos

Renato Augusto Moreira de Sá

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

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

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

Produzida por: **Modo Comunicação.**

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

## CONSELHO EDITORIAL

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

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

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



O ano de 2020 termina bem e com esperança. Esperança muito particular no combate à COVID-19 via vacina. Sem nenhuma relação com o coronavírus, mas ainda com o tema vacina, a *Femina* coloca em sua capa, como assunto mais relevante, a importância da vacinação em gestantes e puérperas. Em texto claro, objetivo e prático, a posição da Febrasgo é apresentada pela Comissão Nacional Especializada (CNE) em Vacinas, que elenca os objetivos relevantes, destaca as vacinas recomendadas e as contraindicadas, e mostra com clareza as estratégias úteis para a adesão ao programa. Dois membros da CNE em Vacinas fazem análise e retrospectivo histórico da vacinação compulsória. Consideram uma lei que determine a vacinação compulsória, mas, felizmente, cedem ao mais relevante: o esclarecimento da população acerca dos benefícios e o combate às falsas notícias. A leitura dos dois textos é agradabilíssima.

Avaliação do desempenho da Febrasgo nesta época de COVID-19, com eventos virtuais, é feita por nosso presidente e seis outros diretores. Em cinco páginas, eles descrevem as dificuldades e avanços, destacando o trabalho das Comissões Científicas e o carinho do professor Marcos Felipe pelas duas revistas, com o apoio do professor César, nosso diretor científico. O ano de 2020 foi produtivo e a tarefa para 2021 está sendo costurada por todos. A jornalista Letícia faz uma síntese das opiniões de quatro especialistas sobre as ações preventivas da infecção pelo HIV. Dados epidemiológicos do país são mostrados com clareza. E duas professoras de Minas Gerais produzem um texto maravilhoso questionando se é possível ensinar empatia durante a residência médica. É importante sua leitura, mesmo nesta época de mudanças marcantes na relação médico-paciente. Cessária a pedido: do conflito inicial à aceitação quase universal, esse tema foi debatido no I Fórum de Assistência Obstétrica da Febrasgo, e a posição mais relevante extraída foi a da autonomia da gestante.

No Caderno Científico, a *Femina* publica três estudos mostrando dados de nossa população. Um estudo, realizado no Pará, compara os desfechos obstétricos entre pacientes adolescentes e adultas, e novamente mostra desvantagens da gestação na adolescente. Outro estudo humanístico de Minas Gerais avalia a qualidade da vida sexual das mulheres após radioterapia para o câncer do colo uterino, mostrando prejuízos nos domínios desejo e excitação, mas surpreende ao não encontrar diferenças na lubrificação, orgasmo e dispareunia. O terceiro estudo, com autores de Campinas e Florianópolis, examina o estado atual da sífilis materna na região Sul e identifica inadequação importante no tratamento. Esse caderno termina com o relato de uma gestante com síndrome de Hamman na gestação, identificada no interior de São Paulo e diagnosticada por apresentar enfisema cervical e facial, dor torácica, dispneia e dor cervical. Vale pela singularidade.

Os editores da *Femina* terminam o ano agradecendo a todos os colaboradores. TODOS, autores, revisores e grupo de suporte. Esperamos o mesmo apoio em 2021!

Boa leitura!

Sebastião Freitas de Medeiros  
EDITOR

# SUMÁRIO



**710** Capa

## Vacinação nas gestantes e puérperas

**715** Vacinação compulsória: o limite entre o público e o privado

**717** Entrevista

**Febrasgo para todos**



**723** Entrevista

**Dezembro vermelho**



**728** Federadas

## Sogope Primeiro congresso *on-line* foi um sucesso

### Sogise Congressos virtuais

**730** Residência Médica

## É possível ensinar empatia durante a residência médica?



**735** Defesa e Valorização Profissional

## I Fórum de Assistência Obstétrica da Febrasgo Cesárea a pedido



**737** Caderno Científico

### ARTIGOS ORIGINAIS

## Avaliação dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas: um estudo transversal em um município da Amazônia brasileira

## Qualidade de vida sexual de mulheres no pós-tratamento radioterápico de câncer de colo uterino

## Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar

### RELATOS DE CASO

## Síndrome de Hamman em gestante: relato de caso

## A radiofrequência fracionada no tratamento de líquen escleroso vulvar: um relato de caso

# Vacinação nas gestantes e puérperas

Número 6 – Dezembro 2020

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:

- Alertar os Ginecologistas e Obstetras (GOs) sobre a importância da vacinação da gestante e puérpera;
- Abordar as alterações imunológicas da gestação e puerpério e susceptibilidade a infecções;
- Destacar as vantagens maternas e fetais da vacinação durante a gestação e a lactação, oferecendo ferramentas ao obstetra para convencer a sua paciente na adesão à vacinação;
- Descrever as vacinas recomendadas de rotina na gestação e no puerpério;
- Abordar as vacinas com uso eventual na gestação e puerpério;
- Alertar sobre as vacinas contraindicadas na gestação e informar sobre os riscos do uso inadvertido delas;
- Abordar perspectivas futuras na vacinação da gestante.

## RECOMENDAÇÕES:

- Na gravidez e puerpério, a prática da vacinação é indispensável, visando à saúde materna e do conceito. Deve fazer parte do *checklist* de recomendações do ginecologista e obstetra.
- Alterações da imunidade celular acarretam maior susceptibilidade da gestante a infecções, como a influenza, com evolução para formas graves da doença. Ao mesmo tempo, as gestantes respondem de forma efetiva à vacinação, produzindo anticorpos adequadamente.
- Quando a gestante é vacinada, há melhora significativa na saúde materna e neonatal relativa a essas infecções. É importante destacar que, vacinando a gestante, há passagem transplacentária de anticorpos, protegendo o conceito. Isso também ocorre pelo leite materno. Talvez esse seja o melhor argumento para o aumento da adesão à imunização.
- As vacinas recomendáveis durante a gestação são: influenza, dTpa (difteria, tétano e coqueluche) e hepatite B (quando não recebeu as três doses previamente).
- Em algumas condições clínicas ou epidemiológicas, podem-se recomendar vacinas inativadas, como vírus da hepatite A, pneumocócica e meningocócica. São vacinas inativadas, indicadas quando o risco de infecção por esses agentes é alto.
- A vacina febre amarela, embora seja de vírus vivos atenuados, pode ter seu uso considerado na gravidez, quando o risco epidemiológico justificar. O uso na lactante de bebês menores de 6 meses é contraindicado.
- Na gestação, são contraindicadas as vacinas: tríplice viral, HPV, varicela (catapora) e dengue. No caso de uso inadvertido delas, deve-se manter a gestação, pois os riscos potenciais não justificam medidas extremas.
- Encontram-se em estágio avançado de desenvolvimento, para uso específico em gestantes, vacinas para o vírus sincicial respiratório e Estreptococo do grupo B.

## CONTEXTO CLÍNICO

Enquanto a morte é a consequência mais extrema de infecções imunopreveníveis, há centenas de milhares de hospitalizações anualmente secundárias a essas doenças.<sup>(1)</sup>

Alterações imunológicas e fisiológicas durante a gestação levam à maior susceptibilidade a condições infecciosas, com aumento de morbidade e mortalidade,<sup>(2)</sup> como ocorrido na pandemia de influenza A-H1N1 em 2009.<sup>(3)</sup> Quando uma gestante adquire infecção,

além de sua saúde, há risco de comprometimento da saúde de seu conceito, como malformações, atraso no crescimento intrauterino, parto prematuro, manifestações infecciosas neonatais e tardias, e até óbito.

Nesse sentido, imunizar a gestante é uma atitude de prevenção primária de agravo ao binômio.<sup>(4)</sup> Considerando-se que mais de 90% das gestantes no Brasil frequentam as consultas pré-natal, buscando cuidados para assegurar sua saúde e de seu conceito, esse é um momento ímpar para garantir a vacinação desta mulher e de sua família, numa estratégia ampliada de promoção de saúde.<sup>(5)</sup>

Sabe-se que a soroconversão pela imunização na gestação é, de maneira geral, semelhante à da mulher fora do ciclo grávido-puerperal.<sup>(6)</sup> Além disso, imunizar a gestante é o início do processo de proteção desse conceito já antes de seu nascimento, pela passagem transplacentária de anticorpos da classe IgG, oferecendo proteção passiva por até 12 meses, até que essa criança esteja adequadamente imunizada.<sup>(7,8)</sup>

Porém, infelizmente, as taxas de imunização na gestação estão abaixo do desejado no mundo. Em estudo realizado em 2016, na cidade de São Paulo, apenas 68,4% das gestantes receberam vacinas recomendáveis.<sup>(9)</sup> Vários fatores podem explicar o mau cumprimento das recomendações oficiais. As preocupações com a segurança da mãe ou do recém-nascido (RN) e o desconhecimento das recomendações de vacinas por profissionais de saúde e mulheres grávidas parecem ser os fatores mais importantes para a baixa adesão.<sup>(8)</sup>

O ideal é a atualização vacinal na pré-concepção, porém como cerca de metade das gestações no país não é planejada, é fundamental que o GO incorpore a prática vacinal como um item da consulta pré-natal, indispensável na promoção da saúde do binômio, usando argumentos esclarecedores e acolhedores, que reforcem a adesão às vacinas por essas gestantes. O puerpério é outro momento de cuidado da saúde, sendo uma ótima oportunidade de atualização vacinal da mulher.<sup>(10,11)</sup>

Por meio de revisão bibliográfica em base de dados de periódicos *PubMed*, no período de 2010 a 2020, utilizando-se a palavra-chave “maternal immunization” (“imunização materna”), além das recomendações nacionais de vacinação no ciclo grávido-puerperal, destacamos aqui os principais pontos para fortalecer o conhecimento e prática dos GOs que atendem gestantes e puérperas, incorporando definitivamente a imunização como uma prática de rotina do ciclo gravídico puerperal.

### **POR QUE INCORPORAR A RECOMENDAÇÃO DE VACINAS NAS CONSULTAS DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA?**

Porque vacinas são importantes instrumentos de prevenção e devem integrar o planejamento de saúde de

todos, homens e mulheres, do nascimento à terceira idade. Contudo, vacinar a mulher possui um leque de benefícios. Contribui para a sua proteção, evita infecções congênitas, permite a transmissão de anticorpos para o feto, impede a transmissão de doenças para o lactente e para os demais que estão sob seus cuidados, seja em casa, na creche, na escola ou em hospitais. Portanto, são fundamentais as orientações específicas sobre imunização para a fase adulta da mulher.<sup>(12)</sup>

Historicamente, não havia uma cultura na qual os GOs participassem efetivamente da orientação de imunização, restando apenas a vacinação antitetânica em gestantes atendidas no sistema público. Na última década, os GOs começaram a ser orientados a participar efetivamente dos programas de imunizações.<sup>(10)</sup> Inicialmente, o licenciamento das vacinas HPV (vírus do papiloma humano) em 2007 colocou as mulheres como a principal população-alvo. Em 2009 ocorreu a temida pandemia de influenza H1N1, sendo as gestantes grupo de risco para complicações e óbito, passando a ser imunizadas rotineiramente. O terceiro evento foi a epidemia de óbitos neonatais por coqueluche, vivenciada no Brasil, a partir de 2011; a principal estratégia para controle dessa situação é a vacinação de gestantes, a cada gestação, para a proteção do recém-nascido, o que passou a ser uma regra para o sistema público desde o final de 2014.<sup>(10)</sup>

É conhecida a necessidade de manutenção de altos níveis de cobertura vacinal na população e a utilização de doses de reforços periódicas para se obter uma manutenção do controle de muitas doenças infecciosas. O GO é o principal médico a ter acesso a uma parte importante da população, as mulheres, por longo período de suas vidas, e deve realizar essa orientação periódica.<sup>(10)</sup>

A aplicação de vacinas não é um ato médico, mas a prescrição sim, lembrando que toda ação deve ser documentada em prontuário.

### **COMO SENSIBILIZAR GESTANTES E PUÉRPERAS DE FORMA A AUMENTAR A ADESÃO À VACINAÇÃO?**

Alguns dos motivos da má adesão são a falta de informação sobre a susceptibilidade e o maior potencial de gravidade que algumas infecções podem acarretar na gestante, o receio de possíveis efeitos colaterais das vacinas, prejuízos ao feto, além da falta de informação sobre o potencial benéfico efetivo que a imunização materna pode proporcionar. São obstáculos, principalmente para os mais vulneráveis, a ação dos grupos antivacinas e, na atualidade, *fake news*, oriundas de redes sociais e da internet. Ressalta-se, também, a falta de orientação da paciente pelo médico assistente, seja por desconhecimento, seja por negligência.<sup>(8)</sup>

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia<sup>(13)</sup> sugere algumas medidas para melhorar a aceitação materna à vacinação:

- Educar: o conhecimento insuficiente sobre a susceptibilidade e a morbidade das doenças imunopreveníveis e sobre riscos e benefícios da vacinação é uma barreira modificável para melhorar a adesão à imunização;
- Recomendar: a comunicação verbal de um médico parece ser o maior motivador para a aceitação da vacinação pela gestante;
- Normatizar: os obstetras devem adotar como rotina ou protocolo, na primeira consulta de pré-natal da gestante, a abordagem de prevenção de doenças infecciosas maternas e infantis por meio da vacinação;
- Melhorar a conveniência: os obstetras têm a oportunidade de consultar com frequência a gestante e são vistos como fontes confiáveis de informação. Uma das formas de garantir a vacinação é oferecer as vacinas no mesmo local em que é feita a consulta de pré-natal.

### QUAIS SÃO AS VACINAS RECOMENDADAS NA GESTAÇÃO E EM QUE PERÍODO DEVEM SER TOMADAS?

São vacinas indicadas durante a gestação: influenza, hepatite B (para as não previamente imunizadas), tríplice acelular tipo adulto: dTpa (difteria, tétano e coqueluche).<sup>(14)</sup>

A vacina **influenza** é recomendada para toda gestante, a cada gravidez, em qualquer fase gestacional, preferencialmente no período que antecede a temporada de circulação do vírus influenza naquela região. Sua proteção dura em torno de 6 a 12 meses após a aplicação. A vacina está também recomendada para puérperas até 45 dias após o parto, não oferecendo risco à amamentação. Gestantes apresentam maior risco de complicações após infecções por influenza, como hospitalização, admissão em unidades de terapia intensiva e óbito. Além disso, há maior risco para parto prematuro, baixo peso ao nascer, óbito fetal e também risco de complicações nos RNs. A imunização contra a gripe durante a gestação/puerpério protege o conceito nos primeiros seis meses de vida, uma vez que eles estão em maior risco de hospitalização e óbito pela doença, e nenhuma vacina influenza é licenciada nessa faixa etária, em função de baixa imunogenicidade das formulações atuais. Duas vacinas são licenciadas e estão disponíveis no Brasil: na rede pública, a trivalente (uma cepa de influenza A-H1N1, uma A-H3N2 e uma variante de influenza B) e, na rede privada, a quadrivalente (uma cepa de uma segunda linhagem B a mais), aumentando o espectro de proteção.<sup>(14-16)</sup>

A vacina **dTpa** deve ser aplicada após a 20ª semana de gestação, suficiente para induzir proteção contra o tétano neonatal em gestantes com história prévia de imunização completa (3 doses) com vacinas contendo o componente tetânico, ou que tenham recebido duas doses de dT previamente. Em casos de história vacinal incompleta ou desconhecida, deve-se garantir 2 doses de dT e mais a dTpa. Mulheres que não receberam a dTpa durante a gravidez devem ser imunizadas no período pós-parto imediato.<sup>(10,12,15,16)</sup>

A coqueluche é uma doença grave, sendo a bactéria *Bordetella pertussis* especialmente virulenta quando acomete lactentes jovens nos primeiros meses de vida. A vacinação de rotina com dTpa durante a gestação reduz em cerca de 90% o risco da criança nos primeiros meses de vida contrair a coqueluche.<sup>(17-19)</sup> Essa doença é transmitida por meio de gotículas respiratórias de indivíduos infectados próximos. A estratégia de imunização, denominada casulo ou *cocooning* (palavra de origem inglesa), consiste na imunização de todos aqueles que convivem com o lactente jovem e que, portanto, representam o maior risco de transmitir a doença no ambiente doméstico, que é considerado a principal unidade epidêmica da doença.

Para a vacina da **hepatite B**, o esquema completo é de três doses (0-1-6 meses), podendo ser iniciado no primeiro trimestre. Caso não haja comprovação vacinal prévia, ou esquema vacinal esteja incompleto, a orientação é iniciar o esquema ou completar as doses faltantes.<sup>(16)</sup> Na ausência de profilaxia, o risco de o RN ser infectado pelo vírus da hepatite B, por exposição intrauterina e principalmente perinatal de parturientes positivas para HBsAg e HBeAg, é de 70% a 90%, caindo para 5% a 20% em parturientes HBsAg positivas e HBsAg negativas. A transmissão vertical é associada a maior risco de infecção crônica na criança. Com isso, a vacinação da gestante protege a mãe de adquirir o vírus durante a gravidez e seu conceito.<sup>(15,16)</sup> Atenção especial deve ser dada às mulheres com risco aumentado de infecção pelo vírus da hepatite B durante a gravidez, como: contatos domiciliares ou parceiros sexuais que sejam positivos para antígeno de superfície da hepatite B; mais de um parceiro durante o período anterior de 6 meses da gestação; tratamento recente de infecção sexualmente transmissível; usuárias de drogas injetáveis atuais ou recentes; pessoas que vivem com doença hepática crônica; pessoas que vivem com HIV; viajantes para áreas de alta endemicidade.<sup>(17)</sup>

### QUAIS SÃO AS VACINAS USADAS EVENTUALMENTE NA GESTAÇÃO?

As vacinas inativadas (hepatite A, pneumocócicas, meningocócica conjugada ACWY e meningocócica B) não possuem riscos teóricos para a gestante e nem para o

feto. Atualmente, essas vacinas são oferecidas apenas na clínica privada. Apesar da insuficiência de dados sobre a segurança da vacina hepatite A (VHA) durante a gestação, no Brasil, há diversas situações em que o risco de exposição ao vírus é elevado, devendo-se, nesses casos, considerar a vacinação na gravidez, como mulheres que vivem em condições inadequadas de saneamento, ou ainda na vigência de surtos da doença.<sup>(10,12,15)</sup>

O esquema sequencial com as vacinas pneumocócica conjugada 13-valente e polissacarídica 23-valente deve ser considerado nas mulheres com fatores clínicos de risco para doença pneumocócica invasiva, tais como gestantes com doença cardíaca crônica, doença pulmonar crônica, diabetes, doença hepática crônica, implante coclear, imunodeficiências congênitas e/ou adquiridas, doença falciforme ou outras hemoglobinopatias e asplenia anatômica ou funcional.<sup>(15,20,21)</sup>

Da mesma forma, as vacinas meningocócicas conjugadas mono (C) ou quadrivalentes (A,C,W,Y) e a vacina meningocócica B não possuem dados de segurança em relação ao seu uso durante a gestação, porém, em situações epidemiológicas de risco, deve-se avaliar a possibilidade da vacinação.<sup>(15,20,21)</sup>

### QUAIS VACINAS SÃO CONTRAINDICADAS NA GESTAÇÃO?

São contraindicadas a vacina HPV e as vacinas atenuadas (varicela, tríplice viral – SCR – e dengue), compostas a partir de vírus vivos atenuados, que podem representar risco teórico de transmissão do vírus vacinal ao feto. Devem ser recomendadas no período pré-concepcional, no puerpério, na presença ou não da amamentação.<sup>(14-16)</sup>

A vacina da febre amarela (FA) é constituída por vírus vivo atenuado, portanto, é normalmente contraindicada em gestantes. Porém, nas situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser recomendada durante a gravidez. As gestantes que viajam para países que exigem o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) podem ser isentadas da vacinação pelo médico assistente se não houver risco de contrair a infecção. É contraindicada em nutrízes até que o bebê complete 6 meses, porém se a vacinação não puder ser evitada, deve-se suspender o aleitamento por dez dias.<sup>(10,12,14)</sup>

A vacina de dengue é contraindicada tanto na gestação, quanto no puerpério.<sup>(10,12,14,15)</sup>

### QUAIS VACINAS ESTÃO SENDO DESENVOLVIDAS ATUALMENTE PARA USO NA GESTAÇÃO?

Encontram-se em diferentes estágios de desenvolvimento novas vacinas, com a principal finalidade de prevenir doenças infecciosas neonatais. Entre elas, destacam-se vacinas contra o vírus sincicial respiratório (VSR), Estreptococo do grupo B (EGB), vírus do herpes simples (VHS) e citomegalovírus (CMV), doenças

para as quais atualmente não existem vacinas disponíveis.<sup>(8)</sup> O VSR é a principal causa de infecções do trato respiratório inferior em lactentes e crianças menores de 2 anos de idade, faixas etárias nas quais as infecções são mais graves, principalmente em RNs e lactentes que nasceram prematuramente. RNs prematuros ou com doença cardíaca ou pulmonar crônica grave subjacente correm maior risco de infecção grave por VSR, levando a hospitalização e morte. Como a maioria dos casos de infecção grave por VSR ocorre nos primeiros 3 meses de vida, é improvável que a imunização dos bebês possa fornecer proteção suficiente e oportuna. Portanto, a imunização materna é considerada uma estratégia adequada para a prevenção da doença por VSR em crianças pequenas.

A infecção por EGB é uma das principais causas de pneumonia, meningite e sepse em RNs. Devido ao início precoce da doença, a administração de uma vacina contra o EGB para RNs ao nascimento não gera resposta imune com a rapidez suficiente para prevenir a infecção, que apresenta alta letalidade. Assim, a imunização materna é identificada como uma potencial estratégia para prevenir a doença neonatal (doença de início precoce), quando associada ao uso da profilaxia antibiótica intraparto, administrada às parturientes positivas para EGB na triagem pré-natal, além de prevenir, também, a doença de início tardio (>7 a 90 dias de idade).

Devido aos riscos do herpes neonatal e do CMV congênito, essas vacinas estão sendo avaliadas com prioridade para mulheres soronegativas, antes da gravidez.<sup>(15)</sup>

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres que estão planejando engravidar, ou que já estejam grávidas, tornam-se mais receptivas à imunização, principalmente quando informadas sobre o objetivo de tornar o período gestacional mais seguro e saudável possível, assim como sobre os benefícios para seu bebê. Entretanto, ainda há baixas taxas de adesão à vacinação pré-natal, especialmente entre gestantes com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, alguns grupos raciais e étnicos, e comportamentos alternativos. Por essa razão, o tema de imunizações na pré-concepção, na gestação e no puerpério deve ser abordado nas consultas de ginecologia, obstetrícia e pediatria. Esses são momentos ímpares na vida da mulher, que devem ser valorizados por todos os profissionais de saúde, em especial os GOs, que devem incluir imunizações como parte integrante de sua prática clínica.

### REFERÊNCIAS

1. National Foundation for Infectious Diseases. Adult vaccination saves lives [Internet]. Bethesda: NFID; 2012 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.nfid.org/wp-content/uploads/2019/08/cta-adult.pdf>

2. Robinson DP, Klein SL. Pregnancy and pregnancy-associated hormones alter immune responses and disease pathogenesis. *Horm Behav.* 2012;62(3):263-71. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.02.023
3. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, Williams JL, Swerdlow DL, Biggerstaff MS, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet.* 2009;374(9688):451-8. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61304-0
4. United Nations. The Millenium Development Goals Report 2015 [Internet]. New York: United Nations; 2015 [cited 2020 Aug 20]. Available from: [https://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20PR%20Global.pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20PR%20Global.pdf)
5. Leal MC, Esteves-Pereira P, Viellas EF, Domingues RMSM, Nogueira da Gama SG. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2020;54:8. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001458
6. Bischoff AL, Folsgaard NV, Carson CG, Stokholm J, Pedersen L, Holmberg M, et al. Altered response to A(H1N1)pnd9 vaccination in pregnant women: a single blinded randomized controlled trial. *PLoS One.* 2013;8(4):e56700. doi: 10.1371/journal.pone.0056700
7. Robinson DP, Klein SL. Pregnancy and pregnancy-associated hormones alter immune responses and disease pathogenesis. *Horm Behav.* 2012;62(3):263-71. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.02.023
8. Abu-Raya B, Maertens K, Edwards KM, Omer SB, Englund JA, Flanagan KL, et al. Global perspectives on immunization during pregnancy and priorities for future research and development: an international consensus statement. *Front Immunol.* 2020;11:1282. doi: 10.3389/fimmu.2020.01282
9. Rocha BCCR, Carvalheira APP, Ferrari AP, Tonete VLP, Duarte MTC, Parada CMGL. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;21(7):2287-92. doi: 10.1590/1413-81232015217.16862015
10. Neves N, Kfourri R. Vacinação na mulher. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
11. ACOG Committee Opinion No. 772: immunization implementation strategies for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2019;133(3):e254-9. doi: 10.1097/AOG.00000000000003130
12. Lajos GJ, Fialho SCAV, Teixeira JC. Imunização na gravidez, puerpério e amamentação. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Programa vacinal para mulheres. São Paulo: Febrasgo; 2017. p. 128-38. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo; nº 13).
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion no. 558: integrating immunizations into practice. *Obstet Gynecol.* 2013;121(4):897-903. doi: 10.1097/01.AOG.0000428788.74725.90
14. Ministério da Saúde. Calendário nacional de vacinação 2020 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 Apr. 21]. Available from: <https://www.saude.gov.br/files/immunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf>.
15. Kfourri RA, Martins CMR, Lajos GJ, Giamberardino HIG, Cunha J, Pereira LDC, et al. Imunização na gestação, pré-concepção e puerpério: Documento Técnico. São Paulo: SBP/SBIm/Febrasgo; 2020.
16. Calendário de vacinação SBIm gestante: recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2020/2021. São Paulo: SBIm; 2020 [cited 2020 Oct 31]. Available from: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>.
17. Tan TQ, Flaherty JP, Gerbie MV. The vaccine handbook: a practitioner's guide to maximizing use and efficacy across lifespan. New York: Oxford University Press; 2018.
18. Baxter R, Bartlett J, Fireman B, Lewis E, Klein NP. Effectiveness of vaccination during pregnancy to prevent infant pertussis. *Pediatrics.* 2017;139(5):e20164091. doi: 10.1542/peds.2016-4091
19. Kaczmarek MC, Ware RS, McEniery JA, Coulthard MG, Lambert SB. Epidemiology of pertussis-related paediatric intensive care unit (ICU) admissions in Australia, 1997-2013: an observational study. *BMJ Open.* 2016;6(4):e010386. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010386
20. Ministério da Saúde. Anexo V - Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação 2020. 2020 [cited 2020 Oct 31]. Available from: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Calend%C3%A1rio%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o/INSTRUCAO%20NORMATIVA%202020.pdf>
21. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendários de Vacinação – Pacientes Especiais [Internet]. São Paulo: SBIM; 2020 [cited 2020 Oct 31]. Available from: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais-v2.pdf>

---

**Como citar:**

Lajos GJ, Fialho SC, Kfourri RA, Robial R, Roteli-Martins CM. Vacinação nas gestantes e puérperas. *Femina.* 2020;48(12):710-4.

\*Este artigo é a versão em língua portuguesa do trabalho "Vaccination in pregnant and postpartum women", publicado na *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(10):851-5.

---

**Giuliane Jesus Lajos**

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

**Susana Cristina Aidé Viviani Fialho**

Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

**Renato de Ávila Kfourri**

Faculdade de Ciências Médicas de Santos, Santos, SP, Brasil.

**Renata Robial**

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

**Cecília Maria Roteli-Martins**

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

**Conflito de interesses:**

Nada 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

# Vacinação compulsória: o limite entre o público e o privado

Cecilia Maria Roteli-Martins<sup>1</sup>, Júlio César Teixeira<sup>2</sup>

A primeira vacina foi criada pelo médico britânico Edward Jenner, em 1796, para prevenir a varíola, demonstrando que a inoculação de material de uma lesão poderia proteger contra uma subsequente infecção, iniciando-se, assim, uma nova era. Um século depois, foram desenvolvidas novas vacinas, com relevante impacto na ocorrência de grande número de doenças infecciosas, muitas delas erradicadas, ficando evidente o efeito coletivo ao se atingirem altas coberturas vacinais. O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) declarou que as vacinas representam uma das 10 aquisições de maior valor do século XX, comparada à água potável.<sup>(1)</sup>

O Brasil possui um dos programas de vacinação populacional dos mais completos e, principalmente, acessível. Em anos recentes, a recusa de receber a vacinação e o conseqüente declínio da imunidade de rebanho ou coletiva contribuíram para o retorno de doenças infecciosas já controladas, por meio de numerosos surtos com prejuízos para a saúde pública, provocando debates polarizados entre os grupos a favor e contra as vacinas.<sup>(2)</sup> Nesse ínterim, visando proteger o indivíduo e a população, além de justificar a continuidade do programa de vacinação atual, a Justiça Brasileira foi acionada diversas vezes e atualmente há jurisprudência para a vacinação compulsória das crianças, em cumprimento ao calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde.<sup>(3)</sup>

Mesmo assim, com a globalização do acesso à informação pela internet, existe um descompasso de conhecimento e vulnerabilidade emocional, surgindo oportunistas com as chamadas “fake news”, reverberando situações antigas e já definidas, parecendo novas para muitos e reiniciando alguns debates. Os desafios científicos, políticos e éticos atuais enfrentados ao lidar com a recusa de vacinação já tinham sido relatados em décadas anteriores. A questão que se apresenta é o balanço da vacinação coercitiva e obrigatória. É razoável impor a vacinação compulsória?

