

Tulius Augustus Ferreira de Freitas
Herolysa Gomes Vasconcelos da Ponte
Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva
Paula Soares Machado
Priscilla de Almeida Santos (Orgs.)

A Saúde da Mulher Atual

O Livro do PASMA

Tulius Augustus Ferreira de Freitas
Herolysa Gomes Vasconcelos da Ponte
Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva
Paula Soares Machado
Priscilla de Almeida Santos (Orgs.)

A Saúde da Mulher Atual

O Livro do Pasma



 **Unichristus**
Centro Universitário Christus

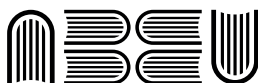
Fortaleza
2023

A saúde da mulher atual: o livro do PASMA © 2023 by
Tulius Augustus Ferreira de Freitas, Herolysa Gomes Vasconcelos da Ponte,
Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva, Paula Soares Machado e
Priscilla de Almeida Santos (Orgs.)

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora do Centro Universitário Christus
R. João Adolfo Gurgel, 133 – Cocó – Fortaleza – Ceará
CEP: 60190 – 180 – Tel.: (85) 3265-8100 (Diretoria)
Internet: <https://unichristus.edu.br/editora/>
E-mail: editora01@unichristus.edu.br

Editora filiada à



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Programação Visual e Editoração Gráfica
Jefferson Silva Ferreira Mesquita (Diagramação e Design Gráfico)
Vanessa Holanda Arrais (Ilustrações)

Antônia Karine Paz Brito – CRB-3/1727

S255 A saúde da mulher atual : o livro do PASMA [recurso eletrônico] / Tulius Augustus Ferreira de Freitas, Herolysa Gomes Vasconcelos da Ponte, Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva, Paula Soares Machado e Priscilla de Almeida Santos (Organizadores.). – Fortaleza : EdUnichristus, 2023.

243 p.: il.

6,35 MB; E-book PDF.

ISBN 978-65-89839-45-3

1. Medicina. 2. Saúde da Mulher. 3. PASMA. I. Freitas, Tulius Augustus Ferreira de. II. Título.

CDD 610

CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

Reitor

José Lima de Carvalho Rocha

EdUnichristus

Diretor Executivo

Estevão Lima de Carvalho Rocha

Conselho Editorial

Carla Monique Lopes Mourão

Edson Lopes da Ponte

Elnivan Moreira de Souza

Fayga Silveira Bedê

Francisco Artur Forte Oliveira

César Bündchen Zaccaro de Oliveira

Marcos Kubrusly

Régis Barroso Silva

Revisão

Priscilla de Almeida Santos

AUTORES DOCENTES

Analiana Alencar Arrais de Souza - Preceptora do internato médico da UNICHRISTUS

Ana Livia Monte de Albuquerque - Preceptora do internato médico da UNICHRISTUS

Emerson Batista - Preceptor do internato médico da UNICHRISTUS

Gabriela da Silva Alcantara - Preceptora do internato médico da UNICHRISTUS

Gustavo Carvalho Espíndola - Advogado

Juliana Nunes Ferreira Correia - Preceptora do internato médico da UNICHRISTUS

Laís Nara - Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral Cesar Cals

Lia Pacheco Cavalcanti Rios - Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral Cesar Cals

Mateus Pontes - Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Geral Cesar Cals

Nadiejda Mendonça Aguiar Nobre - Preceptora do internato médico da UNICHRISTUS

Regina Lúcia Portela Diniz - Professora do curso de medicina da UNICHRISTUS

Tulius Augustus Ferreira de Freitas - Professor do curso de medicina da UNICHRISTUS

AUTORES DISCENTES

Amanda Magalhães Xerez Silva

Ana Kéllen Mota da Costa Almeida

Ana Livia Machado Sales

Dário Sobreira Rodrigues

Francisca Patrícia Almeida Queiroz

Herolysa Gomes Vasconcelos da Ponte

Júlia Angelim de Freitas Cardoso

Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva

Letícia Poti Nobre

Lícia Amélia Siebra Cavalcante

Livia Fontelles Brasil

Maria Jhéssica Almeida Carneiro

Maria Luiza Varela Leal Barros

Mariana Silva Almeida

Melissa Sousa Campos Nobre

Paula Soares Machado

Priscilla de Almeida Santos

Colegas de medicina,

É com grande satisfação que apresentamos a vocês o livro «A Saúde da Mulher Atual», baseado nas atividades do PASMA, do Centro Universitário Christus - Unichristus.

O PASMA, ou Programa de Atenção à Saúde da Mulher Atual, foi idealizado pelas alunas Priscilla Santos, Ana Kéllen Mota e Patrícia Almeida, sob a orientação do Professor Tullius Freitas, visando oferecer atenção médica integral e de qualidade às mulheres em seu ciclo de vida, com o enfoque nas demandas específicas dessa população.

Fruto da colaboração das alunas das duas primeiras gestões do PASMA, e de profissionais da saúde convidados, este livro tem como propósito fornecer uma visão geral da saúde da mulher atual, abordando temas relevantes como saúde reprodutiva, amamentação, infecções femininas, saúde trans, entre outros.

Acreditamos que o livro será de grande valia para os estudantes de medicina, uma vez que aborda temas atuais e relevantes, além de fornecer uma visão prática da atuação do PASMA.

Esperamos contribuir para a formação de médicos e médicas mais preparados e atualizados para atender às necessidades da saúde da mulher, e que possa ser um recurso valioso para aqueles que buscam informações sobre este tema.

Boa leitura!

Com carinho,

Professor Tullius Freitas e a Equipe do PASMA, Unichristus.

SUMÁRIO

1. ANATOMIA E FISIOLOGIA BÁSICA DO CORPO FEMININO.....	9
--------------------------------------------------------	---

SEMIOLOGIA

2. SEMIOLOGIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	29
3. SEMIOLOGIA NA MULHER ADULTA.....	37
4. O CUIDADO DA MULHER TRANS NA APS.....	45

GINECOLOGIA

5. VULVOVAGINITES E VAGINOSSES	53
6. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs).....	63
7. CERVICITE E DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA.....	93
8. SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS	101
9. ENDOMETRIOSE.....	107
10. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL.....	113
11. MENOPAUSA.....	121
12. CÂNCERES MAIS PREVALENTES	131
13. CONTRACEPÇÃO	147
14. INFERTILIDADE	163

OBSTETRÍCIA

15. ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	173
16. GESTAÇÃO DE RISCO E DOENÇAS METABÓLICAS DA GESTAÇÃO	185
17. HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO.....	197
18. PUERPÉRIO FISIOLÓGICO	207
19. PUERPÉRIO PATOLÓGICO	215
20. AMAMENTAÇÃO E ALEITAMENTO.....	229

EXTRA

21. DIREITOS DAS MULHERES	237
---------------------------------	-----



PASMA
UNICHRISTUS

ANATOMIA E FISIOLOGIA BÁSICA DO CORPO FEMININO

Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva

Ana Kéllen Mota da Costa Almeida

Priscilla de Almeida Santos

Lia Pacheco Cavalcanti Rios

1. Endocrinologia Feminina

O corpo feminino possui diversas particularidades hormonais, que influenciam tanto os órgãos sexuais primários, como útero e ovários, quanto órgãos sexuais secundários, como as mamas. O principal eixo regulador dessas mudanças é o eixo hipotálamo-hipófise-ovário.

1.1. Hipotálamo

Órgão do sistema nervoso central que interage e regula a hipófise, por meio da circulação venosa porta-hipofisária, na liberação de diversos hormônios, como o GnRH, dopamina e endorfinas. A proximidade entre estes órgãos é essencial para os hormônios liberados pelo hipotálamo atingirem suas células-alvo rapidamente e em altas concentrações.

O hipotálamo é responsável pela secreção de forma pulsátil de GnRH. Na fase folicular possui alta frequência e baixa amplitude (secretado a cada 60-90 minutos), e na fase lútea possui baixa frequência e alta amplitude (secretado a cada 210-270 minutos.) A exposição contínua leva à dessensibilização hipofisária a este hormônio, explicando o mecanismo dos análogos de GnRH.

Os pulsos de GnRH sofrem influência facilitadora da noradrenalina e inibidora da dopamina. Também atuam fatores ambientais, como desnutrição, atividade física e estresse, que podem atuar como inibidores, devido a alteração na secreção de endorfinas no hipotálamo.

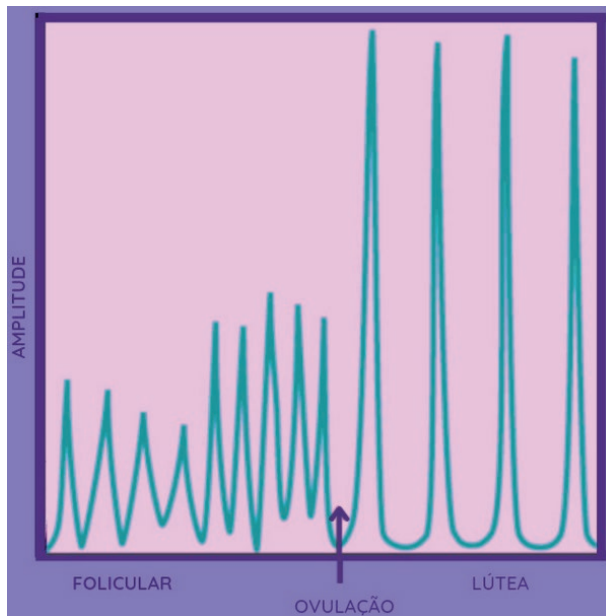


Figura 1. Pulso de GNRH nas duas fases do ciclo

1.2. HIPÓFISE

É uma glândula endócrina localizada dentro do crânio, dividida em adeno-hipófise, que produz hormônios, e neuro-hipófise que armazena hormônios produzidos no hipotálamo.

1.2.1. Adenohipófise:

É uma glândula extremamente irrigada por uma densa rede capilar que é importante concentração de terminais nervosos para estimulação da produção hormonal.

- » **Gonadotrofinas:** FSH (hormônio estimulador do folículo ovariano), com principal ação nas células da granulosa, e de LH (hormônio luteinizante), com ação predominante nas células da teca.
- » **Prolactina:** possui sua secreção pulsátil e é altamente influenciado por diversos fatores, tais como manipulação das mamas, estresse, medicamentos. Primariamente relacionado a lactação, regulando a síntese de caseína e alfa-lactalbumina, e possui ação nas mamas, ovários, fígado, adrenais e outros órgãos.

1.2.2. Neuro-hipófise:

- » **Ocitocina:** liberação estimulada por manipulação mamária. Tem como função a contração mioepiteliais dos ductos lactíferos mamários, reflexo de ejeção do leite, e contração muscular uterina, durante o parto.
- » **Hormônio Antidiurético ou vasopressina:** hormônio com ação renal, responsável pela redução da diurese.

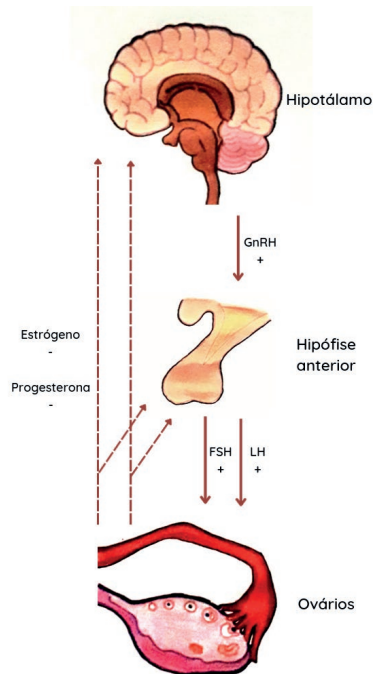


Figura 2. Eixo Hipotálamo-Hipófise

1.3. Ovários

São órgãos bastante dinâmicos, que iniciam sua função na 20 semana da vida intrauterina e vão até a menopausa. Possuem uma classificação funcional dividida em: folicular, que secreta estrogênio, corpo lúteo, que secreta progesterona, e estroma, que tem como produto os androgênios. Todos os seus hormônios são derivados do colesterol.

1.3.1. Estrogênio

Possui três subtipos, b-estradiol (principal), estrona e estriol, que são secretados apenas pelo ovário, em mulheres não grávidas. Tem como funções:

- » Aumenta o tamanho dos órgãos sexuais primários, por exemplo, ovários, trompas de falópio, útero e vagina.
- » Desenvolvimento das glândulas endometriais.
- » Desenvolvimento inicial dos tecidos estromais das mamas e dos depósitos de gordura.
- » Inibe a atividade osteoclástica, estimulando o crescimento ósseo, devido a isso a mulher possui um crescimento rápido durante muitos anos, entretanto também causa união das epífises dos ossos longos.
- » Aumenta o depósito de gordura e ligeiramente o depósito de proteínas (menos que a testosterona).
- » Textura macia e normalmente lisa da pele.

1.3.2. Progestágenos

O mais importante exemplo é a progesterona que é secretada durante a segunda metade de cada ciclo ovariano, pelo corpo lúteo. Durante a fase folicular a maioria da progesterona é convertida em estrogênios pela enzima aromatase, nas células granulosas. Tem como funções:

- » Promove alterações secretoras no endométrio uterino durante a última metade do ciclo sexual feminino, preparando o útero para a implantação do óvulo fertilizado.
- » Diminui a intensidade e frequência das contrações uterinas, prevenindo aborto espontâneo.
- » Promove o desenvolvimento dos lóbulos e alvéolos das mamas, fazendo com que as células alveolares proliferam, aumentem e adquiram natureza secretora

2. Ciclo Menstrual

2.1. Introdução

O ciclo menstrual é um processo cíclico que ocorre em todas as mulheres férteis, possui duração de 21 a 35 dias e é dividido em duas fases: ciclo ovariano e ciclo uterino. A menstruação marca o primeiro dia do ciclo e possui cerca de 2 – 6 dias com intensidade do fluxo variando de 20 – 60 mL em mulheres saudáveis. A mulher sofre uma variação de diversos hormônios e mudanças corporais visando a preparação para a ovulação e para uma futura gestação.

2.2. Ciclo Ovariano

As alterações ovarianas se iniciam na vida intrauterina e se interrompem quando a reserva ovariana termina. Ocorre o desenvolvimento do óvulo, no ovário, para ser fecundado. É dividida em fase folicular e fase lútea.

2.2.1. Fase Folicular

Esta fase consiste na escolha do folículo dominante e desenvolvimento deste até se tornar maduro, ela se estende do dia 1 da menstruação até o dia do pico de LH. É a fase a qual o ovário está menos hormonalmente ativo.

Inicia-se ainda na vida intrauterina, com o desenvolvimento de folículos primordiais (oócito primário), que é um oócito paralisado no estágio diplóteno da prófase I meiótica, envolto por uma única camada fusiforme de células granulosas. O processo de formação desses folículos se completa até o sexto mês de vida, mas a divisão celular do óvulo fica estacionada e assim permanece durante o período da infância. Apesar de estarem quiescentes, grande parte destes folículos sofre um processo de degeneração por apoptose até a menarca.

O crescimento folicular, que é independente de estímulo hormonal, é caracterizado pela evolução destas estruturas para folículo primário (0,1 mm), folículo secundário (0,2 mm) e antral inicial (2mm). O crescimento até a fase antral ocorre até mesmo em situações de pouco estímulo pelas gonadotrofinas, como na infância pré-puberal, uso de anticoncepcionais e durante a gestação. *de acordo com rotinas em ginecologia*.

O folículo é denominado primário quando as células da granulosa, anteriormente de formato fusiforme, passam a formato cubóide. Quando essas células formam uma segunda camada, o folículo é chamado de secundário, estando mais sensível à função do FSH. Nesse momento, ocorre também produção das células da teca, originárias do tecido estromal.

Nos folículos primários e secundários, ocorre a produção do hormônio antimülleriano (AMH). Esta substância é responsável por inibir o crescimento folicular inicial e a ação do FSH. É marcador da reserva ovariana por estar envolvido na diminuição do crescimento folicular e, conseqüentemente, em menor apoptose.

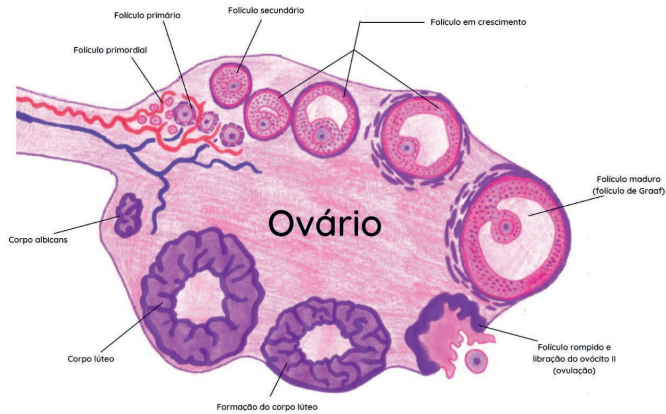


Figura 3. Folículo em suas Diversas Fases

O folículo em crescimento então evolui para o estágio pré-antral, quando ocorre evolução para quatro ou mais camadas. Nesse momento, o estímulo das gonadotrofinas é essencial para o desenvolvimento destes folículos até o estágio ovulatório. Em seguida, as células da granulosa produzem fluido folicular, chamado de estágio antral, ocorrendo um crescimento rápido da estrutura (15-20mm). Esse aumento do fluido também é responsável pela divisão das células da teca interna e externa.

A teca é dividida em camadas interna e externa, sendo a externa uma cápsula de tecido conjuntivo vascular que reveste o folículo. Já a teca interna é capaz de produzir hormônios sexuais (androstenediona e testosterona) a partir do estímulo de LH. Entretanto, ocorre a cessação ou desaceleração da liberação de LH durante o sono durante esse período. As células da granulosa, por meio da enzima aromatase, dependente de FSH, converte estes androgênios em estradiol e estrona. Além disso, são responsáveis pela produção de inibina B, que tem feedback negativo sobre o FSH.

O folículo dominante será selecionado entre o quinto e sexto dia do ciclo, enquanto os demais sofrem atresia. Este folículo dominante geralmente apresenta maior atividade da enzima aromatase e maior quantidade de receptores de FSH, o que permite maior produção de estradiol, estimulando também a expressão de receptores de LH na granulosa e aumenta a secreção ovariana de fatores de crescimento intra uterinos, como o fator de crescimento semelhante à insulina-1 (IGF-1). Nesse momento, já se caracteriza o folículo pré-ovulatório.

O estradiol então tem efeito de inibição do FSH, o que favorece a atresia dos demais folículos. Fatores de crescimento locais provavelmente permitem que o folículo dominante permaneça sensível a baixas concentrações de FSH, enquanto

os outros folículos entram em apoptose.

Em seguida, são produzidas quantidades crescentes de estradiol, chegando a um platô 24-36 horas antes da ovulação. Esses níveis elevados produzidos pelo folículo dominante são responsáveis pelo pico de LH.

Um método para avaliar clinicamente este fenômeno é por meio da ultrassonografia transvaginal, que irá mensurar o volume ovariano, o desenvolvimento do folículo e, após a ovulação, a formação do corpo lúteo.

2.2.2. Fase Lútea

Sua duração é fixa, e dura 14 dias. Inicia-se com a ação do LH nas células granulosas. Elas sofrem luteinização do folículo dominante, que resulta na produção preferencial de progesterona.

A ovulação ocorre cerca de 36 horas após o pico de LH, que provoca a liberação de enzimas proteolíticas, pela teca externa, resultando na dissolução da parede capsular do folículo e conseqüente enfraquecimento da parede, que causa uma maior dilatação do folículo e degeneração do estigma. Além disso, o pico de LH produz um acelerado crescimento de novos vasos sanguíneos na parede folicular, aumentando sua permeabilidade capilar e liberando prostaglandinas que estimulam a contração das células musculares da parede folicular, ocorrendo assim a ovulação.

Com a liberação do óvulo, assumindo a meiose pela ação do LH, as células granulosas e tecais internas se transformam no corpo lúteo. A vascularização elevada na região (em anel de fogo na USG), é responsável pelo suprimento de colesterol, substrato para a produção dos hormônios sexuais, principalmente a progesterona.

Se não ocorrer a fertilização, o corpo lúteo regride dentro de 12 a 14 dias. O aumento de estrogênio e progesterona provoca um efeito de feedback negativo na hipófise anterior, inibindo a secreção de FSH e LH. Além disso, o corpo lúteo secreta pequenas quantidades de inibida A, que impede que o FSH seja secretado. Com a queda de LH, o corpo lúteo regride, se tornando em *corpus albicans* e perdendo todas as suas funções, o que gera redução da secreção dos hormônios sexuais feminino e início da menstruação e de um novo ciclo ovariano.

Se ocorre a fertilização, a gonadotrofina coriônica humana (hCG, do inglês *human chorionic gonadotropin*) produzida pelo embrião evita a regressão lútea, propiciando a esteroidogênese ovariana até a placenta assumir a produção hormonal da gestação.

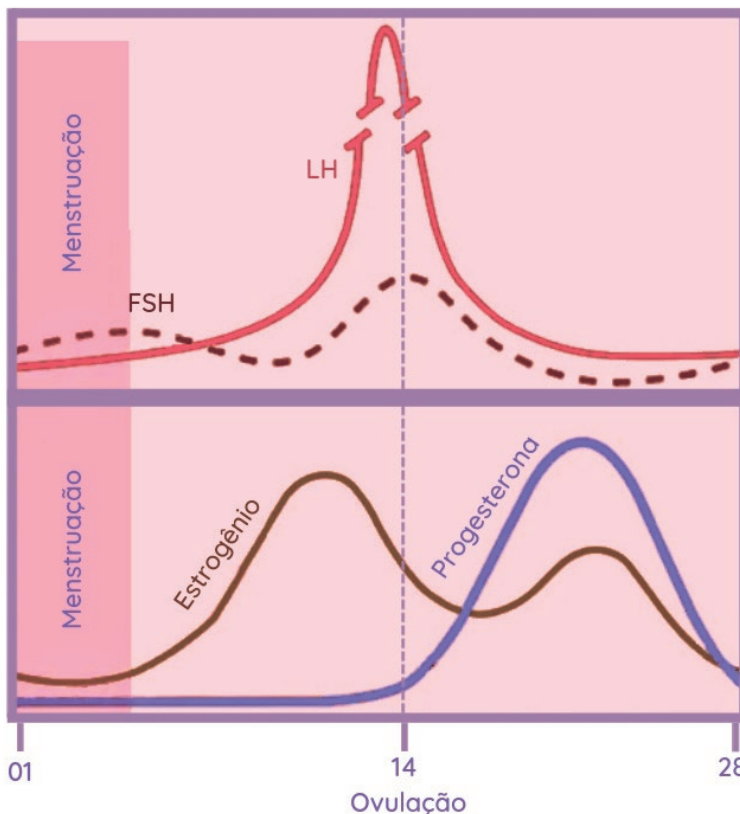


Figura 4. Concentrações Plasmáticas Aproximadas de Gonadotrofinas e Hormônios Ovarianos Durante o Ciclo Sexual Feminino Normal. FSH, hormônio Folículo Estimulante; LH, Hormônio Luteinizante.

2.3. Ciclo Uterino

São as alterações que ocorrem no útero da mulher para receber uma gestação, é dividida em três fases: menstrual, proliferativa e secretora.

2.3.1. Proliferativa

Inicia-se após três a quatro dias do início da menstruação, sob influência do estrogênio secretado na primeira parte do ciclo ovariano. Ocorre a proliferação acelerada das células do estroma e das células epiteliais glandulares do endométrio. Inicialmente as glândulas endometriais são pequenas, tubulares e curtas, tornando-se alongadas e tortuosas. Ao final dessa fase, antes da ovulação, o endométrio tem cerca de 3 a 5 milímetros de espessura e as glândulas endometriais, principalmente as da região cervical do útero, secretam um muco fino e pegajoso.

2.3.2. Secretora

Corresponde a fase lútea do ciclo ovariano, possuindo grande influência da progesterona, que provoca secreção glandular e edema do estroma.