No Brasil, o uso de vacina contra a varíola foi declarado obrigatório para crianças em 1837 e para adultos em 1846. Mas essa resolução não era cumprida, até porque a produção da vacina em escala industrial no Rio só começou em 1884. Então, em junho de 1904, Oswaldo Cruz motivou o governo a enviar ao Congresso um projeto para reinstaurar a obrigatoriedade da vacinação em todo o território nacional. Apenas os indivíduos que comprovassem ser vacinados conseguiriam ter contratos de trabalho, matrículas em escolas, autorização para viagens, além de outras dificuldades. Mesmo com o crescente número de casos de varíola no Rio de Janeiro, parte da população rejeitava a vacina, considerada líquido de pústulas de vacas doentes. E ainda corria o boato de que quem se vacinava ficava com feições bovinas.<sup>(4)</sup>

Foi criada, então, a Liga Contra a Vacinação, que unia a agitação política à recusa vacinal, em episódio que ficou conhecido como a “Revolta da Vacina,”

1. Presidente da Comissão Nacional Especializada de Vacinas da Febrasgo; Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

2. Membro da Comissão Nacional Especializada de Vacinas da Febrasgo; Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

#### Conflito de interesses:

Nada a declarar.

#### Autor correspondente:

Cecilia Maria Roteli-Martins  
Av. Lauro Gomes, 2.000, Vila  
Sacadura Cabral, 09060-870, Santo  
André, SP, Brasil.  
ceciliaroteli@gmail.com

#### Como citar:

Roteli-Martins CM, Teixeira JC.  
Vacinação compulsória: o limite  
entre o público e o privado. Femina.  
2020;48(12):715-6.

\* Este manuscrito é a versão em  
língua portuguesa do editorial  
“Compulsory Vaccination: The  
Limit between Public and Private”,  
publicado na Rev Bras Ginecol  
Obstet. 2020;42(12):785-6.

tendo sido registrada a ocorrência de vários conflitos com luta entre forças militares e revoltosos. Após um saldo total de 945 prisões, 461 deportados, 110 feridos e 30 mortos em menos de duas semanas de conflitos, o presidente Rodrigues Alves se viu obrigado a desistir da vacinação obrigatória. Mais tarde, em 1908, quando a cidade foi atingida pela mais violenta epidemia de varíola de sua história, o povo correu para ser vacinado, em um episódio contrário à Revolta da Vacina.<sup>(4)</sup>

A efetividade da medida foi demonstrada com a erradicação da doença, mostrando que altas taxas de vacinação levam à proteção de toda a comunidade.

Em dezembro de 2019, começamos a ter notícias de um novo vírus, o SARS-CoV-2, que se apresentava como altamente infeccioso e nos meses seguintes, a cada dia, a comunidade científica acordava com novos dados de morbidade e mortalidade. Do espanto até a declaração de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os pesquisadores e grandes laboratórios iniciaram a busca de tratamentos e vacinas para combater a nova doença.

O cenário atual que temos é a COVID-19, provocada pela infecção do novo coronavírus, que se espalha em todos os continentes, e até o momento ainda não existe uma vacina com comprovada eficácia e segurança para combatê-la, apesar de as pesquisas clínicas estarem em avançado estágio de desenvolvimento.

Com a promessa de algumas formulações estarem disponíveis no primeiro semestre do ano 2021, algumas questões se impõem e resvalam no papel da vacinação obrigatória para proteger a coletividade, com o interesse social conflitando com o individual.

É desejável uma comunidade livre de uma doença infecciosa e mortal em decorrência de uma alta cobertura vacinal? A resposta é “sim”, mas, novamente, os chamados grupos antivacinas começam a se mover para disseminar versões fantasiosas por meio de redes sociais, antecipando o debate entre vacinação obrigatória

e convencimento próprio das pessoas. Um novo plano de ação contrário às vacinas, agora procurando manipular uma maior proporção da população, tenta dizer que, uma vez vacinados, estaremos todos com risco de eventos adversos sérios.

Um efeito secundário e também ruim decorrente da pandemia atual foi a importante queda nas coberturas vacinais brasileiras devido às medidas restritivas de circulação, surgindo a preocupação das autoridades sanitárias com o recrudescimento de doenças que já se encontravam próximas da erradicação pela vacinação.

Então, em vista do exposto, os dois argumentos – a obrigatoriedade e o convencimento em ser imunizado por uma vacina que se mostrar eficaz e segura contra a COVID-19 – tornam esse debate importante e necessário. O balanço entre os dois pode ser um reforço importante para serem conseguidas altas coberturas e, consequentemente, a imunização de toda a coletividade.

Uma lei determinando a vacinação obrigatória, nunca com violência, talvez fosse necessária para garantir a vacinação e a convivência social segura. Mas o convencimento da população pela informação e educação deve sempre fazer parte dos instrumentos essenciais para um melhor entendimento do valor positivo da vacinação e para, assim, manter a confiança da grande maioria dos brasileiros nas vacinas e nos profissionais de saúde que as indicam.

## REFERÊNCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ten great public health achievements – United States, 1900-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(12):241-3.
2. Colgrove J. Vaccine Refusal Revisited – The limits of public health persuasion and coercion. *N Engl J Med.* 2016;375(14):1316-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Homepage. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 5 nov. 2020.
4. Brasil. Fiocruz. A Revolta da Vacina. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>. Acesso em: 7 nov. 2020.

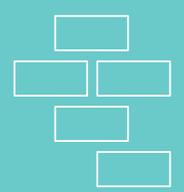
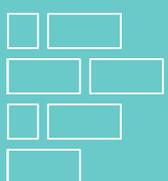
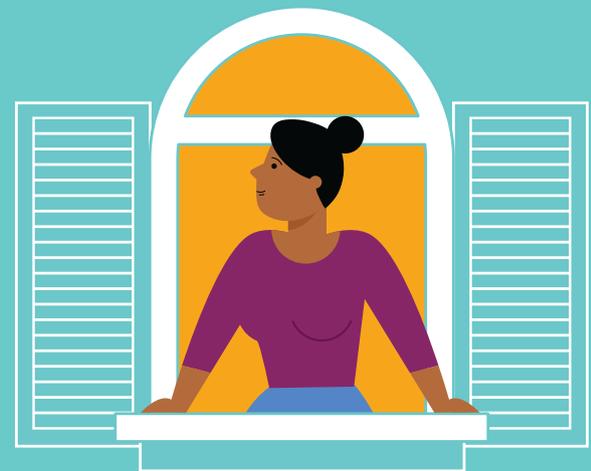


ENTREVISTA

# Febrasgo para todos

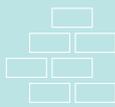
Direção executiva avalia os 12 primeiros meses de gestão, marcados por grandes desafios, mas também por muitos avanços

Por Letícia Martins



**E**m janeiro de 2020, a *Femina* trouxe uma reportagem repleta de expectativas para o ano que desabrochava. Entrevistamos os profissionais recém-eleitos para conduzir a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) até 2023. Uma diretoria renovada, composta por médicos das cinco regiões brasileiras empenhados em desenvolver diversas ações para fazer da Febrasgo uma instituição para todos.

O que eles não sabiam era que 2020 seria um ano atípico. O mundo começou a sofrer o ataque de um novo vírus com alto poder de contaminação e letalidade. O Sars-CoV-2, causador da COVID-19, obrigou-nos a ficar em casa, a mudar comportamentos, a cancelar ou adiar projetos e a evitar o contato físico. O desconhecimento do que estava por vir, no entanto, não imobilizou os novos dirigentes. Em um ano marcado pelo isolamento social, em que descobrimos a importância da conexão, a Febrasgo e seus associados ressig-



**“Uma das nossas metas de gestão é trabalhar com a inovação. Acredito que conseguimos dar passos importantes neste sentido”, disse o Dr. Agnaldo Lopes, presidente.**

nificaram o que é estar próximo um do outro. Com os consultórios fechados, experimentaram o poder da telemedicina e, diante de um novo vírus que ceifou a vida de milhares de pessoas, uniram-se ainda mais em torno da ciência e da disseminação de informação.

“Tivemos um ano com vários desafios em função da pandemia. Muitos colegas ginecologistas, obstetras e médicos da família perderam a vida durante o enfrentamento da COVID-19. Mesmo assim, nossa especialidade se manteve firme na assistência pré-natal, durante a gravidez e no parto, além de dar continuidade aos tratamentos oncológicos. Em alguns casos, trabalhando em condição precária, sem equipamentos de proteção individual de qualidade. A Febrasgo se posicionou em relação a isso com a campanha *É Preciso Cuidar de Quem Cuida*”, destacou o Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho, presidente da Febrasgo.

Estreando na presidência da entidade em um ano que começou forçando mudanças no planejamento, Lopes analisa que a Febrasgo conseguiu se adaptar muito rapidamente à nova realidade, adotando plataformas *on-line* para estar próxima dos associados. “Uma das nossas metas de gestão é trabalhar com a inovação. Acredito que conseguimos dar passos importantes neste sentido. Tivemos vários webinários, eventos *on-line*, como o *Highlights*, e lançamos o Febrasgo Conecta GO – Conectando Gerações, que foi um sucesso. Além disso, registramos um crescimento muito grande do portal, dos aplicativos e das redes sociais da Febrasgo. Fecharemos o ano com o lançamento da nova versão do aplicativo Febrasgo. Enfim, a pandemia não frustrou as expectativas de fazer uma entidade mais próxima dos associados, uma Febrasgo para Todos”, afirmou Lopes.

Doze meses após a posse da nova diretoria, convidamos os cinco dire-

tores executivos para avaliar a caminhada e dividir com os leitores da *Femina* o que vem por aí: Dr. Agnaldo Lopes (presidente), Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho (diretor financeiro), Dr. Sérgio Podgaec (diretor administrativo), Dr. César Eduardo Fernandes (diretor científico) e Dra. Maria Celeste Osório Wender (diretora de Defesa e Valorização Profissional).

Na fala de cada um deles, podemos sentir o orgulho de fazer parte de uma instituição que representa e valoriza os ginecologistas e obstetras do Brasil e que, juntos, conseguiram vencer os primeiros obstáculos desse início de gestão.

## TRABALHO REMOTO, NOVOS PROJETOS E SAÚDE FINANCEIRA

Assim que a pandemia do novo coronavírus foi decretada, a diretoria da Febrasgo e todos os funcionários adotaram o *home office* e as reuniões remotas. Valendo-se da videoconferência, os diretores continuaram se reunindo semanalmente para tratar dos assuntos pontuais da entidade e planejar as próximas ações.

O diretor administrativo da Febrasgo, Sérgio Podgaec, analisou que a convivência entre os membros da entidade foi até “mais intensa” graças às reuniões de trabalho realizadas todas as semanas por plataforma *on-line*. “Do ponto de vista operacional, as decisões acabaram ficando mais ágeis, porque todos puderem participar das reuniões a distância. Foi bastante produtivo nesse sentido”, comentou.

O presidente da Febrasgo fez questão de registrar e lamentar o falecimento do vice-presidente da região Sul, Dr. Almir Urbanetz, ocorrido em julho de 2020. “Grande perda para a nossa entidade e para a comunidade médica”, declarou, destacando em seguida o trabalho



**“A pandemia abriu a possibilidade de convivência mesmo que virtual e acelerou o processo de educação a distância”, ponderou o Dr. Sérgio Podgaec, diretor administrativo.**

sério que os vice-presidentes vêm realizando: “A Febrasgo tem muito a agradecer pelo apoio e competência dos representantes de cada região, que têm tido uma participação cada vez maior nas tomadas de decisão da nossa entidade”.

Em um cenário de incertezas, com diversas empresas e instituições encerrando suas operações, o diretor financeiro da entidade, Dr. Olímpio Barbosa, ressaltou a preocupação e o cuidado em manter a saúde financeira da Febrasgo, a fim de que todos os projetos previstos pudessem ser desenvolvidos. Para isso, a entidade renegociou alguns contratos, suspendeu temporariamente alguns serviços e investiu em profissionais para estruturar com eficiência a área de comunicação e *marketing*. Além disso, a entidade investiu em novos projetos (confira a seguir), que injetaram receitas importantes na entidade. “A maior parte das transformações vivenciadas pela Febrasgo em 2020 trouxe o desafio de conectar a Febrasgo, as

federadas e os associados de todas as regiões do Brasil, e isso foi feito de forma ágil, com qualidade científica, tecnológica e atingindo audiência imensurável desde 7 de abril, dia em que foi realizada a primeira *live* sob o tema COVID-19 – Telemedicina no Cenário Atual”, afirmou.

A partir daí, a entidade realizou diversas *lives*, webinários, eventos *on-line*, com foco tanto nos médicos associados quanto na população (conheça, a seguir, um pouco mais sobre essas ações). Além de levar conteúdo e informação para a sociedade em geral, essas ações ajudaram a melhorar o fluxo de caixa da instituição.

“A gestão anterior entregou a Febrasgo com suas contas equilibradas e com importante saldo de caixa para manter a saúde financeira, e isso nos permite planejar o futuro de forma responsável, priorizando a inovação, já que o principal desafio é acelerar a transformação digital da empresa. Para nós, o ano ainda não acabou e ainda estamos trabalhando na prospecção de no-

vos potenciais parceiros”, declarou o Dr. Olímpio.

## FEBRASGO PLAY, EXPERIÊNCIA CONECTA GO E ELA TALKS

Essas foram três grandes entregas da Febrasgo este ano que ajudaram a disseminar conteúdo atualizado sobre diversos temas, produzidos por ginecologistas e obstetras de todo o Brasil, incluindo não associados. De acordo com o Dr. Olímpio, embora esses projetos não estivessem previstos no orçamento de 2020, foram lançados em tempo recorde, contribuindo para a captação de novos recursos para a entidade, o que favoreceu o desenvolvimento de outras iniciativas.

“Graças a esses lançamentos, tivemos uma série de 33 eventos digitais, transmitidos ao vivo a partir do segundo trimestre de 2020. Vale destacar que mais de 70% desses projetos tiveram o apoio financeiro de importantes parceiros na ginecologia e obstetrícia, além da captação de novas empresas”, explicou o Dr. Olímpio.

## RECONHECIMENTO DA EQUIPE DE APOIO

A sede administrativa da Febrasgo fica na capital paulista, onde uma equipe de funcionários das áreas de administração e *marketing* se desdobra para dar apoio à direção executiva e aos vice-presidentes, bem como atendimento e suporte aos mais de 17 mil associados.

O Dr. Sérgio Podgaec destacou o trabalho da equipe, coordenada pela gerente administrativa **Renata Erlich**. “Profissional competente, Renata lidera uma equipe eficiente, assim, nosso trabalho se torna muito mais fácil”, avaliou o diretor administrativo.

A Febrasgo conseguiu contornar a crise causada pela pandemia do novo coronavírus e felizmente nenhum funcionário foi dispensado este ano. “Mantivemos toda a equipe em *home office* e tivemos uma demanda de trabalho até maior do que no ano passado, com a organização das *lives* e dos eventos *on-line*. Além disso, é esta mesma equipe que prepara a aplicação da prova do TEGO. Ou seja, ninguém ficou parado.”





**“A maior parte das transformações vivenciadas pela Febrasgo em 2020 trouxe o desafio de conectar a Febrasgo, as federadas e os associados de todas as regiões do Brasil”, afirmou o Dr. Olímpio Barbosa, diretor financeiro.**

### FEBRASGO HIGHLIGHTS

Entre os dias 21 e 24 de outubro, a Febrasgo realizou o primeiro evento 100% digital sobre os temas mais atuais e inovadores das áreas de ginecologia e obstetrícia. O *Highlights 2020* foi transmitido pela internet em um formato diferenciado, que uniu aulas gravadas, debates e apresentações ao vivo, com a interação dos participantes por meio de perguntas e depoimentos.

“O evento foi um sucesso e todos nós da diretoria ficamos satisfeitos com o resultado. Conseguimos adaptar os modelos das aulas e discussões de forma interessante, acelerando o processo de educação a distância”, ponderou o Dr. Sérgio.

“Apesar de todas as incertezas, encaramos mais um desafio que foi lançar o *Febrasgo Highlights 2020*, projeto inovador do ponto de vista científico que trouxe um fatura-

mento não projetado no início do ano e que gerou um resultado de aproximadamente 50% de rentabilidade para a Febrasgo”, completou o Dr. Olímpio.

### APROXIMAÇÃO E DIÁLOGO COM AS FEDERADAS

Apesar de todas as dificuldades do ano, a Febrasgo esteve mais perto tanto dos associados quanto das 27 federadas, vencendo as distâncias geográficas por meio dos canais *on-line*. “O modelo digital permitiu estarmos mais próximos das federadas, em especial daquelas que sofreram mais com a pandemia de COVID-19, como Manaus, Amazonas, Pará, Recife e Fortaleza. Enviamos EPIs para os colegas desses estados, fizemos a assembleia geral pela internet e mantivemos esse canal aberto da diretoria com as federadas, procurando sempre dar suporte nos projetos”, contou Lopes.

Para ajudar as federadas a realizarem as reuniões virtuais, a entidade ofereceu a elas acesso à plataforma Zoom. Na avaliação do Dr. Sérgio, as reuniões a distância funcionaram muito bem este ano e foram essenciais para não prejudicar o cronograma da entidade, mas ele lamenta pela falta do contato físico e do calor humano com os colegas de outras regiões. “Essa é uma desvantagem dos encontros virtuais, mas não podemos desconsiderar que, em meio a uma pandemia e a tantos compromissos, conseguimos avançar com nossas pautas e projetos graças a essa modalidade”, disse.

### PRODUÇÃO DE CONTEÚDO CIENTÍFICO

Marca registrada da Febrasgo, a produção de conteúdo científico não parou este ano. As Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) da Febrasgo avançaram na missão de

gerar conteúdo baseado em evidências científicas. Mensalmente nas páginas da revista *Femina* e da sua coirmã, a revista *Family RBGO*, os associados puderam ler artigos, releituras e posicionamentos sobre os mais variados temas pertinentes às especialidades de ginecologia e obstetrícia.

Sob a coordenação do Dr. César Eduardo Fernandes, ex-presidente da Febrasgo, a diretoria científica deu continuidade ao trabalho desenvolvido pelo professor Marcos Felipe Silva de Sá entre 2016 e 2019, reescreveu os protocolos e criou uma posição oficial da Febrasgo.

“Tenho absoluta convicção de que o trabalho do professor Marcos Felipe, na diretoria científica, trouxe brilho, à Febrasgo. Com sua competência, inteligência e comprometimento com as atividades da Febrasgo, ele conseguiu estruturar muito bem a diretoria científica e elaborar as comissões científicas. Essas comissões trabalharam com muito afinco e produziram um acervo memorável. Portanto, nessa gestão, nada mais estamos fazendo do que dar sequência a tudo o que foi construído pelo professor Marcos Felipe”, argumentou o Dr. César Fernandes.

Segundo o diretor científico, este ano, por causa da pandemia, a Febrasgo atuou em inúmeras ações, que foram realizadas com a participação dos membros das trinta CNEs e com um grande número de ginecologistas acompanhando esses eventos. “A pandemia trouxe oportunidades de crescimento. Estamos muito felizes, nesse primeiro ano da diretoria científica, pelo trabalho hercúleo que as Comissões Nacionais Especializadas vêm fazendo e, portanto, construindo o acervo científico da Febrasgo”, declarou o Dr. César Fernandes.

Cada uma das CNEs da Febrasgo conta com cerca de quinze membros, que reúnem conhecimento

profundo nas suas áreas ou de trabalho profissional ou de atividade acadêmica.

## TEGO, PROVAS DE ATUAÇÃO E NOVAS CAMPANHAS

Além dos projetos já mencionados que trouxeram novas linhas de receitas, a Febrasgo realizou, no dia 6 de dezembro de 2020, a prova para o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO), que, de forma inédita, foi realizada 100% *on-line*, o que certamente favoreceu os ginecologistas e obstetras de todas as regiões brasileiras, que não precisaram se deslocar para a capital paulista.

Além disso, a entidade deu continuidade, pelo terceiro ano consecutivo, ao teste de progresso individual, prova aplicada para a residência médica, que também ocorreu em formato digital. A previsão é que ambas as iniciativas gerem um

lucro de aproximadamente 66%, de acordo com o diretor financeiro da Febrasgo, que comemora, ainda, o lançamento de outras duas campanhas de conscientização e engajamento com associados e a população leiga, que tiveram como temas “Gestante consciente” e “Erradicação do câncer de colo do útero – Vamos acabar com isso?”.

## PROJETO ELA

Com seis décadas de atuação, a Febrasgo já se consolidou como instituição médica de prestígio, que representa a voz dos ginecologistas e obstetras brasileiros. Agora, a entidade empenha esforços para se tornar referência para a população feminina, levando às pacientes conteúdo confiável para atuar na prevenção e no tratamento precoce de doenças, visando ao bem-estar e à qualidade de vida.

De acordo com o presidente da Febrasgo, este ano foi oportuno para a remodelação do projeto ELA, com mudança da identidade visual e a criação da plataforma ELA, que aborda conteúdo de saúde feminina, bem-estar, filhos, comportamento, carreira e empreendedorismo. Em outubro, foi realizada a primeira *live* do projeto ELA Talks, com o tema “Sangramento uterino anormal”.

“Temos a expectativa de que a Febrasgo seja a voz da mulher brasileira. Com o ELA, seremos uma fonte de informação confiável para toda a população feminina, por meio de uma linguagem acessível e conteúdo de alto valor”, disse o Dr. Agnaldo Lopes.

## VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Liderada pela Dra. Maria Celeste Osório Wender, a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional foi bastante elogiada pelos diretores executivos da Febrasgo por inserir e representar a entidade nos principais fóruns de debate sobre

as especialidades de ginecologia e obstetrícia e ter respondido muito rapidamente às mudanças exigidas pela pandemia.

“Participamos de inúmeras reuniões na Câmara Técnica do Conselho Federal de Medicina. Os primeiros encontros foram presenciais, mas a partir de março, como não poderia deixar de ser, aconteceram de forma *on-line*. Mantivemos nossa participação muito ativa também no âmbito da Associação Médica Brasileira, em ações importantes sobre o tema do parto adequado, e na Associação Nacional de Saúde Suplementar”, pontuou a Dra. Maria Celeste, que atribuiu a boa produtividade do ano à colaboração dos membros da comissão.

Nos três primeiros meses do ano, a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional renovou todos os termos de consentimento livres e esclarecidos, submetendo-os à aprovação das CNEs. “Os termos de consentimento são um instrumento extremamente importante de defesa do especialista e de informação para a paciente. É um serviço que a Febrasgo presta aos associados e é nosso papel atualizá-los frequentemente, disponibilizando no *site*”, explicou.

Com o auxílio da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo (Sogesp), a diretoria também está trabalhando na revisão de uma série de procedimentos, tanto na área da ginecologia quanto da obstetrícia, em relação à atualização da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). A mudança de porte de muitos desses procedimentos permitirá aos especialistas receber um valor mais justo de pagamento pelo procedimento.

A Dra. Maria Celeste também destacou uma pesquisa realizada pela Febrasgo no início do ano, antecedendo à pandemia, que levantou a opinião dos associados sobre o uso da telemedicina. “Após a chegada



**“Estamos muito felizes pelo trabalho hercúleo que as Comissões Nacionais Especializadas vêm fazendo e construindo o acervo científico da Febrasgo”, declarou o Dr. César Eduardo Fernandes, diretor científico.**



**“Temos muitos profissionais especialistas, dedicados e éticos. Se eles tiverem uma boa remuneração e forem reconhecidos, quem sairá ganhando é a paciente, que terá uma assistência de qualidade”, destacou a Dra. Maria Celeste Osório Wender, diretora de Defesa e Valorização Profissional.**

da pandemia, o Conselho Federal de Medicina regulamentou o uso emergencial da telemedicina e nosso estudo ajudou a nortear os debates”, relembrou a médica.

No início do segundo semestre, a diretoria organizou um fórum *on-line* de assistência obstétrica, que contou com a participação dos presidentes das federadas, além de membros da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Conselho Federal de Medicina e teve dois temas centrais: o parto cesáreo e a cobrança da disponibilidade obstétrica. “Além de reunir todos os representantes brasileiros dos sistemas sensíveis a esse tema, o fórum abriu espaço para o diálogo e a apresentação de propostas. Os participantes

puderam apresentar suas queixas e problemas, e propor soluções. Acho que essa dinâmica facilita muito a construção de ideias e ações que realmente tragam resultado para todos”, esclareceu a Dra. Maria Celeste.

O primeiro fórum foi tão bem avaliado que a Diretoria de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo já planeja pelo menos mais dois para 2021, além de dar continuidade às ações de defesa dos ginecologistas e obstetras. “Acredito que nós temos muitos profissionais especialistas, dedicados e éticos. Se eles tiverem uma boa remuneração e forem reconhecidos, quem sairá ganhando é a paciente, que terá uma assistência de qualidade. Eu me sinto extremamente privilegiada e satisfeita de ter conseguido avançar tanto nessa área e quero agradecer muito a todos os membros da minha comissão. Continuem firmes nos próximos anos para termos cada vez mais conquistas”, finalizou a Dra. Maria Celeste.

### PLANEJAMENTO PARA 2021

Por falar em próximos anos, a Febrasgo pretende estreitar laços com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para que a entidade tenha voz e possa atuar ativamente em todas os projetos de políticas de assistência à saúde da mulher.

Também é compromisso desta gestão atrair novos associados, bem como jovens tocoginecologistas, além de ampliar os investimentos na área de tecnologia, aprimorando os aplicativos que foram lançados este ano. “Estamos estudando um aplicativo mais amigável, de fácil manuseio pelos associados, com informações relevantes, conteúdo científico, tabelas, novidades, notícias e muito mais”, informou o diretor administrativo, Sérgio Podgaec.

E, para encerrar, não poderíamos deixar de falar da atração mais

aguardada de 2021 (depois da vacina): a 59ª edição do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO).

Os diretores da Febrasgo garantem que o planejamento da próxima edição já está sendo feito, e a expectativa de todos é que seja no formato presencial. No entanto, ainda é muito cedo para definir a modalidade, mas alguns detalhes importantes já foram acertados.

Por exemplo, será a primeira vez que o CBGO acontecerá em novembro. Se for realizado presencialmente, o evento será sediado no Rio de Janeiro, onde devem acontecer todas as edições futuras. Dessa forma, a organização se torna mais assertiva e eficiente até do ponto de vista financeiro.

“Esperamos um congresso para mais ou menos cinco mil pessoas e toda a grade temática já está sendo construída. Tenho a impressão de que o congresso materializará uma vontade que todos nós temos, de que voltem a acontecer os encontros presenciais para podermos nos reencontrar, trocar ideias ao final de cada sessão e confraternizar”, observou o Dr. César Fernandes.

Seja como for, a Febrasgo termina 2020 com a certeza de que nenhum esforço foi poupado para atender e apoiar os associados em um ano difícil, de muitas notícias tristes e mudanças forçadas, mas também de oportunidades e grandes aprendizados. “Foi um privilégio conviver com uma diretoria tão dedicada e competente. Tivemos desafios importantes aos quais procuramos estar atentos e, acredito, todos deram uma resposta em tempo oportuno. Terminou o ano com muitos aprendizados e o entendimento de que a instituição é muito maior que as pessoas. Temos que valorizar a instituição acima das questões pessoais. É assim que seguiremos em frente”, concluiu o Dr. Agnaldo Lopes. 

ENTREVISTA

# Dezembro vermelho



**O último mês do ano traz um importante alerta de prevenção à infecção pelo HIV com a celebração do Dia Mundial de Luta contra a Aids. Nos últimos cinco anos, o Brasil atingiu a média anual de 39 mil novos casos**

Por Letícia Martins

**P**ense em uma doença que só de ouvir falar estremecia muita gente. Assim era com a Aids, abreviação de *acquired immune deficiency syndrome*, o estágio mais avançado da doença causada pelo *human immunodeficiency virus* (HIV), que ataca o sistema imunológico, agredindo as células de defesa do corpo humano e deixando o organismo mais vulnerável a outras infecções.

No início da década de 1980, quando os primeiros casos foram detectados, os pacientes tinham pouquíssima expectativa de vida. A doença era coberta por vários estigmas e havia muito preconceito por parte da população, o que atrasou o avanço do diagnóstico e do tratamento. Felizmente, a ciência e a medicina têm essa característica de não se prender aos achismos populares e as pesquisas evoluíram, principalmente depois que se descobriu que a doença poderia ser transmitida da mãe para o filho (transmissão vertical do HIV), ou seja, não era uma enfermidade restrita aos homens. “Com o tempo, concluíram que as mulheres eram as grandes vítimas do processo da transmissão sexual, pois, por questões anatômicas, elas têm muito mais risco de se infectar do que o homem”, explica Geraldo Duarte, presidente da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Doenças Infectocontagiosas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e membro dos Comitês Técnicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Daí a importância do papel dos ginecologistas em orientar as mulheres sobre o risco da infecção pelo HIV.

Para Duarte, a instituição do Dia Mundial de Luta contra a Aids (1º de dezembro), em 1987, trata-se de

um verdadeiro marco histórico para nos lembrar do compromisso da ciência e da medicina no combate a essa doença. Sua criação retroalimenta e reafirma o compromisso da humanidade para que se evite a perda de inúmeras vidas para essa infecção, que é totalmente prevenível. Ele explica que, com a criação do Programa Nacional de DST/Aids, o Brasil acelerou o acesso a medicamentos e antirretrovirais, disponibilizando a terapia de forma gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as pessoas. “Com isso, o país se tornou modelo mundial no tratamento da doença, além de ter avançado muito mais do que outros países na testagem dos pacientes”, afirma Duarte, que é professor titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e chefe do Setor de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids, do Ministério da Saúde (2020), desde 2012 tem sido observada redução na taxa de detecção da doença no Brasil, passando de 21,9 por 100 mil habitantes em 2012 para 17,8 por 100 mil habitantes em 2019, representando redução de 18,7%. No entanto, mesmo com essa redução, é fato que a Aids ainda está longe de ser encarada sem preconceito.

A taxa de mortalidade por Aids também caiu nos últimos cinco anos no Brasil. Em 2015, foram registrados 12.667 óbitos pela doença e em 2019 foram 10.565, o que representa uma queda de 17,1%. Ações como a testagem para a doença e o início imediato do tratamento, em caso de diagnóstico positivo, são fundamentais para a redução do número de casos e óbitos. Por isso, o mote da campanha de 2020 do Ministério da Saúde não

poderia ser mais direto: “HIV/Aids. Faça o teste. Se der positivo, inicie o tratamento”. Afinal, com a terapia adequada, o HIV se torna indetectável e se reduz o risco de transmissão.

O Brasil dispõe de exames laboratoriais e testes rápidos que detectam os anticorpos contra o HIV em cerca de 30 minutos. Esses testes são realizados gratuitamente pelo SUS, nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

## O ROLO COMPRESSOR DA COVID-19

Atualmente, cerca de 920 mil pessoas vivem com HIV no Brasil. Dessas, 89% foram diagnosticadas, 77% fazem tratamento com antirretroviral e 94% das pessoas em tratamento não transmitem o HIV por via sexual por terem atingido carga viral



**“O Brasil se tornou modelo mundial no tratamento da doença, além de ter avançado muito mais do que outros países na testagem dos pacientes”, citou o Dr. Geraldo Duarte.**

indetectável. “Hoje sabemos que, se a paciente fica indetectável, o risco de transmitir o vírus ao parceiro e ao bebê é desprezível. Ou seja, é possível controlar a epidemia se a paciente tiver uma boa adesão”, pontua o vice-presidente da CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo, Regis Kreitchmann.

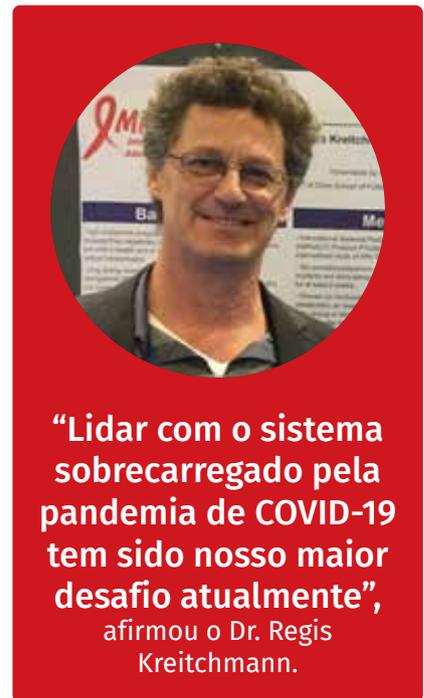
Mas a situação não está confortável. Kreitchmann, que também é membro do Comitê Assessor de Transmissão Vertical do Ministério da Saúde, além de professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), destaca uma preocupação real e recente: a evasão do tratamento em decorrência da pandemia do novo coronavírus. “Muitos pacientes estão fora do sistema de saúde ou pararam o tratamento com medo de serem contaminados por COVID-19. Estamos observando, por exemplo, a fuga de gestantes do pré-natal. Isso tem atrapalhado bastante o manejo, bem como o combate a essa epidemia”, argumenta o ginecologista, destacando também outro ponto: “Além disso, muitos profissionais de saúde estão adoecendo, desfalcando os hospitais e comprometendo o diagnóstico precoce e o tratamento. Lidar com o sistema sobrecarregado pela pandemia de COVID-19 tem sido nosso maior desafio atualmente”.

Além desses desafios recentes da adesão ao tratamento, Kreitchmann lembra outro desafio que existe desde que os primeiros casos foram identificados: o estigma

em torno da doença e as dificuldades que os pacientes enfrentam em revelar sua sorologia. “Geralmente, as pacientes têm vergonha do diagnóstico e escondem da própria família. Isso costuma atrapalhar muito a adesão ao tratamento”, completa.

## METAS E COMPROMISSOS

A professora adjunta da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE), Maria Luiza Bezerra Menezes, que também é membro da CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo e dos Comitês Técnicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis e de Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, observa que o Brasil adotou uma estratégia positiva para o controle da epidemia, a do “Fique Sabendo”, que preconiza o diagnóstico antes de aparecerem os primeiros sintomas da Aids. “Houve uma época em que o tratamento da Aids era iniciado somente se o paciente apresentasse uma certa redução da imunidade, que era mensurada pelo nível de células de CD4. Mas hoje o tratamento começa independentemente da sintomatologia e da contagem dos linfócitos CD4. O objetivo é transformar esse paciente no que chamamos de carga viral suprimida ou carga viral indetectável. Assim, ele poderá ter uma vida normal como qualquer outra pessoa e vai reduzir a transmissibilidade para seus pares”, explica.



**“Lidar com o sistema sobrecarregado pela pandemia de COVID-19 tem sido nosso maior desafio atualmente”, afirmou o Dr. Regis Kreitchmann.**

De acordo com a médica, a meta para o milênio é que todos os países atinjam o tripé 90-90-90. Quer dizer que:

- Pelo menos 90% da população infectada deve ser diagnosticada;
- Pelo menos 90% das pessoas diagnosticadas devem estar em tratamento;
- Pelo menos 90% dos pacientes tratados devem ter supressão da carga viral.

“Com essa estratégia, a transmissão para outras pessoas será reduzida progressivamente. Por isso, campanhas como a do Dia Mundial de Luta Contra a Aids para conscientizar a população, incluindo os mais jovens, sobre a necessidade de fazer o teste antes mesmo de aparecerem os sintomas, são extremamente importantes”, declara Maria Luiza.

E por falar em jovens, o maior número de gestantes infectadas com HIV (27,6%) está entre aquelas

## SAIBA MAIS

A íntegra do Boletim Epidemiológico HIV/Aids de dezembro de 2020 está disponível no site: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>



## É BOM LEMBRAR

A CNE de Doenças Infectocontagiosas da Febrasgo elaborou um importante material informativo, como protocolos de atendimento, para os colegas ginecologias e obstetras. Acesse a área de associado do site da Febrasgo e confira. Na dúvida, pergunte a um dos membros da CNE. Eles terão prazer em ajudar! [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)



na faixa etária de 20 a 24 anos, segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2020). Em um período de 10 anos, houve aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes, o que pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e pela melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. Em 2019, foram identificadas 8.312 gestantes infectadas com HIV no Brasil. O Ministério da Saúde atualizou o protocolo para prevenção de transmissão vertical do HIV.

Vale lembrar que o Brasil é signatário do compromisso mundial de eliminar a transmissão vertical do HIV e optou por adotar uma estratégia gradativa de certificação de municípios. A eliminação da transmissão vertical do HIV, assim como a redução da sífilis e da hepatite B, é uma das seis prioridades do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministé-

rio da Saúde. A certificação possibilita a verificação da qualidade da assistência ao pré-natal, do parto, puerpério e acompanhamento da criança e do fortalecimento das intervenções preventivas.

## TESTAR E TRATAR, SEM PRECONCEITO

Esse compromisso envolve todos os ginecologistas e obstetras. “Na realidade, o papel do ginecologista transcende o HIV. Muitas vezes, a consulta com o ginecologista e principalmente o obstetra representa a única oportunidade que a paciente tem de ter contato com a saúde, pois a gravidez evoca sentimentos de cuidado. Por isso, nós ginecologistas e obstetras não podemos perder essa oportunidade de conscientizá-las, começando pelas doenças mais graves como a Aids”, declara o Dr. Geraldo Duarte, que se declara um apaixonado pela obstetrícia e advogado das mães e seus bebês.

## PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Aos profissionais interessados em compreender melhor a importância de estender e adaptar a assistência pré-natal ao parceiro da gestante, sugerimos a leitura do artigo “Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções”, escrito pelo Dr. Geraldo Duarte, com referências bibliográficas interessantes.

Assim como Duarte, a Dra. Maria Luiza e o Dr. Kreitchmann também frisaram a importância de trabalhar na profilaxia, isto é, de ensinar para as pacientes como não se infectar ou evitar a transmissão, caso tenha sido contaminada. “É fundamental para o ginecologista e o obstetra saber que precisa testar as pacientes e, portanto, deve oferecer, sempre que possível, essa testagem. Nesse sentido, existem diversas janelas de oportunidade, por exemplo, se a mulher está planejando morar com o parceiro, casar-se ou engravidar, podemos oferecer a testagem do HIV. Durante a gravidez, a testagem deve fazer parte da rotina de cuidados pré-natal”, cita Kreitchmann.

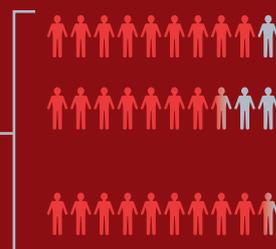
Em geral, o ginecologista deve ficar alerta para sinais e sintomas que possam indicar a doença, como lesões do colo do útero e lesões de alto grau, que configuram maior risco de ter o HIV, além de imunidade deteriorada, diarreia crônica e candidíase recorrente. “Não podemos esquecer de testar os parceiros também! Esse cuidado foi incluído no protocolo de pré-natal em 2017. Ainda não está amplamente implementado, poucos parceiros estão sendo testados no pré-natal, mas precisamos aderir com mais ênfase. Muitas vezes, a paciente é saudável, mas o parceiro tem o HIV e ela acaba se infectando durante a gravidez ou durante a amamentação, contaminando o bebê”, alerta o médico de Porto Alegre. Segundo Duarte, sem a inclusão do parceiro na assistência pré-natal, identificando sua condição de portador da infecção, estaremos mais distantes do controle da transmissão vertical do HIV.

A Dra. Maria Luiza lembra também da necessidade de incluir nesse exame de rotina o rastreamento de outras doenças sexualmente transmissíveis, como a

## DADOS DA DOENÇA



Atualmente, cerca de **920 mil** pessoas vivem com HIV no Brasil.



**89%** foram diagnosticadas

**77%** fazem tratamento com antirretroviral

**94%** das pessoas em tratamento não transmitem o HIV por via sexual por terem atingido carga viral indetectável



Em 2020, até outubro, cerca de **642 mil pessoas** estavam em tratamento antirretroviral. Em 2018, eram **593.594 pessoas** em tratamento.

Em 2019, foram diagnosticados **41.919 novos casos** de HIV e **37.308 casos** de Aids no país. A maior concentração de casos de Aids está entre os jovens, de 25 a 39 anos, de ambos os sexos, com 492,8 mil registros.

Fonte: Boletim Epidemiológico de dezembro de 2020, produzido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

sífilis e as hepatites B e C. “Precisamos ficar atentos, pois o HIV pode cursar com outra infecção bastante prevalente que é o HPV, o vírus responsável pelo câncer do colo do útero, lesões de vulva, vagina, ânus e região perianal. Tanto é verdade que as lesões precursoras do câncer de colo de útero de alto grau e especialmente o câncer de colo de útero em mulher HIV positiva é critério de definição de Aids”, alerta.

No caso das gestantes infectadas por HIV, quanto mais cedo forem feitas as medidas profiláticas no pré-natal, maiores as chances de progredir para a supressão viral, assim, o risco da transmissão vertical é desprezível, quase zero. “Se nada for feito, o risco do bebê ser contaminado é de 25% a 30%. Portanto, esse é um alerta importante para os ginecologistas e obstetras: é indispensável fazer o rastreamento no pré-natal e ter um olhar sem discriminações para a paciente”, destaca a Dra. Maria Luiza.

Ela observa ainda que o médico não precisa ter receio de atender

uma grávida com Aids. Seguindo os cuidados de segurança e utilizando os equipamentos de proteção individual (EPIs), ele pode fazer o parto dessa paciente sem riscos. Se acontecer algum acidente ocupacional, como um corte com bisturi durante a cesárea, por exemplo, o risco de infecção por HIV é desprezível, em torno de 0,1%. “O uso de EPIs deve ser feito sempre, mesmo se a paciente não tiver Aids, pois há risco de contaminação por outras doenças, como a hepatite B e C. No caso da hepatite B, existe vacina para prevenção, o que é recomendável para todo profissional de saúde. Já para a hepatite C não há profilaxia. Logo, o uso de EPIs sempre, em qualquer procedimento, independentemente da confirmação sorológica ou não, é mandatório”, esclarece a médica de Pernambuco. “E seja qual for a situação, jamais deixar de atender essa paciente, pois o que elas mais precisam é de informação, tratamento e cuidado atencioso e humanizado, não de preconceito”, prossegue.



**“As medidas profiláticas, quando adotadas desde o início da gravidez, reduzem em mais de 90% (de 25% a 30% para 0% a 2%) os riscos de o bebê ser infectado pelo HIV”, aponta a Dra. Maria Luiza Bezerra Menezes.**

# Primeiro congresso *on-line* foi um sucesso

## Quase 13 mil pessoas na edição inédita do Congresso *On-line* Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia organizado pela Sogope

Por Letícia Martins

**V**ocê já parou para pensar quantos compromissos foram cancelados ou adiados por causa da pandemia de COVID-19? A Associação de Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco (Sogope) teve que postergar o 46º Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia que estava agendado para maio de 2020.

No entanto, como a situação de saúde pública não melhorou, a associação decidiu inovar e surpreendeu. “Realizamos o primeiro congresso *on-line* de ginecologia e obstetrícia no Brasil e no mundo, com um número recorde de congressistas. Foram 12.951 inscritos e 80 palestrantes, nacionais e internacionais”, comemorou Jefferson Valença, presidente da Sogope.

Entre os palestrantes internacionais, nomes como o do colombiano Carlos Humberto Perez, presidente

da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC), e o do português Pedro Vieira Baptista, secretário-geral da Sociedade Internacional para o Estudo da Doença Vulvovaginal (ISSVD), marcaram presença digital.

O evento abordou temas variados, como a pandemia da COVID-19, que também foi discutida em outras oportunidades, como webinários. “Além do congresso, realizamos encontros virtuais sobre endometriose, sexualidade, uroginecologia e sobre boas práticas ao parto”, citou Valença, que está na diretoria da Sogope há três anos. Ele acredita que o formato *on-line* vai ser mantido pela federada, que possui mais de mil associados e precisa criar estratégias para se aproximar deles.

“A Sogope está sempre trabalhando, seja nos bastidores da ciência, acompanhando as últimas publi-

cações, seja reafirmando parcerias com órgãos de classe como o Sindicato dos Médicos de Pernambuco (Simepe) e o Conselho de Medicina de Pernambuco (Cremepe), além de orientar seus associados a se manterem vigilantes nesse período de pandemia”, afirmou Valença. 



Dr. Jefferson Valença



# Congressos virtuais

**Sogise realiza a primeira edição do congresso *on-line* e marca um novo ciclo da educação continuada no Estado**

Por Letícia Martins

**M**enor estado do Brasil, Sergipe abriga lindas paisagens, como os Cânions do Xingó, em pleno rio São Francisco, e as praias de água doce, como a Praia do Mosqueiro, no litoral sul da capital, de onde saem os passeios em catamarã até a Ilha dos Namorados. Tanta beleza natural, visitada por inúmeros turistas, não escapou do isolamento causado pela pandemia do novo coronavírus.

Sergipe também teve uma quarentena difícil, com o fechamento de empresas, escolas e consultórios médicos. As instituições locais tiveram que agir rápido para dar apoio e orientação aos seus associados. “Trabalhamos na divulgação de todos os protocolos em canais oficiais, na distribuição de protetores faciais e na realização de webinários com professores nacionais e internacionais”, conta o Dr. George Hamilton Caldas Silveira, que está no sexto ano na presidência da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Sergipe (Sogise).

Com 163 associados, a Sogise acredita que algumas mudanças trazidas pela pandemia têm grande potencial de serem mantidas, com determinadas adaptações. Uma delas é o Congresso Online de Ginecologia e Obstetrícia (Consogise), cuja primeira edição aconteceu entre os dias 21 e 25 de setembro e foi muito bem avaliada.

“O Consogise marcou um novo ciclo de educação continuada em nossa associação. Em vez dos auditórios com a presença física dos participantes, palcos virtuais com a interação a distância de ginecologistas, obstetras, residentes, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde e acadêmicos, além de palestrantes de renome nacional e internacional”, disse Silveira.

O congresso, que teve o apoio da Febrasgo, versou sobre temas ligados à saúde integral da mulher, como anticoncepção, assistência ao parto, puerpério, climatério, câncer ginecológico, medicina fetal, endo-

metriose, sexologia e infertilidade, vacinas, entre outros.

Enquanto esperamos a volta do turismo e da normalidade das atividades, seguimos nos adaptando aos novos formatos possíveis e seguros para não deixarmos interromper de vez as atividades. 



Dr. George Hamilton Caldas Silveira

# É possível ensinar **empatia** durante a residência médica?

Cláudia Lourdes Soares Laranjeira<sup>1</sup>, Rívia Mara Lamaita<sup>2</sup>

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

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

**Conflito de interesses:**  
Nada a declarar.

**Autor correspondente:**  
Cláudia Lourdes Soares Laranjeira

Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, 30130-110, Belo Horizonte, MG, Brasil.

cls.laranjeira@gmail.com

**Como citar?**

Laranjeira CL, Lamaita RM. É possível ensinar empatia durante a residência médica? *Femina*. 2020;48(12):730-4.

## INTRODUÇÃO

A empatia do médico é descrita como o elemento-chave comportamental nas interações médico-paciente, sendo considerada um dos pilares da comunicação na prática clínica. Dessa forma, a empatia é essencial para o desenvolvimento da identidade profissional. Um atendimento médico feito com empatia pode até mesmo aumentar a motivação do paciente para participar ativamente de uma proposta terapêutica.<sup>(1)</sup>

Durante os anos de residência médica é crucial incluir no plano de ensino o desenvolvimento de habilidades em comunicação, com pacientes e membros da equipe assistencial, para que o especialista esteja preparado para um atendimento com profissionalismo. Conside-

rando que uma das formas de garantir habilidade de comunicação é por meio da empatia, esse é um foco entre educadores da área da saúde e preceptores de residência médica. Alguns autores observaram uma queda nos níveis de empatia ao longo dos anos de residência, apesar de se observar que nos anos da graduação há uma valorização discente do aprendizado de técnicas adequadas para o atendimento, entre elas o desenvolvimento da empatia. Existem muitos estudos sobre técnicas para ensinar empatia na graduação e na residência médica que envolvem aspectos psicológicos, éticos e morais e habilidades cognitivas e comportamentais.<sup>(2)</sup>

Em ginecologia e obstetrícia não é diferente, sendo a empatia uma carac-



terística importante para o desenvolvimento do profissionalismo médico no atendimento das mulheres. A matriz de competências da residência médica da Febrasgo<sup>(3)</sup> propõe o profissionalismo como um eixo à parte, com competências específicas a serem desenvolvidas, e algumas relacionam-se diretamente com ter ou não ter empatia. Dessa forma, a Febrasgo propõe que, ao longo da residência de ginecologia e obstetrícia, o médico-residente se torne capaz de:

- Utilizar escuta ativa, linguagem apropriada, de fácil compreensão e não depreciativa em toda sua relação médico-paciente;
- Demonstrar compaixão, integridade e respeito pelos pacientes e colegas de equipe;
- Demonstrar respeito pela privacidade e autonomia da paciente;
- Comunicar-se de forma apropriada com pacientes e familiares em situações de menor ou maior complexidade;
- Organizar e participar de orientações em equipe multidisciplinar para pacientes, familiares;
- Engajar-se na tomada de decisão compartilhada, incorporando quadros culturais dos pacientes e das famílias.<sup>(3)</sup>

Sendo assim, o treinamento da empatia deve ser incluído de forma padronizada na formação do especialista em ginecologia e obstetrícia, como já sugerido por alguns autores. Existem técnicas apropriadas como *workshops* de habilidades interpessoais e comunicação, vídeos com experiências boas e ruins durante o atendimento e cenários de simulações específicos para atitudes adequadas e inadequadas na relação médico-paciente.<sup>(4)</sup> Para que o processo educacional do ensino da empatia seja duradouro, é importante que faça parte do conteúdo programático curricular dos programas de residência médica e que durante os anos de formação do especialista seja replicada em vários momentos. O ensino da empatia durante a residência médica apresenta desafios, pois pode significar exposição psicológica do residente, visto que ele já está em um período de pós-graduação e pode se sentir apto a estabelecer um contato médico-paciente empático com técnicas de comunicação já aprendidas na graduação. Diante desses desafios, cabe aos preceptores e educadores desenvolver técnicas especializadas para o ensino da empatia. O objetivo desta revisão é discutir a importância da empatia no

**O domínio comportamental é parte essencial da relação médico-paciente e deve ser exercitado pelo médico a cada atendimento**

desenvolvimento do profissionalismo para o residente e as formas de o residente ter percepção de como demonstrar empatia e melhorar a relação médico-paciente.

### O QUE É EMPATIA?

É uma palavra de origem grega – *empátheia* – que significa "paixão, estado de emoção". Na definição da língua portuguesa, empatia é a "capacidade de se identificar com outra pessoa, de sentir o que ela sente, de querer o que ela quer, de apreender

do modo como ela apreende".<sup>(5)</sup> A empatia envolve componentes afetivos, cognitivos e reguladores de emoções. Considerando a sua definição em psicologia, a empatia pode ser entendida como "o processo de identificação em que o indivíduo se coloca no lugar do outro e, com base em suas próprias suposições ou impressões, tenta compreender o comportamento do outro". Nas definições relacionadas à sociologia, a empatia é uma forma de cognição do eu social mediante três aptidões: para se ver do ponto de vista de outrem, para ver os outros do ponto de vista de outrem ou para ver os outros do ponto de vista deles mesmos.<sup>(6)</sup>

Considerando essas definições, entende-se que a empatia aplicada à relação médico-paciente é a capacidade do médico em demonstrar sentimentos pelo outro sob vários domínios, sendo o afetivo quando o médico sente o que o outro sente, o cognitivo quando entende o que o outro sente e o comportamental quando comunica a percepção e o entendimento do sentimento do outro.

O domínio comportamental é parte essencial da relação médico-paciente e deve ser exercitado pelo médico a cada atendimento. Por fim, a empatia pode ser demonstrada pelo contato visual, expressão corporal, postura, afeto pelo outro, tom de voz, ouvindo o paciente como um todo e por meio de respostas com foco no problema do outro.<sup>(7)</sup>

### COMO A EMPATIA IMPACTA NO DESENVOLVIMENTO DO PROFISSIONALISMO DURANTE A RESIDÊNCIA MÉDICA?

Durante a graduação e a residência médica, situações terríveis como desigualdade social, injustiça, dor, sofrimento, perda, luto e morte são frequentes. Contudo, infelizmente, não há espaço no currículo médico para refletir sobre as emoções que essas experiências despertam. Os sentimentos gerados por essas situações acabam sendo reprimidos, pois muitas vezes são considerados tabus e, eventualmente, um sinal de fraqueza do profissional de saúde.

Não é ensinado como lidar com as emoções e, em geral, professores, médicos preceptores, alunos ou residentes evitam e ignoram os problemas que não se sentem capazes de resolver. Essa repressão de sentimentos pode levar a um distanciamento em relação ao paciente, como forma de proteção, o que, muitas vezes, culmina em certo cinismo, trazendo prejuízos para a relação médico-paciente. Porém, esse não é o único efeito danoso. O distanciamento emocional também interfere, de forma negativa, na realização profissional. Ter a oportunidade de ajudar o outro é uma fonte de grande alegria e de potência, que só é vivida em plenitude se há conexão emocional com a pessoa ajudada.

Ao se questionar a importância da empatia para a consolidação do profissionalismo médico, observa-se que variáveis como qualidade do atendimento, confiança e creditação na conduta médica se correlacionam com a prática da empatia do médico no contexto de uma consulta médica. Contudo, surge uma questão muito interessante que denominamos paradoxo técnica-empatia: alguns entrevistados referem receio de que, ao serem empáticos, pode ocorrer distanciamento da técnica existente na identidade médica e distanciamento do profissionalismo. Outro achado interessante, que se denomina fator-paciente, é o fato de que alguns profissionais acreditam que a atitude pró-empática não depende necessariamente do médico, mas da aceitação do paciente; ou seja, em tese, todos os médicos tendem a ser empáticos, mas essa característica transparece nas inter-relações que permitem a sua fruição, muito dependente do outro integrante, o paciente. Além da característica paciente-dependente, também se acredita que a empatia seja dependente da situação que motivou o atendimento.

"O médico pode tratar tecnicamente bem, conhecer muito a doença sem estabelecer uma empatia tão boa com o doente". Empatia foi relacionada mais à qualidade do que ao sucesso da intervenção médica, sendo assertivamente "um adjuvante importante ao tratamento" e ao manejo do paciente.<sup>(8)</sup>

Talvez a empatia encontre seu significado mais compreensível na célebre frase de Ambroise Paré:<sup>(9)</sup> "Curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre".

## ENSINAR EMPATIA É POSSÍVEL?

A medicina é uma das profissões mais antigas e respeitadas no mundo e as escolas médicas têm a necessidade constante de treinar sistematicamente as qualidades humanísticas em seus alunos. Em muitas sociedades, o direito de ver e tratar pacientes foi limitado a profissionais bem formados e treinados, seja em uma comunidade universitária ou em uma associação profissional com suas próprias normas e regras.<sup>(10,11)</sup>

Segundo Carl Rogers, um conhecido psicólogo humanista e fundador da terapia centrada no cliente, a empatia poderia ser considerada uma habilidade com possibilidade de ser ensinada. Em seus trabalhos, ele admitiu que a empatia não era tanto uma habilidade, mas um modo de ser. E talvez fosse diretamente dependente do contato do indivíduo com o ambiente familiar, a escola e a escola médica e com as pessoas com as quais o especializando entrou em contato ao longo da vida.<sup>(12)</sup>

De acordo com Edith Stein,<sup>(13)</sup> uma fenomenologista alemã, e segundo a descrição de Carol Davis,<sup>(8)</sup> a empatia pode ser facilitada. Stein<sup>(13)</sup> descreveu a empatia como um processo muito mais complexo, afirmando que ela pode ser interrompida ou bloqueada, mas não pode ser forçada a acontecer, o que a tornaria única e desenvolvida por cada pessoa. Quando a empatia ocorre, descobre-se que foi experimentada sem que nada a forçasse para acontecer. Essa é a característica que torna o ato de empatia difícil de ser ensinado. Para Stein, o processo de empatia pode ser facilitado pelo desenvolvimento de outras atitudes e comportamentos importantes para um atendimento de saúde de qualidade. A promoção dessas atitudes e comportamentos, como autoconsciência, consideração positiva sem julgamentos pelos outros, boas habilidades de escuta e autoconfiança, é sugerida como quesitos importantes no desenvolvimento de médicos que demonstraram disposição empática.

Entre os vários aspectos que compõem a relação médico-paciente, a empatia merece destaque.<sup>(14)</sup>

A possibilidade de ensinar a ser empático aparece como uma ferramenta útil para transformar o paciente "propriamente dito" em um ser autônomo, como apontam Di Blasi e Kleijnen<sup>(15)</sup> em seu estudo.

Halpern<sup>(16)</sup> descreve a importância da construção da empatia entre médico e paciente como uma forma de deixar o paciente mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas. Pode-se dizer que a familiaridade, a confiança e a colaboração do paciente têm importância fundamental para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos, indispensáveis ao resultado da arte médica.

Um dos maiores empecilhos à confecção de práticas e pesquisas que abordem a empatia é a falta de ferramentas operacionais capazes de mensurar ou ser sensíveis à percepção de empatia. Contudo, tais dificuldades vêm diminuindo nas últimas cinco décadas, com o surgimento de algumas escalas para medidas de empatia entre os profissionais de saúde, como a *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) e a *Interpersonal Reactivity Index* (IRI),<sup>(17)</sup> e medidas de empatia emocional, descritas por de Mehrabian e Epstein.<sup>(18)</sup> Entre todos esses métodos de medidas de empatia, a JSPE mostrou-se com maior validade; embora tenha características exclusivas, ela produz uma avaliação signifi-

cativa para medir sinais de empatia que são relevantes para o atendimento do paciente (tomada de perspectiva e preocupação empática), quando comparada à IRI, que foi desenvolvida para uma avaliação mais generalizada.<sup>(17)</sup> A transmissibilidade da empatia na formação de novos médicos tem sido descrita no contexto do modelo oferecido, como "exemplo", em vez de algo a ser de fato ensinado e aprendido. Momentos de ocorrência dessa prática educacional são fragmentados ao longo do curso médico, com carga "docente dependente", o que se repete na formação dos envolvidos na especialização médica. Vivenciar uma relação médico-paciente que apresenta como alicerce a empatia pode reforçar positivamente o treinamento de habilidades voltadas à consolidação de práticas.<sup>(14)</sup>

## EXERCÍCIOS PARA ENSINO DE EMPATIA

A empatia pode ser ensinada tanto pelo "exemplo dado" como por estratégias de ensino diretas por **discussão de situações reais** ou em **cenários de simulação** com *briefing* estruturado. Ambas as estratégias devem ser focadas nas experiências empáticas e não empáticas dos residentes, e a condução da discussão pode ser realizada de acordo com bases de treinamento e maneiras para ensinar empatia já comprovadas (Quadro 1).