Ocorre depósito de lipídios e glicogênio no citoplasma das células estromais e o fornecimento sanguíneo ao endométrio aumenta. As glândulas se tornam mais tortuosas e possuem um excesso de secreção acumulada no seu citoplasma. Essas mudanças acontecem para promover condições apropriadas à implantação do óvulo fertilizado, durante a última metade do ciclo mensal.

2.3.3. Menstrual

Não ocorrendo a gestação, o endométrio pré-menstrual apresenta infiltração leucocitária e reação decidual do estroma. Com a degeneração do corpo lúteo e diminuição da secreção dos hormônios ovarianos, ocorre redução da estimulação das células endometriais e a involução do endométrio em cerca de 65% da sua espessura.

Há interrupção da secreção pelas glândulas endometriais, por causa da mudança estrutural dos vasos sanguíneos, que se tornam vasos espásticos e liberam material vasoconstritor, desencadeando necrose no endométrio

Com o aumento da produção de prostaglandinas, causa uma isquemia endometrial adicional e contrações miometriais que expõem o conteúdo uterino.

O líquido menstrual possui uma fibrinoliseína que o impede de coagular. Ela é liberada em conjunto com o material endometrial necrótico, porém, se houver sangramento excessivo, a fibrinoliseína pode não ser suficiente para evitar a coagulação.

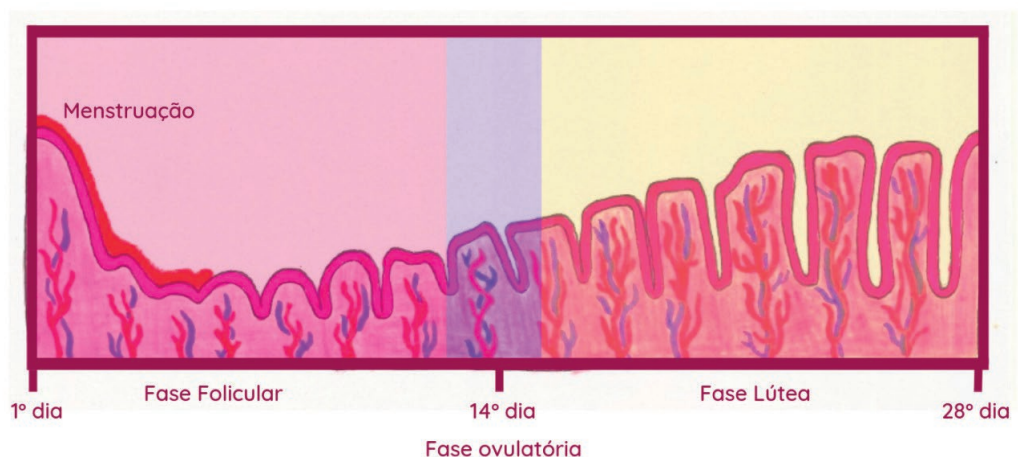


Figura 5. Fases do Crescimento Endometrial e da Menstruação Durante Cada Ciclo Sexual Mensal Feminino.

3. Anatomia Feminina

3.1. Introdução

São divididos em genitália interna, composto pelos ovários, trompas de falópio, útero e vagina, e genitália externa, composta pelo monte pubiano, os grandes e os pequenos lábios, o clitóris, o vestíbulo, bulbo vestibular e as glândulas vestibulares.

3.2. Genitália Interna

3.2.1. Ovários

São glândulas endócrinas que produzem hormônios sexuais. As gônadas femininas possuem formato e tamanho semelhante aos de uma amêndoa e estão localizadas na fossa ovariana, na cavidade pélvica.

A cápsula de tecido conjuntivo do ovário é recoberta por mesotélio ovariano, que tem superfície lisa nas mulheres pré-púberes. Em razão da repetida ruptura de folículos, essa superfície tende a se tornar mais irregular com o passar dos anos.

Os ovários são sustentados pelo mesovário, uma curta prega peritoneal que faz parte do ligamento largo. São também relacionados ao ligamento útero-ovárico, que sustenta o ovário à parede lateral do útero. Em continuidade ao mesovário do ligamento largo, ocorre a formação do ligamento suspensor do ovário, estrutura que contém os vasos, nervos e linfáticos ovarianos.

Sua irrigação ocorre pelas artérias ovarianas, ramos da aorta abdominal, e a drenagem ocorre pelo plexo pampiniforme, que se fundem e formam as veias ovarianas. A veia ovariana direita drena para a veia cava inferior e a esquerda para a veia renal esquerda.

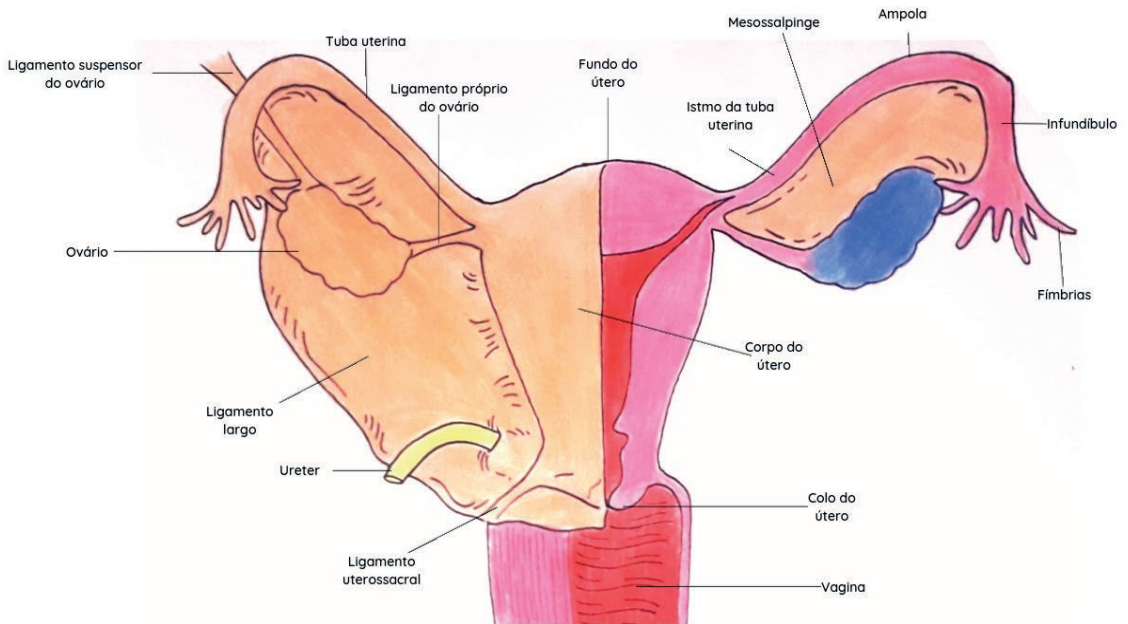


Figura 6. Ovários

3.2.2. Trompas de Falópio

Também chamadas de tubas uterinas, são um par de órgãos musculares que conduzem os oocistos para o útero, dividida em três partes:

- a) Infundíbulo: extremidade distal que abre no óstio abdominal, possui fímbrias que se abrem na face medial do ovário
- b) Ampola: parte mais larga e mais longa da tuba, local onde ocorre a fertilização
- c) Isthmo: parede mais espessa e mais estreita a tuba uterina
- d) Parte uterina: segmento intramural da tuba que se conecta ao óstio uterino

São órgãos intraperitoneais, revestidos pela parte mesossalpinge do ligamento largo, possuem cerca de 10 centímetros e estão lateralmente ao útero. Recebem suprimento arterial das artérias uterinas e ovariana e a sua drenagem se dá pelos plexos venosos uterino e pampiniforme.

3.2.3. Útero

É um órgão muscular oco com formato piriforme e paredes espessas, localizado na pelve menor. É inclinado antero-superiormente em relação a vagina e anti fletido sobre a bexiga. Todo mês o seu revestimento prolifera como preparação para receber o embrião, e, caso não ocorra a fecundação, ele descama e é eliminado durante a menstruação. É dividido em três partes:

- » Corpo: fica sobre a bexiga urinária e constitui 2/3 do órgão, é a parte principal do útero. Sua parede é dividida em perimétrio (serosa), miométrio (músculo liso) e endométrio (mucosa interna).
- » Istmo: localizada entre o corpo e o colo do útero, parte mais estreita do útero.
- » Colo: 1/3 inferior, cilíndrico e estreito. Dividido em duas partes: supravaginal e vaginal, que se projeta para a parte superior da parede anterior da vagina. Além de duas aberturas (orifício interno e externo) e um canal cervical.

O corpo uterino apresenta ligamentos de sustentação importantes, representado pelo ligamento largo, ligamento útero-ovário, ligamento redondo do útero. Os ligamentos redondo e largo se estendem até as paredes laterais do assoalho pélvico. O colo uterino também apresenta dois importantes ligamentos: ligamentos transversos do colo (ou cardinal ou de Mackenrodt) e os ligamentos retouterinos (ou útero-sacro).

É irrigado principalmente pela artéria uterina, ramo da artéria ilíaca interna, e a sua drenagem pelo plexo venoso uterino que desemboca na veia ilíaca interna.

3.2.4. Vagina

É um canal que se comunica superiormente com o canal do colo do útero e inferiormente com o vestibulo da vagina, que é a fenda entre os lábios menores. Localiza-se anterior ao reto e posterior a bexiga e uretra. Canal para o líquido menstrual, recebe o pênis durante a relação sexual, além de ser o canal pelo qual o concepto passa durante o parto.

A sua irrigação se dá por ramos da artéria ilíaca interna, como, as artérias uterinas, vaginais e pudenda interna. A drenagem venosa da vagina é pelas veias vaginais que desembocam nas veias ilíacas internas.

O hímen é uma membrana em forma de anel que envolve o orifício vaginal e normalmente possui uma ou mais perfurações centrais, algumas anomalias congênitas nessa estrutura, por exemplo hímen imperfurado, podem necessitar correção cirúrgica.

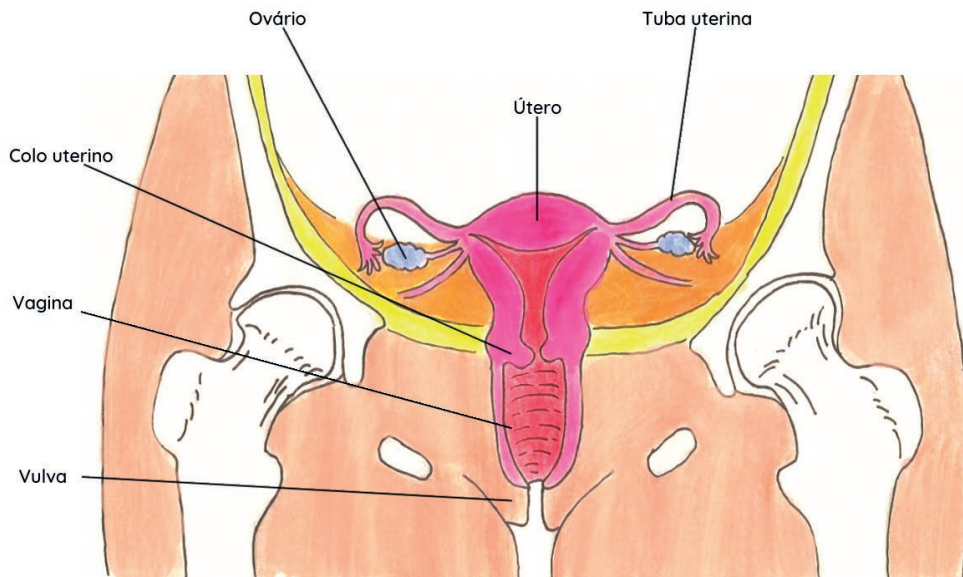


Figura 7. Genitália Feminina na Vista Coronal

3.3. Genitália Externa

Possui irrigação pelas artérias pudendas, internas e externas, que são ramos das artérias ilíacas internas e das artérias femorais. Sua drenagem venosa se dá pela veia pudendas internas e externas. A inervação da região anterior é pelo nervo ilioinguinal e nervo genitofemoral e a região posterior pelo nervo pudendo e nervo cutâneo posterior da coxa.

3.3.1. Monte Pubiano

Localizado anterior a sínfise púbica e é uma massa de tecido subcutâneo adiposo, coberta por uma camada de pelos pubianos em formato triangular.

3.3.2. GRANDES LÁBIOS:

São a parte mais lateral da vulva e são duas dobras cutâneas cobertas por pelos pubianos. A fenda entre elas é chamada de fenda de vulva. Possuem duas fusões: a comissura anterior e a posterior. São homólogos ao escroto no sexo masculino.

3.3.3. PEQUENOS LÁBIOS:

Cercam o vestíbulo vaginal e os orifícios uretral e vaginal. São dobras

cutâneas finas e sem pelos, e contribuem para formação do prepúcio e do frênulo do clitóris.

3.3.4. CLITÓRIS:

É o escroto no sexo masculino. Localizado na parte superior do vestíbulo vulvar e é análogo ao pênis masculino, é um órgão erétil responsável pelas sensações sexuais. Possui três partes: base, corpo e glânde.

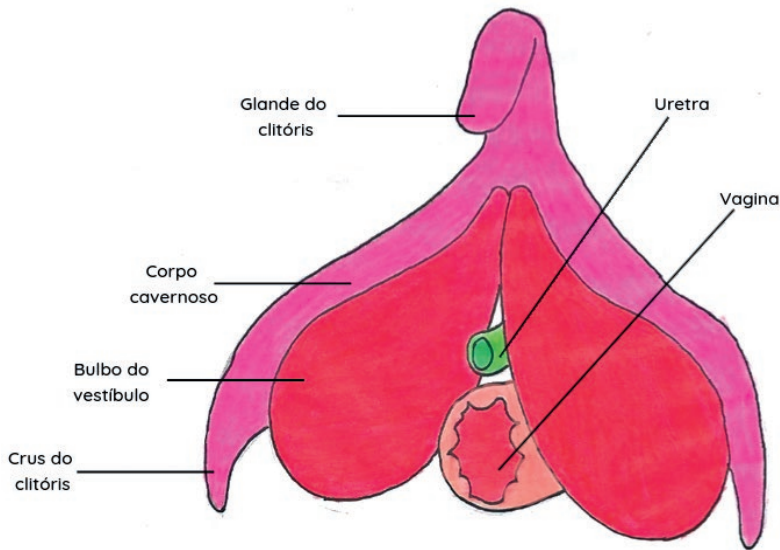


Figura 8. Clitóris

3.3.5. VESTÍBULO:

Região entre os pequenos lábios, contém o orifício vaginal, abertura da uretra feminina e as aberturas das glândulas vestibulares, que são:

- » Glândulas maiores: ou glândulas de Bartholin são homólogas às glândulas bulbouretrais no sexo masculino e servem para lubrificar a vulva durante a relação sexual.
- » Glândulas menores: localizadas entre os orifícios uretral e vaginal, são homólogas à próstata masculina.

3.3.6. PERÍNEO:

É a área entre a vagina e o ânus, tem como limites os ramos isquiopúbicos, as tuberosidades isquiáticas, os ligamentos sacrotuberal e o cóccix.

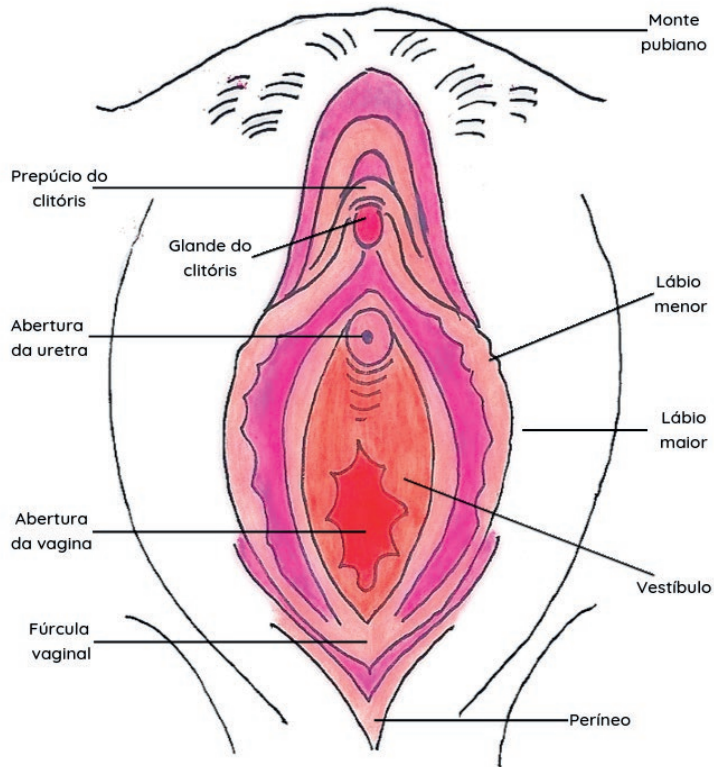


Figura 9. Genitália Externa Feminina

3.4. Pelve:

3.4.1. OSSO DA PELVE

Ílio: Porção superior da pelve e forma uma asa na região, fornece suporte para a área inferior do abdome. Possui duas concavidades, sendo uma delas a incisura isquiática maior, que limita o sacro, ílio e a espinha isquiática.

Ísquio: Parte posterior e inferior do osso pélvico. Possui a espinha isquiática, que é uma projeção óssea que separa a incisura isquiática maior e menor, pode ser palpada pela vagina, reto ou espaço retropúbico, durante o trabalho de parto ela é palpada para determinar a posição fetal apresentada. É o local de inserção do músculo levantador do ânus e da vagina, além do ligamento sacroespinhoso.

Sacro: É a parte final da coluna vertebral e conectá-la com os ossos da pelve. São cinco vértebras fundidas, possui forames por onde passam os nervos sacrais e o cóccix está na parte inferior ao osso, na saída pélvica, é palpável por via transvaginal ou transretal.

Púbis: Representa a parte anterior e inferior do osso pélvico. Se articulam na linha média da sínfise púbica, que durante a gravidez aumenta a mobilidade

3.4.2. Ligamentos da pelve:

Ligamento sacroespinal: tem um formato triangular e sua fixação no topo na espinha isquiática e na base no sacro e cóccix. Ele divide a saída da pelve em dois forames. Possui diversas estruturas neurovasculares próximas a este ligamento, sendo necessário cuidado em procedimento cirúrgico para não lesar tais estruturas.

Ligamento sacrotuberal: possui um formato triangular também e base larga que se liga na tuberosidade isquiática.

3.4.3. Músculos pélvicos:

Músculo obturador interno: possui origem no ramo púbico superior e inserção no trocânter maior do fêmur, com o tendão passando pelo forame isquiático menor. Ele é innervado pelo nervo obturador, que se origina de L5 e S2.

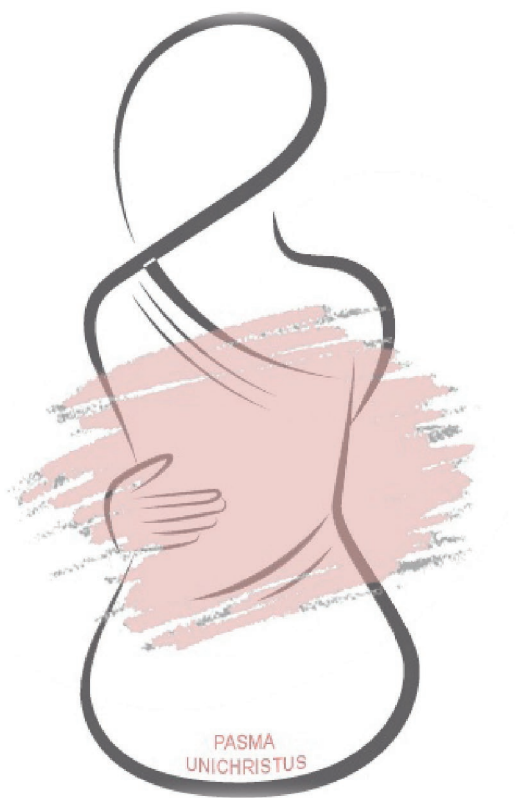
Músculo piriforme: faz parte da parede lateral da pelve e se insere no trocânter maior. Por cima deste músculo passa o plexo lombossacral.

Músculos do assoalho pélvico: é composto músculos elevador do ânus, composto pelo músculo puborretal que forma uma tipoia ao redor da vagina, músculo pubococcígeo e iliococcígeo o músculo coccígeo, o esfíncter anal externo, o esfíncter uretral estriado e os músculos perineais profundos e superficiais.

BIBLIOGRAFIA

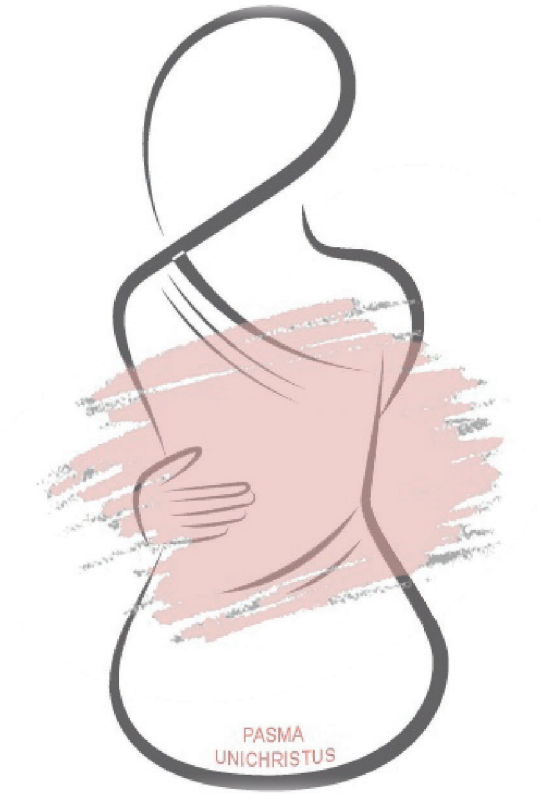
1. HALL, JOHN E. GUYTON AND HALL TRATADO DE FISIOLOGIA MÉDICA. 13. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2017. 1176 P.
2. NETTER, FRANK H. ATLAS DE ANATOMIA HUMANA. 7. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019.
3. MOORE, KEITH L.; DALLEY, ARTHUR F.; AGUR, ANNE M. R. MOORE ANATOMIA: ORIENTADA PARA A CLÍNICA. 7. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN LTDA., 2014.
4. BARBER, MATTHEW D. ANATOMIA PÉLVICA FEMININA CIRÚRGICA: ÚTERO E ESTRUTURAS RELACIONADAS. UPTODATE, [S. L.], 27 JAN. 2021.
5. BARBER, MATTHEW D. ANATOMIA UROGENITAL FEMININA CIRÚRGICA. UPTODATE, [S. L.], 11 FEV. 2021.
6. ADAMS, JUDITH M. AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA DO CICLO MENSTRUAL NORMAL. UPTODATE, [S. L.], 3 MAR. 2021.
7. WELT, CORRINE K. EIXO HIPOTALÂMICO-HIPOFISÁRIO. UPTODATE, [S. L.], 26 ABR. 2021.

8. WELT, CORRINE K. AVALIAÇÃO DO CICLO MENSTRUAL E MOMENTO DA OVULAÇÃO. UPTODATE, [S. L.], 19 MAIO 2021.
9. WELT, CORRINE K. FISILOGIA DO CICLO MENSTRUAL NORMAL. UPTODATE, [S. L.], 22 JUN. 2021.
10. TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO / EDITORES CESAR EDUARDO FERNANDES, MARCOS FELIPE SILVA DE SÁ; COORDENAÇÃO AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO, ET AL. 1. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019.
11. FREITAS, ET AL. **ROTINAS EM GINECOLOGIA**. 6 ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2011. CAP 10. P. 144-157.



PASMA
UNICHRISTUS

SEMILOGIA



PASMA
UNICHRISTUS

SEMIOLOGIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**Maria Luiza Varela Leal Barros
Francisca Patrícia Almeida Queiroz
Paula Soares Machado
Adriana Maria Gurgel Maia**

1. Introdução:

O início da vida humana requer certa atenção às suas particularidades. Na consulta médica não é diferente, sendo de suma importância compreender as diferenças de cada faixa etária a fim de promover o desenvolvimento adequado desse indivíduo nos âmbitos social, cultural, familiar e orgânico.

2. Roteiro para anamnese da criança e do adolescente:

2.1. Recém-nascido:

A anamnese do recém-nascido deve conter informações minuciosas sobre o pré-natal, etapas da gestação e do parto. Esses dados são repassados pelo responsável da criança, sendo de responsabilidade do médico observar o que realmente está acontecendo com o paciente. O interrogatório sintomatológico deve ser realizado por sistemas:

Geral: questionar sobre o sono, irritabilidade, prostração e amamentação.

Sistema tegumentar: questionar sobre alterações da coloração da pele, manchas, pápulas.

Cardiovascular: informar-se da ocorrência de dispneia, cianose, edema.

Respiratório: verificar a presença de coriza, tosse, espirros, dispnéia, roncos.

Digestório: questionar sobre as características e frequência das fezes, ocorrência de vômitos.

Geniturinário: informar-se sobre as características da diurese.

Na história familiar e na patológica pregressa é necessário questionar sobre os dados da gestação, por exemplo duração, intercorrências, via de parto, exames complementares realizados pela mãe (sorologia para HIV, hepatite B e C, sífilis, toxoplasmose), existência de alteração em alguma ultrassonografia e o tipo sanguíneo materno. Em relação ao recém-nascido deve-se questionar as

condições de nascimento, o tipo de parto, as semanas de gestação, se houve necessidade de reanimação ou oxigenioterapia, se a criança passou pela terapia intensiva, se fez uso de antibiótico ou de outro medicamento. Além disso, questionar se já necessitou de internação, por quanto tempo e quais procedimentos e exames foram realizados durante o período.

Durante a consulta, é de suma importância verificar e incentivar a atualização da caderneta vacinal. Além de questionar sobre a exclusividade do aleitamento materno, estimulando e orientando tal prática.

2.2. Lactentes:

A anamnese do lactente deve levar em consideração as particularidades dessa fase marcada por intenso desenvolvimento e crescimento. Recomenda-se a avaliação do cotidiano da criança, a frequência e a qualidade do sono, amamentação, funções fisiológicas e cuidados para prevenir acidentes domésticos, além de perguntar sobre o uso de chupetas e sucção de dedos. Durante essa fase, questionamentos relevantes dizem respeito ao crescimento, desenvolvimento e imunização do lactente. A relação da criança com os familiares, o apego, sinais de cuidados ou maus-tratos, acidentes domésticos, entre outros, também são pontos que devem ser tratados durante a consulta

2.3. Pré-escolar e escolar:

Essa fase da vida da criança é marcada por grande atividade motora, desenvolvimento de habilidades, linguagem e intensa capacidade de aprendizagem. Nesse momento, é importante questionar sobre as relações e hábitos familiares, a alimentação, o sono e o tempo de uso de tela por dia.

Por volta dos 3 a 4 anos, recomenda-se estabelecer um diálogo com a criança durante a consulta. Nessa idade, é importante questionar sobre a sociabilidade, a prática de atividades físicas e escolares, suas relações com os colegas, com os irmãos. A linguagem é um tema que deve ser abordado e orientado aos pais, crianças com 2 anos têm cerca de 50% da linguagem inteligível, aos 4 anos, quase toda a fala deve ser compreensível. Além disso, a história familiar e a patológica pregressa também devem ser indagadas.

2.4. Adolescente:

A avaliação dessa faixa etária deve levar em consideração a complexidade de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que esses indivíduos sofrem. A consulta deve consistir em dois momentos, um primeiro momento com responsáveis, sendo questionado, a ambos, a queixa principal e história da doença atual, familiar e antecedentes pessoais. No segundo momento, o adolescente

deve ficar sozinho com o médico, respeitando sua autonomia e privacidade. Durante esse período, questiona-se sobre condições socioeconômicas, hábitos de vida, vida escolar, relações familiares e sociais e saúde sexual e reprodutiva. As perguntas devem ser feitas respeitando a idade, a individualidade e o interesse do adolescente. Outros assuntos que podem ser abordados são medidas de autocuidado e cuidado com o outro, atividade sexual, afetividades e questões de orientação sexual, quando demandadas.

3. Exame físico:

3.1. Recém-nascido:

No início da avaliação física do recém-nascido devem ser realizadas medidas antropométricas, como peso, comprimento, perímetros cefálico, torácico e circunferência abdominal.

Durante a inspeção deve-se buscar alterações características de anomalias genéticas, por exemplo, pregas epicânticas, orelhas de baixa implantação e micrognatismo.

No exame físico do sistema cardiovascular, é realizado a ausculta de todo o tórax, observando o *ictus cordi*, a presença de sopro, cianose ou edema, além disso é necessário avaliar a frequência e o ritmo cardíaco, lembrando que arritmia sinusal ou respiratória é normal na infância.

Na inspeção do sistema respiratório, buscar por evidências de dispneia, como tiragem intercostal e subcostal e batimento da asa do nariz. Realizar a ausculta do tórax e a contagem da frequência respiratória por 1 minuto.

No abdome, caracterizá-lo e buscar visceromegalias. Na genitália, caso seja do sexo masculino, procurar testículos na bolsa escrotal e região inguinal, verificar se há exposição da glândula e, havendo, observar se há epispádia ou hipospádia. Caso seja do sexo feminino, verificar se há sinequia de lábios, hipertrofia de lábios vulvares e de clitóris.

Nos membros, realizar as manobras de Ortolani e Barlow com o intuito de identificar luxação congênita de quadril. Ademais, palpar os pulsos inguinais, avaliar pele, perfusão e pregas cutâneas.

Durante a pesquisa de reflexos e sinais neurológicos, deve-se avaliar o tônus, realizando os reflexos tendinosos e cutâneo plantar, os reflexos primitivos, o tônus cervical e a preensão palmar.

3.2. Exame físico do lactente ao pré-escolar:

A avaliação física se inicia na inspeção, assim que o paciente entra na sala, podendo ser observado sinais de prostração, irritabilidade, cianose ou desconforto respiratório. As etapas do exame físico se assemelham com a do recém-nascido, sendo realizado em decúbito dorsal. Já em crianças maiores, o exame pode ser realizado sentado. Durante a consulta, é necessário também a avaliação de medidas antropométricas que deverão ser colocadas em curvas a fim de averiguar o crescimento e desenvolvimento dessas crianças. A partir dos 3 anos de idade, deve-se realizar a aferição da pressão arterial

3.3. Exame físico do adolescente:

Nessa fase da vida, a preocupação com seu corpo e sua imagem crescem muito, sendo necessário, durante o exame físico, transmitir tranquilidade e confiança ao adolescente, a fim de que o exame seja realizado com eficácia.

Algumas recomendações a essa etapa da consulta dizem respeito às peculiaridades dessa faixa etária, entre elas estão:

- Respeitar o pudor do adolescente, explicando com clareza todos os procedimentos antes de realizá-los;

- Garantir a privacidade do paciente, questionando se ele prefere a presença ou não dos responsáveis, além de sempre se certificar de que o ambiente está com a porta trancada;

- Durante o exame, manter no recinto, além do médico, outro profissional da área da saúde. Por fim, esclarecer quaisquer dúvidas que o adolescente tenha apresentado.

A semiotécnica é a mesma recomendada para os adultos, salvaguardando algumas diferenças. Deve ser realizada a avaliação do crescimento, incluindo o estadiamento puberal pelos critérios de Tanner. No exame físico geral, deve-se avaliar o aspecto geral, o peso, a estatura, o índice de massa corporal (IMC), a temperatura, a pressão arterial e as frequências cardíaca e respiratória. Na pele, a queixa de acne é bastante comum nessa idade.

No exame das genitais, o esclarecimento dos procedimentos é de suma importância e a possível recusa do paciente de realizá-lo deve ser respeitada. No sexo masculino, Além de determinar a maturação sexual, deve-se verificar a fimose e palpar os testículos. No sexo feminino, deve-se examinar a vulva (pequenos e grandes lábios, hímen) e verificar se há secreção vaginal. O exame ginecológico completo feito por ginecologista é indicado a adolescentes com atividade sexual, vulvovaginites não responsivas aos tratamentos de rotina, amenorreia primária ou secundária, suspeita de abuso sexual ou de gravidez, dismenorreia não responsiva

aos tratamentos de rotina, dentre outras situações.

Por fim, a avaliação das horas de sono, uso de tela, prática de esportes, humor, sociabilidade, verbalização e outras características da personalidade, também são relevantes.

4. Acompanhamentos:

Ao longo do desenvolvimento infantil, algumas condutas devem ser realizadas rotineiramente a fim de garantir um crescimento adequado e saudável entre elas.

- O calendário vacinal deve estar sempre atualizado

Idade	BCG	Hepatite B	Penta / DTP	VIP/VOP	Pneumocócica 10 V	Rotavírus humano
ao nascer	dose única	dose ao nascer				
2 meses			1ª dose	1ª VIP	1ª dose	1ª dose
3 meses						
4 meses			2ª dose	2ª VIP	2ª dose	2ª dose
5 meses						
6 meses			3ª dose	3ª VIP		
9 meses						
12 meses					reforço	
15 meses			reforço DTP	reforço VOP		
4 anos			reforço DTP	reforço VOP		
9 anos						
10-19 anos		3 doses				

Tabela 1. Calendário Nacional de Imunização de acordo com o Ministério da Saúde, 2018.

Idade	Meningocócica conjugada	Febre amarela	Hepatite A	Tríplice viral	Varicela	HPV
ao nascer						
2 meses						
3 meses	1ª dose					
4 meses						
5 meses	2ª dose					
6 meses						
9 meses		dose única				
12 meses	Reforço		uma dose	1ª dose		
15 meses						
4 anos					uma dose	
9 anos						2 doses meninas
10-19 anos	Reforço ou dose única	dose única (não vacinados)		2 doses		2 doses meninos

Tabela 2. Calendário Nacional de Imunização de acordo com o Ministério da Saúde, 2018.

O aleitamento materno exclusivo deve ser recomendado até os 6 meses, entre as vantagens dessa prática estão a diminuição da mortalidade infantil, diminuição do sangramento pós-parto, prevenção contra o câncer de mama na mãe e melhor desenvolvimento cognitivo para o bebê. Na introdução alimentar, os alimentos devem ser bem cozidos, refogados ou ensopados, com pouca água, até que fiquem macios, as carnes devem ser oferecidas bem cozidas, desfiadas ou bem picadas, os temperos devem ser naturais (alho, cebola, salsa, cebolinha) e bem pouco sal. O consumo de leite de vaca deve ficar restrito aos 12 meses e o de açúcares industrializados aos 18 meses.

Outro ponto de suma importância é a avaliação do crescimento e desenvolvimento, que pode ser realizado por meio de várias curvas disponíveis (curva de Marcondes, curva da Organização Mundial da Saúde, curvas do Centers for Disease Control and Prevention), que estratificam as crianças em percentis e escores Z (quantidade de desvios-padrão acima ou abaixo da média e pelos marcos do desenvolvimento).

Em crianças maiores, existem marcos que devem ser acompanhados, por exemplo, o estadiamento de Tanner, a fim de caracterizar o nível de maturação

sexual. No sexo feminino, o início da puberdade, geralmente, coincide com o estágio 2 de Tanner, ocorrendo entre 8 e 13 anos, já no sexo masculino, se inicia com o crescimento do volume testicular (G-2), entre 9 e 14 anos.

M1- Mama infantil, com elevação somente da papila
M2- Mamas em fase de botão (elevação da mama e aréola como pequeno montículo)
M3-Maior aumento da mama, sem separação dos contornos
M4-Projeção da aréola e das papilas para formar montículo secundário sobre a mama
M5-Fase adulta, com saliência somente das papilas

Tabela 3. Estágios do desenvolvimento mamário no sexo feminino (Tanner e Marshall, 1962).

G1- Pré-adolescência (infantil)
G2- Aumento do escroto e dos testículos, se um aumento do pênis
G3- Ocorre também aumento do pênis, inicialmente em toda a sua extensão
G4- Aumento do diâmetro do pênis e da glândula, crescimento dos testículos e escroto, cuja pele escurece
G5- Tipo adulto

Tabela 4. Estágios do desenvolvimento genitais masculino (Tanner e Marshall, 1962).

P1- Fase pré-adolescência (não há pelagem)
P2- Presença de pelos longos, macios, ligeiramente pigmentados, na base do pênis
P3- Pelos mais escuros, ásperos, sobre o púbis
P4- Pelagem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor que no adulto
P5- Tipo adulto, estende-se até a face interna das coxas

Tabela 5. Estágios do desenvolvimento dos pelos pubianos no sexo masculino (Tanner e Marshall, 1962).

5. Encaminhamentos:

O profissional de saúde da atenção básica deve ser capaz de identificar situações de risco ou anormais durante a consulta pediátrica e assim referenciar aos especialistas os casos que sejam necessários.

Em especial, na consulta do adolescente devem ser encaminhados casos de ideação suicida, traços depressivos, entre outros distúrbios psíquicos.

Em caso de puberdade precoce ou tardia, também devem ser acompanhadas por especialistas.

REFERÊNCIAS

1. SEMIOLOGIA MÉDICA / CELMO CELENO PORTO ; COEDITOR ARNALDO LEMOS PORTO. - 8. ED. - RIO DE JANEIRO : GUANABARA KOOGAN, 2019; 20: 1252-1275.
2. TRATADO DE PEDIATRIA : SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA / [ORGANIZADORES DENNIS ALEXANDER RABELO BURNS... [ET AL.]]. -- 4. ED.-- BARUERI, SP : MANOLE, 2017. 2: 51-63.
3. PORTO, CELMO CELENO. EXAME CLÍNICO / CELMO CELENO PORTO, ARNALDO LEMOS PORTO. 8. ED. RIO DE JANEIRO : GUANABARA KOOGAN, 2017; 40: 39-60.

SEMIOLOGIA NA MULHER ADULTA

Maria Jhéssica Almeida Carneiro

Melissa Campos Nobre

Lícia Amélia Siebra Cavalcante

Juliana Nunes Ferreira Correia

A Anamnese é uma importante ferramenta para investigação de dados clínicos, pois é por meio dela em que o médico(a), além de estabelecer inicialmente as bases para uma boa relação médico - paciente, poderá alcançar a maior parte dos diagnósticos de doenças, bem como direcionar as bases do tratamento da enfermidade da sua paciente. É por meio dessa ferramenta durante as consultas que o profissional de saúde poderá obter informações essenciais como história clínica, informações pessoais, familiares, ambientais, direcionar exame físico e exames complementares de acordo com a queixa principal da paciente e possibilitar a formulação de hipóteses diagnósticas para o caso. Estabelecer um roteiro para a anamnese facilita a comunicação entre todos os envolvidos e otimiza o registro em prontuários digitais ou de papel todas as informações pertinentes à paciente.

1. Identificação:

A identificação engloba nome completo, idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade, religião, residência e procedência, nome da mãe. Por meio de uma minuciosa identificação da paciente pode-se detectar condições clínicas mais frequentes em mulheres que residem em determinada localidade, que pertencem a determinado grupo étnico, bem como por meio da análise da idade da mulher pode-se identificar a fase de vida em que se encontra (puberdade, menacme, climatério ou senectude). É sempre importante registrar a fonte das informações da história colhida (paciente ou acompanhante), principalmente, em situações em que a própria paciente não tem condições de ser entrevistada como rebaixamento do nível de consciência.

2. Queixa principal:

Registrar conforme falado pela paciente.

3. História da doença atual:

Nesse tópico será discutido sobre a(s) queixa(s) que trouxe a paciente a procurar o atendimento médico e deve ser abordado sobre início, evolução, fatores de melhora

ou piora, medicações em uso, exames já realizados. Os fatos devem ser organizados por ordem cronológica a fim de facilitar o raciocínio da história.

4. Antecedentes pessoais fisiológico:

Nesse momento da entrevista será perguntado à paciente sobre gestação e nascimento, deve-se buscar informações sobre condições de parto, doenças na gestação e como decorreu a gravidez da genitora, bem como estado de nascimento da criança e número de irmãos. Será abordado sobre o desenvolvimento psicomotor e neural que engloba saber sobre como ocorreu o desenvolvimento físico, dentição e fala. Ainda nesse tópico, deverá ser caracterizado o desenvolvimento sexual da mulher a partir de informações sobre a idade da menarca, sexarca, puberdade, menopausa. Antecedentes menstruais devem ser bem caracterizados e o médico deverá perguntar sobre regularidade ou irregularidade do ciclo menstrual, duração do fluxo menstrual, sintomas associados, data da última menstruação.

5 Antecedentes pessoais patológicos:

A avaliação da história patológica pregressa engloba doenças diagnosticadas, alergias a medicamentos ou alimentos, traumatismos, cirurgias, transfusões sanguíneas realizadas, medicações de uso contínuo, internações e história obstétrica em que será registrado o número de gestações (G), de partos (P); de abortos (A), de prematuros e cesarianas (C) (G – P – A – C).

6. Antecedentes familiares:

É de fundamental importância obter informações sobre doenças de ocorrência familiar e identificar principalmente o acometimento de membros da família por neoplasia de mamas, ovários e intestinos.

7. Hábitos de vida:

O consumo regular de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas devem ser interrogados a paciente. A prática de atividade física, alimentação, condições de moradia e lazer são também importantes para a construção de uma visão geral de todos os aspectos e condições da paciente.

8. Exame físico:

O exame ginecológico engloba o exame das mamas, da pelve e da genitália feminina e aliado a uma coleta minuciosa da anamnese fornece substratos suficientes para a elaboração de diagnósticos diferenciais, direcionamento de exames complementares e estabelecimento de condutas.

» Exame das mamas:

O exame das mamas compõe-se por três etapas: inspeção, avaliação de axilas e palpação e deve ser realizado em todas as consultas, preferencialmente entre o 5º e 7º dia após a menstruação, pois a mama encontra-se menos congesta e sensível.

A inspeção é composta por duas partes, a inspeção estática e a inspeção dinâmica em que a paciente deverá estar sentada à frente do examinador e deverá ser analisada simetria, volume, mobilidade e retrações ou abaulamentos das mamas. Em seguida, prossegue-se com o exame das axilas em que o examinador deve identificar o número de linfonodos palpáveis, tamanho, consistência e mobilidade. Nesse contexto, o braço direito do profissional deve suspender o braço direito da paciente e a mão esquerda do examinador formará uma concha que iniciará a palpação na porção mais inferior da axila em direção ao ápice à procura de linfonodos. Na sequência, com a paciente em decúbito dorsal e as mãos posicionadas atrás da cabeça, procede-se à palpação das mamas com as polpas digitais do examinador em movimentos circulares. O exame deve abranger toda a área mamária compreendida entre a clavícula, a borda do esterno, prega inframamária e linha média axilar. O exame das mamas pode ser finalizado com a expressão dos mamilos para evidenciar se há a presença de descarga papilar e, caso positiva, a caracterização dessas secreções em serosas, lácteas ou sanguinolentas.

» Exame do abdome:

O exame cuidadoso da região abdominal faz-se necessário e é constituído de inspeção, ausculta, palpação e percussão. A paciente deve ser posicionada em decúbito dorsal, pernas estendidas e abdômen exposto. Durante a inspeção, deve-se observar a pele e se há equimoses, telangiectasias, icterícia, bem como a ocorrência de assimetrias no contorno na região abdominal, presença de hérnias, cicatrizes cirúrgicas e diástases musculares. A ausculta pode ser feita pela região do mesogástrio e em seguida deve ser realizada em todos os quadrantes do abdome e observada a presença de ruídos hidroaéreos, o silêncio abdominal durante o período de dois minutos de ausculta pode ser indicativo de irritação peritoneal difusa. A palpação deve ser realizada de forma superficial e profunda a fim de que seja detectada pelo examinador a eventual presença de massas abdominais ou pélvicas e suas características como consistência, se são sólidas ou císticas-sólidas, tamanho e mobilidade, bem como deve ser avaliado órgãos como fígado, baço e rins. É importante destacar que se houve suspeita de ascite, realizar manobras como piparote e macicez móvel. Por fim, a percussão da região abdominal poderá sugerir presença de gás nas alças intestinais se for detectado um hipertimpanismo ou aumento do útero ou bexiga distendida, se for percebido um som maciço na região suprapúbica.

» ▪ Exame da pelve:

O exame pélvico é realizado com a paciente em posição supina, com as pernas na posição de litotomia dorsal e os pés apoiados em um suporte.

Primeiramente, deve-se realizar o exame da genitália externa que compreende na inspeção da vulva, do períneo e região perineal, do monte púbis até o ânus em que observa-se a distribuição de pêlos (padrão masculino ou feminino), trofismo vulvar, coloração da pele, aspecto do hímen e carúnculas himenais, bem como detectar a presença de condilomas externos, lesões ou protuberâncias que podem ser cistos sebáceos ou tumores. Deve-se atentar para a simetria dos grandes lábios e dos pequenos lábios, entretanto uma pequena diferença de tamanho pode ser fisiológica. Ademais, deve-se observar a presença do clitóris no ponto de encontro dos lábios menores que pode chegar a medir aproximadamente até 2,5 cm de comprimento com uma parte subcutânea. Em seguida, na região abaixo ao clitóris, encontra-se a uretra que possui coloração semelhante ao resto da área adjacente. Na região perineal, pode-se ser detectado lacerações obstétricas ou cirurgias, alterações nas Glândulas de Bartholin e presença de eritema, que pode sugerir infecção vulvar ou vaginal em vigência. Prolapsos urogenitais também podem ser detectados na inspeção estática ou dinâmica, com a manobra de Valsalva. Em sequência, após a região perineal, o ânus pode ser inspecionado visando a identificação ou não de hemorróidas, fissuras ou irritação perianal. Em seguida, linfonodos inguinais devem ser palpados e quando identificados podem significar metástases de neoplasias e infecções pélvicas. Na sequência, realiza-se o exame especular em que são utilizados espéculos metálicos ou de plásticos com lanterna acoplada ou com uma fonte de luz externa. Pode-se aplicar uma pequena porção de lubrificante na superfície externa do espéculo. O espéculo é inserido em posição oblíqua e depois realiza-se uma rotação de aproximadamente 30° e penetra-se espéculo até alcançar a cérvix uterina. Após a inserção, procede-se a abertura do espéculo e conseqüentemente a visualização da ectocérvix uterina.

Nesse contexto, após aberto, visualiza-se as paredes vaginais e colo do útero em busca de alterações, bem como é realizado coleta de secreção vaginal, endocervical, células para exame citológico, colposcopia, entre outros. Ademais, devem ser realizados, após o exame especular, o toque vaginal e exame bimanual. A técnica do toque vaginal é descrita como o toque unidigital, com apenas o dedo indicador, ou bidigital, com o dedo indicador e médio e nesse exame será avaliado a consistência, elasticidade, rugosidade das paredes vaginais e consistência, posição e direcionamento do colo uterino. O exame bimanual é realizado quando, associado ao toque vaginal, o examinador posiciona sua mão sobre o hipogástrio e, neste exame, será a avaliado a posição uterina, que pode ser em anteversoflexão (AVF), retroverso flexão (RVF) e medioverso flexão (MVF), bem como os anexos tubas e ovários a fim de identificar massas sólidas, císticas ou sólido-císticas. O toque retal é também uma avaliação que pode ser realizada durante as consultas.

Dependendo das queixas da paciente, se durante a história clínica, houver a suspeita de fístulas, endometriose, massas abdominais e câncer de colo, a realização do toque retal torna-se fortemente recomendada. Existem duas formas

de realização do toque retal que são a forma combinada e a forma simples. Na forma combinada, o dedo indicador é inserido profundamente na vagina e o dedo médio no ânus e será feita a avaliação do septo retovaginal, a busca de nodulações e de pontos dolorosos. Na forma simples, semelhante ao toque vaginal, é introduzido o dedo indicador no ânus e será avaliado a integridade, aspecto e consistência da região retrocervical.