Em um estudo de avaliação das formas para ensinar e aprender empatia, os alunos consideraram a definição de empatia como **"um processo de várias etapas em que a consciência do médico quanto às preocupações do paciente produz uma sequência de reações com envolvimento emocional, compaixão e desejo de ajudar o paciente"**.<sup>(19)</sup> A compreensão dos residentes quanto a essa definição é essencial, pois os incentiva a discutir as experiências pessoais e as mudanças comportamentais entre os membros da equipe e com os pacientes. O ensino de práticas empáticas por meio de **grupos de discussão** com relatos de atendimentos empáticos é realizado por explicitação de técnicas de comunicação utilizadas, contato visual e expressão corporal. Nessas discussões, percebe-se ainda que as citações de atitudes não empáticas praticadas por outros residentes é um ponto forte de debate.

Digno de nota, em um estudo realizado com discussão de casos, os alunos deram grande valor ao modelo de comportamento dos alunos mais velhos, o que elucidou uma lição importante, mas muitas vezes ignorada, de que **empatia gera empatia**. Nesses grupos de dis-

**A consciência do médico quanto às preocupações do paciente produz uma sequência de reações com envolvimento emocional, compaixão e desejo de ajudar o paciente**

cussão, também há oportunidade de os participantes aprenderem com experiências pessoais de doença vividas por outros colegas e sentirem-se mais empáticos em relação a eles. Os residentes que participaram relataram aumento da empatia com os pacientes quando demonstraram empatia pelos médicos assistentes, assim como com outros profissionais não médicos.<sup>(2)</sup>

Outra forma de treinamento com foco no desenvolvimento de empatia é realizar **sessões de dramatização tipo role play**, nas quais residentes voluntários podem interpretar o papel de pacientes em situações difíceis e outros residentes interpretam o papel dos médi-

cos que estão também em situações não habituais no momento que são chamados para o atendimento. Esse é um exemplo de cenário tipo *role play*, no qual os residentes podem vivenciar o atendimento médico da perspectiva do paciente e do médico. Por fim, entende-se que a realização de *feedback* informal após simulações de atendimentos por *role play* com residentes e preceptores é uma técnica efetiva e importante para o treinamento em empatia.

## CONCLUSÃO

Discutir a formação da identidade médica é importante para o exercício do profissionalismo. Nesse processo, é necessário resgatar a importância do conhecimento humanístico para a construção de planos terapêuticos realmente compartilhados, que consigam contemplar todas as dimensões. O contato mais humano e a atenção especial a cada paciente fazem o médico reafirmar a paixão pela medicina e se lembrar da visão meio utópica do primeiro ano da graduação que, por muitas vezes, se perde pelos anos e pelas enfermarias. A prática de ensino da empatia nos anos da residência médica deve ser valorizada por supervisores e preceptores. A aprendizagem pode ser alcançada pelo exemplo vivenciado por experiências de atendimento com situações empáticas ou não empáticas. Outra forma é por meio de discussões de grupo sobre atendimentos realizados e cenários simulados tipo *role play*.

## REFERÊNCIAS

1. Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Med Educ*. 2000;34(2):90-4. doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00463.x

Quadro 1. Base para treinamento e maneiras para aumentar empatia

	Ações	Estratégia	Objetivos de aprendizado
<b>Bases para treinamento da empatia</b>	Por que ser empático?	Cognitiva – entender o outro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar a conexão entre os objetivos pessoais e benefícios da empatia</li> </ul>
	O que é ser empático?	Cognitiva, comportamental e afetiva (entender o outro, sentir e demonstrar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir e compreender a base neurobiológica da empatia</li> <li>Comparar as experiências pessoais dos participantes e aplicar os conceitos de empatia</li> <li>Agir motivado por sentimentos</li> </ul>
<b>Maneiras de aumentar a empatia</b>	Estimular o cuidado de si	Causar bem-estar e estimular autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descrever as razões pelas quais a empatia diminui ao longo do treinamento médico</li> <li>Discutir maneiras de aumentar o autocuidado entre estudantes e médicos</li> </ul>
	Desenvolvendo habilidades de comunicação	Treinamento em técnicas de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar como fazer contato visual e entender expressão corporal</li> <li>Fazer exercícios de reformulação e síntese do atendimento</li> </ul>
	<i>Role play</i> (interpretar papéis)	Por simulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar análise crítica (<i>debriefing</i>) dos cenários de <i>role play</i></li> </ul>

Fonte: Aggarwal R, Guanci N. Teaching empathy during clerkship and residency. *Acad Psychiatry*. 2014;38(4):506-8.<sup>(2)</sup>

- Aggarwal R, Guanci N. Teaching empathy during clerkship and residency. *Acad Psychiatry*. 2014;38(4):506-8. doi: 10.1007/s40596-014-0113-z
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Matriz de competências para Programas de Residência Médica em ginecologia e obstetrícia no Brasil: 2ª versão [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 25]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/matriz-de-competencias>
- Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-30. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x
- Empatia. In: Dicio, Dicionário Online de Português [Internet]. Porto: 7Graus; 2020 [cited 2020 Sep 20]. Available from: <https://www.dicio.com.br/empatia/>
- Eres R, Molenberghs P. The influence of group membership on the neural correlates involved in empathy. *Front Hum Neurosci*. 2013;7:176. doi: 10.3389/fnhum.2013.00176
- Ford P. How to be polite [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 20]. Available from: <https://medium.com/s/story/how-to-be-polite-9bf1e69e888c>
- Davis CM. What is empathy, and can empathy be taught? *Phys Ther*. 1990;70(11):707-11. doi: 10.1093/ptj/70.11.707
- Barros Filho AA. De barbeiro a cirurgião do rei: a fantástica história de Ambroise Paré. *Bol FCM*. 2007;2(10):1-8.
- Hornblow AR, Kidson MA, Ironside W. Empathic process: perception by medical students of patients' anxiety and depression. *Med Educ*. 1988;22(1):15-8. doi: 10.1111/j.1365-2923.1988.tb00403.x
- ten Cate O. An updated primer on Entrustable Professional Activities (EPAs). *Rev Bras Educ Méd*. 2019;43(1 Suppl 1):712-20. doi: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190238.ing
- Grogan J. It's not enough to listen: Carl Rogers taught empathy as attunement, not parroting [Internet]. 2013 [cited 2020 Sep 20]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/encountering-america/201303/its-not-enough-listen#:~:text=Rogers%20defined%20empathy%20as%3A,210-211>
- Stein E. On the problem of empathy. 2nd ed. The Hague: Springer; 1970.
- Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Méd*. 2010;34(2):261-9. doi: 10.1590/S0100-55022010000200010
- Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? *Eval Health Prof*. 2003;26(2):166-79. doi: 10.1177/0163278703026002003
- Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. New York: Oxford University Press; 2001.
- Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach*. 2005;27(7):625-8. doi: 10.1080/01421590500069744
- Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Pers*. 1972;40(4):525-43. doi: 10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x
- Benbassat J, Bauml R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med*. 2004;79(9):832-9. doi: 10.1097/00001888-200409000-0

# I FÓRUM DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA FEBRASGO

## Cesárea a pedido

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

1. Membro associado à Febrasgo; 2. Diretora de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo.

No dia 10 de setembro de 2020 ocorreu o **I Fórum de Assistência Obstétrica da Febrasgo**. Por meio da plataforma Zoom, estivemos reunidos por duas horas tratando dos dois temas propostos (“Disponibilidade obstétrica” e “Realização de cesárea a pedido”), a partir da Assembleia Geral das Federadas (AGF) realizada em 31 de julho e 1º de agosto de 2020. Inicialmente um questionário anônimo a respeito de questões dos dois temas foi enviado por *e-mail* a todos os associados da Febrasgo. Todos os presidentes de Federadas do país foram convidados para o fórum, bem como os componentes da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Conselho Federal de Medicina (CFM), os presidentes das Comissões Nacionais Especializadas (CNEs) de Gestação de Alto Risco, de Assistência Pré-natal e de Abortamento, Parto e Puerpério, a Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo, além de toda a Diretoria da Febrasgo.

O fórum foi composto de dois blocos, em que o tema foi apresentado e a seguir abriu-se para discussão. Antes do encerramento de cada bloco, um questionário (por meio de Google Form) foi enviado a todos os participantes e preenchido por eles, de maneira a validar o resultado do fórum. Um colega da Comissão de Defesa e Valorização Profissional foi responsável por elaborar

um relatório final, incluindo o resultado do fórum, sugestões enviadas posteriormente por presidentes de Federadas e as propostas para serem apresentadas em reunião da Diretoria da Febrasgo. Neste número da revista *Femina*, traremos os principais resultados do fórum sobre “**Cesárea a pedido**”.

No **I Fórum de Assistência Obstétrica da Febrasgo**, foram apresentadas algumas bases, bem como o histórico, necessários para o entendimento do tema, como a Resolução CFM nº 2.144/2016, a Lei Federal nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995, realizada em Pequim, China, notadamente sobre os direitos reprodutivos.

Foram comentadas algumas propostas atuais de regulamentação, como a Lei nº 17.137, de 23/08/2019. A referida lei previa o direito da parturiente (durante o trabalho de parto) à escolha pelo parto cesariano, diferindo da Resolução do CFM, que prevê o termo gestante (durante o pré-natal). Discutiui-se bastante que a dife-



rença entre os termos traz também diferenças na assistência e execução. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) declarou a inconstitucionalidade dessa lei em junho de 2020, por se tratar de tema federal, e não estadual, e, como já há lei federal pertinente ao tema, como o próprio ECA, a lei então perdeu a eficácia.

A outra proposta de regulamentação é o Projeto de Lei nº 3.635/2019, que tramita na Câmara, prevendo os direitos, mas utilizando o termo de “gestante” e não de “parturiente”. A proposta difere da Lei nº 17.137/2019, por usar o termo “cesárea eletiva”, não exige o registro em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), usa o termo “gestante” e, ainda, tem as mesmas impropriedades da lei estadual suspensa.

Como há leis e projetos em tramitação em relação a um ato médico importante, é necessário um posicionamento firme da Febrasgo para contribuir com o tema. E esse foi o objetivo do fórum.

As respostas ao questionário enviado mostraram que 84% dos participantes concordam que a gestante deve ter autonomia de escolha pelo tipo de parto durante o pré-natal, após esclarecimentos sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, tanto no setor público quanto no privado. Entre eles, 65% votaram que, nos casos em que o motivo seja a escolha da paciente, sem indicação clínica objetiva, essa cesárea programada a partir de 39 semanas de gestação deve ser denominada de “cesárea a pedido”, e 31% sugeriram a denominação “cesárea por solicitação materna”; 68% opinaram que no setor público e no privado, nos casos de “cesárea a pedido”, o plantonista deve atender à decisão tomada no pré-natal, salvo contraindicações ou indicações de acordo com a evolução do caso.

O aprofundamento das discussões destacou pontos complexos como a questão de respeitar a autonomia da mulher a qualquer tempo (mesmo durante o trabalho de parto, se possível no serviço) e as diferenças do nível socioeconômico no exercício dessa autonomia, além da possibilidade de maiores dificuldades assistenciais quando essa escolha ou mudança ocorrer no momento do trabalho de parto (parturientes). Como envolve conflito de direitos fundamentais e sociais, entre eles a autonomia da paciente, a autonomia do médico, a liberdade, a saúde, a realidade da assistência no momento do trabalho de parto e a segurança da mãe e do concepto, essa decisão durante o trabalho de parto requer cautela e análises mais profundas quanto à normatização.

É importante ressaltar que o TCLE ou diretriz antecipada da vontade em relação à escolha da via de parto durante o pré-natal difere do TCLE para a realização do procedimento em si, seja cesárea ou parto normal, e é independente, recomendando-se o registro da anuência (prontuário e termos adequados) de maneira diferenciada.

Após a manifestação por meio dos formulários, discussões e reuniões, o posicionamento atual da Febrasgo sobre o tema “Cesárea a pedido” consta a seguir:

- A Febrasgo é a favor da autonomia da paciente na escolha do tipo de parto, com a importante ressalva de ser um ato médico complexo que envolve múltiplas variáveis e de que essa escolha da paciente muitas vezes não poderá ser rigorosamente atendida em razão de aspectos técnicos, sempre em prol da segurança do binômio materno-fetal;
- A abordagem do tema deve ser obrigatória no pré-natal, com TCLE discutido e assinado preferencialmente durante o pré-natal, com informações adequadas sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto e oportunidade de decisão consciente e registro em prontuário;
- Quando eletiva, a cesárea a pedido deve ser programada a partir de 39 semanas completas de idade gestacional;
- Deve-se diferenciar, no contexto da cesárea a pedido, a GESTANTE (decisão no pré-natal) da PARTURIENTE (decisão ou mudança da escolha na vigência do trabalho de parto), inclusive com TCLEs diferenciados ou diretrizes antecipadas da vontade em relação ao parto;
- Sobre a autonomia de escolha da GESTANTE pelo tipo de parto durante o pré-natal, após esclarecimentos dos riscos e benefícios do parto normal e parto cesáreo, o posicionamento é favorável, nos setores público e privado;
- Sobre a autonomia de escolha da PARTURIENTE pelo tipo de parto durante o trabalho de parto, deverão ser esclarecidos os riscos, que são maiores numa cesárea indicada durante o trabalho de parto, além de se tratar de situação mais complexa e que necessitará sempre da análise da equipe responsável pelo parto no momento, dos aspectos médicos e de outros fatores, como recursos humanos e assistenciais disponíveis, da dificuldade de realizar rapidamente a cesariana, considerando que o parto poderá acontecer via vaginal antes de ser possível realizar a cesariana ou ser indicada a cesárea em opções prévias da paciente pelo parto normal em situações de risco materno ou fetal, cabendo, então, a cada instituição definir esse fluxo, nos setores público e privado.

Esse foi o entendimento do **I Fórum de Assistência Obstétrica da Febrasgo** sobre “Cesárea a pedido”, sendo essa discussão dinâmica e de profunda relevância para participação formal nas instâncias adequadas. Participe e contribua com esta e com outras pautas da Comissão de Defesa e Valorização Profissional da Febrasgo, para que essa representação consiga cada vez mais representar os interesses e necessidades de cada ginecologista e obstetra do nosso país.

# CADERNO CIENTÍFICO

# Femina®

## CORPO EDITORIAL

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

**COEDITOR:** Gerson Pereira Lopes

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

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

## SUMÁRIO

### ARTIGOS ORIGINAIS

**739** Avaliação dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas: um estudo transversal em um município da Amazônia brasileira

Nathália Lima Costa, Wennyo Camilo da Silva e Silva, Katiane da Costa Cunha

**747** Qualidade de vida sexual de mulheres no pós-tratamento radioterápico de câncer de colo uterino

Daniela Souza Diniz, Bárbara Ghannam Ferreira, Ana Cristina Macedo Barcelos, Liliam Renata Silveira, Rosekeila Simões Nomeline, Eddie Fernando Candido Murta

**753** Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar

Mariana Parcianello Roehrs, Sheila Koettker Silveira, Heloísa Helena Rengel Gonçalves, Rodrigo Mantovani Sguario

### RELATOS DE CASO

**760** Síndrome de Hamman em gestante: relato de caso

Andressa Fernandes Silva, Carolina Vicentim de Moraes, Guilherme Andrade Pellissari, João Antônio Madalaosso Júnior, Renato Sugahara Hosoume

**764** A radiofrequência fracionada no tratamento de líquen escleroso vulvar: um relato de caso

Márcia Farina Kamilos, Silmara Andalaft Fialho

# SEJA UM ASSOCIADO febrasgo



Além de participar ativamente da construção de uma associação mais forte e representativa para os Profissionais de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil, você ainda recebe muitos benefícios.

## PILARES DE ATUAÇÃO DA FEBRASGO



Educação Médica  
Continuada



Valorização e  
Defesa Profissional



Melhoria da  
Experiência do Associado

CONVIDAMOS VOCÊ A CONHECER OS **10 MOTIVOS**  
PARA SE **TORNAR UM ASSOCIADO** E ACESSAR AOS DIVERSOS  
CONTEÚDOS DO NOSSO **ACERVO CIENTÍFICO**

1. PORTAL FEBRASGO
2. ACESSO AOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS 
3. ACESSO ÀS SÉRIES DE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES
4. POSITION STATEMENT: documentar o estado atual da GO na Prática Assistencial, Educação, Pesquisa e Extensão 
5. ACESSO ÀS SÉRIES DE LIVES E DOCUMENTOS RELACIONADOS 
6. REVISTAS FEBRASGO
7. TERMOS DE CONSENTIMENTO 
8. CLUBE DE BENEFÍCIOS 
9. EVENTOS FEBRASGO: DESCONTOS EXCLUSIVOS
10. APP FEBRASGO: CONTEÚDOS EXCLUSIVOS COM NOVO BUSCADOR E CALCULADORAS 

Associe-se: [assistente.pres@febrasgo.org.br](mailto:assistente.pres@febrasgo.org.br)  
[www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)

**Descritores**

Gravidez; Gravidez na adolescência; Avaliação de resultados em cuidados de saúde; Grupos etários; Saúde materna

**Keywords**

Pregnancy; Pregnancy in adolescence; Health care outcome assessment; Age groups; Maternal health

**Submetido:**

04/08/2020

**Aceito:**

13/11/2020

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

**Conflito de interesses:**

Nada a declarar.

**Autor correspondente:**

Nathália Lima Costa  
Av. Hiléia, Agrópolis do Inca, s/n,  
68502-100, Belém, PA, Brasil.  
nathaliaalc884@gmail.com

**Como citar?**

Costa NL, Silva e Silva WC, Cunha KC. Avaliação dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas: um estudo transversal em um município da Amazônia brasileira. *Femina*. 2020;48(12):739-46.

# Avaliação dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas: um estudo transversal em um município da Amazônia brasileira

## *Evaluation of obstetric outcomes among pregnant adolescents and adults: a cross-sectional study in a municipality in the Brazilian Amazon*

Nathália Lima Costa<sup>1</sup>, Wennyo Camilo da Silva e Silva<sup>1</sup>, Katiane da Costa Cunha<sup>1</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar os desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas. **Métodos:** Estudo do tipo transversal não randomizado entre gestantes adolescentes e grávidas adultas em uma maternidade pública de Marabá-Pará. Foram associados desfechos obstétricos entre os dois grupos estudados. Para a análise univariada, foi utilizada a distribuição de frequências relativa e absoluta, e para a análise bivariada, foi utilizado cálculo do risco relativo com intervalo de confiança de 95%. Na comparação das variáveis numéricas, foi utilizado o teste de ANOVA 1. **Resultados:** Identificou-se uma relação estatisticamente relevante entre a gravidez na adolescência e o estado civil solteiro, menor escolaridade, realização de menos de seis consultas de pré-natal, parto vaginal, episiotomia, baixo peso do recém-nascido ao nascer e menor perímetro cefálico, quando comparadas com as adultas. **Conclusão:** A gravidez na adolescência se associa com piores desfechos obstétricos relacionados ao peso ao nascer, perímetro cefálico e realização de episiotomias, o que se associa a fatores como a condição emocional e financeira da mãe e com a baixa cobertura da saúde pública na região amazônica.

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate obstetric outcomes among pregnant adolescents and adults. **Methods:** Non-randomized cross-sectional study among pregnant adolescent and adult pregnant women in a public maternity hospital in Marabá-Pará. Obstetric outcomes were associated between the two groups studied. For a univariate analysis a distribution of relative and absolute frequencies was used and for a bivariate analysis a calculation of relative risk with confidence interval of 95% was used. The ANOVA 1 test was used to compare numerical variables. **Results:** A statistically relevant association was identified between teenage pregnancy and single marital status, less education, less than six prenatal consultations, vaginal delivery, episiotomy, low birth weight at birth and smaller head circumference when compared to adults. **Conclusion:** Adolescent pregnancy is associated with worse obstetric outcomes related to birth weight, head circumference and episiotomies, which is associated with factors, such as the mother's emotional and financial condition, and the low public health coverage in the Amazon region.

## INTRODUÇÃO

O comportamento sexual na adolescência, fase compreendida entre os 10 e 19 anos, é determinado por fatores neuronais, hormonais e comportamentais.<sup>(1)</sup> O desenvolvimento da área cerebral pré-óptica e da amígdala, junto com a ação do estrógeno, da testosterona e da progesterona, está envolvido no aparecimento do impulso sexual do adolescente, estimulando-o a iniciar sua vida sexual. Além disso, outros fatores como a cultura, a educação, a influência de amigos e a religião também determinam o início da vida sexual.<sup>(2)</sup>

Um estudo realizado com mais de 100.000 alunos do nono ano do ensino fundamental, a maioria entre 13 e 15 anos, demonstrou que mais de um quarto já havia realizado relações sexuais, entre os quais um em cada quatro não fez uso de preservativo, comportamento que expõe o jovem ao risco de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e de gravidez precoce.<sup>(3)</sup>

O processo de gravidez entre os adolescentes apresenta relação com o início precoce da iniciação sexual. Essa relação é evidente pela menor maturidade cognitiva nos primeiros anos do adolescente, de modo a se arriscarem mais em relações desprotegidas. A não utilização do preservativo pelos adolescentes ocorre pela falta de planejamento da relação sexual, além da interferência no prazer sexual e imaturidade etária. Podem-se considerar alguns fatores de risco relacionados ao adiantamento da iniciação sexual e, conseqüentemente, à ocorrência da gestação em adolescentes, como menor escolaridade, pouca condição socioeconômica e ausência da figura de um ou de ambos os pais. Assim, há fatores sociodemográficos e econômicos que contribuem para a ocorrência de gestações não planejadas nessa faixa etária.<sup>(4)</sup>

O exercício da maternidade na adolescência traz consigo uma sobrecarga psicológica, social e econômica, além de piores repercussões clínicas para a mãe. A gestação nessa faixa etária influencia de forma negativa a qualidade de vida materna, uma vez que se associa à evasão escolar e ao desemprego.<sup>(5)</sup> Além disso, ter que lidar com o próprio fenômeno da gestação, uma experiência nova, associado aos julgamentos e às demandas financeiras e emocionais que se relacionam a ela, também prejudica a qualidade de vida da adolescente, assim como a de sua família.<sup>(6)</sup> Ademais, as adolescentes sofrem mais intercorrências obstétricas durante a gravidez e o puerpério, quando comparadas com gestantes adultas, além de possuírem mais chances de trabalho de parto prolongado e depressão pós-parto. Dessa forma, fatores como pré-eclâmpsia, desnutrição, disfunções uterinas, infecções urinárias, hemorragia puerperal e mortalidade materna são mais frequentes na gestação de adolescentes.<sup>(7)</sup>

Há, ainda, aumento nas intercorrências para o recém-nascido de grávidas adolescentes em comparação com as adultas. As complicações mais predominantes são prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade

perinatal. Tais intercorrências estão relacionados com o ambiente socioeconômico e cultural em que a mãe está inserida. Assim, condições como pré-natal inadequado, pobreza, baixa escolaridade, estado civil, condições de moradia e raça estão associadas a piores desfechos não apenas para o recém-nascido, como também para a mãe.<sup>(8)</sup>

A gravidez precoce é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2017, a incidência de partos de adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos foi de cerca de 16,4% no Brasil; desses, cerca de 15,25% foram parto pré-termo, ou seja, abaixo de 37 semanas.<sup>(9)</sup> Porém, em Marabá (PA), a porcentagem de partos de nascidos vivos de adolescentes aumenta para cerca de 21,7%; desses, cerca de 26% são partos pré-termo,<sup>(10)</sup> isso evidencia um significativo aumento não apenas na proporção de gestações entre adolescentes na cidade, em comparação com os valores nacionais, como também na quantidade de partos prematuros em Marabá, nessa faixa etária. Esse fator configura um problema de saúde, uma vez que a prematuridade aumenta o risco de o recém-nascido apresentar asfixia, baixo peso ao nascer e dificuldade de se adaptar ao meio extrauterino.<sup>(11)</sup>

Além disso, as intercorrências da gestação na adolescência são relacionadas às condições sociais adversas. Nesse sentido, a escolaridade, o estado civil, o suporte da família e a assistência pré-natal apresentam influência na gravidez na adolescência.<sup>(12)</sup> Portanto, entender as variáveis sociodemográficas e sua relação com o desfecho da gravidez na adolescência na cidade contribuirá para a compreensão de possíveis fatores prejudiciais à evolução clínica da gestação entre adolescentes na região, bem como para a criação de políticas e campanhas que visem minimizar fatores que contribuam para um desfecho desfavorável da gestação em adolescentes, como parto pré-termo, mortalidade materna, hemorragia puerperal e necessidade de internação do recém-nascido. Portanto, o presente estudo objetivou avaliar os desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas em Marabá-PA.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal. Foi realizado em uma maternidade pública na cidade de Marabá, entre 21 de fevereiro e 13 de março de 2020. O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, sob o Parecer de nº 3.851.590/2020, além de seguir os princípios do Código de Nuremberg e da Declaração de Helsinque.

A amostra foi determinada a partir da análise de prontuários de mulheres que fizeram seus partos na maternidade escolhida, nos anos de 2018 e de 2019. A seleção da amostra ocorreu de acordo com o fluxograma da figura 1. Os critérios de inclusão do estudo foram:

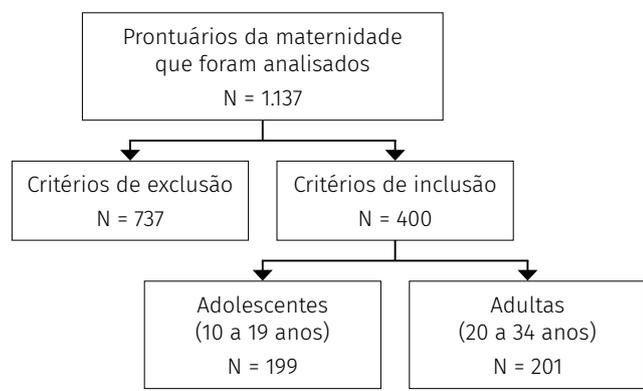


Figura 1. Fluxograma de seleção amostral

idade da parturiente entre 10 e 34 anos, gravidez ocorrida sem aborto, parto realizado dentro do hospital e prontuários preenchidos de forma adequada.

A coleta de dados resultou em dois grupos: adolescentes (total de 199), com idade entre 13 e 19 anos, e adultas (total de 201), na faixa etária entre 20 e 34 anos. Foi utilizado um inventário preenchido em quatro etapas, considerando-se os desfechos obstétricos: 1) características sociodemográficas: idade, situação civil, escolaridade, ocupação e cidade onde reside a paciente; 2) características da gestação: antecedentes obstétricos, número de consultas de pré-natal, tipo sanguíneo e fator RH, alergias medicamentosas e uso de drogas; 3) dados da parturiente e do parto: idade gestacional, classificação do risco de atendimento, sinais vitais, contração uterina, hipertonia uterina, escala de dor, perda de líquido, sangramento vaginal, tipo de parto, tipo de dequitação circular de cordão, episiotomia, laceração, uso de uterotônicos e destino da puérpera; 4) características do recém-nascido: Apgar de 1º e de 5º minuto, peso ao nascer, perímetro cefálico e estatura.

O programa Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos) foi adotado para a entrada dos dados, bem como para a confecção das tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada por meio dos programas Epi Info 7.2.3.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e BioEstat 5.0 (Sociedade Civil Mami-rouá, Manaus, Brasil). Na análise univariada, obteve-se, para todo o grupo de mulheres e separadamente para adolescentes e adultas, a distribuição de frequências relativa e absoluta, medidas de dispersão e de tendência central das variáveis. Para uma investigação mais detalhada dos fatores de risco envolvidos na gravidez de adolescentes, foi empregado, na análise bivariada, o cálculo do risco relativo (RR) com intervalo de confiança (IC) de 95% e significância estatística verificada pelo teste do qui-quadrado de Pearson e/ou exato de Fisher. Na comparação das variáveis numéricas, foram empregados os testes de ANOVA 1 critério ou Mann-Whitney de acordo com o padrão de normalidade verificado pelo teste de Bartlett. Todas as análises consideraram significativo  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Foi gerada uma amostra de 400 prontuários, dos quais 199 (49,75%) pertenciam a gestantes adolescentes e 201 (50,25%) pertenciam a gestantes adultas. Na maioria, as gestantes eram casadas, residentes em Marabá e do lar. A média de idade das gestantes adolescentes foi de 17 anos, enquanto a média de idade das gestantes adultas foi de 26,38 anos. A variável escolaridade obteve associação com a idade da mãe, de acordo com o teste ANOVA 1 critério, de modo que a menor escolaridade estava associada a gestantes adolescentes ( $p < 0,0001$ ), com uma média de 9,38 (DP = 1,98) anos de estudo, enquanto as gestantes adultas obtiveram média de 10,06 anos de estudo. A tabela 1 descreve as características sociodemográficas dos dois grupos de grávidas estudados.

A partir da análise bivariada, foi encontrada uma diferença significativa no estado civil ( $p = 0,0001$ ), ocupação do lar (0,0001) e emprego formal (0,0001). Na comparação entre os dois grupos, verificou-se que as grávidas adolescentes eram majoritariamente solteiras (73,39%), enquanto as adultas eram casadas (61,40%), com ocupação do lar (65,22%) e com emprego formal em 78,89% dos casos. A tabela 2 demonstra a comparação entre os desfechos obstétricos dos dois grupos pesquisados.