9. Exames complementares:

Durante a consulta ginecológica, pode ser necessária a solicitação de exames complementares para melhor avaliação da paciente. Nesse contexto, sumário de urina e urocultura podem ser relevantes quando há suspeita de infecção do trato urinário. A mamografia deve ser solicitada para as pacientes a fim de se realizar o rastreio para o câncer de mama, quando resultado inconclusivo desta, a associação com ultrassonografia das mamas pode ser necessária para auxílio.

Pode-se citar também a colposcopia que é um importante exame adicional a ser solicitado para a detecção de alterações na cérvix uterina principalmente quando já existe um resultado anormal de exame citopatológico. Para avaliação da permeabilidade das tubas uterinas em pacientes com queixas de infertilidade pode-se ser necessário a solicitação da histeriografia que consiste em um exame em que instila-se contraste para melhor observação da permeabilidade do útero e das trompas. Ademais, outro importante exame para avaliação da cavidade uterina consiste na histeroscopia em que insere-se um aparelho de fibra óptica (histeroscópio) no útero previamente inflado com solução salina e pode-se ser realizado procedimentos terapêuticos como miomectomia, polipectomia, ressecção de sinéquias uterinas e ablação endometrial, bem como remoção de dispositivos intra-uterinos (DIU) entre outros. Somado a isso, um exame simples de ultrassonografia pélvica tem grande utilidade na detecção de alterações nessa região. É por meio desse exame que pode-se detectar a posição de um DIU, a presença de corpo estranho na região da vagina, a existência de malformações uterinas congênitas, além de grande utilidade no diagnóstico de massas pélvicas e anexiais e na detecção de miomas. Abscessos pélvicos e cistos ovarianos podem ser bem detectados pela ultrassonografia pélvica.

10. Acompanhamentos:

A consulta ginecológica possibilita ao profissional da saúde identificar nas pacientes a presença das principais causas de morbimortalidade e a partir disso orientá-las de forma adequada. Nesse contexto, o médico(a) deve estar atento para algumas condutas de rotina a serem realizadas durante a consulta ginecológica.

Dentre diversas causas de morbimortalidade em mulheres, o câncer de

mama é o segundo tipo de neoplasia mais incidente na população feminina no Brasil. Devido isso e a possibilidade de diagnóstico precoce da doença, é preconizado o rastreamento desta neoplasia por meio da mamografia. A mamografia é recomendada pelo Ministério da Saúde para mulheres entre 50 e 69 anos e deve ser realizada anualmente.

Além do câncer de mama, a prevenção do câncer de colo uterino faz-se de fundamental importância durante os atendimentos visto que é o quarto tipo de câncer mais prevalente em mulheres e que possui um grande potencial de cura ao ser realizado diagnóstico precoce por meio do rastreamento. O rastreamento do câncer cervical é feito por meio do exame citopatológico durante as consultas ginecológicas e é recomendado a partir dos 25 anos de idade em mulheres que já iniciaram sua atividade sexual com a periodicidade de 3 anos, depois de realizados dois exames anuais sem alterações. O rastreamento deve ser realizado até a mulher atingir 64 anos. Para mulheres com idade acima de 64 anos que nunca realizaram exame de prevenção de câncer cervical é recomendado a realização de 2 exames com intervalo de 1 a 3 anos e se negativos deve-se suspender o rastreamento. O início do rastreamento e duração, porém variam a depender de cada caso. Somado a isso, o profissional da saúde deve sempre procurar estimular e esclarecer dúvidas sobre a vacinação contra o HPV, a qual é ofertada pelo SUS para a população feminina entre 9 e 13 anos.

11. Encaminhamentos:

Durante a consulta ginecológica, o profissional de saúde deve ter a capacidade de identificar situações em que a paciente necessita de atendimento especializado. Em algumas situações particulares como na presença de sangramentos fora do período menstrual ou desencadeados pelo ato sexual, lesões suspeitas em colo uterino, bem como resultados alterados na mamografia deve direcionar a paciente à procura de um serviço com atenção especializada para uma maior investigação clínica e melhor condução do caso.

REFERÊNCIAS

1. BARROZO, RAFAEL GUIMARÃES; ARAÚJO, JULIANA SÁ DE. EXAME GINECOLÓGICO. IN: ROCCO, JOSÉ RODOLFO. **SEMIOLOGIA MÉDICA**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2010. CAP. 11. P. 242-260. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788595155336/EPUBCFI6/2%5B%3BVND.VST.IDREF%3DA9788535246476_COVER%5D!/4/2/2%4051:35](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595155336/epubcfi6/2%5B%3BVND.VST.IDREF%3DA9788535246476_COVER%5D!/4/2/2%4051:35). ACESSO EM: 14 NOV. 2021.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA : SAÚDE DAS MULHERES / MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA – BRASÍLIA : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016.
3. GONÇALVES, ANA KATHERINE; ELEUTÉRIO JUNIOR, JOSÉ; COSTA, ANA PAULA FERREIRA; GIRALDO, PAULO CÉSAR. CERVICITES E URETRITES. IN: FERNANDES, CÉSAR EDUARDO; SÁ, MARCOS FELIPE SILVA DE (ED.). **TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019. CAP. 24. P. 278-286. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788595154841/EPUBCFI6/28%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCHAPTER4.XHTML%5D!/4/2/2/228/2%4051:84](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154841/epubcfi6/28%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCHAPTER4.XHTML%5D!/4/2/2/228/2%4051:84). ACESSO EM: 14 NOV. 2021.
4. HOFFMAN, BARBARA L.. ATENÇÃO PREVENTIVA DA MULHER. IN: HOFFMAN, BARBARA L.; SCHAFFER, JOHN O.; HALVORSON, LISA M.; BRADSHAW, KAREN D.; CUNNINGHAM, F. GARY (ORG.). **GINECOLOGIA DE WILLIAMS**. 2. ED. PORTO ALEGRE: AMGH EDITORA LTDA., 2014. CAP. 1. P. 2-32. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788580553116/PAGEID/18](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580553116/pageid/18). ACESSO EM: 2 DEZ. 2021.
5. KAWADA, CHARLES; KAWADA, CHARLES. HISTÓRIA GINECOLÓGICA, EXAME FÍSICO E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS. IN: DECHERNEY, ALAN H.; NATHAN, LAUREN; LAUFER, NERI; ROMAN, ASHLEY S.. **CURRENT DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**. 11. ED. PORTO ALEGRE: AMGH EDITORA LTDA, 2014. CAP. 35. P. 555-573.
6. LASMAR, RICARDO BASSIL *ET AL.* ANAMNESE E EXAME FÍSICO. IN: LASMAR, RICARDO BASSIL. **TRATADO DE GINECOLOGIA**. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2017. CAP. 1. P. 3-9. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788527732406/EPUBCFI6/50%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCAP-11%5D!/4](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527732406/epubcfi6/50%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCAP-11%5D!/4). ACESSO EM: 14 NOV. 2021.
7. LIMA, MARA RÚBIA ANDRÉ ALVES DE; LISBOA, NATHAN HERMENEGILDO; PACHECO, EIMI NASCIMENTO; STREY, YURI THOMÉ MACHADO. ESTRUTURA DA ANAMNESE. IN: MATOS, WALDO (ED.). **SEMIOLOGIA DO ADULTO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO BASEADO EM EVIDÊNCIAS**. RIO DE JANEIRO: MEDBOOK, 2017. CAP. 7. P. 47-54. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9786557830253/PAGEID/79](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830253/pageid/79). ACESSO EM: 1 DEZ. 2021.
8. PORTO, CELMO CELENO; PINHO, FÁBIA MARIA OLIVEIRA; BRANCO, RITA FRANCIS GONZALEZ Y RODRIGUES. ANAMNESE. IN: PORTO, CELMO CELENO; PORTO, ARNALDO LEMOS (ED.). **EXAME CLÍNICO**. 8. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2021.

CAP. 4. P. 38-57. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788527731034/EPUBCFI/6/10%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcopyright%5D!/4/10/8/3:57%5Bion%2Cal%5D](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527731034/epubcfi/6/10%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcopyright%5D!/4/10/8/3:57%5Bion%2Cal%5D). ACESSO EM: 14 NOV. 2021.

9. URBANETZ, ALMIR ANTONIO; PIAZZA, MAURI JOSÉ; TEIXEIRA, ARCÉLIO C.; URBANETZ, LORENA ANA MERCEDES LARA. A CONSULTA GINECOLÓGICA. IN: FERNANDES, CESAR EDUARDO; SÁ, MARCOS FELIPE SILVA DE (ED.). **TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019. CAP. 4. P. 35-45. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788595154841/EPUBCFI/6/28%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter4.xhtml%5D!/4/2/2/228/2%4051:84](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154841/epubcfi/6/28%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter4.xhtml%5D!/4/2/2/228/2%4051:84). ACESSO EM: 14 NOV. 2021.

O CUIDADO DA MULHER TRANS NA APS

**Ana Kéllen Mota da Costa Almeida;
Priscilla de Almeida Santos
Maria Jhéssica Almeida Carneiro
Tulius Augustus Ferreira de Freitas**

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “um aspecto central do bem-estar humano, do começo ao fim da vida, envolvendo sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução”. Portanto, ela está presente na vida de todos os seres humanos, se inicia no nascimento e se encerra na morte, é dinâmica e mutável.

A orientação sexual ainda é muito confundida com identidade de gênero, assim como também a definição de sexo genital, expressão de gênero e comportamento sexual, as quais devem ser entendidas para melhor acolher os pacientes, sendo definidas como:

- » Identidade de gênero: expressão de uma identidade construída a partir de como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, que pode corresponder ou não ao seu corpo biológico.
- » Orientação sexual: gênero pelo qual o indivíduo sente atração física, afetiva e sexual.
- » Sexo biológico ou genital: refere-se a anatomia genital de nascimento, determinada geneticamente pelo cariótipo.
- » Expressão de gênero: refere-se a forma na qual o indivíduo apresenta-se, determinada por vestimentas, maneirismos e comportamentos.
- » Comportamento sexual: relaciona-se com o papel da busca de satisfação sexual, podendo associar-se a parafilias, como pedofilia, zoofilia e exibicionismo.

O termo Transexual é designado a pessoas que não se reconhecem com o gênero atribuído ao nascimento (identidade de gênero). Portanto, a mulher trans foi designada no nascimento como masculino e está mudando ou mudou o papel de gênero para o feminino. O homem trans foi designado como feminino ao

nascimento e está mudando ou mudou o papel de gênero para o masculino.

A Atenção Básica é o principal nível de atenção de entrada da população ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse tem a função de oferecer acesso à saúde, atenção integral, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Em relação à população trans não é diferente, possuindo as mesmas atribuições e ao mesmo tempo ajudando a quebrar paradigmas e preconceitos.

Geralmente essa população sofre preconceitos nos serviços de saúde, devido a isso, a procura pelo atendimento é rara. Os profissionais da saúde e funcionários devem agir como modificadores dessa realidade e oferecer o cuidado integral à saúde sem preconceitos e estigmas.

2. O ACOLHIMENTO

A recepção à pessoa transexual é um ponto fundamental no acolhimento e continuidade ao cuidado dessa população. Por já terem passado por tantas situações de discriminação, violência e estigmatização, tem medo de sofrer algum abuso acabam por não procurar os serviços de saúde e como todo usuário, devem sentir-se acolhidos e cuidados. O uso do nome social é um dos fatores que facilitam essa acolhida. A Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 dispõe do direito ao uso do nome social (é o nome com o qual uma pessoa quer ser tratada), com isso é importante no acolhimento da população trans:

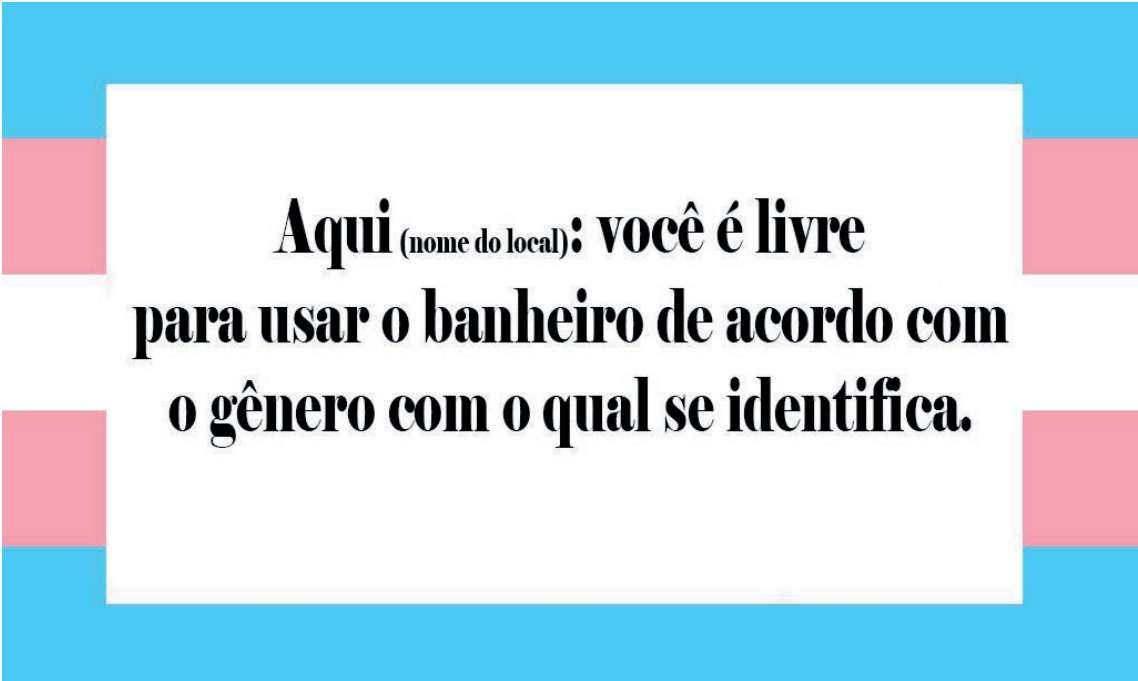
- Perguntar ao usuário como deseja que o (a) chame
- Chamar pelo nome escolhido (independente da aparência)
- Oferecer o cartão do SUS com o nome social (ajuda a quebrar barreiras e ajuda na aquisição da confiança ao profissional)
- Pedidos de exames também podem ser feitos com o nome social O ambiente da Unidade Básica de Saúde também é importante no acolhimento. Para que a UBS se torne mais acolhedora é importante que se tenha manifestações que informe ao usuário que aquela unidade é um local que acolhe o público LGBTI, dentre elas podemos citar:
 - Um cartaz que fale sobre o direito do uso do nome social (figura 1);
 - Símbolos e sinais LGBTI expostos na unidade;
 - Em casos de banheiros separados por gênero, o uso de uma sinalização da utilização dos banheiros de acordo com o gênero com o qual cada um se identifica (figura 2)
 - Divulgação de leis específicas.



Nome Social é um direito!

A gente usa e respeita!

(logo da instituição)



**Aqui (nome do local): você é livre
para usar o banheiro de acordo com
o gênero com o qual se identifica.**

Figura 1: modelo de cartaz sobre o direito ao uso do nome social

A mulher trans e homem trans devem ter acesso a equipe multidisciplinar e a todas as tecnologias disponíveis na integralidade do cuidado. Os grupos de escuta e acolhimento voltados para a população LGBTQI+ são de grande importância, pois favorecem a aproximação com o serviço de saúde e uma maior segurança para o usuário na hora do atendimento.

3. O CUIDADO

O atendimento deve considerar as necessidades gerais e específicas da população trans. A consulta médica pode ser realizada por várias especialidades: médico de família e comunidade (MFC), clínico geral, médico generalista, assim como especialidades focais como endocrinologista, psiquiatra, ginecologia e urologia.

É importante perguntar se o usuário tem interesse na abordagem das questões relacionadas a transexualidades, de preferência logo no início do atendimento, se essa última for negativa é interessante orientar a importância no cuidado às questões da saúde relacionadas a transexualidade.

Na anamnese e no exame físico devem ser avaliadas questões gerais e relacionadas à transexualidade. A solicitação e necessidade de exames devem seguir a lógica da queixa, clínica, rastreamentos, avaliação de risco e relacionados a transição hormonal.

A palavra "hormonização" é preferida entre a população trans do que a expressão "terapia hormonal" por não associar a doença, devido a presença da palavra terapia. Apesar desse processo ser, geralmente, um requisito para o atendimento na atenção especializada, esse pode ser realizado na atenção primária. Para isso a UBS deve possuir uma rede de apoio local e em serviços secundários e terciários, com uma equipe multiprofissional.

No Brasil são usados protocolos internacionais que foram desenvolvidos para atender pessoas trans, como também experiências nacionais nesse mesmo contexto, já que ainda não possui protocolo específico para a hormonização em transgêneros. Um dos protocolos mais atualizados e acessível é o guideline de São Francisco, que inclui também a prevenção quaternária, mas, também podem ser usados outros como o do Canadá, Argentina e Nova Iorque.

É importante utilizar a menor dose hormonal possível para que as transformações corporais sejam alcançadas. O acompanhamento sérico dos níveis hormonais nem sempre é realizado, mas se desejado pode ser realizado 4 vezes no primeiro ano e após esse período passa a ser anual.

A hormonização feminilizante é bastante segura, no entanto o monitoramento para o controle de possíveis efeitos colaterais devem ser periodicamente realizados, principalmente os efeitos graves, como o tromboembolismo.

As mulheres que farão ou fazem uso de estrógenos por tempo prolongado possuem um aumento do risco cardiovascular, além do surgimento de trombose, varizes, alguns cânceres (principalmente mama e próstata) e piora dos quadros de enxaqueca. O potássio também deve ser acompanhado se a mulher trans fizer uso da espironolactona, devido ao risco de hipercalemia, além de tontura,

ressecamento na pele e gastrite (usado nesse cenário como antiandrogênico). A saúde óssea também deve ser monitorizada pelo risco de diminuição da densidade óssea.

As contraindicações clínicas para hormonização devem ser avaliadas antes do início da terapia hormonal, são elas: evento prévio ou atual de doença trombótica, trombofilia, angina, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, hipertrigliceridemia grave e colelitíase. A hormonização deve ser iniciada se outras doenças crônicas estiverem bem controladas.

A avaliação da saúde mental deve ser feita independente de doenças mentais preexistentes ou relatadas durante a anamnese. A população trans sofre com preconceitos e exclusões sociais ainda existentes. Esse sofrimento pode resultar em transtornos psiquiátricos como: transtorno de ansiedade, transtorno de humor, automutilação, compulsividade. Além desses o uso de álcool, tabaco e substâncias psicoativas é maior em transexuais do que na população cisgênero, e podem ser acompanhadas na UBS através da estratégia de redução de danos. Se a demanda do usuário for problemática, que saia do contexto da atenção primária, podemos contar com o atendimento no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAP).

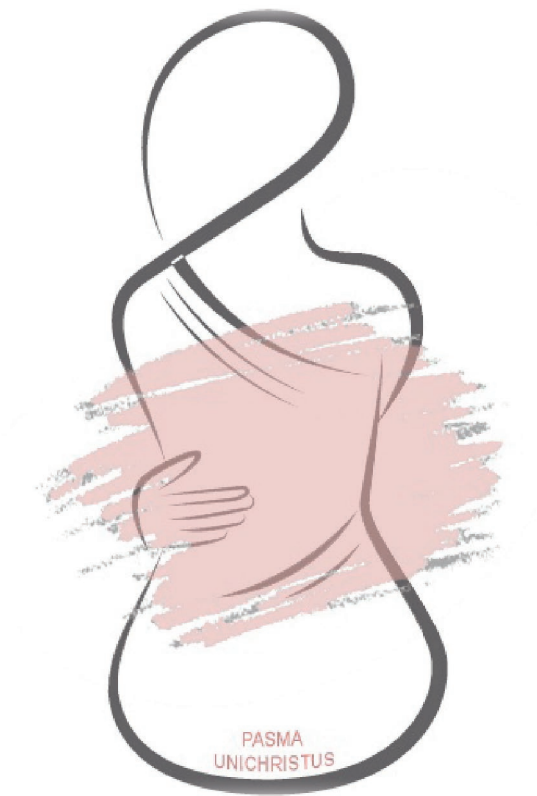
É válido lembrar que o homem trans deve ter seu acesso a equipe de ginecologia, período da gestação e amamentação é considerado contraindicado para a hormonização do homem trans. Embora não se tenham estudos relacionados à dose exógena de testosterona segura nesse caso, existe a possibilidade de androgenização fetal e risco de câncer observado em estudos com animais. Apesar disso alguns homens trans gestam com uso de testosterona e não geram fetos com genitália atípica, mesmo com relatos que não relacionam efeitos teratogênicos é importante que seja considerada a suspensão temporária do uso da testosterona. (colocar como uma nota no capítulo, já que o homem trans foge ao tema)

Por fim os cuidados relacionados à sexualidade devem ser oferecidos a todos os usuários e não somente a população transexual, assim como as ações e promoções relacionadas à sexualidade devem estar no cotidiano de todos os profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS/MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASÍLIA : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.
2. COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL LGBTI. PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. JUN. 2020. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.PREFEITURA.SP.GOV.BR/CIDADE/SECRETARIAS/UPLOAD/SAUDE/PROTOCOLO_SAUDE_DE_TRANSEXUAIS_E_TRAVESTIS_SMS_SAO_PAULO_3_DE_JULHO_2020.PDF](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PROTOCOLO_SAUDE_DE_TRANSEXUAIS_E_TRAVESTIS_SMS_SAO_PAULO_3_DE_JULHO_2020.PDF). ACESSO EM: 27 JUN. 2021
3. MAGALHÃES, LUIZA GOMES. MANUAL DE ACOLHIMENTO DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS (TT) À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS). TESE (MESTRADO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.EE.USP.BR/POSGRADUACAO/MESTRADO/APOSTILAS/ACOLHIMENTO_TRANSEXUAIS.PDF](http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/acolhimento_transexuais.pdf). ACESSO EM: 12 ABRIL. 2021.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA; COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. POSICIONAMENTO CONJUNTO. MEDICINA DIAGNÓSTICA INCLUSIVA: CUIDANDO DE PACIENTES TRANSGÊNEROS. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.ENDOCRINO.ORG.BR/MEDIA/PDFS_DOCUMENTOS/POSICIONAMENTO_TRANSEXUADO_SBEM_SBPCML_CBR.PDF](https://www.endocrino.org.br/media/pdfs_documentos/posicionamento_transexuado_sbem_sbpcml_cbr.pdf). ACESSO EM: 04 ABRIL. 2021.

GINECOLOGIA



PASMA
UNICHRISTUS

VULVOVAGINITES E VAGINOSES

Lícia Amélia Siebra Cavalcante
Ana Kéllen Mota da Costa Almeida
Amanda Magalhães Xerez Silva
Juliana Nunes Ferreira Correia

1. Epidemiologia e conceito:

Vulvovaginites e vaginoses são entidades clínicas importantes e repercutem significativamente na saúde e na qualidade de vida das mulheres, sendo uma das queixas mais frequentes em Ginecologia. Grande parte das mulheres desenvolvem pelo menos um episódio sintomático ao longo da vida, especialmente na idade reprodutiva.

Referem-se a afecções da vulva e da vagina, além do colo uterino e do trato genital superior, que, de forma geral, caracterizam-se por corrimento vaginal associado a sintomas como prurido, irritação vulvar e/ou vaginal, odor desagradável e desconforto, podendo ocorrer também disúria e dispareunia variáveis.

2. Etiologia e fisiopatologia:

Apresentam etiologia múltipla, envolvendo causas infecciosas e não infecciosas derivadas de processos irritativos químicos locais, traumas ou alterações hormonais.