Na tabela 2, observou-se diferença significativa na consulta pré-natal relativa a inferior a seis consultas ( $p = 0,0126$ ) e seis ou mais consultas ( $p = 0,0007$ ). Na comparação entre os dois grupos, verificou-se um RR igual a 0,56 (IC 95% = 0,49 a 0,64) para a realização de menos de seis consultas no grupo de grávidas adolescentes, bem como um RR igual a 0,41 (IC 95% = 0,34 a 0,38) para a realização de seis ou mais consultas no grupo de grávidas adultas. A tabela 3 mostra os desfechos obstétricos relativos ao momento do parto entre os dois grupos investigados.

Na tabela 3, evidencia-se a diferença significativa entre os dois grupos para os desfechos tipo de parto ( $p = 0,0127$ ) e realização de episiotomia ( $p = 0,0020$ ). O parto cesáreo apresentou um RR igual a 1,27 (IC 95%: 1,03 a 1,57) em grávidas adultas, e a realização de episiotomia mostrou um RR de 1,44 (IC 95%: 1,17 a 1,76) em grávidas adolescentes. A tabela 4 apresenta a frequência de antecedentes obstétricos e sinais vitais entre os dois grupos estudados.

Na tabela 4, destaca-se o grupo de grávidas adultas com maior número de gestações prévias ( $1,63 \pm 1,47$ ,  $p = 0,0001$ ), partos prévios ( $1,33 \pm 1,34$ ,  $p = 0,0001$ ), abortos prévios ( $0,29 \pm 0,53$ ,  $p = 0,0001$ ) e consultas pré-natal ( $6,11 \pm 2,33$ ,  $p = 0,0001$ ). Os sinais vitais, por outro lado, não apresentaram diferença significativa. A tabela 5 mostra as características dos recém-nascidos entre os dois grupos investigados.

Na tabela 5, observou-se que os filhos de grávidas adultas apresentaram médias maiores nas variáveis peso ao nascer ( $3.319,43 \pm 428,02$ ,  $p = 0,0003$ ) e perímetro cefálico ( $34,28 \pm 1,62$ ,  $p = 0,00002$ ).

**Tabela 1.** Análise bivariada das características sociodemográficas de gestantes adolescentes e adultas (n = 400)

Variável	Total n (%)	Faixa Etária		p-value
		Adolescentes n (%)	Adultas n (%)	
<b>Situação civil</b>				
Solteira	124 (31,00)	91 (73,39)	33 (26,61)	0,0001
Casada	272 (68,00)	105 (38,60)	167 (61,40)	
Sem registro	4 (1,00)	3 (75,00)	1 (25,00)	
<b>Município de residência</b>				
Marabá	302 (75,50)	147 (48,68)	155 (51,32)	0,2617
Outros	98 (24,50)	52 (53,06)	46 (46,94)	
<b>Ocupação</b>				
Desempregada	10 (2,50)	10 (100,00)	0 (0,00)	
Estudante	110 (27,50)	102 (92,73)	8 (7,27)	0,4127
Do lar	184 (46,00)	64 (34,78)	120 (65,22)	0,0001
Emprego formal	90 (22,50)	19 (21,11)	71 (78,89)	
Sem registro	6 (1,50)	3 (50,00)	3 (50,00)	

n: número da amostra; %: frequência.

**Tabela 2.** Análise dos desfechos obstétricos entre grávidas adolescentes e adultas (n = 400)

Variáveis	Total n (%)	Faixa Etária		RR	IC 95%	p-value
		Adolescentes n (%)	Adultas n (%)			
<b>Pré-natal</b>						
Nenhuma consulta	9(2,25)	9(100,00)	0(0,00)	-	-	-
<6 consultas	170(42,50)	96(56,47)	74(43,53)	0,56	0,49-0,64	0,0126
6 ou mais consultas	200(50,00)	81(40,50)	119(59,50)	0,41	0,34-0,38	0,0007
Sem registro	21(5,25)	13(61,90)	8(38,10)			
<b>Uso de drogas</b>						
Sim	3(0,75)	3(100,00)	0(0,00)	2,01	1,82-2,22	0,2481
Não	394(98,50)	196(49,75)	198(50,2)			
Sem registro	3(0,75)	0(0,00)	3(100,00)			
<b>Alergia medicamentosa</b>						
Sim	26(6,50)	9(34,62)	17(65,38)	0,68	0,40-1,16	0,0778
Não	370(92,50)	189(51,08)	181(48,9)			
Sem registro	4(1,00)	1(25,00)	3(75,00)			
<b>Intercorrências</b>						
Sim	202(50,50)	106(52,48)	96(47,52)	1,14	0,93-1,39	0,1232
Não	195(48,75)	90(46,15)	105(53,85)			
Sem registro	3(0,75)	3(100,00)	0(0,00)			

n: número da amostra; %: frequência; RR: risco relativo; IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

**Tabela 3.** Análise dos desfechos obstétricos no momento do parto entre grávidas adolescentes e grávidas adultas (n = 400)

Variáveis	Total n (%)	Faixa Etária		RR	IC 95%	p-value
		Adolescentes n (%)	Adultas n (%)			
<b>Tipo de parto</b>						
Normal	228(57,00)	125(54,82)	103(45,18)	1,27	1,03-1,57	0,0127
Cesárea	172(43,00)	74(43,02)	98(56,98)			
<b>Delivramento</b>						
Manobra	5(1,25)	3(60,00)	2(40,00)			
Espontâneo	221(55,25)	120(54,30)	101(45,70)	0,90	0,44-1,87	0,4204
Curagem	174(43,50)	76(43,68)	98(56,32)	0,73	0,35-1,52	0,3944
<b>Circular de cordão</b>						
Sim	21(5,25)	13(61,90)	8(38,10)	1,26	0,89-1,79	0,1787
Não	379(94,75)	186(49,08)	193(50,92)			
<b>Episiotomia</b>						
Sim	66(16,50)	44(66,67)	22(33,33)	1,44	1,17-1,76	0,0020
Não	334(83,50)	155(46,41)	179(53,59)			
<b>Laceração</b>						
Sim	41(10,25)	21(51,22)	20(48,78)	1,03	0,74-1,43	0,8425
Não	359(89,75)	178(49,58)	181(50,42)			
<b>Contrações uterinas</b>						
Sim	160(40,00)	81(50,63)	79(49,38)	1,00	0,81-1,22	0,4665
Não	203(50,75)	103(50,74)	100(49,26)			
Nenhuma	58(24,68)	27(46,55)	31(53,45)			
<b>Perda de líquido</b>						
Sim	127(33,42)	70(55,12)	57(44,88)	1,15	0,91- 1,44	0,2046
Não	253(66,58)	122(48,22)	131(51,78)			

n: número da amostra; %: frequência; RR: risco relativo; IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

## DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a existência de fatores de risco associados a gestação de adolescentes, quando comparadas com adultas. Foi observado que existe uma relação entre a gravidez na adolescência e o estado civil solteiro, menor escolaridade, realização de menos de seis consultas de pré-natal, parto vaginal, realização de episiotomia durante o parto, baixo peso ao nascer e menor perímetro cefálico do recém-nascido; enquanto as gestantes adultas estão associadas a maior escolaridade, estado civil casado, possuírem emprego formal ou serem do lar, a realização de seis ou mais consultas de pré-natal, parto cesáreo, não serem submetidas a episiotomias e possuírem um número maior de gestações, partos e abortos prévios.

Foi observado que as gestantes adolescentes têm maior tendência a ser solteiras. Resultado similar foi observado em outros estudos,<sup>(12-14)</sup> em que a maior parte

das mães adolescentes era solteira. Tal fator pode ser explicado pela falta de planejamento das relações sexuais entre os adolescentes; além disso, a idade da adolescente também implica a maior possibilidade de não haver relações estáveis com o processo de gravidez. O processo de gravidez na adolescência é acompanhado pelo sentimento de instabilidade profissional e emocional, além de abandono do lazer e dos estudos,<sup>(15)</sup> o que pode levar o pai a não assumir a criança ou não participar da rede de apoio da mãe adolescente.

A maior parte das gestantes adolescentes era de estudantes durante o período da gestação, enquanto as adultas tinham tendência a possuir emprego formal. Além disso, a média da escolaridade das gestantes adolescentes foi de 9,38, resultado compatível com o de outro estudo realizado com adolescentes grávidas ou puérperas.<sup>(13)</sup> O fato de as adolescentes estarem em idade escolar pode implicar um risco maior de evasão

**Tabela 4.** Comparação de antecedentes obstétricos e sinais vitais durante o parto entre grávidas adolescentes e grávidas adultas (n = 400)

Variáveis	Faixa Etária						p-value
	Geral		Adolescentes (n = 199)		Adultas (n = 201)		
	Média	±DP	Média	±DP	Média	±DP	
Gestações prévias	0,95	1,3	0,28	0,56	1,63	1,47	0,0001
Partos prévios	0,76	1,14	0,19	0,44	1,33	1,34	0,0001
Abortos prévios	0,19	0,46	0,10	0,36	0,29	0,53	0,0001
Consultas pré-natal	5,60	2,42	5,08	2,41	6,11	2,33	0,0001
IG (semanas)	38,8	1,72	38,72	1,98	38,88	1,42	0,9262
PAS (mmHg)	115,4	16,84	114,18	16,14	116,58	17,47	0,1589
PAD (mmHg)	75,45	11,77	74,69	13,50	76,21	14,03	0,2749
FC (bpm)	88,55	15,20	79,28	30,89	81,87	27,48	0,3762
FR (rpm)	18,66	2,30	18,69	2,68	18,61	1,81	0,9412
SatO <sub>2</sub> (%)	98,18	1,46	98,21	1,75	98,16	1,16	0,7947
Temperatura (°C)	36,38	0,59	31,43	12,49	32,06	11,85	0,6039

DP: desvio-padrão; IG: idade gestacional; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; FC: frequência cardíaca; bpm: batimentos por minuto; FR: frequência respiratória; rpm: respirações por minuto; SatO<sub>2</sub>: saturação de O<sub>2</sub>.

**Tabela 5.** Comparação de características dos recém-nascidos entre grávidas adolescentes e grávidas adultas (n = 400)

Variáveis	Faixa Etária						p-value
	Geral		Adolescentes (n = 199)		Adultas (n = 201)		
	Média	±DP	Média	±DP	Média	±DP	
Apgar 1	8,04	0,74	8,02	0,80	8,08	0,68	0,6433
Apgar 5	8,99	0,56	8,98	0,66	9,00	0,45	0,9777
Peso ao nascer (g)	3.230,13	483,27	3.139,93	518,97	3.319,43	428,02	0,0003
Perímetro cefálico (cm)	33,91	1,71	33,55	1,74	34,28	1,62	0,00002
Estatura (cm)	49,53	2,54	47,57	8,75	48,78	8,20	0,15676

DP: desvio-padrão.

escolar, uma vez que elas passam a ser cobradas para realizar atividades restritas ao lar e ao filho após o nascimento da criança.<sup>(13)</sup> Além disso, a dificuldade de conciliação entre os estudos e a maternidade também pode implicar o abandono escolar.<sup>(14)</sup> Uma baixa escolaridade dificulta a inserção da gestante no mercado de trabalho, pela falta de qualificação profissional, fator que perpetua um ciclo de pobreza.<sup>(13,14,16)</sup>

Outro determinante no estudo consiste no número de consultas pré-natal. Foi observado que a gestação em adultas é associada com a participação em seis ou mais consultas, enquanto a gestação de adolescentes, com a participação em menos de seis consultas. Tal resultado é semelhante ao de outros estudos que também encontraram essa menor aderência ao pré-natal entre as adolescentes.<sup>(12,17)</sup> Um número reduzido de consultas

pré-natal encontra-se associado com piores desfechos maternos e fetais, em especial o óbito fetal.<sup>(18)</sup> O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal durante a gestação.<sup>(19)</sup> Um fator que pode explicar essa menor aderência ao pré-natal entre as gestantes adolescentes consiste na rejeição e no medo de assumir a gravidez e na negação de sua existência, de modo que o pré-natal nos primeiros meses da gestação é comprometido, bem como no desconhecimento a respeito de sua importância.<sup>(14)</sup> Além disso, as regiões Norte e Nordeste do Brasil apresentam menor adequação à assistência pré-natal, além de possuírem uma menor cobertura, o que pode colaborar para a baixa aderência às consultas.<sup>(17)</sup>

Com relação ao tipo de parto, verificou-se a preferência pelo parto normal por mais da metade das adoles-

centes, enquanto a maior parte das adultas optou por cesáreas. Resultados similares já haviam sido apontados em outros estudos que chegaram a resultados próximos aos desta pesquisa, apontando que 60% das adolescentes brasileiras realizam parto via vaginal.<sup>(14)</sup> Esses números podem ser explicados de duas maneiras: 1) devido ao esforço do Ministério da Saúde em estimular – tanto no Sistema Único de Saúde quanto no setor privado – o parto normal, após análises de diretrizes que pudessem conscientizar os profissionais de saúde sobre as vantagens desse tipo de parto; 2) devido à escolha de parto cesáreo estar mais associada às mulheres multíparas, acima de 20 anos, com maior nível de escolaridade e que possuem um companheiro.<sup>(20,21)</sup>

Somado a isso, percebe-se que as mulheres adultas possuem mais antecedentes obstétricos, estando ligadas a um maior número de gestações, abortos e partos prévios. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,<sup>(22)</sup> em seu Sistema de Estatísticas Vitais, no ano de 2018 os nascidos vivos vieram – em primeiro lugar – de mães na faixa etária de 20 a 24 anos (24,4%), ocupando o segundo e o terceiro lugar, respectivamente, as mulheres de 25 a 29 anos (23,5%) e as de 30 a 34 anos (20,62%). Contudo, indo na contramão das outras regiões do país, o Norte tem seu terceiro lugar ocupado por adolescentes de 15 a 19 anos, que são responsáveis por 20,5% dos nascidos vivos da região – dados que revelam como a gravidez na adolescência ainda é um problema considerável nesta parte do Brasil.

Durante o trabalho de parto, também foram encontradas diferenças entre adolescentes e adultas, como a episiotomia. Das 66 grávidas em que foi realizada a incisão, 44 tinham menos de 19 anos. Tal resultado, vai ao encontro do estudo de Inagaki *et al.*,<sup>(23)</sup> que mostra a faixa etária das adolescentes sendo a de maior ocorrência de episiotomias. Essa realidade pode ser explicada por causa da primiparidade das adolescentes, visto que antes a episiotomia era uma indicação comum para mulheres primíparas.<sup>(23)</sup> Todavia, é válido ressaltar que a Organização Mundial de Saúde<sup>(24)</sup> não compactua mais com esse tipo de conduta, pois a episiotomia de rotina para parto do tipo vaginal espontâneo não é mais recomendada pela organização.

A idade materna também demonstrou influência no peso e no perímetro cefálico dos recém-nascidos, os quais foram, em média, menores quando associados às mães adolescentes. Silva *et al.*,<sup>(25)</sup> em seu estudo, corroboram a tendência de mães mais novas terem filhos com peso mais baixo. O baixo peso de recém-nascidos é um dado alarmante, visto que esse grupo possui maior risco de mortalidade, quando comparado a grupos de recém-nascidos com peso adequado.<sup>(25)</sup> Ademais, a velocidade de crescimento do perímetro cefálico deve ser acompanhada, visto que um perímetro cefálico pequeno, mesmo que em tamanhos dentro da normalidade, está associado ao desenvolvimento de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).<sup>(26)</sup>

O presente estudo possui algumas limitações. Os dados foram coletados do setor de prontuários de uma maternidade e, por conta disso, alguns dados relevantes para a questão, como a condição econômica das gestantes, e dados do companheiro delas não foram incluídos no estudo, uma vez que não constavam nos prontuários. Ademais, nem todos os prontuários possuíam os dados a serem avaliados; por conta disso, algumas variáveis possuem amostra menor que 400. Além disso, os anos dos prontuários incluídos poderia ser maior, incluindo partos ocorridos antes de 2018. Apesar dessas limitações, deve-se reconhecer a relevância dos dados apresentados no presente estudo para auxiliar na determinação de fatores de risco de gestantes adolescentes na região amazônica, de modo a servir de aporte para demais estudos na região.

## CONCLUSÃO

O estudo mostra que a gravidez na adolescência desencadeia fatores de risco em comparação com a gestação em adultas. Percebe-se que a gravidez precoce pode dificultar a construção de uma futura carreira profissional entre mulheres jovens, colaborando para condição de dependência ou de dificuldade financeira. Além disso, a pouca idade está ligada a uma imaturidade na condução da gestação – como a baixa presença nas consultas de pré-natal –, o que poderá ter consequências no trabalho de parto e no desenvolvimento intra e extrauterino da criança. Por fim, estudos novos devem ser realizados com amostras ainda maiores e em outras regiões, verificando a intervenção de diferentes contextos socioeconômicos, a fim de que se possam aprimorar os resultados até aqui encontrados.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Youth and health risks. In: World Health Organization. Sixty-Fourth World Health Assembly: Geneva, 16-24 May 2011. Geneva: WHO; 2011. p. 55-8.
2. Lara LAS. Sexualidade na adolescência. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Sexualidade na adolescente. São Paulo: Febrasgo; 2017. p. 9-36. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo; vol. 2, nº 3).
3. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Comportamento sexual em adolescentes Brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17 Suppl 1:116-30. doi: 10.1590/1809-4503201400050010
4. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Aguiar Junior W, Oliveira JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(7):3221-8. doi: 10.1590/S1413-81232011000800021
5. Ferreira FM, Hass VJ, Pedrosa LAK. Qualidade de vida de adolescentes após a maternidade. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(3):245-9. doi: 10.1590/S0103-21002013000300007
6. Braga IF, Oliveira WA, Spanó AMN, Nunes MR, Silva MAI. Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care. *Esc Anna Nery.* 2014;18(3):448-55. doi: 10.5935/1414-8145.20140064
7. Fernandes RFM, Rodrigues AP, Soares MC, Corrêa ACL, Cardoso SMM, Krebs EM. Intercorrências obstétricas que ocorrem durante a gravidez na adolescência. *Ciênc Cuidado Saúde.* 2018;17(1):1-7. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v17i1.39057

8. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ESVB, Azevedo LMR, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein* (Sao Paulo). 2015;13(4):618-26. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3127
9. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Nascimentos por residência da mãe por duração da gestação segundo idade da mãe [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. Ministério da Saúde. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Nascimentos por residência da mãe por duração da gestação segundo município [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>
11. Teixeira GA, Carvalho JBL, Rocha BG, Pereira SA, Enders BC. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. *Cogitare Enferm*. 2018;23(1):e51409. doi: 10.5380/ce.v23i1.51409
12. Souza ML, Lynn FA, Johnston L, Tavares ECT, Brüggemann OM, Botelho LJ. Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez na adolescência: estudo retrospectivo populacional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2876. doi: 10.1590/1518-8345.1820.2876
13. Vieira EM, Bousquat A, Barros CRS, Alves MCGP. Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(25). doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006528
14. Dias BF, De Antoni NM, Vargas D. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. *ACM Arq Catarinenses Med*. 2020;49(1):10-22.
15. Corrêa ACL, Meincke SMK, Schwartz E, Oliveira AMN, Soares MC, Jardim VMR. Percepções de homens sobre a vivência da paternidade na adolescência: uma perspectiva bioecológica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):e54692. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.54692
16. Sousa CRO, Gomes KRO, Silva KCO, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Andrade JX, et al. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. *Cad Saúde Coletiva*. 2018;26(2):160-9. doi: 10.1590/1414-462x201800020461
17. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. [Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140-7. Portuguese.
18. Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G, et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reprod Health*. 2013;10:19. doi: 10.1186/1742-4755-10-19
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica; nº 32).
20. 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
21. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(1):34-40. doi: 10.1590/S0100-72032007000100006
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de estatísticas vitais. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
23. Inagaki ADM, Silva BA, Andrade T, Ribeiro CJN, Abud ACF. [Frequency and factors associated with the performance of episiotomy in a high risk state maternity]. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11 Suppl 9:3523-32. doi: 10.5205/1981-8963-v11i19a234482p3523-3532-2017. Portuguese.
24. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
25. Silva PC, Barbosa TLSM, Farias RAR, Lopes MLH, Silva EL, Nunes FBBF. Influência da idade materna nas condições perinatais em nascidos vivos de São Luís, Maranhão. *Rev Pesqui (Universidade Fed Estado Rio J Online)*. 2020;12(1):281-7. doi: 10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8618
26. Aagaard K, Bach CC, Henriksen TB, Larsen RT, Matthiesen NB. Head circumference at birth and childhood developmental disorders in a nationwide cohort in Denmark. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2018;32(5):458-66. doi: 10.1111/ppe.12479

# Qualidade de vida sexual de mulheres no pós-tratamento radioterápico de câncer de colo uterino

## *Sexual quality of life of women after cervical cancer radiotherapy*

Daniela Souza Diniz<sup>1</sup>, Bárbara Ghannam Ferreira<sup>1</sup>, Ana Cristina Macedo Barcelos<sup>1</sup>, Liliam Renata Silveira<sup>1</sup>, Rosekeila Simões Nomeline<sup>1</sup>, Eddie Fernando Candido Murta<sup>1</sup>

### Descritores

Câncer de colo; Radioterapia; Tratamento cirúrgico; Sexualidade; Qualidade de vida sexual

### Keywords

Cervical cancer; Radiotherapy; Surgical treatment; Sexuality; Quality of sexual life

### Submetido:

18/06/2020

### Aceito:

13/11/2020

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

### Conflito de interesses:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Bárbara Ghannam  
Rua Frei Paulino, 30, Nossa Sra. da Abadia, 38025-180, Uberaba, MG, Brasil.  
ghannam.barbara@gmail.com

### Como citar?

Diniz DS, Ferreira BG, Barcelos AC, Silveira LR, Nomeline RS, Murta EF. Qualidade de vida sexual de mulheres no pós-tratamento radioterápico de câncer de colo uterino. *Femina*. 2020;48(12):747-52.

### RESUMO

A qualidade de vida sexual é frequentemente afetada após tratamento oncológico em ginecologia. Reportamos a qualidade de vida sexual de pacientes em seguimento no serviço de Oncologia Ginecológica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por meio da aplicação do questionário validado FSFI (*Female Sexual Function Index*), comparando pacientes diagnosticadas com câncer de colo uterino que receberam tratamento radioterápico com aquelas que foram submetidas a tratamento para câncer de colo uterino no qual não foi necessária a realização de radioterapia. Foi realizada análise estatística utilizando os testes D'Agostino-Pearson e o teste não paramétrico Mann-Whitney. Concluiu-se que a diminuição do desejo e da excitação foi mais frequente nas mulheres tratadas com radioterapia e que não houve diferença significativa entre as pacientes a respeito de lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia.

### ABSTRACT

*Quality of sexual life is often affected after oncological treatment in gynecology. We report the quality of sexual life of patients in a follow-up at the Gynecological Oncology service of the Federal University of Triângulo Mineiro, through the application of a questionnaire validated in the Portuguese language. The purpose of this study was to compare cervical cancer patients diagnosed who received radiotherapy with those who have been submitted to treatment for cervical cancer in which it was not necessary to perform radiotherapy. Decreased desire and arousal were more frequent in women treated with radiotherapy. Statistical analysis was performed using the D'Agostino-Pearson tests and the non-parametric Mann-Whitney test. It was concluded that decreased desire and arousal were more frequent in women treated with radiotherapy, and that there was no significant difference between patients regarding lubrication, orgasm, satisfaction and dyspareunia.*

## INTRODUÇÃO

A sexualidade pode ser definida como um importante aspecto do ser humano que incorpora diversos fatores como sexo, gênero, orientação sexual, prazer, erotismo, intimidade e reprodução, e é influenciada pela interação de diversos fatores.<sup>(1)</sup> Logo, saúde sexual é um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade e requer a possibilidade de se ter experiências saudáveis e prazerosas, livres de coerção, discriminação ou violência.<sup>(1)</sup> Por sua vez, a disfunção sexual faz menção a desordens enfrentadas por um indivíduo durante qualquer estágio da atividade sexual – desejo, excitação, orgasmo ou resolução.<sup>(2)</sup>

Ao tratar do impacto da disfunção sexual em pacientes com câncer ginecológico, estudos têm tido resultados conflitantes.<sup>(3)</sup> Um estudo reportou que mulheres com câncer ginecológico apresentam menos problemas sexuais, comparadas a mulheres saudáveis.<sup>(4)</sup> Outros estudos não encontraram diferença entre mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico e mulheres saudáveis.<sup>(5)</sup> No entanto, um número considerável de artigos demonstrou que pacientes no pós-tratamento de câncer ginecológico apresentam sérias dificuldades associadas à satisfação sexual, ao orgasmo e ao ato sexual – em alguns casos, a disfunção sexual é transitória, sendo mais severa durante o diagnóstico e no pós-tratamento imediato; já em outros casos, é persistente.<sup>(3)</sup> As diferenças na literatura podem ser justificadas pela diversidade de formas de tratamento para os distintos tipos de cânceres ginecológicos, bem como pela irregularidade do impacto do diagnóstico e do tratamento sobre cada paciente.<sup>(3)</sup> Em se tratando especificadamente do pós-tratamento do câncer de colo uterino, estudos defendem que a disfunção sexual é um importante fator deteriorativo da qualidade de vida, em que múltiplas condições psicológicas e somáticas estão envolvidas.<sup>(6)</sup>

Nos últimos anos, especialmente nos países desenvolvidos, a propagação de testes de rastreamento para câncer de colo uterino tem diminuído sua incidência e, na maioria, os casos passam a ser diagnosticados em estágios iniciais; associadas ao progresso no seu tratamento, as taxas de sobrevivência são, em geral, maiores, o que resulta em pacientes diagnosticadas que passam a conviver por mais tempo com a seqüela do seu tratamento.<sup>(7)</sup> Outro aspecto desfavorável é que o câncer de colo uterino é comumente diagnosticado durante o período fértil, em que boa parte das pacientes é sexualmente ativa.<sup>(6)</sup> Isso tem aumentado o interesse médico na qualidade de vida dessas pacientes, em especial na sexualidade delas, visto que estudos recentes demonstram que grande parte dessas mulheres apresenta problemas sexuais a longo prazo.<sup>(8)</sup> O reconhecimento da importância da sexualidade como parte do processo de reabilitação dessas pacientes também contribui para a maior atenção dada atualmente ao assunto.<sup>(8)</sup>

Existem poucos estudos a respeito de intervenções para as disfunções sexuais<sup>(6)</sup> e dos aspectos psicossociais e demográficos da qualidade de vida sexual após o tratamento do câncer de colo uterino; daqueles existentes, considerável parte utiliza-se de metodologias imprecisas, falhando em incorporar a complexidade dos problemas sexuais que possam afetar a vida de um indivíduo.<sup>(7)</sup> Além disso, foi demonstrado que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes sobre potenciais problemas sexuais após o diagnóstico e terapêutica ainda é deficitária.<sup>(8)</sup>

O tratamento radioterápico no câncer de colo uterino, com frequência, resulta em mudanças funcionais e anatômicas que podem perdurar por meses a anos após o término da terapia, entre as quais estão: redução

da atração sexual, diminuição do desejo sexual, dispareunia, ressecamento vaginal, atrofia vaginal, perda da habilidade de atingir orgasmo, fibrose pélvica e vaginal, toxicidade vascular, linfedema de membros inferiores e sangramento transvaginal.<sup>(7-9)</sup>

Para melhor realizar a avaliação da qualidade de vida sexual feminina, tanto no contexto do câncer de colo do útero como em qualquer outro, foram desenvolvidos diversos tipos de questionários,<sup>(10)</sup> que são amplamente utilizados em estudos do comportamento sexual para uso em estudos clínicos ou obtenção de dados epidemiológicos. Um desses é utilizado nesta pesquisa.

Reportamos a qualidade de vida sexual de pacientes diagnosticadas com câncer de colo uterino que receberam tratamento radioterápico no serviço de Oncologia Ginecológica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por meio da aplicação do questionário validado FSFI (*Female Sexual Function Index* – Índice da Função Sexual Feminina), comparadas com aquelas que foram submetidas a tratamento para câncer de colo uterino no qual não foi necessária a realização de radioterapia.

## MÉTODOS

O trabalho foi realizado no Ambulatório de Oncologia Ginecológica Maria da Glória da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, e todas as pacientes abordadas realizam seguimento no serviço.

Os critérios de inclusão para o primeiro grupo foram mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino e que foram submetidas a tratamento com radioterapia (teleterapia complementada com braquiterapia). As pacientes com diagnóstico de câncer de colo uterino que apresentam comprometimento de paramétrios, atingindo ou não a parede pélvica (estadiamento FIGO [Federação Internacional Ginecologia e Obstetrícia] IIIB e IIB, respectivamente) e também aquelas com metástase para órgãos adjacentes (estadiamento FIGO IVA) e com metástase a distância (estadiamento FIGO IVB) são tratadas exclusivamente com quimioterapia, teleterapia e braquiterapia.

Para o segundo grupo, foram incluídas mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino em estadiamento inicial, em que não há o comprometimento dos paramétrios (estadiamento FIGO I e IIA) e o tratamento preconizado é a cirurgia exclusiva.