Destacam-se as causas infecciosas, sendo as mais prevalentes a vaginose bacteriana (40-50%), a candidíase (20-25%) e a tricomoníase (15-20%).

Sua fisiopatologia decorre de mudanças na flora vaginal, que em condições normais é composta majoritariamente por numerosas espécies de lactobacilos, bactérias que, em uma relação simbiótica, transforma glicogênio em ácido láctico o que mantém o pH vaginal entre 3,8 e 4,2. Outras espécies bacterianas também estão presentes. Dessa forma, a diminuição ou ausência de lactobacilos está implicada no supercrescimento de espécies com potencial patológico.

A secreção vaginal fisiológica é branca, inodora, viscosa e rica em bactérias, sofrendo também influências orgânicas, psíquicas e hormonais que alteram seu aspecto, volume e composição. Assim, a presença de secreção vaginal aumentada pode não significar uma doença.

3. Vaginose Bacteriana (VB):

3.1. Epidemiologia e conceito:

Representa a principal causa de alteração na secreção entre as mulheres em idade reprodutiva (40-50% dos casos), mas sua prevalência é subestimada, visto que a maioria das mulheres afetadas é assintomática. No Brasil, a prevalência varia entre 4 e 64%, sendo três vezes mais comum em mulheres negras.

É o resultado de alterações na flora bacteriana normal em decorrência do supercrescimento de espécies anaeróbicas de bactérias, associada à redução ou ausência de *Lactobacillus* produtores de peróxido de hidrogênio, que integram a flora vaginal normal. A denominação vaginose é empregada em razão da discreta resposta inflamatória, com ausência marcante de leucócitos.

3.2. Etiologia e fisiopatologia:

São fatores predisponentes para o aparecimento da vaginose bacteriana: múltiplos ou novos parceiros sexuais, relação sexual em idade precoce, sexo durante a menstruação, atividade sexual com outras mulheres, sexo oral, uso de dispositivo intrauterino e de duchas vaginais. É válido ressaltar que mulheres da raça negra e tabagistas apresentam maior risco. Embora não seja considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST), a presença de VB é considerada fator de risco para se adquirir ISTs, bem como para salpingites, peritonites e infecções após procedimentos cirúrgicos ginecológicos e obstétricos. Já o uso de métodos de barreira e anticoncepcionais orais são fatores protetores.

A fisiopatologia da VB ainda não é totalmente conhecida. Em linhas gerais, decorre de alterações na relação simbiótica da flora vaginal, determinando o supercrescimento de espécies anaeróbicas como *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis* e *Prevotella spp.*, além da redução ou ausência de *Lactobacilos*, encontrados em condições normais. No entanto, ainda não está claro como isso se estabelece e qual dos determinantes fisiopatológicos acontece primeiro.

3.3. Quadro clínico:

O quadro clínico é marcado por corrimento vaginal com odor fétido ("odor de peixe" ou amoniacal), mais intenso com o intercuro sexual desprotegido e durante a menstruação. O corrimento vaginal é abundante, branco-acinzentado, apresentando aspecto cremoso ou com pequenas bolhas, aderente às paredes vaginais e sendo facilmente removível durante o exame. A ocorrência de dispareunia é pouco comum e, ainda que o corrimento seja o sintoma mais frequente, cerca de metade das mulheres com vaginose bacteriana é assintomática.

3.4. Diagnóstico:

É baseado nos critérios de Amsel que considera 4 parâmetros. A presença de apenas 3 dos seguintes sinais ou sintomas é suficiente para confirmar o diagnóstico de VB:

- » PH vaginal - > 4,5
- » Leucorreia - Cremosa, homogênea, cinzenta e aderida às paredes vaginais e ao colo uterino
- » Teste das aminas (Whiff Test) - Exame simples, de fácil execução e avaliação. Adiciona-se 1 a 2 gotas de KOH a 10% na secreção vaginal e deposita-se em uma lâmina. Nas vaginose, é característico o surgimento imediato de odor desagradável ("peixe podre"), devido a volatilização das bases aminadas.
- » Exame a fresco (Microscopia) - Presença de *clue cells*, que constituem um dos melhores indicadores de vaginose. São células do epitélio vaginal recobertas por *Gardnerella vaginalis* aderidas à membrana celular.

O diagnóstico também pode ser obtido por meio do Gram da secreção vaginal e do exame citológico, com a visualização das *clue cells*.

3.5. Tratamento:

A terapêutica visa o alívio dos sintomas e o restabelecimento da flora vaginal, sendo indicada para todas as pacientes sintomáticas, grávidas ou não grávidas. O tratamento também é recomendado antes de curetagens, inserção de dispositivo intrauterino (DIU), biópsia de endométrio, histerectomia ou outros procedimentos no trato genital feminino. O tratamento rotineiro das parcerias não é usual.

Várias opções terapêuticas estão disponíveis, mas o tratamento de escolha é o metronidazol via oral (VO) por 7 dias. Ressalta-se que o uso VO de metronidazol deve ser evitado em pacientes usuárias de anticoagulantes VO, visto que o fármaco possui interação farmacológica com a varfarina, potencializando o efeito anticoagulante. Durante o tratamento deve-se evitar o uso de álcool pela possibilidade da ocorrência do efeito "antabuse". Como alternativa utiliza-se a clindamicina.

Apesar disso, em mais de 30% dos casos a VB pode recorrer em um período de até 3 meses após o tratamento, situação em que se recomenda repetir o tratamento de rotina durante 7 dias. Se ocorrer ausência de resposta, preconiza-se o metronidazol (VO: 2 g/dia, 2x/semana; vaginal: gel 0,75%, 2x/semana durante 6 meses) e para prevenção de recorrência pode-se usar metronidazol gel 2x/semana por 4 a 6 meses.

4. Tricomoníase:

4.1. Epidemiologia e conceito:

A tricomoníase, causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, é a infecção sexualmente transmissível (IST) não viral mais comum no mundo, apresentando alto poder infectante e de disseminação. Apesar disso, a doença segue como uma condição negligenciada, e, a despeito do desenvolvimento de sequelas importantes, permanece recebendo pouca atenção dos sistemas de saúde.

São cerca de 170 milhões de casos anuais em pessoas entre 15 e 49 anos, sendo a maioria em mulheres e em países subdesenvolvidos (92%). No Brasil, a prevalência da infecção varia de 2,6 a 20% no sexo feminino.

Embora a doença seja mais comumente diagnosticada em mulheres, estima-se que um terço das pacientes possam ser assintomáticas. Já entre os homens, a infecção tende a se apresentar de forma autolimitada e transitória. Dessa forma, em virtude da menor sintomatologia, considera-se que o sexo masculino funcione como vetores da infecção para as mulheres.

4.2. Etiologia e fisiopatologia:

A doença é causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, que possui quatro flagelos e uma membrana ondulante, elementos que lhe conferem grande mobilidade. O parasita pode sobreviver fora de seu habitat por algumas horas, dependendo das condições de umidade do meio. Além disso, obtém nutrientes por meio da fagocitose de outros microrganismos, transportando-os para o trato genital superior, o que contribui para o desenvolvimento de doença inflamatória pélvica. A principal via de transmissão é a sexual. Dessa forma, a infecção pelo protozoário é considerada um indicativo de comportamento sexual de alto risco, além de ser um importante fator para transmissão e aquisição do HIV. A transmissão vertical durante o parto também é possível.

A proliferação do microrganismo na mucosa pode desencadear uma resposta imunológica agressiva, com infiltração de leucócitos, incluindo os de linhagem TCD4, alvo do HIV. Na mulher, a infecção atinge vagina e ectocérvice, podendo estender-se até a uretra, bexiga, glândulas de Skene e Bartholin e endocérvice, sendo que, no trato genital feminino a infecção não induz imunidade duradoura, sendo comum as recorrências. No homem, infectar a uretra inferior, podendo afetar a próstata, a vesícula seminal e o epidídimo.

4.3. Quadro Clínico:

Caracteristicamente, o quadro clínico engloba corrimento vaginal intenso, de coloração amarelo-esverdeado ou acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe) e prurido eventual. Os sintomas são mais intensos no período pós-menstrual, estando com frequência associados à ardor genital e sensação de queimação, além de dispareunia e disúria. Cerca de 30% dos casos são assintomáticos.

Ao exame ginecológico, observa-se hiperemia dos genitais externos e presença de corrimento espesso, exteriorizando-se pela fenda vulvar. Ao exame especular, pode-se detectar conteúdo vaginal aumentado, de coloração amarelo-esverdeada, podendo conter bolhas. Observam-se microulcerações no colo uterino e, ocasionalmente, pode-se visualizar o “colo uterino aspecto de morango”. O pH vaginal é elevado, variando entre 6,7 a 7,5, predispondo ao desenvolvimento concomitante de VB. O teste das aminas pode ser positivo.

4.4. Diagnóstico:

Existem diversos métodos para o diagnóstico da Tricomoníase, sendo que o mais utilizado é a bacterioscopia a fresco, que permite a confirmação do diagnóstico e identificação do microrganismo ao microscópio. O achado típico é a presença de organismos flagelados, ovóides e móveis, discretamente maiores do que os leucócitos. Esse método é considerado prático e de baixo custo, no entanto, apresenta sensibilidade de apenas 50 a 60%. A bacterioscopia com coloração pelo Gram também pode ser utilizada, embora a identificação dos microrganismos seja dificultada pela ausência de movimentação do flagelo.

Por outro lado, a cultura apresenta sensibilidade bem maior (entre 75 e 96%) e especificidade de 100%. É realizada em meio específico (Diamond) e necessita de alguns dias para ficar pronta, representando maior custo. É recomendada na presença de sintomas, mas negatividade do exame a fresco. Técnicas de biologia molecular são pouco utilizadas devido ao elevado custo, sendo destinadas para fins de pesquisa.

A colpocitologia oncótica (Papanicolau) não é considerada um exame diagnóstico. Entretanto, na prática clínica esse exame pode nortear o diagnóstico e a conduta. Se a colpocitologia referir a presença do *T. vaginalis*, deve-se proceder nova consulta para confirmar a presença do microrganismo e, em caso de positividade, instituir tratamento adequado.

Em situações em que a comprovação diagnóstica não seja possível, e, considerando que se trata de uma doença negligenciada, muitos profissionais acabam por optar por ministrar o tratamento. Em casos como esse, fica a critério

do profissional escolher qual conduta seguir.

Outros métodos para diagnóstico são o Teste de Ampliação de Ácido Nucléico, que apresenta elevada sensibilidade para a detecção do parasita, além do Teste Imunocromatográfico e o de Hibridização, ainda não estão disponíveis no mercado brasileiro.

4.5. Tratamento:

Os esquemas terapêuticos preconizados para tratamento são: Metronidazol 2g, via oral em dose única ou Tinidazol 2g, via oral em dose única. Como alternativa sugere-se Metronidazol, 500g a cada 12 horas por 7 dias. É necessário restringir o consumo de álcool 24h após o uso de Metronidazol e 72h após o uso de Tinidazol. A utilização de Metronidazol gel não é recomendada.

É necessário o tratamento dos parceiros, em geral realizado com as mesmas medicações, porém em dose única. Recomenda-se, também, abstinência sexual.

Com relação às mulheres, em virtude das elevadas taxas de reinfecção é aconselhada nova avaliação três meses após encerrado o tratamento. Já em caso de resistência ao tratamento, utiliza-se, preferencialmente, Metronidazol 500g a cada 12 horas por 7 dias ou Tinidazol 2g, via oral por 7 dias.

5. Candidíase Vulvovaginal:

5.1. Epidemiologia e conceito:

A Candidíase Vulvovaginal (CVV) é uma infecção provocada por leveduras saprófitas do gênero *Candida* que habitam diversos tecidos e secreções do corpo humano. Sua importância fundamenta-se, sobretudo, na sintomatologia desagradável que provoca, afetando negativamente a qualidade de vida da mulher, facilitando a aquisição/transmissão de outras ISTs, como o HIV.

Além disso, há concomitância da infecção com Vaginose Bacteriana em 40% dos casos.

O pico de incidência ocorre por volta dos 20 anos de idade, mantendo-se por toda a vida reprodutiva e diminuindo nos pós menopausa, exceto em mulheres que utilizam estrógeno. É rara antes da menarca.

No trato genital feminino, estima-se que a infecção ocorra, de forma assintomática, em 20% das mulheres. Além disso, estudos de prevalência apontam que 75% das mulheres no menacme terão pelo menos um episódio de vulvovaginite por *Candida sp* durante a vida; 50% apresentarão dois ou mais episódios e 5% apresentarão episódios recorrentes, isto é, quatro ou mais

episódios por ano, confirmados clínica e laboratorialmente.

5.2. Etiologia e fisiopatologia:

Dentre as espécies, *Candida albicans* é a mais prevalente, figurando em 85 a 95% dos casos; *Candida globata* e *Candida tropicalis* ocorrem em 5 a 10% dos casos. Outras espécies raramente são encontradas. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são: gestação, diabetes, contato oral-genital, uso de estrogênios em altas doses, anticoncepcionais orais, antibióticos, espermicidas e uso de diafragma ou DIUs. Além disso, é comum em mulheres obesas e em climas quentes.

Por razões ainda desconhecidas, as leveduras saprófitas do gênero *Candida* tornam-se patogênicas e provocam a doença. Esse fenômeno é importante, sobretudo, para a *Candida albicans*, considerada a única espécie a apresentar dimorfismo, isto é, a capacidade de alterar sua conformação habitual para a forma de micélio, com maior poder invasão.

Embora não se conheça a fundo os fatores que bloqueiam ou facilitam tais transformações, sabe-se que o desenvolvimento da infecção está intimamente relacionado a resposta imunológica do hospedeiro. Estudos demonstram a relevância da imunidade local, com destaque para a atuação da “lectina ligadora de monoses”. Essa proteína, presente nos fluídos e secreções vaginais, liga-se ao polissacarídeo monose, encontrado na superfície de diversos microrganismos, dentre eles a *Candida*. Essa ligação ativa o sistema complemento, levando à lise celular e à fagocitose. Depreende-se, portanto, que a proteína ligadora de monose constituiu um importante elemento do sistema imune no combate às infecções fúngicas. Entretanto, polimorfismos genéticos podem resultar em menor secreção da proteína, o que favoreceria a episódios de candidíase vulvovaginal recorrente.

Assim, quando o sistema imune não consegue inibir a proliferação dos microrganismos ocorre a passagem do estado comensal para patógeno e o aparecimento dos sinais e sintomas da doença. Ressalta-se que os mecanismos desencadeantes da sintomatologia apresentam diferenças significativas entre as mulheres, assim como a concentração de fungos associada aos sintomas, em razão das respostas imunológicas individuais.

5.3. Quadro clínico:

O quadro clínico apresenta-se como prurido de intensidade variável, associado à ocorrência de corrimento esbranquiçado, podendo ser fluído ou com aspecto de “leite talhado”. Ademais, em virtude da intensidade do processo inflamatório, sintomas como dor, desconforto, disúria e dispareunia podem ocorrer. Ainda assim, uma parcela considerável das mulheres é assintomática. É

importante atentar para os estados de imunossupressão, como diabetes, bem como para gravidez e uso recente de antibiótico de amplo espectro, já que são situações que podem predispor à infecção clínica.

Durante o exame ginecológico pode-se observar hiperemia vulvar, além de edema e fissuras. No exame especular é possível detectar hiperemia vaginal e variada quantidade de conteúdo vaginal esbranquiçado, de aspecto espesso ou flocular, aderido ou não às paredes vaginais. O pH vaginal geralmente está abaixo de 4,5 e o teste das aminas é negativo.

5.4. Diagnóstico:

O diagnóstico clínico deve ser sempre confirmado pela presença de fungos, que pode ser obtido por meio de exame à fresco, bacterioscopia com coloração pelo método de Gram ou cultura em meios específicos. Tanto o exame microscópico a fresco quanto a coloração de Gram, objetivam demonstrar a presença de hifas e pseudo-hifas, as formas mais comumente encontradas na fase sintomática.

O exame à fresco possui sensibilidade de cerca de 50 a 60%. Pode-se utilizar a solução de KOH a 10% para melhorar a visualização dos fungos. Em casos esporádicos, a positividade do exame a fresco dispensa a continuidade da investigação. No entanto, se o exame for negativo e existirem sintomas, recomenda-se a continuação da investigação diagnóstica, utilizando-se bacterioscopia pelo Gram e culturas, principalmente em casos recorrentes. Destina-se o uso de testes de biologia molecular apenas para fins de pesquisa.

A CVV pode ser classificada em complicada ou não complicada. É considerada não complicada quando determina episódios esporádicos ou infrequentes, sintomatologia leve ou moderada, cujo agente etiológico provável é *Candida albicans*, ocorrendo em mulheres não imunossuprimidas. Classifica-se como Candidíase complicada os quadros recorrentes, severos ou provocados por espécies não albicans ou que ocorram em mulheres com diabetes, HIV ou outras condições que comprometam o sistema imune, além de pacientes que estejam debilitadas ou em uso de imunossupressores.

5.5. Tratamento:

Para o tratamento e prevenção da recorrência é fundamental o controle dos fatores predisponentes, com destaque para: diabetes descompensado, tabagismo, estado de imunossupressão, ingestão excessiva de alimentos ricos em hidrato de carbono, hábitos de higiene, vestuário inadequados ou estresse. Ressalta-se ainda que o tratamento farmacológico é destinado para pacientes sintomáticas, devendo ser individualizado.

Os tratamentos em dose única e de curta duração (até 7 dias) devem ser reservados para casos não complicados, com intensidade leve a moderada, assim como para os episódios únicos, isolados e não recorrentes. Por outro lado, esquemas terapêuticos prolongados (> 7 dias) são reservados para casos complicados, isto é, candidíase grave e/ou candidíase aguda de pacientes com candidíase recorrente. Portanto, nestas situações o tratamento em dose única deve ser evitado.

Para os casos de candidíase não complicada, podem ser utilizados antifúngicos por via vaginal, sob a forma de cremes, óvulos ou comprimidos, sendo a terapia tópica com derivados azólicos mais efetiva do que o uso de nistatina, com elevados índices de cura com a realização do esquema terapêutico completo. Nas pacientes com diabetes ou vaginite por *Candida albicans*, o tratamento tópico poderá ser prolongado para 10 a 14 dias e associado com agentes orais.

Em relação ao tratamento VO, são utilizados fármacos como fluconazol, cetoconazol e itraconazol. Sua eficácia é considerada semelhante ao tratamento tópico, embora com maior poder de provocar toxicidade, além de efeitos adversos e interações medicamentosas. Durante a gestação, contraindica-se o uso de antifúngicos orais, optando-se pelo tratamento com agentes azólicos tópicos, como miconazol e isoconazol, que podem ser utilizados em qualquer período da gestação. O tratamento tem duração de 7 dias, estando reservado para gestantes sintomáticas.

Em pacientes portadoras de HIV/AIDS, o tratamento preconizado é semelhante aos casos de CVV complicada. No entanto, em pacientes com nível de CD4 <100 células/mm³, pode ser necessário indicar terapia supressiva. Estudos sugerem que o uso de fluconazol 150 mg VO semanalmente seria efetivo na reduzir os episódios de CVV sintomáticos nas pacientes HIV-positivas.

5.6. Candidíase Vulvovaginal Recorrente:

É definida como quatro ou mais episódios de vulvovaginite sintomática por ano e predomina em cerca de 5 a 8% dos casos. A patogênese e história natural são pouco conhecidas e boa parte das mulheres não apresenta fatores predisponentes claros. Ainda assim, sabe-se que fatores como uso frequente de antibióticos, anticoncepcional hormonal oral, diabetes descompensado, imunossupressão, corticoterapia sistêmica, tipos de atividade sexual (sexo oral, sexo anal) e infecção pelo HIV são associados com o quadro.

Ademais, espécies de *Candida* não *albicans* relacionam-se mais fortemente à recorrência, sobretudo *C. globata* e *C. tropicalis*, sendo também mais resistentes à terapia convencional.

Em relação ao tratamento da CVVR, recomenda-se que, nos casos agudos sejam utilizados esquemas terapêuticos de maior duração (7-14 dias). Associado a isso, estudos sugerem o tratamento supressivo entre os episódios, objetivando reduzir a frequência dos episódios. Adota-se o fluconazol VO (150 mg/semana) durante 6 meses como primeira linha e cetoconazol (400 mg/dia VO) por 5 dias, 1 x/mês no período perimenstrual por 6 meses como esquema alternativo. Ainda assim, recorrências são frequentes, ocorrendo em até 40% das pacientes após o término da profilaxia. Recomenda-se higiene cuidadosa da região genital, evitando as duchas vaginais. O tratamento dos parceiros é controverso.

REFERÊNCIAS

1. NAUD, PAULO *ET AL.* VULVOVAGINITES. IN: PASSOS, EDUARDO PANDOLFI *ET AL* (ORG.). **ROTINAS EM GINECOLOGIA**. 7. ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2017. CAP. 8. P. 229-256.
2. BITTENCOURT, DULCIMARY DIAS. VAGINOSES E VAGINITES. IN: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA FEBRASGO PARA O MÉDICO RESIDENTE. 2. ED. BARUERI (SP): MANOLE, 2021. CAP. 72. P. 752-758.
3. LINHARES, IARA MORENO *ET AL.* VAGINITES E VAGINOSES. IN: FERNANDES, CÉSAR EDUARDO *ET AL* (ED.). **TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019. CAP. 23. P. 264-278.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)

Letícia Poti Nobre

Ana Livia Machado Sales

Juliana Nunes Ferreira Correia

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) estão entre as doenças mais comuns em todo o mundo, sendo considerada como um problema de saúde pública, tanto pela sua alta prevalência quanto pela forma de transmissão, cuja prevenção depende muitas vezes de intervenções não só assistenciais como comportamentais, educacionais e até socioculturais. As ISTs são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos e são transmitidas principalmente por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão vertical da IST também pode ocorrer durante a gestação, o parto ou a amamentação quando medidas de prevenção não são realizadas. Essas infecções afetam a saúde e a vida das pessoas, causam um impacto importante sobre a saúde reprodutiva e infantil, que contribuem para a infertilidade, complicações durante a gravidez e o parto, e facilitam a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (human immunodeficiency virus, HIV); e, extremo caso, podem levar à morte fetal.

Na abordagem das ISTs é necessário investigar sobre:

- » História sexual: analisar história de parceiro novo nos últimos 60 dias, história de multiplicidade de parceiros, presença de úlceras genitais, tipos de exposição sexual, frequência de uso de preservativo e idade da coitarca;
- » Fatores de risco: casos de paciente com idade entre 15 – 24 anos, solteiras, história prévia de IST, uso de drogas ilícitas, múltiplos parceiros sexuais, contato com profissionais do sexo e/ou uso inadequado de preservativo
- » Rastreamento para HIV: deve sempre ser realizado após o diagnóstico de qualquer IST.

1. Herpes Genital

1.1. Conceito:

Herpes genital é uma doença viral crônica determinada pelos herpes vírus 1 (HSV-tipo1) e 2 (HSV-tipo2). A transmissão ocorre principalmente pelo contato sexual (oral, anal ou vaginal) com o indivíduo portador do vírus a partir da superfície

mucosa ou lesão infectante. Muitas pacientes são portadoras assintomáticas do vírus, porém contaminantes, o que aumenta significativamente a transmissibilidade da doença. A herpes genital causa lesões genitais ulcerativas, em que a maioria das lesões genitais herpéticas são causadas pelo HSV-tipo2, porém um número crescente de casos vem sendo atribuído ao HSV-tipo1 - sexo oral.

1.2. Epidemiologia:

A infecção pelo HSV-tipo2 é uma doença de distribuição universal, sendo a causa mais comum de úlcera genital na população entre 15-49 anos. Cerca de 50-90% dos adultos têm anticorpos circulantes contra HSV-tipo1; e 20-30% contra HSV-tipo2.

1.3. Fisiopatologia:

Os HSV são capazes de causar herpes genital, contudo há predomínio do HSV-tipo 2 nas lesões genitais e do HSV-tipo 1 nas lesões periorais. O contato sexual é a principal via de transmissão, contudo, pode ser também transmitido da mãe para o filho durante o parto. Em muitos casos, a fonte de contaminação não é definida.

Após a transmissão, o vírus passa por um período de incubação que varia de 1 a 26 dias após o contágio, tendo uma média de 6 dias na primeira infecção. Após a infecção genital, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células dos gânglios sensitivos e entra em um estado de latência, podendo se apresentar posteriormente como herpes recidivante. A ocorrência de infecção do gânglio sensitivo não é reduzida por qualquer medida terapêutica.

1.4. Quadro clínico do herpes genital:

O herpes genital pode ter manifestações clínicas na primo-infecção e na recidiva da doença, que irá ocorrer por reativação viral.

1.4.1. Primo-infecção herpética:

Pode se manifestar de forma mais severa ou o paciente pode tornar-se portador assintomático do vírus. Nos casos sintomáticos, após período de incubação de 4-7 dias, observa-se lesões eritemato-papulosas de 1mm a 3 mm de diâmetro, localizadas mais frequentemente nos pequenos lábios, clitóris, grandes lábios e fúrcula vaginal, que rapidamente evoluem para vesículas agrupadas com conteúdo citrino, que se rompem dando origem a ulcerações, muito dolorosas. Podem ocorrer sintomas gerais como febre, astenia, mialgia e disúria. O quadro é mais agressivo e longo, de até três semanas, porque ainda não houve tempo para

resposta imunológica. Após esse período, o vírus entra em estado de latência em gânglios de nervos cranianos ou medulares.

1.4.2. Herpes recidivante:

Após a primo-infecção genital, 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios em até um ano. Estes ocorrem por reativação do vírus, que pode ser causada por estresse físico ou emocional, imunodeficiência, uso prolongado de antibióticos, mudanças hormonais do ciclo menstrual, exposição à radiação ultravioleta, dentre outras etiologias, que migram através dos nervos periféricos, atingem a pele ou mucosa e produzem a erupção do herpes simples recidivante. O quadro clínico é menos intenso do que o observado na primo-infecção e costuma ser precedido de pródromos característicos, como o aumento de sensibilidade, prurido, "queimação" e "fisgadas" nas pernas, quadris e região ano genital.

Hiperemia aparece alguns dias após a formação dos eritemas-papulosos e depois evoluem para vesículas agrupadas, que, depois, se rompem formando exulceração dolorosa, seguida de cicatrização. Em pacientes infectados pelo HIV, as manifestações são atípicas, com lesões ulceradas ou hipertróficas, de grandes dimensões e maior duração.



Figura 1. Herpes genital (Azulay, 2017)



Figura 2. Herpes genital (Azulay, 2017)

1.5. Diagnóstico:

O diagnóstico do herpes genital é frequentemente clínico com base nas lesões características, sendo associadas as confirmações laboratoriais da infecção. A cultura e a biópsia são raramente utilizadas, pois sua sensibilidade diminui com a duração da lesão.

1.5.1. Diagnóstico Clínico:

As manifestações clínicas possuem lesões características, com agrupamento de vesículas ou úlceras em uma base eritematosa. Contudo, deve-se ter cuidado ao realizar diagnóstico diferencial com outras DSTs. A presença de hiperemia e vesículas (aspectos de 'cacho de uva') colaboram para o diagnóstico da infecção herpética.

1.5.2. Diagnóstico laboratorial:

- » Reação em cadeia da polimerase (PCR): é o método padrão-ouro, devido à alta especificidade e sensibilidade. Apresenta a capacidade de amplificar o DNA alvo cujo material pode não ser viável em cultura.
- » Cultura em tecido: A cultura em tecido possui uma maior sensibilidade na fase vesicular.
- » Tzanck: consiste em um teste em que a base e os lados de uma vesícula são raspados com um bisturi e o material passa por coloração de Wright ou Giemsa. Visualiza-se multinucleação e balonização celular em lâmina fixada com álcool a 70%.
- » Sorologia: apesar de não se aplicar na rotina diagnóstica, a sorologia pode detectar os anticorpos contra o HSV-1 e o HSV-2, que se desenvolvem durante as primeiras semanas após a infecção e então persistem.

A detecção da glicoproteína específica do HSV para determinar a etiologia da lesão pelo HSV-tipo2 pode ser utilizada em gestantes com a finalidade de se estabelecer medidas profiláticas da transmissão vertical, ou entre casais sorodiscordantes para o HIV, com o intuito de reduzir a transmissão horizontal.

1.6. Tratamento:

O herpes genital é tratado com fármacos antivirais. O Aciclovir, atualmente, é o mais utilizado. Além disso, pode-se utilizar Valaciclovir ou Fanciclovir.

1.6.1. Primoinfecção herpética:

- Aciclovir: 200mg, VO, 4/4h, 5-10 dias ou 400mg, VO, 8/8h, 5-10 dias; ou

- Valaciclovir: 500mg-1g, VO, 12/12h, 5-10 dias; ou
- Fanciclovir: 250mg, VO, 8/8h, 5-10 dias

1.6.2. *Herpes recidivante*: o tratamento pode ser iniciado ao aparecimento dos pródomos.

- Aciclovir: 800mg, VO, 8/8h, 2 dias ou 400mg, VO, 8/8h, 3-5dias ou 200mg, VO, 4/4h, 3-5 dias; ou
- Valaciclovir: 500mg, VO, 12/12h, 3-5 dias; ou
- Fanciclovir: 1g, VO, 12/12h, 1 dia ou 250mg, VO, 12/12h, 5 dias ou 125mg, VO, 12/12h, 3-5 dias.

2. Sífilis:

A sífilis é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa, em forma de espiroqueta, que invade mucosas através do contato sexual ou pelo contato da criança com as lesões maternas durante o parto (transmissão vertical), capaz de gerar uma infecção crônica sistêmica. Na sífilis sexualmente adquirida, o *T. pallidum* entra pelas mucosas ou pela pele, alcança os linfonodos regionais dentro de horas e rapidamente se dissemina pelo corpo. Essa doença é dividida em estágios com base nos achados clínicos, a fim de orientar o tratamento e o seguimento. Essa doença também é conhecida por cancro duro e protossifiloma.

Fisiopatologia da Sífilis:

As espiroquetas são bacilos espiralados, envoltos por uma membrana citoplasmática, na qual existe uma camada de peptidoglicano. As espiroquetas possuem cerca de 10 a 15 espiras e têm cerca de 8 micrômetros de comprimento, podendo apresentar variações no comprimento e no número de espiras. O pouco conhecimento sobre a biologia do *T. pallidum* se deve à impossibilidade do seu cultivo em meios artificiais. Essa bactéria tem baixa resistência ao meio ambiente, ressecando-se rapidamente. Além disso, é muito sensível à ação do sabão e de outros desinfetantes, podendo sobreviver por até 10 horas em objetos úmidos.

- A) As espiroquetas penetram nas mucosas, principalmente através do contato sexual, pelas pequenas erosões após o coito, que produzem diversas lipoproteínas que ativam o sistema imune e causam a destruição local dos tecidos, sendo capazes de invadir o sistema linfático e de se disseminar por via hematogênica. Se não tratada, causam infecção generalizada atingindo todos os tecidos do corpo.



Figura 3. Cancro Duro - Sífilis Primária (AZULAY, 2017)

B) Sífilis primária:

A primeira fase é denominada como cancro duro, ou protossifiloma, que se manifesta em média de três a quatro semanas após a infecção na região em que teve o contato com as espiroquetas. A pápula hiperemiada inicial rapidamente forma um cancro, geralmente uma úlcera indolor com uma base firme e, quando inflamada, escoia um soro claro que contém numerosas espiroquetas. Os Cancros podem ocorrer em qualquer lugar, mas são mais comuns de se manifestarem nos seguintes locais:

- » Pênis, anus e reto, em homens
- » Vulva, cérvix, reto e períneo, em mulheres
- » Lábios ou orofaringe, em ambos os sexos

O cancro retrocede naturalmente em um período que varia de quatro a cinco semanas sem deixar cicatriz. (Figura 3).

Diagnóstico laboratorial da sífilis primária:

Diagnóstico laboratorial: pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro, pela coloração de Fontana-Tribondeau, que irá utilizar sais de prata e pela imunofluorescência direta.

Os anticorpos irão começar a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro, justificando o fato dos testes sorológicos serem não-reagentes nessa fase. O primeiro teste que irá se tornar reagente, em torno de aproximadamente 10 dias da evolução do cancro duro, é o FTA-Abs, seguido de outros testes treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos são FTA-Abs; MHA-TP, teste rápido) e os testes não treponêmicos (VDRL, sendo este

o mais utilizado, RPR, Elisa).



Figura 5. Sífilide palmar (AZULAY, 2017)

A sífilis primária tratada precocemente tem maior possibilidade de ter os exames sorológicos não-reagentes. Contudo, mesmo após a cura, os testes treponêmicos podem permanecer reagentes por longos períodos.

O VDRL reator com título igual ou superior a 1/8 é entendido como doença e o paciente deve ser tratado.

C) Sífilis secundária:

A segunda fase da sífilis é a evolução da sífilis primária. A espiroqueta é disseminada pela corrente sanguínea, produzindo lesões mucocutâneas generalizadas, edema dos linfonodos e, menos comumente, sintomas em outros órgãos. Os sintomas típicos irão começar entre 6 a 12 semanas após o aparecimento do cancro. Após este aparecimento, irá ocorrer a manifestação sistêmica das espiroquetas, surgindo pápulas róseas eritematosas principalmente nas regiões plantares, palmares, na mucosa oral e pode ocorrer, também, descamação da pele, poliadenomegalia generalizada e, em alguns casos, alopecia na região temporoparietal e occipital. Por fim, pode ocorrer lesões no rosto que podem se aglomerar próximos ao nariz e a boca. (Figura 4). Mais de 80% dos pacientes apresentam lesões mucocutâneas com uma grande variedade de exantema e lesões que podem ocorrer em qualquer superfície do corpo. (Figura 5 e 6). Nesta fase também há a regressão espontânea da doença seguida de uma fase de latência e, se não tratada, evolui para a sífilis terciária.



Figura 4. Sífilis secundária - lesões eritematoinfiltradas (AZULAY, 2017)

Além disso, o paciente pode apresentar febre, perda de apetite, mal-estar, anorexia, náuseas, fadiga, cefaleia, devido à meningite benigna, perda auditiva, devido à otite, problemas de equilíbrio, devido à labirintite, distúrbios visuais, por causa de retinite ou uveíte, e dor nos ossos decorrente de periostite. Na sífilis secundária, os testes sorológicos são reagentes e os testes quantitativos tendem a apresentar títulos elevados. Após o tratamento nessa fase, os testes treponêmicos irão permanecer reagentes por toda a vida do usuário, enquanto os testes não treponêmicos podem ter comportamento variável. Em alguns indivíduos, ficam não reagentes enquanto em outros, os testes não treponêmicos permanecem indefinidamente reagentes em baixos títulos.



Figura 6. Sífilis secundária: atenção para as inúmeras lesões com colarete descamativo periférico (colarete de Biett). (AZULAY, 2017)

Sífilis terciária ou tardia:

- » A sífilis terciária é a evolução da sífilis secundária não tratada corretamente. Aproximadamente um terço dos indivíduos sem o correto tratamento irão desenvolver a sífilis tardia, embora, algumas vezes, não muitos anos após a da infecção inicial. Pode-se classificar clinicamente as lesões como: Sífilis terciária benigna na qual pode envolver pele, ossos e órgãos internos. Podem se manifestar como:
 - » - Sífilis gomatosa terciária benigna, em que as gomas são massas inflamatórias, macias, geralmente localizadas, que irão crescer e se curar lentamente, deixando cicatrizes.
 - Sífilis terciária benigna dos ossos, irá resultar em inflamação ou lesões destrutivas que causam dor intensa e profunda, com piora do quadro a noite.
- » Sífilis cardiovascular pode se manifestar de várias formas, com uma dilatação aneurismática da aorta ascendente, com uma insuficiência da valva aórtica ou com a estenose das artérias coronárias.
- » Neurosífilis: pode se manifestar de forma assintomática ou como neurosífilis meningovascular, neurosífilis parenquimatosa ou como tabes dorsalis.

Diagnóstico laboratorial da sífilis terciária:

Os testes sorológicos habitualmente são reagentes e os títulos dos testes não treponêmicos tendem a ser baixos, podendo ocorrer resultados não reagentes. Em usuários que apresentam sintomas neurais, o exame do líquido cefalorraquidiano – LCR é indicado. Contudo, nenhum teste isoladamente é seguro para o diagnóstico da neurosífilis. É recomendando que o diagnóstico seja feito pela combinação da positividade do teste sorológico, pelo aumento das células e de proteínas no LCR. Para a testagem do LCR, o VDRL é o exame mais recomendado. A infecção pelo *Treponema pallidum* não irá conferir imunidade permanente e, por isso, é necessário diferenciar entre a persistência de exames reagentes e a reinfecção pelo *T. pallidum*.

D) Sífilis congênita:

A sífilis congênita ocorre quando a mãe contrai a infecção durante a gestação, ou teve tratamento inadequado antes da concepção do feto. As espiroquetas invadem o tecido placentário por via hematogênica e comprometem a vida do feto. A definição da sífilis congênita deve ser feita pelo médico levando em consideração a comparação dos resultados dos testes não treponêmicos da mãe e da criança, os resultados dos exames de imagem e dos sinais clínicos presentes na criança.

Período latente: A sífilis latente, pode ser precoce, quando entra em latência

em menos de um ano após a infecção, ou tardia, quando entra em latência em um período maior ou igual a um ano após a infecção. O paciente não apresenta sinais e sintomas, mas os anticorpos são detectados pela sorologia para a sífilis. A doença pode ficar latente permanente, mas recaídas com lesões mucocutâneas contagiosas podem ocorrer durante o período latente recente.

Diagnóstico:

O diagnóstico laboratorial da sífilis depende da associação entre a história do usuário, os dados clínicos e a detecção de antígenos ou anticorpos por meio de testes laboratoriais. O diagnóstico laboratorial da sífilis é feito por meio de exames sorológicos realizados em duas etapas: triagem e confirmatório.

Testes para diagnóstico laboratorial:

- » Treponêmicos: São testes que empregam como antígeno *T. pallidum* e detectam anticorpos antitreponêmicos. Esses testes são feitos apenas qualitativamente. Os testes treponêmicos são FTA-Abs; MHA-TP, teste rápido.
- » Testes não treponêmicos: são capazes de detectar anticorpos não treponêmicos. Esses anticorpos não são específicos para *Treponema pallidum*, porém estão presentes na sífilis. Os testes não treponêmicos são o VDRL, sendo este o mais usado, RPR e o Elisa. Os testes não treponêmicos podem ser qualitativos, no qual rotineiramente são usados como testes de triagem para determinar se uma amostra é reagente ou não e podem ser, também, quantitativos, sendo utilizados para determinar o título dos anticorpos presentes nas amostras que tiveram resultado reagente no teste qualitativo e também para o monitoramento da resposta ao tratamento.

A diferença principal é que os testes não treponêmicos detectam anticorpos que não são específicos contra *T. pallidum* e os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos para antígenos de *T. pallidum*.

Tratamento da sífilis:

- a) Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração):
 - » Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Alternativa:
 - » Doxiciclina 100 mg, VO, duas vezes ao dia, por 15 dias (exceto para gestantes);
 - » Ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
- b) Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração

ignorada e sífilis terciária:

- » Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. Alternativa:
- » Doxiciclina 100 mg, VO, duas vezes ao dia, por 30 dias (exceto para gestantes);
- » Ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

Critério de cura: VDRL 3, 6 e 12 meses após o tratamento. Deverá haver queda de quatro títulos da sorologia ou sua negativação em seis meses a um ano. As gestantes devem ser acompanhadas mensalmente. Deverá ser feito um novo tratamento se a sorologia aumentar quatro títulos. O esperado é a diminuição de um título por mês.

3. Clamídia

1) Conceito:

A clamídia é um tipo de infecção sexualmente transmissível, que é causada pelo *Chlamydia trachomatis*, uma bactéria gram-negativa. Além disso, a clamídia pode ser transmitida através da transmissão vertical.

2) Epidemiologia:

A infecção por *Chlamydia trachomatis* (CT) é do tipo bacteriana sexualmente transmissível crônica mundialmente mais frequente. Acomete, principalmente, homens e mulheres com menos de 25 anos. A infecção por CT é a mais comum IST causada por bactéria em todo o mundo, superando a infecção gonocócica e a sífilis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que a cada ano 92 milhões de novos casos de infecção por clamídia, surjam em todo o mundo. No Brasil, quase 2 milhões de novos casos acontecem todo ano.

3) Fatores de risco:

- » Idade: homens e mulheres < 25 anos
- » Multiplicidade de parceiros (2 ou mais parceiros no último ano) ou parceiro novo nos últimos 90 dias - a taxa de transmissibilidade é de 20-65% com um contato com parceiro contaminado.
- » Uso inconsistente de métodos de barreira, como a camisinha
- » Ectopia do colo uterino, devido a uma maior exposição do epitélio cilíndrico
- » História de IST prévia
- » Baixo nível socioeconômico e baixo nível de escolaridade

4) Etiologia e Fisiopatologia:

A CT é uma bactéria coco gram-negativa, no qual foram descritos 18 sorotipos distintos, sendo que apenas os sorotipos D e K1 são responsáveis por infecções do trato genital. Dentro do organismo humano, essa bactéria sofre endocitose pela célula do hospedeiro e dentro dela converte-se da forma inativa para a forma metabolicamente ativa. Esse processo dificulta que a bactéria seja eliminada pelo sistema de defesa do hospedeiro.

5) Manifestações clínicas:

A infecção pela clamídia costuma não apresentar sintomas em torno de 70% a 80% dos casos. Quando presentes, os sintomas mais comuns são:

- » Epididimite no homem e uretrite no homem ou na mulher: são sintomas semelhantes à infecção urinária, no qual evidencia-se piúria no exame de urina, mas a urocultura é negativa. Homens com epididimite aguda podem apresentar dor e sensibilidade testicular unilateral, hidrocele e edema palpável do epidídimo. Figura 6.



Figura 6. Corrimento discreto – uretrite por Clamídia. (AZULAY, 2017)

- » Cervicite na mulher – ocorre em 50% das portadoras, geralmente o colo uterino está friável e sangrante à coleta endocervical e com secreção mucopurulenta;
- » Doença inflamatória pélvica (DIP) e hidrossalpinge: a *C. Trachomatis* pode ascender ao útero e ovários onde pode ocorrer doença inflamatória pélvica (DIP). Quando os sintomas de DIP estão presentes, as dores abdominais e pélvicas são as mais comuns, além do maior risco de infertilidade. Esses achados ocorrem em cerca de 15-30% das mulheres infectadas por clamídia e que não foram devidamente tratadas. Salpingite é a infecção das tubas uterinas. Essa manifestação ocorre em 7% das portadoras da infecção

por clamídia. Além disso, cerca de 10 a 40% dos casos de infertilidade por obstrução tubária são por infecção por clamídia;

- » Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: é a perihepatite, a inflamação da cápsula hepática e do peritônio adjacente;
- » Complicações na gravidez: a infecção genital por clamídia durante a gravidez pode aumentar o risco de ruptura prematura das membranas, parto prematuro e bebês com baixo peso ao nascer.
- » Como quadro comum aos homens e mulheres, tem-se a:
 - Proctite: é a inflamação da mucosa retal distal. Os sintomas incluem dor anorretal, secreção, tenesmo, sangramento retal e constipação.
 - Conjuntivite: pode ocorrer através do contato direto com secreções genitais contaminadas. A característica é de uma lesão eritematosa não purulenta da superfície epitelial.
 - Artrite reativa: A inflamação parece ser uma reação imunológica à infecção genital em vez de uma propagação da infecção para as articulações. Tipicamente, os sintomas começam uma a três semanas após a infecção inicial por clamídia.

Quando não tratada, os sintomas diminuem dentro de quatro semanas em cerca de dois terços das pessoas. Contudo, infecções por clamídia podem ter consequências sérias de longo prazo para mulheres, como a infertilidade, a dor crônica na região pélvica, dor durante as relações sexuais, gravidez tubária e complicações na gestação. Dessa forma, mesmo que os sintomas sejam leves ou ausentes, é importante detectar e tratar a infecção em mulheres.

6) Diagnóstico:

- » Diagnóstico clínico: é baseado, quando presente, nas manifestações clínicas
- » Exame físico: é realizado o exame especular, que permite a visualização de colo uterino com ectopia friável e com presença de secreção amarelada saindo pelo orifício endocervical, que é característica de cervicite. O colo uterino com aparência normal e com secreção translúcida não exclui a possibilidade da infecção.
- » Exame laboratorial:

Pesquisa de DNA - PCR (NAAT); captura híbrida ou teste rápido por PCR real time: é o teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) de esfregaços vaginais para mulheres ou urina para homens. Esse teste também é utilizado em esfregaços retais para diagnosticar proctite por clamídia. Esse teste possui alta sensibilidade, alta especificidade e é de fácil coleta e interpretação.

Sorologia - a elevação da IgG pode indicar infecção persistente ou reinfecção. Existe o risco de reação cruzada com outras espécies de clamídia. É considerado positivo e deve ser tratada quando IgG > 1/64 ou elevação em quatro vezes da titulação em 15 dias. Os títulos acima de 1/128 aumentam significativamente o risco de dano tubário.

Citologia: é um método menos utilizado atualmente. A infecção da mucosa induz uma resposta inflamatória local, que é caracterizada por linfócitos e células mononucleares, presença de "Células de Gupta"

INFECÇÃO POR CLAMÍDIA		
Opções	Droga	Posologia
Infecção anogenital não complicada	1ª Doxiciclina	100mg de 12/12h por 7 dias
	2ª Azitromicina	1g dose única
Outras opções	• levofloxacina	500mg VO/ dia por 7 dias
	• ofloxacina	400mg de 12/12h por 7 dias
	• eritromicina base	500mg de 6/6h por 7 dias
SITUAÇÕES ESPECIAIS		
Parceiros	Azitromicina	1g dose única
Gestantes	1ª Azitromicina	1g dose única
	2ª Amoxicilina	500mg de 8/8h por 7 dias
	3ª Estearato de eritromicina	500mg de 8/8h por 7 dias
LGV	1ª Doxiciclina	100mg de 12/12h por 21 dias
	2ª Azitromicina	1g dose única/sem por 3 sem

Tabela 1. Opções de tratamento para infecção por clamídia. (PRIMO,2017)

7) Tratamento:

Os objetivos do tratamento com antibiótico são prevenir as complicações relacionadas à clamídia. O tratamento constitui-se, basicamente, em recomendações essenciais para a prevenção da transmissão, da reinfecção, da infecção neonatal e das complicações obstétricas e perinatais (PRIMO, 2017)

4. Cancro Mole

1. Conceito:

Cancróide ou cancro mole é uma doença infecciosa aguda de transmissão sexual e ulcerativa, localizada nos genitais, causada pela bactéria gram-negativa *Haemophilus ducreyi*



Figura 7. Cancro Mole (AZULAY, 2017)

2. Epidemiologia:

No Brasil e nos Estados Unidos, o cancroide é a terceira causa de úlcera genital infecciosa. É uma doença com maior prevalência em regiões tropicais, contudo, ultimamente houve um declínio em sua incidência mundial e, em alguns países, essa doença já desapareceu. Manifestações clínicas:

O cancro mole é caracterizado por apresentar lesões ulcerativas. O período de incubação da bactéria é de 3 a 7 dias depois da infecção. Como manifestação clínica, pequenas pápulas dolorosas rapidamente irão se romper para formar úlceras rasas, com bordas irregulares. Logo depois, ocorre erosão fagedênica, que ocasionalmente leva à destruição tecidual acentuada. Os linfonodos inguinais se tornam dolorosos, aumentados e aderidos entre si e podem formar um abscesso com flutuação (bubão) na virilha. Figura 7. Sem tratamento, o cancroide pode ser transmitido por semanas ou meses, ou enquanto durarem as lesões. Com tratamento, possui 1 a 2 semanas como período de transmissibilidade.