No total, foram incluídas 55 mulheres, gerando um intervalo de confiança (IC) maior que 95% (para este estudo, IC de 95% equivale a  $n = 34$ ). Dessas 55 mulheres, 38 (69%) receberam tratamento radioterápico (teleterapia e braquiterapia) e foram incluídas no primeiro grupo e 17 (31%) receberam tratamento cirúrgico sem radioterapia e foram incluídas no segundo grupo. Foram excluídas da pesquisa pacientes menores de 18 anos, aquelas que foram submetidas a tratamento oncoginecológico anterior por outra causa e aquelas sem meios cognitivos para compreender ou se enquadrar no estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o registro do Certificado de Apresentação de Apreciação (CAAE) nº 05876818.0.0000.8667.

Todas as pacientes foram informadas sobre a realização e os propósitos do estudo. Aquelas que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento informado aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro fizeram parte da pesquisa, desde que preenchessem os critérios de inclusão.

Inicialmente, foram coletadas informações sobre idade, tabagismo, idade de início das relações sexuais, idade da primeira gestação, paridade, número de parceiros, métodos contraceptivos usados, estadiamento do câncer de colo uterino e tratamento realizado. Para acessar a função sexual das pacientes, foi aplicado o instrumento psicométrico FSFI validado para o português.<sup>(11)</sup> O questionário utilizado, FSFI, é composto por 19 questões; dessas, as questões 1 e 2 abordam desejo, as questões 3 a 6 abordam excitação, as questões 7 a 10 abordam lubrificação, as questões 11 a 13 abordam orgasmo, as questões 14 a 16 abordam satisfação e as questões 17 a 19 abordam dor.

As pacientes foram divididas em dois grupos: o primeiro grupo (grupo 1), em que houve tratamento radioterápico, e o segundo grupo (grupo 2), em que não houve necessidade do tratamento radioterápico.

O questionário foi aplicado individualmente por uma única médica, em uma sala do Ambulatório de Ginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para todas as pacientes que preenchessem os critérios de inclusão. A proposta foi que todas as pacientes respondessem aos questionários sem a ajuda do pesquisador. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de 0 ou 1 a 5. Os valores foram calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 0 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Um escore menor ou igual a 26,55 significa risco para a disfunção sexual.<sup>(12)</sup>

Os resultados foram analisados comparando os dados das pacientes diagnosticadas com câncer de colo uterino tratadas com radioterapia e os das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino com tratamento não radioterápico ou ainda não tratadas.

A partir dos resultados obtidos por meio dos questionários, foi realizada análise estatística empregando o *software* GraphPad Prism versão 3.0, tendo sido utilizado o teste de D'Agostino-Pearson para verificar a normalidade da amostra; como ela foi anormal, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney no estudo. Os valores foram expressos em mediana, mínima e máxima, respectivamente, comparando o grupo 1 (pacientes que receberam tratamento radioterápico) e o grupo 2 (pacientes que receberam tratamento que não a radioterapia).

## RESULTADOS

No período de setembro de 2017 a novembro de 2018, foram contabilizados, no serviço de Oncologia Ginecológica da Universidade do Triângulo Mineiro, 1.446 atendimentos; desses, houve 55 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, sendo então incluídas no estudo. Dessas 55 pacientes, 38 (69%) receberam tratamento radioterápico e 17 (31%) receberam tratamento sem radioterapia. Quanto ao tratamento cirúrgico, 20 pacientes (36,36%) foram submetidas a Wertheim-Meigs, 3 (7,27%), a histerectomia total abdominal ampliada, 2 (3,63%), a histerectomia total abdominal com salpingo-oufrectomia bilateral e 5 (9,09%), a histerectomia total abdominal.

A distribuição das características epidemiológicas, hábitos de vida e método contraceptivo está demonstrada na tabela 1.

A comparação da qualidade de vida sexual entre os grupos 1 e 2 está demonstrada na tabela 2.

O número de pacientes em cada estadiamento do câncer de colo uterino nos grupos 1 e 2 está demonstrado na tabela 3.

## DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou algumas limitações, principalmente com relação ao número de pacientes; se replicado posteriormente, com um número amostral maior ( $n = 131$  mostra IC de 99,99%), pode evidenciar resultados mais significativos.

Em relação aos resultados obtidos nesta pesquisa, houve significância estatística no quesito desejo, observando-se que as pacientes do grupo 2, ou seja, as que não receberam tratamento radioterápico, alcançaram resultados melhores nesse item, quando comparadas com as pacientes do grupo 1. Verificou-se na literatura a presença de alguns estudos que abordaram as diferenças de tratamento para câncer cervical e sua interferência no desejo sexual, apresentando resultados conflitantes: alguns trabalhos mostraram que mulheres que receberam radioterapia isolada ou após cirurgia expressaram menores taxas de desejo do que mulheres que receberam tratamento cirúrgico isolado ou seguido de quimioterapia,<sup>(13,14)</sup> sendo esses achados semelhantes aos do presente trabalho. Em contraste, outros trabalhos relataram não haver diferenças no desejo sexual, quando se comparam pacientes tratadas cirurgicamente com pacientes tratadas exclusivamente com radioterapia.<sup>(15-17)</sup>

No tocante à excitação, nosso trabalho demonstrou diferença significativa entre os grupos, dessa maneira concordando com os resultados encontrados em um estudo que também observou maiores problemas na lubrificação e excitação em pacientes tratadas com radioterapia em relação às outras terapias.<sup>(16)</sup> No entanto, outros trabalhos não observaram diferenças na lubrificação entre as pacientes tratadas com radioterapia ou cirurgia.<sup>(4,15,17-19)</sup>

**Tabela 1.** Distribuição das características epidemiológicas, hábitos de vida e métodos contraceptivos no grupo 1 (tratadas com radioterapia) e no grupo 2 (tratadas com cirurgia)

Variável		Grupo 1	Grupo 2
Idade (média e desvio-padrão)		53,63 ± 11,78	45,70 ± 13,55
Sexarca (média e desvio-padrão)		16,81 ± 2,35	15,47 ± 2,47
Idade da primeira gestação (média e desvio-padrão)		18,94 ± 2,88	19,81 ± 3,74
Número de parceiros	1	18 (47,36%)	2 (11,76%)
	Mais de 1	20 (52,63%)	15 (88,23%)
Tabagismo	Sim	5 (13,15%)	5 (29,41%)
	Não	33 (86,84%)	12 (70,58%)
Métodos contraceptivos	Nenhum (histerectomia, abstinência, menopausa)	30 (78,94%)	11 (64,7%)
	Hormonal (anticoncepcional oral, injetável)	0 (0%)	4 (23,52%)
	Barreira	1 (2,63%)	1 (5,88%)
	Definitivo (vasectomia e laqueadura tubária)	7 (18,42%)	1 (5,88%)
	DIU	0 (0%)	0 (0%)
Paridade	Nulípara	3 (7,89%)	1 (5,88%)
	Paucípara	15 (36,84%)	11 (64,70%)
	Múltipara	20 (55,26%)	5 (29,41%)

**Tabela 2.** Comparação de qualidade de vida sexual entre o grupo 1 (tratadas com radioterapia) e o grupo 2 (tratadas com cirurgia) após análise estatística

Comparação de qualidade de vida sexual	Grupo 1	Grupo 2
Desejo	2,4 (1,2-5,4)*	3,6 (1,2-6)
Excitação	2,1 (0-4,8)**	4,2 (0-6)
Lubrificação	2,4 (0-6)	4,2 (0-6)
Orgasmo	2 (0-6)	4 (0-6)
Satisfação	4 (0,8-6)	4 (0,8-6)
Dor	2 (0-6)	2,8 (0-6)
Total	14,8 (2-29,5)	23,6 (2-33)

\* p = 0,0171, comparando-se ao grupo 2. \*\* p = 0,0127, comparando-se ao grupo 2.

Assim como grande parte da literatura analisada,<sup>(14-18)</sup> nosso estudo não verificou diferença estatisticamente significativa na habilidade de atingir o orgasmo entre mulheres após diferentes tipos de tratamento para o

câncer de colo uterino, apesar de apresentar o dobro de risco nos casos de radioterapia. Em estudos posteriores, com maior número de casos, poderemos provavelmente obter resultados mais significativos. Um estudo avaliado descreveu que mulheres tratadas com radioterapia apresentaram dificuldade significativa na obtenção do orgasmo em relação às mulheres tratadas com histerectomias radicais.<sup>(16)</sup> No entanto, em nosso estudo foram também incluídas pacientes que passaram por histerectomia total abdominal, histerectomia total ampliada e Wertheim-Meigs, podendo levar à diferença nos resultados encontrados. A respeito de dispareunia, a presente pesquisa não constatou diferença significativa desse sintoma entre os grupos de pacientes, assim como um dos trabalhos, o qual não mostrou diferenças no quadro de dispareunia entre pacientes diagnosticadas com câncer de colo uterino tratadas com radioterapia ou cirurgia.<sup>(19)</sup> No entanto, foram encontrados alguns estudos na literatura que descreveram maior prevalência de dispareunia em pacientes tratadas com radioterapia do que em pacientes tratadas com cirurgia, e nestes estudos os procedimentos realizados foram cirurgia de Wertheim-Meigs ou histerectomia radical.<sup>(13-15,17,18)</sup>

**Tabela 3.** Número de pacientes em cada estadiamento do câncer de colo uterino no grupo 1 (tratadas com radioterapia) e no grupo 2 (tratadas com cirurgia)

Estadiamento	Grupo 1	Grupo 2
IA	0	0
IA1	0	3
IA2	1	2
IB	1	1
IB1	7	1
IB2	7	3
IB3	0	0
IIA	2	1
IIA1	0	0
IIA2	0	0
IIB	8	3
IIIA	0	0
IIIB	9	2
Não estadiado	1	1
Outros	2	0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>17</b>

Nosso trabalho não encontrou diferença significativa entre satisfação sexual em pacientes tratadas ou não com radioterapia. Não foram encontrados na literatura estudos comparativos que abordassem esse quesito em pacientes com câncer de colo uterino que receberam diferentes terapêuticas.

Muito embora haja tendência na literatura de não observar diferenças na qualidade de vida sexual em muitos quesitos entre pacientes diagnosticadas com câncer cervical tratadas com radioterapia ou cirurgia, vários trabalhos demonstraram piora na qualidade de vida dessas pacientes, independentemente do tratamento oncológico-ginecológico recebido, e muitas delas relataram deterioração nos quesitos desejo, excitação e habilidade de atingir orgasmo.<sup>(20)</sup>

Em nosso trabalho, observaram-se em ambos os grupos baixos escores no questionário de qualidade de vida sexual aplicado, demonstrando risco de disfunção sexual nos dois grupos de pacientes, visto que o escore total menor ou igual a 26,55 no questionário significa risco para a disfunção sexual.<sup>(12)</sup>

A piora na qualidade de vida sexual em pacientes diagnosticadas com câncer de colo uterino tratadas com radioterapia pode ser justificada pelas reações ao tratamento radioterápico, que incluem falência ovariana precoce, estreitamento e encurtamento vaginal, estenose vaginal, redução na lubrificação, vaginite, dispareunia, sinequia cervical, sangramento vaginal, redução da resposta vaginal ao estímulo sexual,<sup>(21)</sup> fadiga e

mudanças de hábito urinário e intestinal,<sup>(22)</sup> todas essas mudanças podem resultar em baixa libido e redução da atividade sexual.<sup>(23)</sup>

Em relação às pacientes não submetidas à radioterapia, alguns estudos demonstraram que pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico isolado, seguido de cura, são capazes de lidar bem com o pós-tratamento, e a longo prazo sua qualidade de vida sexual aparentemente não é influenciada pela técnica cirúrgica escolhida (laparotomia ou laparoscopia).<sup>(24)</sup> No entanto, outros estudos assinalaram o impacto negativo na imagem corporal feminina após o tratamento cirúrgico, associado a redução de autoconfiança, perda da função reprodutora e mudanças na aparência física.<sup>(25)</sup>

De forma geral, quatro aspectos da saúde sexual da mulher são atingidos pelo tratamento oncológico: imagem corporal, papel de gênero, função sexual e fertilidade.<sup>(20)</sup> Usualmente, pacientes que receberam tratamento para câncer de colo uterino podem adquirir uma autoimagem negativa e se sentir menos atraentes e femininas após o tratamento. A perda de partes do corpo, dos órgãos reprodutores e da função sexual causaria tristeza e dor à paciente.<sup>(25,26)</sup> Ademais, diversos estudos assinalaram que essas pacientes temem pela recorrência da doença ao retornar às suas vidas sexuais.<sup>(4,14,17,26,27)</sup> Dessa forma, a qualidade de vida sexual é um importante elemento da vida da mulher e não pode ser ignorado.<sup>(25)</sup>

As alterações na qualidade de vida sexual têm origem multifatorial, podendo estar relacionadas a idade, *status* menopausal, entre outros. Os estudos sobre qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico são escassos; entre aqueles existentes, há a inclusão, em sua maioria, de grupos heterogêneos de pacientes, com variedade de estadiamentos da doença, normalmente com números pequenos de amostras, e alguns utilizam questionários de qualidade de vida não validados,<sup>(28)</sup> dificultando a análise desse tema e demonstrando maior necessidade de pesquisas bem elaboradas a respeito.

A respeito deste presente estudo, acredita-se que, com o aumento da amostra (n), seja possível alcançar resultados ainda mais satisfatórios, possibilitando ampliar esta pesquisa para analisar outros fatores interferentes na qualidade de vida sexual, classificar as pacientes por idade e estágio, e compará-las a pacientes híginas, podendo, assim, contribuir com a literatura e com melhor compreensão e seguimento desse grupo de pacientes.

## CONCLUSÃO

Concluímos que existe tendência à piora de qualidade de vida sexual em pacientes tratadas para câncer de colo uterino, principalmente aquelas submetidas a radioterapia, respectivamente nos quesitos desejo (P = 0,0171) e excitação (P = 0,0127). Reforçamos a necessidade da abordagem do assunto da sexualidade durante

as consultas médicas dessas pacientes para que haja melhor relação médico-paciente e compreensão mais profunda dos anseios e intercorrências enfrentados por essas mulheres a respeito de sua vida sexual, podendo, assim, haver orientação médica adequada e possíveis condutas que possam melhorar a qualidade de vida sexual das pacientes.

## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Defining sexual health [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 17]. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
- Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. *Rev Port Med Geral Fam.* 2006;22(6):701-20. doi: 10.32385/rpmgfv22i6.10303
- Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas.* 2011;70(1):42-57. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.06.013
- Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningson L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med.* 1999;340(18):1383-9. doi: 10.1056/NEJM199905063401802
- Kylstra WA, Leenhouts GH, Everaerd W, Panneman MJ, Hahn DE, Weijmar Schultz WC, et al. Sexual outcomes following treatment for early stage gynecological cancer: a prospective multicenter study. *Int J Gynecol Cancer.* 1999;9(5):387-95. doi: 10.1046/j.1525-1438.1999.99052.x
- Lammerink EAG, de Bock GH, Pras E, Reyners AK, Mourits MJ. Sexual functioning of cervical cancer survivors: a review with a female perspective. *Maturitas.* 2012;72(4):296-304. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.05.006
- Donovan KA, Taliaferro LA, Alvarez EM, Jacobsen PB, Roetzheim RG, Wenham RM. Sexual health in women treated for cervical cancer: characteristics and correlates. *Gynecol Oncol.* 2007;104(2):428-34. doi: 10.1016/j.ygyno.2006.08.009
- Jensen PT. Gynaecological cancer and sexual functioning: does treatment modality have an impact? *Sexologies.* 2007;16(4):279-85. doi: 10.1016/j.sexol.2007.06.010
- Meston CM. Female orgasmic disorder: treatment strategies and outcome results. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, editors. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment.* London: Taylor & Francis; 2006. p. 449-61.
- Lima SMRR, Silva HFS, Postigo S, Aoki T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2010;55(1):1-6.
- Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(11):2333-44. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100004
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208. doi: 10.1080/009262300278597
- Greimel ER, Winter R, Kapp KS, Haas J. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psychooncology.* 2009;18(5):476-82. doi: 10.1002/pon.1426
- Schover LR, Fife M, Gershenson DM. Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer.* 1989;63(1):204-12. doi: 10.1002/1097-0142(19890101)63:1<204::aid-cncr2820630133>3.0.co;2-u
- Park SY, Bae DS, Nam JH, Park CT, Cho CH, Lee JM, et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer.* 2007;110(12):2716-25. doi: 10.1002/cncr.23094
- Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2005;23(30):7428-36. doi: 10.1200/JCO.2004.00.3996
- Cull A, Cowie VJ, Farquharson DI, Livingstone JR, Smart GE, Elton RA. Early stage cervical cancer: psychosocial and sexual outcomes of treatment. *Br J Cancer.* 1993;68(6):1216-20. doi: 10.1038/bjc.1993.507
- Pieterse QD, Maas CP, ter Kuile MM, Lowik M, van Eijkeren MA, Trimbos JB, et al. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation, and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(3):1119-29. doi: 10.1111/j.1525-1438.2006.00461.x
- Hsu WC, Chung NN, Chen YC, Ting LL, Wang PM, Hsieh PC, et al. Comparison of surgery or radiotherapy on complications and quality of life in patients with the stage IB and IIA uterine cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2009;115(1):41-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.06.028
- Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs.* 1998;22(6):438-47. doi: 10.1097/00002820-199912000-00007
- Pras E, Wouda J, Willemsse PHB, Midden ME, Zwart M, de Vries EG, et al. Pilot study of vaginal plethysmography in women treated with radiotherapy for gynaecological cancer. *Gynecol Oncol.* 2003;91(3):540-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2003.08.002
- Hughes MK. Alterations of sexual function in women with cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2008;24(2):91-101. doi: 10.1016/j.soncn.2008.02.003
- Van de Klundert MJM, Incrocci L, Hullu J, Sniijders-Keilholz A. Comparison of the effect of non-surgical treatment modalities on sexual functioning and quality of life of patients with carcinoma of the cervix: a pilot study. *Sexologies.* 2007;16(1):8-14. doi: 10.1016/j.sexol.2006.08.005
- 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
- Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs.* 2010;14(2):137-46. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.004
- Bos-Branolte G. Psychological problems in survivors of gynaecologic cancers: a psychotherapeutic approach [dissertation]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden; 1987.
- Fegg MJ, Gerl A, Vollmer TC, Gruber U, Jost C, Meiler S, et al. Subjective quality of life and sexual functioning after germ-cell tumour therapy. *Br J Cancer.* 2003;89(12):2202-6. doi: 10.1038/sj.bjc.6601421
- Vistad I, Fossa SD, Dahl AA. A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2006;102(3):563-72. doi: 10.1016/j.ygyno.2006.03.050

# Sífilis materna no Sul do Brasil: epidemiologia e estratégias para melhorar

## Maternal syphilis in Southern Brazil: epidemiology and improvement strategies

Mariana Parcianello Roehrs<sup>1</sup>, Sheila Koettker Silveira<sup>1</sup>, Heloísa Helena Rengel Gonçalves<sup>1</sup>, Rodrigo Mantovani Sguario<sup>2</sup>

### Descritores

Sífilis; Sífilis congênita; Estudos epidemiológicos; Desfechos gestacionais; Assistência pré-natal

### Keywords

Syphilis; Congenital syphilis; Epidemiological studies; Pregnancy outcomes; Prenatal care

### Submetido:

26/08/2020

### Aceito:

01/12/2020

1. Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, SC, Brasil.
2. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

### Conflito de interesses:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Heloísa Helena Rengel Gonçalves  
Rua Irmã Benwarda, 208, Centro,  
88015-270, Florianópolis, SC, Brasil.  
helo.rengel@gmail.com

### Como citar?

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

### RESUMO

**Objetivo:** Este estudo teve como principal objetivo estimar a prevalência de sífilis gestacional e fatores associados à infecção em uma Maternidade no Sul do Brasil no ano de 2018. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, transversal, retrospectivo, no qual foram avaliados os testes rápidos para sífilis de todas as gestantes internadas para atenção ao parto ou ao abortamento na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018. Nos casos confirmados de sífilis, foram obtidos dados epidemiológicos, adequação do tratamento, coinfeção pelo HIV e resultados gestacionais. **Resultados:** Entre os prontuários analisados, 161 (3,6%) foram considerados casos de sífilis materna. A média de idade das gestantes foi de 27,98 ( $\pm 6,65$ ), 54 (33,5%) eram primigestas, 114 (70,8%) se declararam brancas, 125 (77,5%) estavam em uma união estável e 85 (52,7%) tinham escolaridade até o ensino médio. Quanto ao tratamento, 71 (44%) trataram de maneira adequada e 90 (56%), de maneira inadequada, e 44 (27,3%) delas realizaram o diagnóstico apenas no momento da internação hospitalar. Entre as pacientes que realizaram tratamento inadequado de sífilis, 28 (53,4%) apresentaram títulos iguais ou superiores a 1:8. Entre as pacientes que realizaram teste rápido para HIV na internação, 5 (3,7%) apresentaram coinfeção com a doença. Com relação ao tratamento dos parceiros no pré-natal, 11,8% não realizaram nenhum tipo de tratamento, porém em 66 (41%) prontuários não constava essa informação. Com relação ao desfecho neonatal, 5 (7,4%) pacientes com tratamento inadequado para sífilis tiveram parto prematuro, 5 (7,4%) recém-nascidos foram de baixo peso e 22 (24,5%) pacientes apresentaram abortamento da gestação. **Conclusão:** A alta taxa de tratamentos inadequados sugere falhas na assistência pré-natal e indica serem necessárias novas estratégias para reduzir a transmissão de sífilis na gestação.

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to estimate the prevalence of maternal syphilis and factors associated with the infection in Carmela Dutra Maternity in 2018. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional and retrospective study. All of the syphilis rapid-tests on pregnant women admitted for childbirth or miscarriage assistance at Carmela Dutra Maternity in 2018 were evaluated. In the cases of confirmed syphilis infection, the variables were epidemiological data, adequacy of treatment, HIV coinfection and gestational outcomes. **Results:** Out of all the medical records analyzed, 161 (3.6%) were considered maternal syphilis (MS). The average age of the pregnant women was 27.98 ( $\pm 6.65$ ), 54 (33.5%) were primigestae, 114 (70.8%) declared themselves white, 125 (77.5%) were in a stable relationship and 85 (52.7%) had a high school education. Regarding treatment, 71 (44%) were treated adequately and 90 (56%) inadequately. Forty-four (27.3%) were diagnosed only at the time of hospitalization. Amongst patients who had inadequate syphilis treatment, 28 (53.4%) had titers equal to or greater than 1:8. Amongst patients who underwent rapid HIV testing during hospitalization,

5 (3.7%) had HIV coinfection. Regarding the partners treatment during prenatal, 11.8% did not receive any treatment, but 66 (41%) of the medical records did not contain this information. Regarding neonatal outcome, 5 (7.4%) of patients with inadequate treatment for syphilis had premature birth, 5 (7.4%) of newborns were underweight and 22 (24.5%) had miscarriages. **Conclusion:** The high rate of inadequate treatment suggests failure in prenatal care and indicates that new strategies are necessary to reduce syphilis transmission during pregnancy.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, que é particularmente preocupante durante a gravidez por causa do risco de infecção transplacentária para o feto. A infecção congênita pode estar associada a vários desfechos adversos.<sup>(1)</sup>

Globalmente, a prevalência estimada de sífilis materna em 2016 foi de 0,69%, resultando em uma taxa global de sífilis congênita de 473 por 100.000 nascidos vivos.<sup>(2)</sup> Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostraram que, no âmbito nacional, em 2017 a incidência de sífilis em gestantes foi de 17,2 a cada mil nascidos vivos.<sup>(3)</sup> O estado de Santa Catarina percebeu um crescimento de 30% dos casos de sífilis adquirida no ano de 2014, em relação ao ano de 2013, com 1.963 novos casos notificados. O aumento foi ainda mais preocupante, considerando-se que somente no período de janeiro a julho de 2015 foram registrados 1.461 novos casos, e 654 eram gestantes.<sup>(4)</sup> Em 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma campanha para eliminar a sífilis vertical com a intenção de testar e tratar mais de 90% das gestantes até o ano de 2015. Porém, infelizmente, isso não aconteceu ainda.<sup>(5)</sup>

Ao avaliarmos a epidemiologia da sífilis na gravidez e na população geral, notamos que havia grandes expectativas para erradicar a doença após a Segunda Guerra Mundial, quando a penicilina foi descoberta. Houve realmente uma redução no número de casos de sífilis em meados da década de 1950. Mesmo assim, houve um aumento significativo a partir da década de 1960, provavelmente devido à libertação sexual e ao crescente uso de drogas ilícitas. Ocorreu uma nova redução no número de casos novamente na década de 1970, em razão de campanhas de saúde pública. Nos anos 1980, foi detectado um novo crescimento no número de casos, fortemente associado à epidemia de vírus da imunodeficiência humana (HIV) em todo o mundo. Até hoje, apesar de muitas iniciativas para reduzir o número de casos, a taxa de infecção em adultos é alarmante, particularmente entre gestantes e recém-nascidos.<sup>(6,7)</sup>

A classificação clínica da sífilis se divide em recente – presença de doença há menos de dois anos de duração – e tardia – presença de doença há mais de dois anos de duração. A sífilis recente divide-se em primária, secundária e latente recente e a sífilis tardia, em latente tardia e terciária, e em qualquer momento pode se desenvolver a neurosífilis.<sup>(8)</sup>

No Brasil, as bases para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis estão bem estabelecidas, assim como seu modelo de vigilância epidemiológica, baseado na notificação compulsória das gestantes com sífilis aos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, conforme estabelecido na portaria ministerial.<sup>(9)</sup>

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e muitas outras organizações globais e nacionais recomendam a triagem de todas as gestantes para sífilis na primeira consulta pré-natal.<sup>(10)</sup> O Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica para sífilis, de preferência por meio do teste rápido treponêmico (FTA-Abs, ELISA/EQL, TPHA/TPPA/MHA-TP ou teste rápido) e o teste não treponêmico (VDRL, RPR e TRUT), no pré-natal na primeira consulta, no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e na ocasião da internação ou teste rápido antes do parto ou curetagem. Para as gestantes com diagnóstico de sífilis, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado por meio do teste não treponêmico.<sup>(3)</sup> Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença. Entretanto, o diagnóstico e o tratamento oportuno são altamente eficazes e reduzem a transmissão vertical em até 97%.<sup>(11)</sup>

A sífilis não tratada na gravidez carrega risco significativo de natimortos ou perda fetal, parto prematuro, baixo peso ao nascer, sífilis congênita e óbito neonatal.<sup>(12)</sup> É importante lembrar que a sífilis congênita é considerada, em termos epidemiológicos, indicadora da qualidade da assistência pré-natal de uma população. O tratamento adequado da gestante infectada é o melhor método de prevenção da sífilis congênita.<sup>(13)</sup>

Existem algumas medidas no tratamento da paciente grávida com sífilis que compõem ações para prevenir a sífilis congênita no feto, evitando, assim, que a criança exposta seja submetida a intervenções desnecessárias no pós-parto ou adquira a doença. Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da sífilis na gestação, como: a administração de penicilina G benzatina para o tratamento, o início do tratamento ocorrer até 30 dias antes do parto, o esquema terapêutico ocorrer de acordo com o estágio clínico da doença, o respeito ao intervalo recomendado de doses, a avaliação quanto ao risco de reinfeção e a documentação de queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições em três meses ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada. A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.<sup>(14)</sup> Para as gestantes com sífilis e história de reação alérgica à penicilina, o único tratamento considerado adequado na gestação é a dessensibilização seguida de terapia com penicilina.<sup>(15)</sup>

As principais dificuldades relacionadas ao tratamento da sífilis gestacional são: ausência de diagnós-

tico e/ou falha de tratamento durante o pré-natal; falta de conhecimento das gestantes sobre a doença; falta do medicamento para realizar o tratamento; adesão limitada dos parceiros; não uso de preservativo nas relações sexuais.<sup>(16)</sup> As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas presumivelmente, evitando-se, assim, a reinfeção.<sup>(8)</sup>

Os estudos de prevalência da sífilis em parturientes são fundamentais para a gestão dos mecanismos de vigilância, prevenção e controle, subsidiando, com mais clareza, a tomada de decisão, sobretudo em um país com um sistema de atenção à saúde complexo. Tais estudos tornam-se ainda mais relevantes quando se considera que os principais fatores associados à sífilis na gestação estão relacionados a desigualdades sociais e regionais, aliadas a oportunidades perdidas de diagnóstico e intervenção.<sup>(17)</sup>

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de sífilis gestacional no ano de 2018 entre as pacientes internadas na Maternidade Carmela Dutra e avaliar o perfil epidemiológico dessas pacientes, o tratamento proposto para elas no pré-natal e a adequação do tratamento conforme os critérios do Ministério da Saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, transversal, retrospectivo, no qual foram avaliados os testes rápidos para sífilis de todas as gestantes internadas para atenção ao parto ou ao abortamento na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018. Os dados foram obtidos dos prontuários eletrônicos, por meio de um instrumento de coleta de dados padronizada.

Os casos com teste rápido positivo foram classificados em sífilis na gestação e cicatriz sorológica. Foram consideradas com sífilis na gestação todas as pacientes com alteração de teste treponêmico e não treponêmico e que não possuíam história de tratamento prévio para sífilis, e foram consideradas com cicatriz sorológica todas as pacientes com teste treponêmico reagente, histórico adequado de tratamento, com documentação clara nos registros médicos e com queda adequada dos títulos sequenciais de anticorpos sorológicos previamente à gestação.

Entre as pacientes com teste rápido positivo para sífilis durante o ano de 2018, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade das pacientes, paridade, classificação da cor da pele, estado civil, escolaridade, titulação do teste sorológico não treponêmico no momento da internação, tratamento realizado para sífilis no pré-natal, idade gestacional no momento do parto, peso do recém-nascido, taxa de abortamento e coinfeção dessas pacientes com HIV.

Além das variáveis citadas acima, para as pacientes que realizaram tratamento de sífilis durante a gestação, foi avaliado se o tratamento da gestante foi adequado

ou inadequado na gestação, assim como os motivos para o tratamento inadequado. Além disso, foi avaliado se o parceiro da paciente realizou tratamento concomitante durante o pré-natal.

Os dados coletados foram organizados e analisados com o auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio-padrão. Para comparação de médias, foi utilizado teste de t de Student. Admitiu-se como significância estatística o valor do p menor ou igual a 0,05.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 15958619.1.0000.0115. Não há conflitos de interesses de qualquer natureza no presente artigo.

## RESULTADOS

Em 2018 foram internadas na Maternidade Carmela Dutra 4.443 gestantes para atenção ao parto e ao abortamento. Dessas, 212 (4,59%) apresentaram teste rápido de sífilis reagente (Tabela 1). Oito casos foram excluídos por motivo de evasão durante a internação.

A prevalência de sífilis no ano de 2018 na Maternidade Carmela Dutra foi de 3,6%. Entre as 161 pacientes com sífilis na gestação, 117 (72,7%) fizeram o diagnóstico no pré-natal e 44 (27,3%) realizaram o diagnóstico apenas no momento da internação hospitalar. A média de idade foi de 27,98 anos (DP ± 6,65). Quanto aos dados epidemiológicos, 114 (70,8%) eram brancas, 107 (66,5%) não eram primigestas, 125 (77,1%) eram casadas ou em união estável e 13 (8%) tinham ensino superior completo ou incompleto (Tabela 2). Setenta e uma gestantes (44%) foram consideradas adequadamente tratadas durante o pré-natal e 90 (56%) foram consideradas inadequadamente tratadas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Os motivos de o tratamento ter sido considerado não adequado na gestação estão descritos na tabela 3.

A respeito do tratamento do parceiro, nos casos em que as gestantes foram consideradas adequadamente tratadas no pré-natal, 50 (70%) parceiros trataram junto

**Tabela 1.** Distribuição das gestantes com teste rápido reagente para sífilis quanto à indicação da internação na Maternidade Carmela Dutra no ano de 2018 e ao estado sorológico

Distribuição das gestantes	Parto n(%)	Abortamento n(%)
Sífilis na gestação	135(3,46)	26(4,90)
Cicatriz sorológica	40(1,02)	3(0,56)
Exame negativo	3.737(95,52)	502(94,54)
Total	3.912(100)	531(100)

**Tabela 2.** Distribuição do perfil epidemiológico das gestantes internadas na Maternidade Carmela Dutra com sífilis no ano de 2018 e classificação do tratamento

Variáveis	Adequadamente tratada n = 71 n(%)	Inadequadamente tratada n = 90 n(%)	Total n = 161 n(%)
<b>Idade</b>			
≤18 anos	5(7)	6(7)	11(7)
>18 anos	66(93)	84(93)	150(93)
<b>Paridade</b>			
Primigesta	28(39,5)	26(29)	54(33,5)
Não primigesta	43(60,5)	64(71)	107(66,5)
<b>Classificação da cor da pele</b>			
Branca	53(74,6)	61(67,7)	114(70,8)
Parda	5(7)	9(10,1)	14(8,7)
Preta	13(18,4)	20(22,2)	33(20,5)
<b>Estado civil</b>			
Solteira	11(15,4)	24(26,7)	35(21,7)
Casada/união estável	59(83)	66(73,3)	125(77,7)
Víuva	1(1,6)	0(0)	1(0,6)
<b>Escolaridade</b>			
Ensino fundamental	26(36,6)	36(40)	62(38,4)
Ensino médio	40(56,3)	45(50)	85(52,7)
Ensino superior	4(5,6)	9(10)	13(8)
Não consta	1(1,5)	0(0)	1(0,9)

com a gestante a infecção, 9 (12,6%) não trataram e 12 (17,4%) não possuíam essa informação no prontuário. No grupo das gestantes inadequadamente tratadas, 26 (28,8%) parceiros trataram a sífilis durante o pré-natal e 10 (11%) não trataram. Quanto aos 54 (60,2%) casos

restantes, não constava essa informação no prontuário. Os títulos de VDRL da internação estão demonstrados na tabela 4.

Entre as pacientes com sífilis na gestação atual, 5 (3,7%) gestantes apresentavam coinfeção com HIV. O abortamento ocorreu em 4 (5,8%) casos no grupo com tratamento adequado e em 22 (24,5%) casos no grupo com tratamento inadequado. A taxa de prematuridade foi semelhante nos dois grupos, assim como a de baixo peso do recém-nascido (Tabela 5).

**Tabela 3.** Descrição dos motivos que levaram as pacientes a serem classificadas no grupo que não realizou tratamento adequado para sífilis na gestação

Motivo	n(%)
Dose errada de penicilina	6(6,6)
Primeira dose com menos de 30 dias para o parto	13(14,4)
Aumento de 2 titulações de VDRL após o tratamento	8(8,8)
Não tiveram queda de 2 titulações do VDRL em 3 meses	6(6,6)
Não tiveram queda do VDRL em 4 titulações em 6 meses	16(17,7)
Não documentou títulos do VDRL no pré-natal	1(1,1)
Diagnóstico feito na internação	44(48)

**Tabela 4.** Titulação de VDRL no momento da internação das gestantes com teste rápido reagente para sífilis

Título VDRL	Sífilis na gestação	
	Adequadamente tratada n(%)	Inadequadamente tratada n(%)
<1:8	54(76,1)	40(44,4)
>1:8	17(23,9)	48(53,4)
Não consta	0(0)	2(2,2)

**Tabela 5.** Resultados perinatais das gestantes com sífilis na gestação de acordo com a adequação do tratamento

Desfechos gestacionais	Adequadamente tratada n = 71 n(%)	Inadequadamente tratada n = 90 n(%)
Idade gestacional		
<37 semanas	3(4,5)	5(7,4)
>37 semanas	64(95,5)	63(92,6)
Peso fetal		
<2.500 g	3(4,5)	5(7,3)
>2.500 g	64(95,5)	63(92,7)
Aborto	4(5,8)	22(24,5)
Feto morto	0(0)	1(1,4)

## DISCUSSÃO

O rastreamento de sífilis gestacional é preconizado pelo Ministério da Saúde no pré-natal para melhor atendimento das pacientes durante a gravidez. É preconizado que o rastreio por meio de exames para a verificação de soropositividade para sífilis na gestante seja idealmente realizado na primeira consulta de pré-natal, no primeiro e terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente do resultado de exames anteriores e no caso de abortamento.<sup>(3)</sup> Neste estudo todas as pacientes internadas na maternidade para parto ou em razão de abortamento realizaram teste rápido para sífilis. Entre elas, 4,59% tiveram teste rápido positivo para sífilis e 79% por sífilis na gestação atual.

Em um estudo de revisões de casos de sífilis congênita publicado pela *American Medical Association*, foi observado 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 materna e de nova triagem no terceiro trimestre, realizando-se o diagnóstico apenas no momento do parto.<sup>(18)</sup> Isso também foi verificado em um estudo realizado no ano de 2018 na cidade de Natal, em que 71% das gestantes com sífilis tiveram seu diagnóstico de infecção no momento da internação para o parto na maternidade, impossibilitando qualquer tipo de tratamento prévio.<sup>(19)</sup> Nesse estudo, 27,3% das pacientes com sífilis na gestação atual tiveram o diagnóstico da infecção no momento da internação na maternidade, provavelmente por causa da diferença da atenção primária entre as diferentes regiões do Brasil.

No Brasil, no estudo de Domingues *et al.*,<sup>(20)</sup> em que os pesquisadores entrevistaram 23.894 mulheres no pós-parto, foi levantada uma forte hipótese do porquê

essas pacientes não eram diagnosticadas no pré-natal para sífilis. O estudo constatou que a realização da primeira sorologia para a sífilis apresentava proporção elevada, enquanto a realização do segundo exame ocorria em menos de 30% das grávidas.<sup>(20)</sup> Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) quanto à observação do diagnóstico de sífilis em gestantes segundo a idade gestacional por regiões brasileiras, no ano de 2017, nota-se que o diagnóstico no primeiro trimestre ocorreu em maior proporção na região Sul (47,7%) e com menor proporção nas regiões Sudeste (47,5%), Nordeste (27,6%) e Norte (25,3%).<sup>(3)</sup> No presente estudo, 72,7% das pacientes com sífilis na gestação foram diagnosticadas com a infecção no pré-natal, não sendo possível discernir o período gestacional por falta de dados.

Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2018 mostraram que, no âmbito nacional, em 2017 a incidência de sífilis em gestantes foi de 17,2/1.000 nascidos vivos, e a incidência de sífilis congênita foi de 8,6/1.000 nascidos vivos, e no estado de Santa Catarina o dado informado foi de 19,1 casos de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos.<sup>(3)</sup> No presente estudo, a prevalência de sífilis na gestação foi de 3,6%.

Segundo dados de novembro de 2018 do Informativo Epidemiológico Barriga Verde (Diretoria de Vigilância Epidemiológica), em Santa Catarina, observou-se que 51,6% das gestantes com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos.<sup>(21)</sup> No presente estudo, a média de idade das pacientes com sífilis é de 27,98 (DP ± 6,65), e 6,8% possuíam menos que 19 anos, taxa menor que a do estado.

No estudo realizado por Macêdo *et al.*<sup>(22)</sup>, em 2017 verificou-se maior risco de ocorrência de sífilis entre as multigestas e com nível de escolaridade fundamental incompleto. Dados semelhantes ao do segundo estudo foram encontrados; no presente estudo, no grupo com sífilis, na gestação atual apenas 33,5% eram primigestas e 38,4% não cursaram o ensino médio.

Sousa e Pinheiro<sup>(23)</sup> concluíram, em um estudo, que nas relações estáveis há tendência de os parceiros abdicarem dos métodos de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis com o intuito de melhorar o desempenho e o prazer durante a relação sexual, o que pode justificar o aumento do número de casos de sífilis ativa entre as mulheres com relação estável e casamento. Nosso estudo concluiu que 77,4% das pacientes com sífilis ativa viviam em união estável ou casamento quando se diagnosticou a infecção na gestação. Estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais recebam tratamento para a sífilis no Brasil. Certamente, trata-se de uma falha da infraestrutura de saúde pública, visto que o rastreamento de contato e tratamento é o principal método de controle da transmissão da sífilis na população.<sup>(24)</sup> Em contraste com esse, o presente estudo demonstrou que 47,2% dos parceiros foram tratados.

De 2011 a 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde relatou um aumento de 81% para 86% em mulheres infectadas com sífilis que tinham documentação de tratamento adequado, embora ainda estivesse abaixo de sua meta de 95%.<sup>(25)</sup> No estudo de Moreira *et al.*,<sup>(26)</sup> que analisou a incidência de sífilis congênita em Porto Velho, o resultado foi que 18,6% das gestantes foram tratadas adequadamente para sífilis no pré-natal, 55% foram tratadas inadequadamente e 19,1% não receberam tratamento algum. Dados semelhantes foram encontrados no atual estudo, em que apenas 44% das pacientes realizaram tratamento adequado no pré-natal segundo os critérios do Ministério da Saúde atualizado no ano de 2019. O motivo mais comum de tratamento inadequado foi o diagnóstico apenas na internação.

Newman *et al.*<sup>(5)</sup> realizaram um estudo em diferentes continentes para avaliar os desfechos desfavoráveis relacionados a sífilis na gestação. Nesse estudo foi concluído que a chance de o recém-nascido apresentar um desfecho desfavorável era duas vezes maior em mulheres cuja titulação do VDRL era superior a 1:8.<sup>(5)</sup> No estudo proposto no grupo que tratou a infecção de maneira inadequada na gestação atual, 53,4% pacientes apresentaram títulos iguais ou superiores a 1:8.

Em um estudo que avaliou dados epidemiológicos e obstétricos de gestantes com sífilis no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro entre o ano de 2007 e 2016, observou-se uma taxa maior de partos prematuros em pacientes com sífilis ativa, em comparação com a média nacional.<sup>(27)</sup> No atual estudo, 5,5% das pacientes com tratamento inadequado tiveram parto prematuro e 24,5%, abortamento da gestação. No grupo que tratou a infecção de maneira adequada, 4,2% tiveram parto prematuro e 5,8%, abortamento da gestação.

A inflamação da placenta por infecção congênita pode aumentar o risco de transmissão perinatal do HIV.<sup>(15)</sup> Estudos têm mostrado que a sífilis é a principal doença sexualmente transmissível associada ao HIV, e nessas pacientes a sífilis possui características clínicas atípicas e acometimento do sistema nervoso mais frequente e precoce. Gestantes coinfectadas com HIV podem não ter a eficácia esperada do tratamento e ter demora na queda dos títulos de testes não treponêmicos.<sup>(28,29)</sup> Em relação à coinfeção com HIV, o estudo realizado por Rojas,<sup>(30)</sup> publicado em 2018, no estado do Pará, apresentou 5,18% de casos de gestantes com diagnóstico de sífilis e HIV, dado semelhante ao encontrado no estudo realizado por Sanz e Guinsburg<sup>(31)</sup> no ano de 2008 na mesma maternidade, em que se pode observar que a coinfeção já era crescente, sendo maior entre jovens de baixa escolaridade com parceiro sexual único. Dados concordantes foram encontrados no presente estudo, em que 3,6% das pacientes apresentavam coinfeção de HIV com sífilis ativa na gestação.

## CONCLUSÃO

A partir do que foi exposto, conclui-se este trabalho com uma questão: por que é tão difícil enfrentar a sífilis congênita no Brasil, uma vez que é uma doença com rastreamento e agente etiológico bem conhecido e também altamente suscetível à penicilina? O pilar central para combater essa epidemia é fortalecer a importância da educação sexual antes mesmo da gestação. A educação sexual está envolvida em todos os processos da doença: o contágio, a transmissão e o acesso ao tratamento. Com a solidificação dessas informações, não restariam tantas dúvidas a respeito de qual é a verdadeira arma de saúde pública para combater essa epidemia: a informação. Medidas mais incisivas podem ser consideradas. Assim como na tuberculose, em que é realizado o tratamento diretamente observado na atenção básica de saúde, o tratamento da sífilis poderia seguir a mesma orientação, visando, assim, diminuir o número de casos de tratamentos inadequados. Além disso, o acompanhamento da sífilis demandaria menos tempo e recurso, comparado ao da tuberculose. A importância da participação do parceiro durante o pré-natal deve ser enfatizada. A responsabilidade conjunta entre atenção básica de saúde, paciente e parceiro pode ocorrer por meio do acompanhamento do tratamento do casal. Apresentar as consequências da sífilis congênita e a relação dela com o tratamento inadequado é uma alternativa para incentivar o tratamento de ambos, assim como recomendar o uso de *condom* nas relações sexuais. O percentual de pacientes tratadas de maneira inadequada para sífilis conforme o Ministério da Saúde é bastante significativo do ponto de vista de saúde pública. Logo, é de suma importância a discussão sobre essas medidas de saúde para responder à questão proposta acima e, assim, quem sabe, enfrentar essa epidemia.

## REFERÊNCIAS

1. Dobson SR. Congenital syphilis: clinical features and diagnosis [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-syphilis-clinical-features-and-diagnosis/print>
2. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019;14(2):0211720. doi: 10.1371/journal.pone.0211720
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
4. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Aumento do número de casos de sífilis congênita preocupa autoridades em saúde [Internet]. Florianópolis: DIVE; 2015 [cited 2018 Jan 21]. Available from: <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/arquivo-noticias/225-aumento-do-numero-de-casos-de-sifilis-congenita-em-santa-catarina-preocupa-autoridades-em-saude>
5. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *PLoS Med*. 2013;10(2):e1001396. doi: 10.1371/journal.pmed.1001396

6. Lago EG. Current perspectives on prevention of mother-to-child transmission of syphilis. *Cureus*. 2016;8(3):e525. doi: 10.7759/cureus.525
7. Arnesen L, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(6):422-9.
8. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: SES/SP; 2016.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
10. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for syphilis infection in pregnant women: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(9):911-7. doi: 10.1001/jama.2018.11785
11. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. 2014;312(18):1905-17. doi: 10.1001/jama.2014.13259
12. Lin JS, Eder ML, Bean SI. Screening for syphilis infection in pregnant women: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018;320(9):918-25. doi: 10.1001/jama.2018.7769
13. Saraceni V, Pereira GVF, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e44. doi: 10.26633/RPSP.2017.44
14. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(Supl Esp 1):43-54.
15. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-33):1-137.
16. Padovani C, Oliveira RR, Pelloso SM. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3019. doi: 10.1590/1518-8345.2305.3019
17. Lafetá KRG, Martelli Junior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1):63-74. doi: 10.1590/1980-5497201600010006
18. Rubin R. Why are mothers still passing syphilis to their babies? *JAMA*. 2019;321(8):729-31. doi: 10.1001/jama.2018.20843
19. França BA. Incidência de sífilis gestacional e congênita em pacientes da Maternidade Doutor Araken Ilerê Pinto [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
20. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascir no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):766-74. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005114
21. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sífilis. *Inf Epidemiol Barriga Verde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 20];15:1-13. Available from: [http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BV\\_S%C3%ADfilis.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BV_S%C3%ADfilis.pdf)
22. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:78. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051007066
23. Sousa LB, Pinheiro AKB. Doenças sexualmente transmissíveis na relação estável: perspectivas para o cuidado usando modelo Sunrise. *Rev Rene*. 2011;12(3):478-86.
24. Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(6):1109-20. doi: 10.1590/S0102-311X2013000600008
25. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Washington (DC): PAHO; 2016.
26. Moreira KFA, de Oliveira DM, de Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Ôrfão NH. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enferm*. 2017;22(2):1-10. doi: 10.5380/ce.v22i2.48949
27. Torres RG, Mendonça ALN, Montes GC, Manzan JJ, Ribeiro JU, Paschoini MC. Syphilis in pregnancy: the reality in a public hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(2):90-6. doi: 10.1055/s-0038-1676569
28. Signorini DJHP, Monteiro MCM, de Sá CAM, Sion FS, Leitão Neto HG, Lima DP, et al. Prevalência da coinfeção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(3):282-5. doi: 10.1590/S0037-86822007000300006
29. Silveira SLA. Estudo epidemiológico da sífilis congênita: a realidade de um hospital universitário terciário [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2017.
30. Rojas MFM. Sífilis congênita: follow up de crianças nascidas em uma maternidade pública do estado do Pará [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
31. Sanz SM, Guinsburg R. Prevalência de soropositividade para sífilis e HIV em gestantes em um hospital de referência materno-infantil do estado do Pará. *Rev Para Med*. 2008;22(3):13-20.

# Síndrome de Hamman em gestante: relato de caso

## Hamman syndrome in pregnant women: case report

Andressa Fernandes Silva<sup>1</sup>, Carolina Vicentim de Moraes<sup>1</sup>, Guilherme Andrade Pellissari<sup>1</sup>, João Antônio Madalaosso Júnior<sup>1</sup>, Renato Sugahara Hosoume<sup>1,2,3</sup>

### RESUMO

A síndrome de Hamman foi descrita pela primeira vez por Louis Hamman, em 1939, como “enfisema mediastinal espontâneo” e corresponde à presença de ar livre no mediastino, sem relação com trauma e/ou procedimentos invasivos na região torácica. A condição apresenta sintomas inespecíficos como dor torácica, dispneia, tosse, disfonia, disfagia e dor cervical. Devido aos sinais e sintomas inespecíficos, essa condição pode ser subdiagnosticada, contribuindo para a sua baixa incidência. O diagnóstico é estabelecido com exames de imagem como radiografia e tomografia computadorizada de tórax. No relato de caso descrito, temos uma paciente de 31 anos, gestante, G2P1A0, que desenvolve a síndrome concomitantemente a episódios de hiperêmese gravídica com cinco semanas e cinco dias de idade gestacional. O objetivo deste relato concentra-se em destacar essa hipótese diagnóstica para assistência adequada à paciente, uma vez que tal condição não faz parte do escopo cotidiano dentro da obstetria.

### ABSTRACT

Hamman's syndrome was first described by Louis Hamman in 1939 as “spontaneous mediastinal emphysema” and is characterized by the presence of air in the mediastinum, unrelated to trauma, and/or invasive procedures in the thoracic region. The condition presents nonspecific symptoms such as thoracic pain, cervical pain, dyspnea, cough, and dysphonia. Due to the nonspecific signs and symptoms, this condition can be misdiagnosed, contributing to its low incidence. A diagnosis is established through imaging examinations such as chest radiography and computerized tomography. Here, we report the case of a 31-year-old female who developed Hamman's syndrome concomitantly with episodes of severe hyperemesis when she was five weeks and five days pregnant. Hamman's syndrome is a rare presentation in the field of obstetrics. This report seeks to highlight how Hamman's syndrome was diagnosed, discuss the care given to the patient, and explain the correlation between hyperemesis gravidarum and Hamman's syndrome.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Hamman foi descrita pela primeira vez por Louis Hamman, em 1939, como “enfisema mediastinal espontâneo” e corresponde à presença de ar livre no mediastino, sem relação com trauma e/ou procedimentos invasivos na região torácica. A condição apresenta sintomas inespecíficos como dor torácica, dispneia, tosse, disfonia, disfagia e dor cervical. O sinal de Hamman é tido como patognomônico da síndrome referida. Ele consiste na presença de crepitação à ausculta cardíaca, porém não é frequente. Podem-se observar também enfisema e crepitações subcutâneas nas regiões da cervical, torácica e face.<sup>(1)</sup> Devido aos sinais e sintomas inespecíficos, essa condição pode ser subdiagnosticada, contribuindo para a sua baixa incidência.<sup>(2)</sup> O diagnóstico é estabelecido com exames de imagem como radiografia e tomografia computadorizada de tórax. A síndrome de Hamman é uma

### Descritores

Gestação; Hiperêmese; Enfisema

### Keywords

Pregnancy; Hyperemesis; Emphysema

### Submetido:

08/05/2020

### Aceito:

13/11/2020

1. Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Centro de Referência de Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

3. Hospital Estadual de Américo Brasiliense, Américo Brasiliense, SP, Brasil.

### Conflito de interesses:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Renato Sugahara Hosoume  
Rua Sete de Setembro, 964, Centro,  
14010-180, Ribeirão Preto, SP, Brasil.  
renatohosoume@gmail.com

### Como citar?

Silva AF, Moraes CV, Pellissari GA, Madalaosso Júnior JA, Hosoume RS. Síndrome de Hamman em gestante: relato de caso. Femina. 2020;48(12):760-3.

entidade de evolução benigna e autolimitada, por isso o tratamento conservador com analgesia e repouso é a terapêutica mais recomendada.<sup>(1)</sup> No relato de caso descrito, temos uma paciente gestante que desenvolveu a síndrome concomitantemente a episódios de hiperêmese gravídica (HG). Náuseas e vômitos são sintomas comuns no início da gestação, porém a condição de HG, quadro com vômitos incoercíveis e intratáveis antes da 20ª semana de gestação, acompanhados de distúrbio eletrolítico, perda de peso (>5%) e cetonúria, que leva à hospitalização, é uma rara complicação do primeiro trimestre da gestação. O diagnóstico clínico é firmado pela quantificação da perda de peso em combinação com os exames laboratoriais; mau estado geral e dificuldade de *performances* das atividades diárias auxiliam nos critérios de internação. Esse caso tem como objetivo explicar a correlação entre a HG e a síndrome de Hamman.<sup>(2-4)</sup>

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, G2P1A0C0, 31 anos de idade, parda, casada, do lar, natural e procedente de Barrinha-SP, com idade gestacional de cinco semanas e cinco dias, foi encaminhada para a Santa Casa de Sertãozinho-SP. No pronto atendimento, relatou ter iniciado há cinco dias episódios intermitentes de náuseas, vômitos e tontura, sem relação com alimentação; tal clínica apresentou piora progressiva, acrescida de perda ponderal maior que 5%. No terceiro dia de sintomatologia, iniciou edema importante em hemiface e região supraclavicular direitas de modo crescente. A conduta inicial foi internação, e, durante esse processo, evoluiu com epigastralgia, hipofagia, vômitos frequentes devido a sialorreia intensa. O edema estendeu-se da região zigomática direita à infraclavicular direita, à região cervical e ao terço superior de braço ipsilateral (Figura 1). Também referiu fraqueza e dificuldade para eliminação de flatos. Negou febre e sintomas respiratórios, urinários, neurológicos e musculoesqueléticos.

Relatou enxaqueca. Negou uso de medicamentos contínuos, tabagismo, etilismo, alergia medicamentosa,



**Figura 1.** Paciente durante seu primeiro dia de internação. Observa-se um edema intenso em hemiface direita, principalmente em região zigomática

cirurgias prévias, perda de líquido vaginal, dor abdominal e atividade física. Sobre o histórico gestacional progresso, mencionou náuseas e vômitos intensos e muito frequentes por grande período de tempo. O parto prévio ocorreu por via vaginal há 11 anos e sem intercorrências para a mãe e o recém-nascido.

Ao exame físico, apresentou mau estado geral, estando descorada 2+/4+, anictérica, acianótica, desidratada 2+/4+, tec < 3 (escrever), normotensa e eupneica. Quadro de crepitações subcutâneas em toda região edemaciada. Aparelhos cardiovascular, respiratório, abdominal e geniturinário sem alterações significantes.

Além da necessidade de internação pela dificuldade de ingesta alimentar e do estado nutricional da paciente, foram prescritos diversos antieméticos e sintomáticos por via endovenosa, além de hidratação, na tentativa de melhora clínica. Foram realizadas ultrassonografia transvaginal para avaliação da gestação e do feto, que revelou feto único com idade gestacional compatível com o tempo de amenorria, e radiografia de tórax, que mostrou imagens radiotransparentes esparsas em região subcutânea de tórax bilateralmente, porém mais proeminentes em hemitórax direito, compatíveis com enfisema subcutâneo (Figura 2).

Durante o segundo dia de internação, o edema apresentou melhora discreta em região de hemiface esquerda (Figura 3), com sialorreia muito intensa, ainda impossibilitando a ingesta alimentar, sendo a clínica, inicialmente refratária ao uso dos medicamentos.

Durante o terceiro dia de internação, a paciente evoluiu com melhora importante do enfisema subcutâneo (Figura 4), da náusea e da frequência dos episódios de vômitos. Ela conseguiu reiniciar a alimentação com alimentos pastosos, sentia-se mais disposta e com resta-



**Figura 2.** Radiografia de tórax em incidência posteroanterior demonstrando imagens radiotransparentes esparsas em parede torácica compatíveis com enfisema subcutâneo bilateral



**Figura 3.** Paciente durante o segundo dia de internação. Observa-se uma melhora discreta em edema facial



**Figura 4.** Paciente durante o terceiro dia de internação. Apresenta melhora importante do enfisema subcutâneo em face

belecimento visível do estado clínico. A paciente recebeu alta com medicamentos e orientações no quarto dia de internação após alimentação plena, diminuição do enfisema de modo quase completo e ausência de sintomas, sem a necessidade de maiores intervenções. Após o atendimento da paciente apresentada, ela consentiu, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o estudo e posterior publicação sobre sua condição. Para a realização e a confecção deste relato de caso, houve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da instituição.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Os aspectos fisiopatológicos envolvidos no pneumomediastino espontâneo consistem na ruptura dos alvéolos terminais que se segue ao aumento da pressão alveolar, com consequente extravasamento do ar para o espaço intersticial e peribrônquico, que pode se estender do hilo ao mediastino. O ar aprisionado no mediastino pode atravessar as fâscias e se disseminar para o tecido celular subcutâneo da região torácica e cervical, e para o espaço retrofaríngeo, peritoneal, retroperitoneal e pericárdico.<sup>(5)</sup>

Este relato clínico partilha de alguns aspectos comuns de casos descritos na literatura, porém se destaca pela condição da paciente supracitada, que teve o início desse quadro com cinco semanas e cinco dias de gestação.

Sintomas como náuseas e vômitos são comuns no início da gestação, porém a HG, condição na qual ocorrem vômitos incoercíveis e intratáveis antes da 20ª semana de gestação, acompanhados de distúrbio eletrolítico, perda de peso > 5% do peso habitual e cetonúria, que leva à hospitalização, é uma rara complicação do primeiro trimestre da gestação. De etiologia desconhecida, acredita-se que o hormônio gonadotrofina coriônica humana desempenha o primeiro gatilho. A HG é uma complicação rara; entretanto, medidas conservadoras, antieméticas e de hidratação são uma estratégia de tratamento eficaz. O pneumomediastino secundário à HG é excepcional, pois poucos casos foram relatados na literatura. De acordo com a teoria de Macklin, o pneumomediastino espontâneo primário é causado pela ruptura alveolar e pela fuga de ar para os tecidos, sendo documentado por meio de tomografia computadorizada.<sup>(3,6)</sup>

Em pacientes com pneumomediastino secundário à HG, o vômito é considerado o principal fator desencadeante, entretanto também pode estar associado à síndrome de Boerhaave. Tal condição se distingue da síndrome de Hamman pelo fato de a causa do enfisema ser secundária à ruptura esofágica, em razão da súbita distensão do esôfago, o que, se não for tratado de maneira oportuna, pode resultar em sepse de foco mediastinal e morte. A tríade de Mackler, composta por vômitos, dor torácica e enfisema pulmonar, também se descreve em pacientes portadores da síndrome de Hamman, porém é necessário realizar exames de imagem como radiografia, tomografia computadorizada e esofagograma a fim de evidenciar achados sugestivos da síndrome de Boerhaave (derrame pleural, hidropneumotórax e atelectasias). No caso de gestantes, deve-se analisar o risco de exposição fetal à radiação em relação ao diagnóstico diferencial antes de realizar o exame de imagem.<sup>(7)</sup>

O pneumomediastino espontâneo deve ser sempre considerado em pacientes portadoras de HG, pois é um quadro autolimitado, que não culmina em complicações importantes. Porém, faz-se necessário realizar exames de imagem para diagnóstico diferencial com a síndrome de Boerhaave, condição mais delicada e que exige uma terapêutica mais incisiva.