3. Diagnóstico:

- » Clínico: é feito pelas características da lesão e após excluir diagnósticos diferenciais, como sífilis e herpes. Clinicamente a infecção se manifesta com

uma ou múltiplas úlceras dolorosas, hiperemiadas, com bordas irregulares e eritemato-edematosas, fundo purulento e irregular, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido e com tecido de granulação ao fundo. Compromete principalmente a genitália externa, mas pode comprometer também outras regiões, como o ânus e a cavidade oral. É uma infecção muito contagiosa e autoinoculáveis, e frequentemente múltiplas.

» Laboratorial: atualmente é pouco usado. São eles:

Exame à fresco com pesquisa microscópica do *H.ducreyi* através de esfregaço do material obtido da úlcera;

Coloração pelo Gram – é realizado uma pesquisa em coloração através de esfregaços de secreção da base da úlcera ou do material obtido por aspiração do bulbão;

Além disso, em casos de lesões ulcerativas geniais, deve ser realizado o teste para HIV, visto que as pessoas imunossuprimidas possuem maior probabilidades de serem infectadas e de disseminar a doença.

4. Tratamento Clínico:

A prevenção pode ser feita através do uso correto e regular de preservativos.

	Droga	Posologia
Primeira escolha	Azitromicina 500mg – 02 cp VO dose única ou Ceftriaxone 250-500mg IM dose única	
Outras opções (contraindicada para gestantes)	Ciprofloxacina	500mg VO 12/12h por 3 dias

Tabela 2. Tratamento Cancro Mole (PRIMO, 2017).

5. Gonorreia

1. Conceito:

Gonorreia ou blenorragia, ou “gota matutina”, é uma doença infecciosa de transmissão sexual causada pela bactéria diplococo Gram negativa *Neisseria gonorrhoeae*. É uma bactéria não flagelada, não formadora de esporos, encapsulada e anaeróbia facultativa. A maioria das infecções são genitais, mas podem ocorrer infecções faríngeas e anorretais. As infecções gonocócicas são geralmente assintomáticas no sexo feminino, mas, sintomáticas nos homens.

2. Epidemiologia:

Estima-se que, no Brasil, ocorra cerca de 1,5 milhões de casos/ano, enquanto no mundo estima-se 78 milhões de casos de Gonorreia. Em países de renda

elevada, incluindo a Inglaterra, Estados Unidos da América (EUA) e Austrália, a gonorreia é a segunda infecção bacteriana sexualmente transmissível mais comumente reportada.

3. Etiologia e Fisiopatologia:

Neisseria gonorrhoeae é uma bactéria que irá infectar o epitélio genital humano causando gonorreia. A penetração dessa bactéria é possibilitada pela ruptura da junção e esfoliação das células epiteliais endocervicais em resposta à infecção por gonorreia. Além disso, a *N. gonorrhoeae* possui uma elevada capacidade de mutação genética ou de troca plasmática de genes resistentes ao longo de seu ciclo de vida e, essa característica, ajuda esse grupo de bactérias a sobreviverem e evoluírem ou adquirirem resistência a muitas classes diferentes de antibióticos ao longo dos anos.

4. Manifestações clínicas:

A *N. gonorrhoeae* possui período de incubação de 2 a 5 dias. Após o período de incubação, ocorrerão as manifestações clínicas da doença. Contudo, 50% das pacientes são assintomáticas. Quando sintomáticas, apresentam:

- » Cervicite mucopurulenta: O colo uterino é o local mais comumente afetado pela infecção pela *Neisseria gonorrhoeae*. As principais manifestações clínicas dessa infecção são cervicite com mucosa endocervical edemaciada, hiperemiada e friável ao toque da espátula e leucorreia mucopurulenta saindo pelo orifício externo do colo uterino. Além disso, a dor pélvica, disúria e dispareunia podem estar presentes.



Figura 8. Gonorreia – Observe o corrimento amarelado e abundante. (AZULAY, 2017)

- » Uretrite gonocócica – é a inflamação da uretra. É responsável por até 10% dos casos de disúria em mulheres e incluem sintomas como: corrimento purulento e com odor, disúria e polaciúria. Figura 8. Faringite gonocócica: possui prevalência de 5 a 20% nas pacientes infectadas. Em geral, essa

infecção não irá causar sintomas, mas a garganta poderá apresentar odinofagia.

- » Doença inflamatória pélvica (DIP): possui prevalência de 10 a 40% nas pacientes infectadas e os sintomas incluem dor pélvica e abdominal, sangramento vaginal anormal e dispareunia. Muitas vezes, os sintomas aparecem no período menstrual ou logo após.
- » Síndrome artrite-dermatite: ocorre quando a infecção se espalha pela corrente sanguínea para outras partes do corpo, especialmente para a pele e as articulações. É uma manifestação rara da gonorreia.

5. Diagnóstico:

O diagnóstico pode ser feito através da:

- » Bacterioscopia – Gram: a presença de bactérias diplococos Gram negativos intracelulares é diagnóstico da infecção. Por ser um exame de baixa sensibilidade (30%), a bacterioscopia negativa não exclui o diagnóstico de gonorreia.
- » Cultura de secreção endocervical: o exame é realizado através do meio Thayer-Martin, um meio específico para a cultura. O método consiste em um meio rico e superior a outros meios de cultivo, destinados ao isolamento de *Neisseria gonorrhoeae* e *Neisseria meningitidis*, visto que contém em sua fórmula antibióticos que irão inibir o crescimento de bactérias do gênero *Neisseria saprófitas* e de outras bactérias, quando em amostras colhidas de sítios contaminados.
- » Métodos de biologia molecular (NAAT): pode ser realizado através do PCR, método mais sensível, e através da captura híbrida. O material pode ser coletado da secreção endocervical na mulher, uretral em homens ou no primeiro jato de urina, em ambos os sexos.

Tratamento: o tratamento da infecção gonocócica anogenital não complicada consiste em:

	Droga	Posologia
Primeira escolha	ceftriaxone	250-500mg IM dose única**
Segunda opção ou pacientes alérgicas	ciprofloxacina***	500mg VO dose única
Terceira opção	Cefixima	400mg VO dose única
Dual Therapy	Azitromicina****	500 mg 2cp dose única
Gestantes	Ceftriaxone ou azitromicina se alérgica	
HIV +	Não há diferença	

Recomenda-se sempre associar tratamento para clamídia.^{1,4}

** A dose de ceftriaxone varia de 250mg^{1,28} a 500mg⁴

*** Alguns países, como os EUA, e alguns estados no Brasil (RJ, MG e SP) já identificaram bactérias resistentes à ciprofloxacina, devendo-se, portanto, ser evitado seu uso nessas regiões.^{1,4}

**** Dual Therapy- a azitromicina deve ser associada a um dos 3 esquemas terapêuticos anteriores, mesmo em caso de DNA para Clamidia negativo, em virtude da alta possibilidade de resistência bacteriana às quinolonas e para prevenção de futura resistência às cefalosporinas.^{1,4,28}

Tabela 3. Tratamento Gonorreia (PRIMO, 2017)

6. Linfogranuloma Venéreo

1. Conceito:

O linfogranuloma venéreo (LGV), ou linfogranuloma inguinal, ou “Bubão” ou Doença de Nicolas-Favre é uma doença linfoproliferativa causada pelos sorotipos L1, L2 ou L3 da bactéria intracelular *Chlamydia trachomatis*, que atinge os órgãos genitais e os gânglios da virilha.

2. Epidemiologia:

Sua incidência é universal, mas ocorre com maior frequência nos trópicos. Não há diferença entre os sexos e observa-se maior número de casos entre negros. A doença emergiu nos últimos 10 anos em regiões mais desenvolvidas como Estados Unidos, Austrália e Europa, na forma de proctite em homens que fazem sexo com homens (HSH).

3. Fatores de Risco:

Os principais fatores de risco incluem a soropositividade para o HIV, múltiplos parceiros sexuais e sexo anal.



Figura 9. A. “Microcancro”, do linfogranuloma venéreo; B. “Bubão” do linfogranuloma venéreo – mesmo paciente de A após 10 dias. (AZULAY, 2017)

4. Manifestações clínicas:

- a) As manifestações clínicas surgem após o período de incubação que dura de 3 a 30 dias. Na doença primária, observa-se a presença de uma pápula que pode ulcerar no local da inoculação, geralmente no prepúcio ou glândula nos homens e na vulva ou parede vaginal nas mulheres. Figura 9. Fase de inoculação: é caracterizada pelo aparecimento de pápula ou pústula na região vulvar, que evolui para úlcera indolor ou reação inflamatória no local da inoculação, a qual regride espontaneamente em 3 a 5 dias.
- b) Fase de disseminação linfática regional: corresponde à extensão da infecção aos linfonodos regionais, com adenite inguinal, 70% das vezes unilateral, firme e pouco dolorosa (bubão), que pode ser acompanhada de febre e mal-estar.
- c) Fase de sequelas: é a fase que irá ocorrer a drenagem do material purulento por vários orifícios no bubão, com ou sem sangue, que, ao involuir, deixa cicatrizes retraídas ou quelóides. Proctocolite e manifestações intestinais podem ocorrer em pacientes com exposição retal, seguida de estenose.

5. Diagnóstico laboratorial:

O diagnóstico deve ser feito com base nas manifestações clínicas dos doentes, associado à identificação da *C. trachomatis* no local da infecção, por PCR ou por Captura híbrida, que é o método mais indicado. Além disso, testes para sorotipos específicos ainda não estão disponíveis. A aspiração da secreção e posterior imunofluorescência direta também pode ser utilizada para o diagnóstico. Em caso de úlceras perianais ou sintomas sugestivos de proctite, está indicada avaliação endoscópica do reto. A sorologia IgG positiva não consegue distinguir infecção atual ou passada, mas na presença de lesão clínica é suficiente para a

suspeita diagnóstica, se títulos acima de 1/64.

6. Tratamento:

Pode ser cirúrgico, em caso de necessidade de drenagem ou exérese do bubão. É indicado em casos extremos para evitar a formação de úlceras ou fístulas crônicas. Contudo, normalmente a lesão regride com o tratamento clínico para clamídia (TABELA 1)

7. Infecções Extragenitais - Hepatites

Para o grupo de infecções extragenitais destacam-se as hepatites virais, possuidoras dos agentes etiológicos: os vírus A, B, C, D e E. Dentre as que possuem transmissão importante por contato sexual, as hepatites A, B e C são as mais prevalentes.

1) Hepatite A

Causada pelo RNA vírus HAV, transmitida através da contaminação da água e alimentos, devido à transmissão fecal-oral. Também favorecida a transmissão por essa mesma via, o contato sexual.

O período de transmissão - excreção do vírus pelas fezes - ocorre entre duas semanas antes e uma semana após o início dos sintomas. Após a transmissão, o vírus permanece em estado de incubação no hospedeiro por volta de 28 dias, em média, com uma variação de 10 a 50 dias desse período.

I. Quadro Clínico:

Apresenta sinais e sintomas comuns da hepatite. Dentre eles são os mais prevalentes: icterícia, febre, fraqueza, náuseas e vômitos, anorexia, dor abdominal e aumento do fígado à palpação abdominal.

No entanto, esta possui curso autolimitado, apresentando assim baixa taxa de mortalidade e rara evolução para cronificação. Destaca-se por ser a infecção assintomática mais comum em crianças, expressando sintomatologia mais significativa, na maioria dos casos, apenas em pacientes adultos.

II. Diagnóstico:

O pico de IgM dos anticorpos anti-HAV ocorre na primeira semana e normaliza apenas de 3 a 6 meses após a infecção. A detecção do IgM no plasma dos indivíduos infectados confirma o diagnóstico. No entanto, para fins de acompanhamento e investigação, os títulos de IgG, que conferem imunidade ao indivíduo, atingem o pico após 1 mês do início da doença e podem persistir por toda a vida.

O diagnóstico também pode ser feito por identificação de partículas virais pela técnica de PCR, este que conta com alta especificidade e sensibilidade.

No entanto, não está disponível em todos os serviços de atenção à saúde pelo elevado custo.

Como achados laboratoriais gerais, tem-se: elevação das enzimas hepáticas, contagem normal de leucócitos ou leucopenia e hiperbilirrubinemia à custa do aumento da bilirrubina direta.

III. Tratamento:

Por ser um quadro autolimitado, as medidas terapêuticas são pautadas no uso de sintomáticos na fase aguda da doença. A internação pode ser necessária em pacientes com quadro mais grave, como portadores de hepatopatias crônicas e também em idosos.

IV. Prevenção:

No Brasil, a vacina de Hepatite A foi introduzida no calendário infantil em 2014, para crianças de 1 a 2 anos de idade. Já em relação à profilaxia após a exposição ao vírus, nas pessoas que não foram previamente vacinadas, esta é realizada através da administração de Imunoglobulina humana (0,2ml/Kg) ou da vacina, o mais rápido possível. Para pacientes com mais de 40 anos, a primeira escolha é a IGH, pois a vacinação após essa idade cai significativamente a eficácia.

Em aspectos gerais, medidas sanitárias como saneamento básico, tratamento da água e do esgoto são de extrema importância. Devido a transmissão do vírus ser oral-fecal e na pelo contato sexual propriamente dito, o uso de métodos contraceptivos de barreira não são suficientes para conferir proteção.

2) Hepatite B

Conceito:

A hepatite viral B é causada por um vírus pertencente à família Hepadnaviridae, o vírus da hepatite B (HBV). É um DNA-vírus envelopado, com fita de DNA dupla incompleta e replicação do genoma viral por enzima transcriptase reversa. O período de incubação varia de 6 semanas até 6 meses entre a contaminação e o início dos sintomas.

I. Epidemiologia:

A epidemiologia da hepatite B é heterogênea no cenário nacional, com uma maior concentração de casos na região Amazônica e em alguns pontos da região Sul. No período de 1999 a 2018, foram notificados 233.027 casos confirmados de hepatite B no Brasil.

As populações tradicionais, remanescentes de quilombos e povos indígenas constituem grupos residentes em áreas silvestres ou pouco urbanizadas estando expostos a um maior risco de transmissão da doença, incluindo a transmissão

vertical, o que demonstra uma maior prevalência da hepatite B em populações pouco urbanizadas

II. Etiologia e Fisiopatologia:

Embora o vírus seja encontrado em maiores concentrações no sangue, a transmissão também se dá através de fluidos corporais, incluindo a saliva, o sêmen e a secreção vaginal, o que torna a doença uma infecção de transmissão sexual. O vírus HBV é mais infectante e mais estável no ambiente que o HCV e o HIV. Possui como principais formas de transmissão: relações sexuais sem preservativos com um indivíduo infectado, o compartilhamento de materiais como seringas, agulhas e cachimbos, o compartilhamento de matérias de higiene pessoal, a transfusão de sangue e através da mãe para o filho, durante a gestação e o parto.

O vírus da hepatite B necessita se estabelecer nos tecidos hepáticos para completar o seu ciclo de vida. Dessa forma, a intensidade da resposta imunológica irá determinar a gravidade da doença. A resposta imunológica produzida irá produzir as citocinas e interleucinas, que serão responsáveis pela lesão hepática e pelas manifestações extra-hepáticas.

III. Manifestações clínicas e quadro clínico:

Tipicamente, o período de incubação é de 30 a 150 dias. A icterícia tem sido relatada em até um terço dos pacientes adultos com hepatite B aguda, mas a maioria dos casos não é reconhecida. Entre os pacientes sintomáticos, que representam aproximadamente metade das infecções recentes, as manifestações são semelhantes às da hepatite A.

A sintomatologia está atrelada ao estágio da infecção viral, sendo assim, paciente com quadros agudos costuma apresentar pródomos como artralguas, artrites, erupções cutâneas e febre do tipo doença do soro. Com a evolução do quadro, observa-se a redução das manifestações prodrômicas e elevação das aminotransferases. Além disso, boa parte dos casos a infecção pode ser assintomática e evoluir para infecção crônica, cirrose e carcinoma hepático. A chance de cronificação é inversamente proporcional à idade, sendo de 90% se a infecção ocorre no primeiro ano de vida e de 30% antes dos 5 anos, enquanto em adultos ocorre entre 5 a 10% dos casos.

IV. Diagnóstico:

O diagnóstico da infecção pode ser feito por sorologia ou por técnicas de biologia molecular. De rotina, é utilizada a sorologia. Os testes de biologia molecular são utilizados para detectar a presença do ácido nucleico do vírus (DNA para o vírus da hepatite B e RNA para os demais vírus da hepatite), e devem ser realizados nos casos de testes sorológicos não conclusivos e nos casos de acompanhamento de pacientes com doença crônica.

Existem três sistemas antígeno-anticorpo relacionados à infecção pelo HBV: HBsAg, Anti-HBs e Anti HBc. O conhecimento deles é importante para diferenciação diagnóstica entre infecção aguda, crônica, indivíduo vacinado e estado de replicação do vírus.

- » HBsAg: é o antígeno de superfície do vírus que está presente tanto na infecção aguda, como na infecção crônica. Esse antígeno é a primeira evidência de infecção hepática, antes mesmo da elevação das enzimas na doença aguda, e sua presença indica infecção e infectividade. A infecção crônica é definida pela presença do HBsAg reagente por pelo menos seis meses.
- » Anti-HBs: É um anticorpo específico contra o antígeno HBsAg. A dosagem desse anticorpo é indicada para verificar se o indivíduo possui imunidade contra o vírus da hepatite B, seja ela adquirida por meio da vacinação ou por meio da doença. O desaparecimento do HBsAg e o aparecimento do Anti-HBs indicam cura da infecção, não infectividade e proteção contra infecção recorrente. Encontra-se positivo após a soroconversão da vacina.
- » Anti HBC: : É o anticorpo contra a proteína do capsídeo, a parte interna do vírus que protege o genoma, chamada de core. O IgM anti HBc aparece logo após a detecção do HBsAg e sua presença indica infecção aguda ou recém adquirida, persiste de 3 a 6 meses e pode reaparecer em casos de reagudização de hepatite crônica. A presença isolada de IgG anti-HBc sem outros resultados sorológicos positivos pode indicar falso positivo ou infecção latente na qual o DNA do HBV é detectado por PCR.

Além desses três antígenos, é necessário conhecer o:

- » HBeAg: o antígeno HBe é uma proteína solúvel presente exclusivamente na presença de HBsAg. Indica replicação viral e infectividade. Sua presença no plasma por mais de três meses indica risco de desenvolvimento de hepatite crônica.
- » Anti-HBe: O aparecimento desse anticorpo, normalmente acontece após o desaparecimento do HBeAg e indica diminuição da replicação viral e da infectividade da doença.

V. Tratamento:

O tratamento da hepatite B tem como objetivo a perda sustentada de HBsAg, com ou sem a conversão imunológica para anti-HBs. O profissional deve buscar na anamnese fatores de risco para hepatopatias, possíveis fontes de infecção, além de imunização prévia. É preconizada a sorologia para as hepatites virais, HIV, somado à dosagem de aminotransferases, bilirrubina, tempo de atividade de protrombina, plaquetas e avaliação de ferro sérico. Para conduta terapêutica é preciso identificar o perfil do paciente, sendo necessário dosar AgHBe e anti-

HBe, pois esses mostraram se o indivíduo se encontra em fase replicativa ou não.

Os critérios, segundo o Ministério da Saúde, para o tratamento de hepatite B levando em consideração replicação viral, carga viral e dano hepático são: paciente com AgHBe reagente e ALT > 2x limite superior da normalidade; adulto maior de 30 anos com AgHBe reagente; paciente com AgHBe não reagente, HBV-DNA >2.000 UI/mL e ALT > 2x limite superior da normalidade. A droga de escolha inicial, caso não existam contra indicações, é o tenofovir, mas outras duas são preconizadas: o entecavir e a alfa peguinterferona. O tenofovir é administrado via oral, 300 mg/dia, por tempo indeterminado até que se alcance um desfecho favorável.

Além disso, uma atenção especial deve ser dada a estes pacientes com relação ao rastreamento de carcinoma hepático, pois a detecção precoce melhora o prognóstico da doença.

VI. Prevenção:

A vacinação é a principal medida de prevenção contra a hepatite B, sendo extremamente eficaz e segura. A gestação e a lactação não representam contraindicações para a imunização. Atualmente, a vacina para hepatite B está prevista no calendário de vacinação infantil. Além disso, o SUS disponibiliza a vacina nas unidades básicas de saúde para todas as pessoas, independentemente da faixa etária. Além da vacina, são necessários outros cuidados que ajudam na prevenção da infecção pelo HBV, tais como: usar preservativo nas relações sexuais, não compartilhar objetos de uso pessoal, como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, dentre outros materiais.

A testagem das mulheres grávidas ou com intenção de engravidar também é fundamental para prevenir a transmissão vertical. Caso ocorra a transmissão vertical, a profilaxia para a criança após o nascimento reduz drasticamente o risco de transmissão vertical.

3) Hepatite C:

A hepatite é um processo infeccioso e inflamatório causado pelo vírus C da hepatite (HCV) e que pode se manifestar no indivíduo na forma aguda ou crônica, sendo esta segunda a forma mais comum. O HCV pertence ao gênero *Hepacivirus*, família *Flaviviridae* e é um RNA vírus, de fita simples e polaridade positiva.

I. Epidemiologia:

Estima-se que a prevalência da hepatite C no Brasil varia de 1,0 a 2,1% dependendo da região. A maior prevalência de hepatite C está entre pessoas que têm idade superior a 40 anos, sendo mais frequentemente encontrada nas regiões Sul e Sudeste do país. Pessoas submetidas a hemodiálise, usuários de

drogas e pessoas vivendo com HIV são exemplos de populações mais vulneráveis à infecção pelo HCV.

II. Transmissão:

A transmissão do vírus da hepatite C ocorre, principalmente, através do contato com sangue contaminado e é mais comum entre indivíduos usuários de drogas injetáveis. A transmissão sexual também é possível, apesar de ser considerada rara. Além disso, o risco é maior no caso de coinfeção com HIV, na presença de outras doenças sexualmente transmissíveis, em homens que fazem sexo com outros homens e com usuários de cocaína.

III. Quadro clínico:

Os casos de infecção recente por HCV, em 80% dos casos, são assintomáticos ou apresentam sintomas leves. Contudo, 85% dos casos podem evoluir para a cronicização e, destes, 60 a 70% têm doença hepática ativa. Atualmente, a hepatite C é a maior responsável por cirrose e por transplante hepático no mundo hepático. Isso se deve ao fato de que muitos pacientes permanecem sem diagnóstico por anos, devido à falta de manifestação de sintomas clínicos. Por isso, a testagem espontânea da população prioritária é muito importante no combate.

IV. Diagnóstico:

O diagnóstico pode ser feito por detecção de anticorpos anti-HCV, que é o teste indicado para casos suspeitos e que pode ser realizado através da técnica de ELISA ou por quimioluminescência. A presença de anticorpos anti-HCV pode ser detectada a partir de 8 a 9 semanas de infecção, sendo que a soroconversão ocorre em 97% dos indivíduos infectados após 6 meses. Além disso, o diagnóstico pode ser feito pelo exame de biologia molecular (PCR), que podem ser qualitativos ou quantitativos, que são utilizados na prática clínica para casos de hepatite B e de hepatite C.

V. Tratamento:

Os pacientes com diagnóstico confirmado devem ser encaminhados para um especialista. O tratamento da hepatite C é feito com antivirais de ação direta (DAA), que apresentam taxas de cura de mais 95% e são realizados, geralmente, por 8 ou 12 semanas.

Com a evolução das terapias antivirais, é possível o clareamento do vírus, ou seja, a cura. É considerada erradicação do vírus quando os testes de PCR para detecção do RNA HCV forem negativos pelo menos 12 semanas após o término da terapia antiviral.