O diagnóstico clínico realiza-se por meio da mensuração da perda de peso em combinação com os exames laboratoriais; mau estado geral e dificuldade de *performance* nas atividades diárias auxiliam nos critérios de internação. Sinal típico de HG, a sialorreia dificulta a ingestão da dieta, necessitando de intervenção, sendo indicada em alguns casos nutrição enteral ou parenteral.<sup>(4,8)</sup>

Foi realizado um estudo em que foi possível verificar que 52,4% das gestantes que desenvolveram HG eram primigestas, e a complicação mais frequente foi a desidratação. Casos de HG são maus preditores de gravidez, direcionando a atenção médica para a morbimortalidade da gestante, com causas físicas e psicológicas, assim como para o aumento de risco de retardo do crescimento e anomalias fetais.<sup>(9-11)</sup>

## CONCLUSÃO

O relato de caso evidencia a importância da investigação diagnóstica de sinais e sintomas comuns da gestação, associados a um enfisema subcutâneo idiopático. A suspeição clínica da síndrome de Hamman foi baseada na tríade de Mackler, composta por vômitos, dor torácica e enfisema pulmonar, somada a um achado clínico de enfisema subcutâneo em paciente no primeiro trimestre de gestação, ainda reforçada pela presença de enfisema verificada na radiografia de tórax. Apesar de essa condição não fazer parte do escopo médico cotidiano, seu diagnóstico não deve ser negligenciado ou menosprezado, pois ele oportuniza a obtenção de tratamento especializado, garantindo melhor assistência à paciente.

## AGRADECIMENTOS

À Santa Casa de Misericórdia de Sertãozinho, pela disponibilização do caso e das informações descritas em prontuário para a concepção deste relato de caso. À Dra. Alice Yasuda e ao Dr. Renato Hosoume, pelo incentivo e acompanhamento do caso durante o estágio de Ginecologia e Obstetrícia. Agradecemos ao Dr. Renato Hosoume pela análise cautelosa de todo o conteúdo desenvolvido pelos autores.

## REFERÊNCIAS

1. Coelho Júnior LG, Figueiredo ET, Haesbaert CM. Pneumomediastino espontâneo, síndrome de Hamman, relato de caso. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2016;49(6):574-7. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v49i6p574-577
2. Persegui AB, Pereira DAR, Fiori LB, Said MM, Peres MVR, Aquino JLB. Pneumomediastino espontâneo (síndrome de Hamman): relato de dois casos. *Rev Med*. 2016;95(3):138-41. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v95i3p138-141
3. Macle L, Varlet MN, Cathebrás B. Hyperemesis gravidarum: une complication rare mais potentiellement grave du premier trimestre de la grossesse. *Rev Prat*. 2010;60(6):759-64.
4. Hyperemesis Education & Research (HER). About Hyperemesis Gravidarum (HG) [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 10]. Available from: <http://www.helper.org/hyperemesis-gravidarum/>
5. Semedo FHMA, Silva RS, Pereira S, Alfaiate T, Costa T, Fernandez P, et al. Pneumomediastino espontâneo: relato de um caso. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(3):355-7. doi: 10.1590/S0104-42302012000300017
6. Sakai M, Murayama S, Gibo M, Akamine T, Nagata O. Frequent cause of the Macklin effect in spontaneous pneumomediastinum: demonstration by multidetector-row computed tomography. *J Comput Assist Tomogr*. 2006;30(1):92-4. doi: 10.1097/01.rct.0000187416.07698.8d
7. Forshaw MJ, Khan AZ, Strauss DC, Botha AJ, Mason RC. Vomiting-induced pneumomediastinum and subcutaneous emphysema does not always indicate Boerhaave's syndrome: report of six cases. *Surg Today*. 2007;37(10):888-92. doi: 10.1007/s00595-006-3493-1
8. Haro K, Toledo K, Fonseca Y, Arenas D, Arenas H, Leonher K. Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. *Nutr Hosp*. 2015;31(2):988-91. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.8143
9. Gross S, Librach C, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum: a predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160(4):906-9. doi: 10.1016/0002-9378(89)90307-4
10. Bustos M, Venkataramanan R, Caritis S. Nausea and vomiting of pregnancy – What's new? *Auton Neurosci*. 2017;202:62-72. doi: 10.1016/j.autneu.2016.05.002
11. Salas De la Vega A, Salvador Pichilingue J, Trelles Yenque JF, Maradiegue Mendez EE. Frecuencia, diagnóstico y manejo de la hiperemesis gravídica. *Ginecol Obstet*. 2000;46(3):216-21. doi: 10.31403/rpgo.v46i1415

# A radiofrequência fracionada no tratamento de líquen escleroso vulvar: um relato de caso

## *Fractional radiofrequency in the treatment of vulvar lichen sclerosus: a case report*

Márcia Farina Kamilos<sup>1</sup>, Silmara Andalaft Fialho<sup>1</sup>

### Descritores

Líquen escleroso vulvar; Prurido vulvar; Atrofia; Radiofrequência; Corticosteroides

### Keywords

Vulvar lichen sclerosus; Vulvar itching; Atrophy; Radio frequency; Corticosteroids

### Submetido:

10/09/2020

### Aceito:

13/11/2020

1. Departamento de Ginecologia, Hospital Heliópolis, São Paulo, SP, Brasil.

### Conflito de interesses:

Nada a declarar.

### Autora correspondente:

Márcia Farina Kamilos  
Rua Cônego Xavier, 276, Cidade Nova  
Heliópolis, 04231-030, São Paulo, SP,  
Brasil.  
mfkamilos@terra.com.br

### Como citar?

Kamilos MF, Fialho SA. A radiofrequência fracionada no tratamento de líquen escleroso vulvar: um relato de caso. *Femina*. 2020;48(12):764-8.

### RESUMO

O líquen escleroso vulvar (LEV) é uma doença dermatológica crônica de etiologia incerta, caracterizada por prurido intenso e atrofia progressiva. O corticosteroide tópico de longo prazo é o tratamento de primeira linha para LEV. No entanto, esse tratamento requer a colaboração da paciente, está associado a efeitos colaterais adversos e algumas pacientes não respondem aos corticosteroides. O tratamento com tecnologias térmicas e fototérmicas tem sido estudado como terapia alternativa ou complementar para melhorar os sintomas de LEV e o trofismo cutâneo. A radiofrequência fracionada microablativa é usada em dermatologia para melhorar o trofismo tecidual. Também tem sido usada em pacientes ginecológicas para tratar a atrofia vulvovaginal, estimulando a neocolagênese dérmica e a neoelastogênese. Apresentamos o caso de uma mulher de 39 anos com LEV refratária que foi tratada com aplicações locais de radiofrequência fracionada microablativa. Ela apresentou melhora satisfatória dos sintomas e do trofismo vulvar em longo prazo, sem necessidade do uso de corticosteroides.

### ABSTRACT

*Vulvar lichen sclerosus (VLS) is a chronic dermatological disease of unclear etiology characterized by severe itching and progressive atrophy. Long-term topical corticosteroid is the first-line treatment for VLS. However, this treatment requires patient compliance, is associated with adverse side effects, and some patients do not respond to corticosteroids. Treatment with thermal and photothermal technologies have been studied as alternative or complementary therapies to improve VLS symptoms and skin trophism. Microablative fractional radiofrequency (MFR) is used in dermatology to improve tissue trophism. It has also been used in gynecological patients to treat vulvovaginal atrophy by stimulating dermal neocollagenesis and neoelastinogenesis. We present the case of a 39-year-old woman with refractory VLS who was treated with local applications of microablative fractional radiofrequency. She had satisfactory, long-term, improvement of symptoms and vulvar trophism, and stopped using corticosteroids.*

### INTRODUÇÃO

O líquen escleroso vulvar (LEV) é uma doença dermatológica crônica que afeta principalmente mulheres na pós-menopausa. Contudo, 7% a 15% de todas as pacientes são meninas pré-adolescentes, cuja doença pode se resolver espontaneamente durante a puberdade ou persistir por anos.<sup>(1)</sup> Embora a etiologia e a patogênese ainda não estejam esclarecidas, o LEV parece ser uma doença multifatorial que envolve mecanismos inflamatórios e imunológicos, os quais têm sido mais extensivamente estudados, e também fatores

hormonais, genéticos, infecciosos e traumáticos.<sup>(2)</sup> Os sintomas principais são prurido vulvar intenso, desconforto local e atrofia progressiva dos sulcos interlabiais, prepúcio do clitóris, pequenos lábios e vestibulo vulvar. Os achados histológicos típicos incluem homogeneização e hialinização do colágeno na derme superior, destruição da matriz e membrana basal, fragmentação das fibras de elastina, infiltrado inflamatório da derme e diminuição da vascularização.<sup>(3,4)</sup> O tratamento de primeira linha baseia-se no uso prolongado de corticoterapia tópica, com efeito dependente da correta aderência da paciente aos protocolos terapêuticos. O principal objetivo do tratamento é melhorar os sintomas e prevenir a transformação maligna do LEV pela via da neoplasia intraepitelial escamosa do tipo diferenciado, um precursor do carcinoma de células escamosas da vulva.<sup>(2,3,5)</sup>

Radiofrequência ou *laser* não ablativo, microablativo e fracionado, e indução percutânea de colágeno com microagulhas (IPCA®) são técnicas usadas para tratar distúrbios dermatológicos, tais como lúpus eritematoso, fotoenvelhecimento e cicatrizes hipertróficas, ou para melhorar o trofismo nas áreas facial, corporal e genital. O *laser* de dióxido de carbono fracionado vem sendo utilizado e estudado para tratamento do líquen escleroso.<sup>(6)</sup> O estímulo térmico na derme superficial e profunda desencadeia respostas locais que induzem a produção de proteínas de choque térmico, interleucinas, fator transformador de crescimento e estímulo da migração de fibroblastos, produzindo neocolagênese e neoelastogênese, promovendo a regeneração tecidual.<sup>(3,7-13)</sup>

Nosso objetivo foi verificar o impacto a curto e longo prazo da radiofrequência fracionada microablativa (RFM) no tratamento de paciente com LEV.

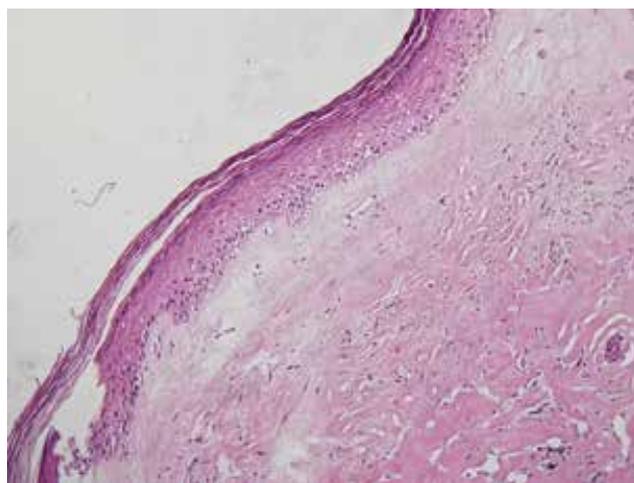
Apresentamos os resultados de curto e longo prazo de uma mulher com LEV refratário tratado com RFM, com a finalidade de promover melhora do trofismo e alívio mais prolongado dos sintomas. A paciente não apresentou efeitos adversos e ficou muito satisfeita com o resultado.

## RELATO DO CASO

A paciente tinha 39 anos, era professora escolar, de outra forma saudável, sem comorbidades e sem história familiar de doenças autoimunes. Referiu menarca e início da vida sexual aos 13 e 15 anos, respectivamente, bem como dois partos vaginais e utilização de vasectomia como método contraceptivo. Ela relatou que o prurido vulvar começou aos 13 anos de idade e que havia sido tratada para candidíase vulvovaginal recorrente, sem qualquer melhora. Em 2014, aos 33 anos, foi encaminhada para uma clínica especializada em ginecologia. O exame vulvar revelou áreas hipocrômicas nas porções internas dos grandes lábios e prepúcio clitoriano, um epitélio fino e opaco e ausência de espessamento focal e reabsorção dos pequenos lábios. O exame macroscópico mostrou epitélio vaginal e cervical de aspecto normal e conteúdo vaginal fluido sugestivo de vaginose

bacteriana, confirmada na citologia oncótica. Apesar do diagnóstico clínico compatível com LEV, optou-se por realizar biópsia vulvar para documentação do caso, em razão da longa história de sintomas sem tratamento específico e em concordância com a solicitação da paciente. O diagnóstico histológico confirmou LEV (Figura 1).

A paciente foi tratada com metronidazol creme vaginal, por sete dias. Ela também recebeu uma receita de pomada de propionato de clobetasol 0,05% para aplicar nas lesões vulvares duas vezes ao dia nos primeiros 15 dias e uma vez ao dia nos 15 dias seguintes; após reavaliação, a paciente relatou melhora significativa, e foi introduzido um regime de manutenção de três aplicações por semana por mais 30 dias e depois duas vezes por semana por mais 30 dias. Essa foi a primeira vez que ela foi tratada com um corticosteroide tópico para LEV. Na consulta de acompanhamento, a paciente relatou melhora significativa do prurido e foi instruída a realizar manutenção com corticoide de potência mais baixa – pomada de hidrocortisona 1% –, por causa do aspecto de epitélio vulvar fino. Durante o próximo 1,5 ano, nas suas visitas de rotina a cada três meses, a paciente relatou recorrência de prurido intenso, apesar das aplicações repetidas (autoprescritas) da pomada de propionato de clobetasol 0,05%. Ela recebeu uma receita de furoato de mometasona 1 mg/g creme para ser usado seguindo o mesmo regime da prescrição original de clobetasol. Os sintomas não melhoraram e a paciente voltou a usar a pomada de clobetasol, com melhora parcial temporária. Tendo em vista o prurido persistente, as lesões hipocrômicas vulvares e a atrofia (Figura 2), além da dispareunia, a paciente foi convidada a participar de



**Figura 1.** Histologia de amostra vulvar corada com hematoxilina e eosina mostrando atrofia epidérmica, degeneração de células basais, hiperqueratose e espongirose. Observe o edema superficial da lâmina própria com homogeneização do colágeno na derme superior e leve infiltração de linfócitos perivasculares (coloração H&E, aumento 100x). Conclusão do laudo: líquen escleroso vulvar. Exame realizado por Dante Simionato Netto, patologista do Hospital Heliópolis



**Figura 2.** Vulva antes do tratamento com radiofrequência fracionada microablativa

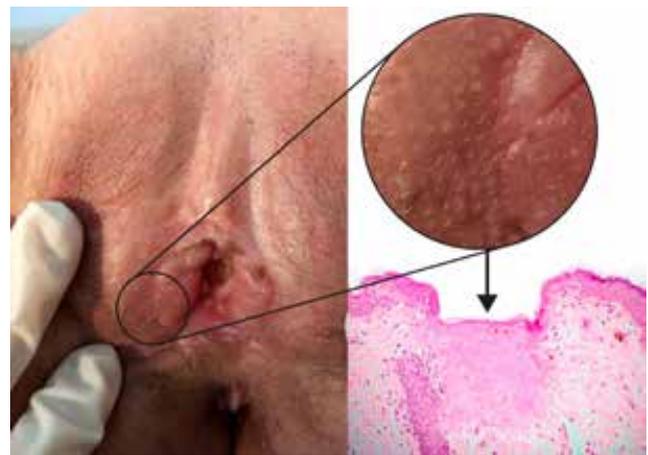
um protocolo experimental de RFM para melhorar o trofismo local e os sintomas clínicos. Ela consentiu e sua inclusão foi aprovada pelo conselho de revisão institucional (CAAE 58353416.2.0000.5449).

Ela recebeu seis aplicações de RFM no período de 1,5 ano. As aplicações foram feitas na área vulvar afetada e no introito vaginal, a cada 30-90 dias, utilizando o dispositivo Wavetric 6000 Touch com sistema Megapulse-HF-FRAXX (Loktal Medical Electronics, São Paulo, Brasil). Esse equipamento possui um gerador eletromagnético que produz uma frequência de oscilação de 4 megahertz com um circuito eletrônico de fracionamento de energia conectado a um eletrodo de pele. O eletrodo possui 64 microagulhas (0,2 mm de diâmetro e 0,8 mm de comprimento) posicionadas em oito colunas de oito agulhas cada, que produzem microablações em intervalos de 1 mm. A configuração de baixa energia fornece 222 mj e a configuração de média energia fornece 333 mj por ponto. Todas as sessões foram realizadas sob anestesia local com cremes de lidocaína 7% e tetracaína 7% na pele, 50-60 minutos antes do procedimento, e spray de lidocaína 10% apenas na mucosa do vestíbulo vulvar, 3 minutos antes do procedimento. A paciente foi colocada em posição de litotomia, e foi realizada antisepsia com clorexidina aquosa 0,2% e com solução salina estéril 0,9%. Por causa do epitélio fino e atrófico, usamos a configuração de baixa energia. Mantivemos o eletrodo perpendicular à pele e aplicamos uma leve pressão a cada pulso (Figura 3).

Cada sessão durou aproximadamente 15-20 minutos. O edema cutâneo leve e a vermelhidão que se seguiram desapareceram 1-3 horas após o procedimento. Os sinais de microablação (Figura 4) desapareceram da mucosa e da pele nos próximos três e cinco a sete dias, respectivamente. A paciente recebeu instruções para aplicar compressas locais de soro fisiológico frio e/ou creme de dexpanthenol 5% duas a três vezes por dia, por dois a cinco dias, e evitar relações sexuais por 10 dias após cada sessão.



**Figura 3.** Eletrodo FRAXX fracionado



**Figura 4.** Vulva após procedimento de RFM. Imagem superior direita: microablações amplificadas. Imagem inferior: histologia do efeito térmico

Após a primeira sessão, o prurido aumentou. A paciente foi tratada com creme de dexpanthenol e orientada de que, se necessário, poderia aplicar pomada de clobetasol. O prurido melhorou progressivamente após a segunda sessão e, ao final do primeiro ano de tratamento, a necessidade de corticosteroides locais diminuiu para uma a duas vezes por mês. Uma sessão de manutenção de RFM foi realizada seis meses após o término do tratamento, sendo repetida um ano depois. Com a melhora significativa e sustentada dos sintomas, a textura e a cor da pele e da mucosa também melhoraram (Figura 5). Nos 18 meses seguintes, a paciente relatou ter usado clobetasol por causa de dois episódios curtos de prurido. Em maio de 2020, a paciente relatou que não fez uso de corticosteroides locais no último 1,5 ano. Todas as sessões de RFM foram bem toleradas, sem complicações significativas ao longo do tratamento. A paciente continua a ser seguida. Se necessário, são programadas sessões anuais de manutenção de RFM.

A paciente foi solicitada a pontuar a intensidade do prurido em uma escala visual analógica de 10 pontos. A pontuação foi 10 antes de qualquer tratamento, 5



Figura 5. Vulva com trofismo de pele melhorado em 2019

com tratamento contínuo com corticosteroides locais e 3 após RFM anual (em razão de episódios de coceira leves e ocasionais que se resolveram espontaneamente sem a necessidade de corticosteroides locais). Usamos um questionário Likert de 5 pontos (curada, muito melhor, um pouco melhor, sem alterações, pior) para avaliar o estado atual da paciente em comparação com seu estado de pré-tratamento; a pontuação foi “muito melhor”. Finalmente, em uma escala Likert de 5 pontos para avaliar sua satisfação com o tratamento de RFM (muito satisfeita, satisfeita, insegura, insatisfeita, muito insatisfeita), a paciente declarou que estava “muito satisfeita”.

## DISCUSSÃO

Essa paciente com LEV refratário aos corticosteroides locais apresentou melhora clínica subjetiva e objetiva progressiva após a segunda sessão de RFM, que persistiu após o término do tratamento, com sessões anuais de manutenção, e sem necessidade de corticosteroides adjuvantes. Outros pesquisadores relataram resultados semelhantes em pacientes com LEV refratário tratadas com *laser* de CO<sub>2</sub> fracionado, geralmente exigindo aplicações repetidas.<sup>(14-16)</sup>

As agulhas do equipamento de RFM usadas nessa paciente não perfuraram a pele, mas a tocaram superficialmente. Isso provavelmente contribuiu para a rápida recuperação da paciente e nos permitiu realizar o procedimento com anestesia local. O processo regenerativo foi favorecido pelo pulso fracionado aleatório, que promove um intervalo de relaxamento térmico e preserva o tecido normal próximo aos micropontos vaporizados. Biópsias epidérmicas da pálpebra inferior de pacientes tratados com RFM mostraram que o efeito térmico não ablativo na derme atingiu 0,1 mm de profundidade, sem efeito térmico lateral significativo.<sup>(10)</sup> Esse sistema

produz micropontos térmicos a uma profundidade mensurável, que atinge a derme reticular, para estimular a regeneração do tecido sem produzir uma cicatriz.<sup>(9-11)</sup> As microablações RFM são semelhantes às produzidas por *laser* de CO<sub>2</sub> fracionado.<sup>(12-17)</sup>

Existem vários modelos de equipamentos de radiofrequência, com diferentes tipos de energia e agulhas que penetram ou não penetram na pele para produzir efeitos térmicos estimulatórios.<sup>(18)</sup> Não encontramos estudos que comparassem esses diferentes tipos de equipamentos.

Pesquisadores anteriores apontaram os desafios no manejo de pacientes com LEV resistente e controvérsias sobre o tratamento de pacientes assintomáticas.<sup>(18)</sup> Os objetivos do tratamento de LEV com corticosteroides são evitar atrofia local e cicatrizes fibróticas e prevenir a transformação maligna das lesões.<sup>(3)</sup> Embora os corticosteroides tenham efeitos benéficos anti-inflamatórios e imunossuppressores, eles também inibem a proliferação de fibroblastos e a produção de colágeno. Além disso, o uso prolongado e excessivo de corticosteroides pode levar a atrofia e fragilidade da pele, hipopigmentação, sensação de queimação, ressecamento, telangiectasia e superinfecções fúngicas.<sup>(19)</sup>

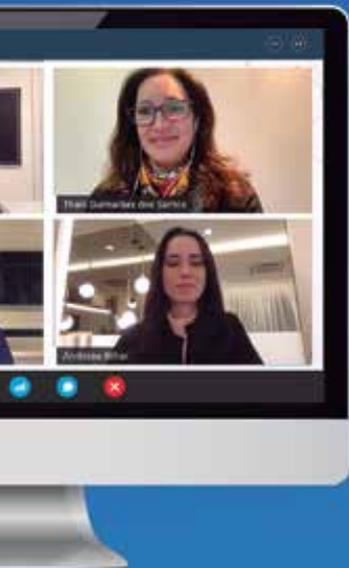
Este relato de caso contribui para a pesquisa de tratamentos para LEV que não requerem cooperação prolongada da paciente e apresentam menos riscos e efeitos colaterais do que o uso de corticosteroides locais. Mais estudos são necessários envolvendo um número maior de pacientes com LEV com diferentes gravidades e durações da doença. Estudos futuros também devem testar a RFM sozinha ou associada a outros tratamentos médicos para avaliar os benefícios potenciais desse tratamento para pacientes com sintomas clínicos variados.

O LEV continua a ser um desafio terapêutico para muitas pacientes. Essa mulher foi tratada com RFM, uma técnica minimamente invasiva, com excelentes resultados e riscos mínimos.

## REFERÊNCIAS

1. Miranda JA, Chuvís do Val IC, Abrahão SC, Zaniboni BC, Fonseca FF, Guimarães RV, et al. Os três líquens: escleroso, plano e plano erosivo. *Femina*. 2014;42(2):65-72.
2. Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosus: a prospective cohort study of 507 women. *JAMA Dermatol*. 2015;151(10):1061-7. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.0643
3. Krapf JM, Mitchell L, Holton MA, Goldstein AT. Vulvar lichen sclerosus: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2020;12:11-20. doi: 10.2147/IJWH.S191200
4. McCarthy S, MacEoin N, O'Driscoll M, O'Connor R, Heffron C, Murphy M. Should we always biopsy in clinically evident lichen sclerosus? *J Low Genit Tract Dis*. 2019;23(2):182-3. doi: 10.1097/LGT.0000000000000457
5. Caussade A. Lichen escleroso: actualización. *Arch Ginecol Obstet*. 2019;57(1):31-54.
6. Iglesia C. A randomized trial of clobetasol propionate versus fractionated CO<sub>2</sub> laser for the treatment of lichen sclerosus (CuRLS). Bethesda: U.S. National Library of Medicine; 2019 [cited 2020 Oct 06]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02573883>

7. de Sica RC, Rodrigues CJ, Maria DA, Cuce LC. Study of 1550-nm erbium glass laser fractional non-ablative treatment of photoaging: comparative clinical effects, histopathology, electron microscopy and immunohistochemistry. *J Cosmet Laser Ther.* 2016;18(4):193-203. doi: 10.3109/14764172.2015.1114645
8. Lima EA. Fundamentos da Indução Percutânea de Colágeno com Agulhas (IPCA®). In: Lima EA, organizador. *IPCA® Indução Percutânea de Colágeno com Agulhas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 26-33.
9. Mulholland RS, Ahn DH, Kreindel M, Paul M. Fractional ablative radio-frequency resurfacing in Asian and Caucasian skin: a novel method for deep radiofrequency fractional skin rejuvenation. *J Cosmet Dermatol Sci Appl.* 2012;2:144-50. doi: 10.4236/jcdsa.2012.23029
10. Casabona G, Presti C, Manzini M, Machado Filho CDAS. Fractional ablative radiofrequency: a pilot study of twenty cases involving rejuvenation of the lower eyelid. *Surg Cosmet Dermatol.* 2014;6(1):50-5.
11. Kamilos MF, Borrelli CL. New therapeutic option in genitourinary syndrome of menopause: pilot study using microablative fractional radiofrequency. *Einstein (Sao Paulo).* 2017;15(4):445-51. doi: 10.1590/s1679-45082017ao4051
12. Tadir Y, Gaspar A, Lev-Sagie A, Alexiades M, Alinsod R, Bader A, et al. Light and energy based therapeutics for genitourinary syndrome of menopause: consensus and controversies. *Lasers Surg Med.* 2017;49(2):137-59. doi: 10.1002/lsm.22637
13. Takano D, Lima EA. Classificação e características da injúria provocada pela IPCA®. In: Lima EA, organizador. *IPCA® Indução Percutânea de Colágeno com Agulhas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 37.
14. Lee A, Lim A, Fischer G. Fractional carbon dioxide laser in recalcitrant vulval lichen sclerosus. *Australas J Dermatol.* 2016;57(1):39-43. doi: 10.1111/ajd.12305
15. Peterson CM, Lane JE, Ratz JL. Successful carbon dioxide laser therapy for refractory anogenital lichen sclerosus. *Dermatol Surg.* 2004;30(8):1148-51. doi: 10.1111/j.1524-4725.2004.30343.x
16. Baggish MS. Fractional CO2 laser treatment for vaginal atrophy and vulvar lichen sclerosus. *J Gynecol Surg.* 2016;32(6):309-17. doi: 10.1089/gyn.2016.0099
17. Salvatore S, Maggiore ULR, Athanasiou S, Origoni M, Candiani M, Calligaro A, et al. Histological study on the effects of microablative fractional CO2 laser on atrophic vaginal tissue: an ex vivo study. *Menopause.* 2015;22(8):845-9. doi: 10.1097/GME.0000000000000401
18. Alexiades M, Berube D. Randomized, blinded, 3-arm clinical trial assessing optimal temperature and duration for treatment with minimally invasive fractional radiofrequency. *Dermatol Surg.* 2015;41(5):623-32. doi: 10.1097/DSS.0000000000000034
19. Costa AD, Machado S, Selores M. Corticoides tópicos: considerações sobre a sua aplicação na patologia cutânea. *Rev Port Med Geral Fam.* 2005;21(4):367-73. doi: 10.32385/rpmgfv21i4.10155



# Já conhece as séries de Lives da Febrasgo?

experiência  
**CONNECTAgo**

Conectando gerações da Ginecologia e Obstetria

Apresentação de Casos Clínicos e Debate Interativo que conecta gerações de GO, reunindo preceptor + residente + especialistas convidados.

**go febrasgo play**  
Atualização Científica Online

Lives que buscam avançar com o propósito de atualização científica online.

## Assista ao vivo no Youtube e Facebook



/febrasgo



/febrasgooficial

Para saber mais, acesse o site da Febrasgo:  
[www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)

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

**17 a 20 de novembro de 2021**  
**Rio de Janeiro • RJ**

A 59ª edição do maior encontro científico da FEBRASGO acontecerá em 2021 na cidade do Rio de Janeiro.

Será inesquecível e certamente ficará na história dos ginecologistas e obstetras de todo o Brasil.

Esperamos por vocês!

# 59°

## Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia

#O congresso de todos os brasileiros



Realização:

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