VI. Profilaxia:

Em relação a profilaxia da hepatite C, indivíduos que têm infecção ativa pelo HCV, devem:

- » Ter seus contatos sexuais e domiciliares e parentes de primeiro grau testados para hepatite C;
- » Não compartilhar instrumentos perfurocortantes e objetos de higiene pessoal ou outros itens que possam conter sangue;
- » Cobrir feridas e cortes abertos na pele;
- » Limpar respingos de sangue com solução clorada;
- » Não doar sangue ou esperma

8. HIV

O vírus da imunodeficiência humana (human immunodeficiency virus – HIV) é um lentivírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (acquired immunodeficiency syndrome – AIDS), responsável por uma deterioração progressiva do sistema imunológico. A infecção pelo HIV pode ser transmitida por sangue, sêmen, lubrificação vaginal ou leite materno, sendo as principais vias de transmissão as relações sexuais desprotegidas, o compartilhamento de seringas contaminadas e a transmissão entre mãe e filho durante a gravidez ou amamentação. O HIV está presente nesses fluidos corporais tanto na forma de partículas livres como em células imunitárias infectadas.

I. Epidemiologia:

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2018 foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS no Brasil, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes. Desde o ano de 2012 observa-se uma diminuição da taxa de detecção de AIDS no Brasil. Os casos de HIV estão concentrados em grupos populacionais específicos, como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, transexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas e aquelas em situações de vulnerabilidade, como a população de rua e pessoas privadas de liberdade.

II. Etiologia e Fisiopatologia:

A infecção provoca a diminuição do número de LT-CD4+ por meio de diversos mecanismos, entre os quais incluem a apoptose de células espectadoras, a morte viral de células infectadas e a morte de LT-CD4+ por meio de linfócitos T citotóxicos CD8+, que reconhecem as células infectadas. Quando o número de LT-CD4+ desce abaixo do limiar aceitável, o corpo perde a imunidade mediada por células e torna-se progressivamente mais suscetível a infecções oportunistas.

III. Manifestações clínicas:

A infecção pelo HIV abrange um grande espectro de sinais e sintomas, com diversas fases, que dependem da resposta imunológica individual e da intensidade da replicação viral. Frequentemente, ocorre um quadro agudo de infecção nas primeiras semanas, seguido de uma fase assintomática que poderá durar anos antes de surgir a AIDS. Em casos de indivíduos que contaminados pelo vírus HIV e que não foram adequadamente tratados, o tempo médio entre o contágio pelo HIV e o aparecimento da AIDS é de aproximadamente 10 anos.

IV. Fases da infecção pelo HIV:

- a) Infecção aguda pelo HIV: A síndrome retroviral aguda ocorre entre a primeira e a terceira semanas de infecção e caracteriza-se por sintomas inespecíficos como febre, cefaléia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. A linfadenomegalia acomete principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. A síndrome retroviral aguda é autolimitada, com resolução espontânea em três a quatro semanas.
- b) Latência clínica: fase assintomática e com duração de anos. É possível encontrar linfadenomegalia e alterações inespecíficas em exames laboratoriais, como plaquetopenia, anemia normocrômica e normocítica e leucopenia. Enquanto a infecção progride, ocorre queda gradual de LT-CD4+, com aparecimento intermitente de infecções, que podem ter apresentações atípicas, ou reativação de infecções antigas, como tuberculose e herpes-zóster.

Outros sinais e sintomas inespecíficos dessa fase incluem febre baixa, perda de peso, sudorese noturna, fadiga e cefaléia.

- c) AIDS: o surgimento da manifestação da imunodeficiência avançada. O aparecimento de infecções oportunistas e de neoplasias é indicativo dessa deficiência.

V. Diagnóstico:

O diagnóstico da infecção pelo HIV é dado por dois resultados positivos e com metodologias diferentes, de qualquer uma das possíveis combinações:

- » ELISA: técnica amplamente utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus. É um exame com elevada sensibilidade e especificidade.
- » Western-blot: considerado padrão ouro. O teste possui elevada sensibilidade e especificidade. Contudo, em relação aos demais testes sorológicos, o Western-Blot possui um custo mais elevado.
- » PCR: exame capaz de detectar a presença de sequências do material genético do HIV presentes nas células do sangue circulante.
- » Teste rápido: teste de rápida e fácil execução e leitura visual. Sua aplicação

é voltada para situações emergenciais que requerem o uso profilático com antirretrovirais. Esse teste possui aplicação, ainda, em locais onde a avaliação de custo-benefício justifica seu uso e para triagem geral da população de risco. Os testes rápidos são executados em tempo inferior a 30 minutos

VI. Tratamento:

Os objetivos do tratamento antirretroviral são reduzir a morbidade e mortalidade e prevenir a transmissão do HIV para outras pessoas. Para atingir esses objetivos, o tratamento deve resultar em supressão máxima do HIV. O tratamento para a infecção pelo vírus HIV é feito por meio de medicamentos antirretrovirais que irão impedir a multiplicação do vírus no organismo, ajudando a combater a doença e a fortalecer o sistema imunológico, apesar de não serem capazes de eliminar o vírus do organismo. Além disso, o tratamento visa reduzir a morbidade e mortalidade associada ao HIV, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos infectados, preservar e, quando possível, restaurar o sistema imunológico do indivíduo, além de suprimir de forma sustentada a replicação viral.

O tratamento, normalmente, é realizado com no mínimo três medicamentos, mas pode variar de acordo com o estado geral de saúde do paciente e carga viral. Os principais utilizados são: Lamivudina, Tenofovir, Efavirenz, Ritonavir, Nevirapina, Enfuvirtida, Zidovudina, Darunavir e Raltegravir.

9. Medidas Preventivas e Considerações Finais

Para evitar o aumento da incidência das infecções sexualmente transmissíveis, pode-se realizar a prevenção primária, que consiste em reconhecer os sintomas ou comportamentos de risco, além do uso correto de preservativos, ter um parceiro físico, realizar vacinação para hepatite A e B, e para a HPV. Por fim, deve-se realizar profilaxia em pré e pós-expostos ao HIV.

Após o diagnóstico, o paciente deve receber:

- » Aconselhamento – orientação de pacientes e parceiros quanto ao comportamento sexual e de risco.
- » Promoção sobre a importância e necessidade do uso de preservativos
- » Realização do rastreamento de outras ISTs,
- » Abordagem do parceiro: o parceiro da paciente deve ser encaminhado para avaliação e tratamento e devem ser rastreadas outras IST/HIV. Além disso, deve-se evitar contato sexual até o término do tratamento ou por até sete dias nos tratamentos de dose única. Caso não haja segurança de que o parceiro irá buscar assistência médica, o fornecimento da medicação para o tratamento domiciliar pode ser cogitado.

REFERÊNCIAS

- 1) PRIMO, WALQUÍRIA QUIDA SALLES PEREIRA ET AL. MANUAL DE GINECOLOGIA DA SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE BRASÍLIA. 2. ED. REV. BRASÍLIA: LUANCOMUNICACAO, 2017. 706 p. ISBN 978-85-93940-00-2.
- 2) AZULAY, R. D. DERMATOLOGIA, 7. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2017
- 3) SILVA, GLÁUCIA CRISTINA BARBOSA. RODRIGUES, FERNANDO FACHINELLI. FISIOPATOLOGIA DA SÍFILIS CONGÊNITA. REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO CONHECIMENTO. ANO 03, ED. 10, VOL. 04, PP. 122-136 OUTUBRO DE 2018. ISSN:2448-0959
- 4) TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO / EDITORES CESAR EDUARDO FERNANDES, MARCOS FELIPE SILVA DE SÁ; COORDENAÇÃO AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO, ET AL. 1. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019.
- 5) AVELLEIRA, J. C. R. BOTTINO, G. SÍFILIS: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE. ANAIS BRASILEIROS EM DERMATOLOGIA. 2006, v.81, n.2. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SCIOLO.BR/J/ABD/A/TSqK6nzB8v5zJJSQCfWSkPL/ABSTRACT/?LANG=PT](https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJJSQCfWSkPL/abstract/?lang=pt). ACESSO EM: 17 MAR. 2018.
- 6) DOMINGUES, CARMEN SILVIA BRUNIERA ET AL. PROTOCOLO BRASILEIRO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS 2020: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE, BRASÍLIA, v. 30, n. 1, p. 1-12, 25 SET. 2021. SEMANAL. FAPUNIFESP (SciELO). [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/s1679-4974202100002.ESP1](http://dx.doi.org/10.1590/s1679-4974202100002.esp1)
- 7) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): O QUE SÃO, QUAIS SÃO E COMO PREVENIR. DISPONÍVEL EM: [HTTP://SAUDE.GOV.BR/SAUDE-DE-A-Z/INFECcoes-SEXUALMENTETRANSMISSIVEIS-IST](http://saude.gov.br/saude-de-a-z/infeccoes-sexualmentetransmissiveis-ist). ACESSO EM: 26 DE OUTUBRO DE 2021
- 8) BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. HEPATITE B. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.AIDS.GOV.BR/PT-BR/PUBLICO-GE-RAL/HV/O-QUE-SAO-HEPATITES/HEPATITE-B](http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites/hepatite-b). ACESSO EM: 03 DE NOVEMBRO DE 2021.
- 9) CELESTE, ROGER KELLER, ET AL. "THRESHOLD-EFFECT OF INCOME ON PERIODONTITIS AND INTERACTIONS WITH RACE/ETHNICITY AND EDUCATION". REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA, VOL. 22, 2019, p. e190001. DOI.ORG (CROSSREF), [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1980-549720190001](https://doi.org/10.1590/1980-549720190001).
- 10) GOLDMAN, LEE; AUSIELLO, DENNIS. CECIL MEDICINA INTERNA. 24. ED. SAUNDERS ELSEVIER, 2012.
- 11) HERNANI BL; NADAL SR. LINFOGRANULOMA VENÉRIO - AUMENTO NA INCIDÊNCIA SUGERE SURTO MUNDIAL DA DOENÇA. REV BRAS COLOPROCT, 2007;27(2): 224-227.
- 12) NETO, LAURO FERREIRA DA SILVA PINTO ET AL. PROTOCOLO BRASILEIRO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS 2020: INFECÇÃO PELO HIV EM ADOLESCENTES E ADULTOS. EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE, BRASÍLIA, ANO 2020588, ED. 1, p. 1-16, 7 ABR. 2021.
- 13) MELO, NILSON ROBERTO ET AL. MANUAL DE ORIENTAÇÃO TRATO GENITAL INFERIOR. SÃO PAULO: GSK, 2010.

CERVICITE E DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Maria Jhéssica Almeida Carneiro

Melissa Campos Nobre

Lícia Amélia Siebra Cavalcante

Ana Livia Monte de Albuquerque

CERVICITE

1) Conceito

O colo do útero é formado por dois epitélios distintos: epitélio escamoso estratificado, localizado na ectocérvice, e epitélio glandular colunar, localizado na endocérvice. Quando ocorre um quadro de inflamação do tecido glandular, estamos diante de um caso de cervicite ou endocervicite.

É importante reconhecer o diagnóstico etiológico e proceder ao tratamento, uma que os casos que não são adequadamente tratados podem evoluir para complicações severas à saúde da mulher, como endometrite, doença inflamatória pélvica (DIP), risco aumentado de contrair o vírus da imunodeficiência humana (HIV), de câncer cervical, infertilidade ou desfechos adversos para gestantes e recém-nascidos, como trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, abortamento e óbito fetal.

2) Etiologia e epidemiologia

A causa da cervicite geralmente é infecciosa e constitui uma infecção sexualmente transmissível (IST). Os principais agentes são a *Chlamydia trachomatis* (CT) e a *Neisseria gonorrhoeae* (NG). Outros agentes menos comuns são: *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, vírus do herpes simples, citomegalovírus (CMV) e adenovírus.

Bactérias facultativas anaeróbicas que compõem a flora vaginal, como a *Gardnerella vaginalis*, também podem estar relacionadas ao surgimento de cervicite, principalmente em mulheres que têm o hábito de utilizar frequentemente duchas vaginais.

Nos casos de cervicite persistente, deve-se considerar a presença de outros fatores não infecciosos, como flora vaginal anormal persistente, utilização de duchas vaginais ou exposição a irritantes químicos.

Chlamydia trachomatis

É uma bactéria gram-negativa intracelular obrigatória. A infecção por CT é a mais frequente IST causada por bactéria e pode acometer de 2 a 30% da população feminina. Apenas 10 a 20% das infecções por CT são sintomáticas, enquanto 70% das mulheres portadoras de CT não apresentarão sintomas. Devido a isso, há uma dificuldade no diagnóstico dessa doença que, conseqüentemente, possui um alto grau de morbidade e complicações.

Neisseria Gonorrhoeae

É uma bactéria diplococos gram-negativa, que pode acometer de 1 a 2% da população feminina, sendo, portanto, menos comum que a infecção por CT.

3) Quadro clínico:

Anamnese:

Apesar de as cervicites serem, em sua maioria, assintomáticas, nos casos em que há manifestação clínica, a paciente pode queixar-se de corrimento vaginal purulento, sangramento intermenstrual, principalmente após as relações sexuais, e disúria. Dispareunia e dor à palpação do colo uterino durante o exame ginecológico são menos comuns.

Deve-se atentar para a presença de fatores de risco para infecção por gonococo, como idade igual ou inferior a 25 anos, presença de outras ISTs, história prévia de infecção por gonococos, parceiro sexual recente ou múltiplos parceiros, atividade sexual sem uso de preservativo.

Exame físico:

Ao exame ginecológico, há dois sinais que geralmente estão presentes e são importantes para o diagnóstico. São eles: presença de leucorréia purulenta visualizada no canal endocervical e sangramento persistente induzido pela simples passagem do swab através do orifício externo do colo. Ambos podem estar presentes, entretanto apenas um sinal já corrobora para o diagnóstico. O colo uterino pode estar edemaciado, hiperemiado e doloroso à mobilização.

4) Diagnóstico:

Exames complementares:

As técnicas de biologia molecular, como a reação em cadeia da polimerase (PCR) e a captura híbrida, são mais sensíveis para a detecção de CT/NG do que a cultura. Utiliza-se amostra de urina ou material endocervical.

A cultura no meio de McCoy constitui uma opção de teste para detecção de CT, entretanto sua sensibilidade pode ser prejudicada pela coleta e pelo transporte

inadequados. Necessita de tempo estendido e mão de obra qualificada. A cultura do gonococo pode ser realizada em meio seletivo (Thayer-Martin modificado) também a partir de amostras endocervicais.

Os testes de diagnóstico rápido (TDR) fornecem o resultado em poucos minutos e constituem uma boa alternativa, uma vez que possibilitam a prescrição de antibioticoterapia para o agente etiológico específico de forma imediata.

A bacterioscopia de secreção endocervical consiste no swab de material endocervical distribuído sobre lâmina que será corada pelo método Gram. Se detectados diplococos gram negativos intracelulares, direciona-se o diagnóstico para endocervicite gonocócica, porém, se os resultados forem negativos para gonococo, pode-se presumir a infecção por clamídia. A sensibilidade do exame em mulheres é de apenas 50%.

A sorologia apenas tem valor diagnóstico nas infecções complicadas, como linfogranuloma venéreo, endometrite, salpingite. Não é usada em diagnóstico de infecções superficiais, como uretrite e cervicite.

5) Tratamento:

Deve-se realizar o tratamento específico para a etiologia, caso seja detectada. Entretanto, quando a propedêutica laboratorial não está disponível, é recomendado o tratamento conjunto de CT e NG, uma vez que estes são os agentes mais comuns.

Chlamydia trachomatis

**Doxiciclina 100 mg, via oral, duas vezes ao dia, por sete dias (exceto gestantes)
OU Azitromicina 1g, via oral, dose única.**

Neisseria Gonorrhoeae :

Devido à possibilidade da associação de NG e CT, e à dificuldade diagnóstica na prática, o tratamento dos dois agentes está justificado.

Ceftriaxona, 500 mg, intramuscular, dose única + Doxiciclina 100 mg, via oral, duas vezes ao dia, por sete dias.

Recomenda-se o tratamento de parceria sexual e a testagem para outras ISTs, bem como abstinência sexual por 07 dias.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

1) Conceito:

A doença inflamatória pélvica (DIP) decorre da ascensão de microorganismos do trato genital inferior, representado por colo do útero e vagina, para estruturas do

trato genital superior, como endométrio, tubas, peritônio e estruturas adjacentes, causando inflamação. É considerada uma IST e, a longo prazo, pode estar relacionada a algumas complicações, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A DIP acomete com maior frequência mulheres jovens. Os fatores de risco incluem múltiplas parcerias, atividade sexual sem proteção, parceiro recente com infecção, antecedentes patológicos de ISTs e infecções por CT e NG. A presença de DIU está relacionada a maior chance de DIP apenas nas primeiras três semanas após a sua inserção.

2) Etiologia e fisiopatologia:

A etiologia da DIP é geralmente polimicrobiana, apesar de boa parte dos casos estarem relacionados à infecção por clamídia ou gonococo. Não há a identificação de agentes etiológicos em aproximadamente 50% dos casos. Outros microorganismos como anaeróbios pélvicos, bacilos gram-negativos, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus agalactiae*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Escherichia coli* e citomegalovírus também podem estar relacionados ao quadro infeccioso.

O processo fisiopatológico da DIP inicia-se com a infecção do trato genital inferior, como nas cervicites. É de extrema relevância o reconhecimento desse estágio inicial, a fim de impedir a progressão da infecção. Em seguida, geralmente no período menstrual ou pós-menstrual, em que há a modificação do muco vaginal, facilitando o processo de locomoção dos agentes, ocorre a ascensão desses microorganismos para o endométrio, causando endometrite. Outros agentes presentes na vagina também podem ascender e se instalar nas tubas uterinas, gerando reação local, com conseqüente formação de material purulento. Este pode ficar aprisionado na cavidade tubária, formando a piossalpinge, ou pode ultrapassar as fímbrias e alcançar o peritônio pélvico, causando a pelviperitonite. O acúmulo significativo desse material purulento no fundo de saco de Douglas gera sinais e sintomas clássicos da DIP, como dor à mobilização do colo e dispareunia. Pode ocorrer um bloqueio do conteúdo purulento pela alças intestinais, formando o complexo tubo ovariano, ou o extravasamento para os ovários, dando origem ao abscesso tubo-ovariano (ATO).

A evolução desse abscesso pode direcionar-se para o seu rompimento, em raras situações, causando agravamento importante do quadro, ou para a autoesterilização, formando uma massa multicística com conteúdo citrino estéril, denominado de hidrossalpinge, caracterizada como uma seqüela.

3) Quadro clínico:

A DIP pode manifestar-se através de uma ampla variação de sinais e sintomas, o que contribui para sua dificuldade diagnóstica. Apesar de esta condição apresentar alguns sintomas bem característicos, muitas mulheres portadoras de DIP podem ser assintomáticas ou apresentar sintomas leves e inespecíficos, como alterações gastrointestinais, disúria ou sangramento irregular. Já nas pacientes com sintomas mais importantes, podem estar presentes dor pélvica de início recente, corrimento vaginal, dispareunia, sangramentos entre os períodos menstruais ou pós-coital, febre, entre outros.

Anamnese:

O relato de dor pélvica nos últimos 30 dias deve sempre levantar suspeita de DIP. Faz-se necessário investigar a presença de fatores de risco, como atividade sexual desprotegida, múltiplos parceiros ou parceiro recente, passado de ISTs ou inserção de DIU nas últimas três semanas.

Exame físico:

O exame abdominal geral possui grande importância, principalmente para diagnóstico diferencial. Durante o exame especular, o conteúdo mucopurulento pode estar presente, e o colo uterino apresenta-se friável. Ao toque bimanual, dor uterina ou a mobilização do colo são indicativos de DIP.

4) Diagnóstico:

O diagnóstico é clínico na maioria das vezes. Pode ser feito através de videolaparoscopia, entretanto, seu uso não está indicado em todas as pacientes com tal hipótese diagnóstica, principalmente naquelas com sintomas leves ou inespecíficos.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Crítérios maiores	Crítérios menores	Crítérios elaborados
Dor em baixo ventre espontânea Dor à palpação anexial Dor à mobilização cervical	Febre; Leucitose; VHS ou PCR aumentados Secreção vaginal/cervical anormal Isolamento gonococo ou clamídia endocervical	Biopsia endometrial demonstrando a presença de endometrite; Abscesso tubo-ovariano ou no fundo de saco presente na ultrassonografia transvaginal ou ressonância magnética; Laparoscopia demonstrando sinais sugestivos de infecção tubária ou tuboperitonal

Tabela 1 – Critérios diagnósticos de DIP.

Baseando-se nos critérios acima, seria importante a presença dos três critérios maiores e pelo menos um critério menor para fechar diagnóstico. Contudo, os casos devem ser individualizados, uma vez que a obrigatoriedade dos três critérios maiores antes de iniciar o tratamento empírico pode diminuir a sensibilidade do diagnóstico e, conseqüentemente, aumentar o número de complicações. A presença de um critério elaborado já define o diagnóstico de DIP. O tratamento deve ser instituído independente de se ter identificado ou não o agente etiológico ou não, iniciar o tratamento

5) Exames complementares:

Alguns exames complementares podem auxiliar na suspeita de DIP, como hemograma demonstrando leucocitose e/ou bastonetose; proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação (VHS) aumentados; provas de biologia molecular para diagnóstico de clamídia, gonococo e mycoplasma; exames de urina ou urocultura para descartar infecções do trato urinário. Exames de imagem, exemplificados por ultrassonografia transvaginal, tomografia computadorizada ou ressonância magnética também podem apresentar achados sugestivos de DIP.

6) Tratamento:

Os esquemas de antibioticoterapia empírica para DIP devem fornecer cobertura de amplo espectro e devem ser iniciadas prontamente, a fim de evitar complicações. É importante salientar a necessidade de abstinência sexual, bem como do tratamento da parceria sexual.

Tratamento ambulatorial de primeira escolha: Ceftriaxone 500 mg, intramuscular, dose única + Doxiciclina 100 mg, via oral, duas vezes ao dia por 14 dias + Metronidazol 500 mg, via oral, duas vezes ao dia por 14 dias.

Tratamento endovenoso de primeira escolha: Ceftriaxone 1 g, endovenoso, a cada 24h + Doxiciclina 100 mg, via oral ou endovenoso, duas vezes ao dia + Metronidazol 500 mg, via oral ou endovenoso, duas vezes ao dia.

Tratamento cirúrgico deve ser considerado nas condições de refratariedade ao tratamento clínico, suspeita de ruptura de abscesso tubo-ovariano ou hemoperitônio.

REFERÊNCIAS

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS TREATMENT GUIDELINES, 2021. ATLANTA: MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT, v. 70, n. 4, 23 JUL. 2021.

GONÇALVES AK, ELEUTÉRIO JUNIOR J, COSTA AP, GIRALDO PC. CERVICITES E URETRITES. SÃO PAULO: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRAS-

GO); 2018. (PROTOCOLO FEBRASGO - GINECOLOGIA, NO. 2/COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS).

CARVALHO NS, CARVALHO BF, LINSINGEN RV, TAKIMURA M. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA. SÃO PAULO: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO); 2018. (PROTOCOLO FEBRASGO - GINECOLOGIA, NO. 25/ COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS).

CARVALHO, NEWTON SERGIO DE; TAKIMURA, MARCOS; VON LISINGEN, RENATE; CARVALHO, BEATRIZ FREITAS DE. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP). IN: FERNANDES, CESAR EDUARDO; SÁ, MARCOS FELIPE SILVA DE (ED.). **TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019. CAP. 25. P. 286-296. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788595154841/EPUBCFI/6/28%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCHAPTER4.XHTML%5D!/4/2/2/228/2%4051:84](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154841/epubcfi/6/28%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCHAPTER4.XHTML%5D!/4/2/2/228/2%4051:84). ACESSO EM: 14 NOV. 2021.

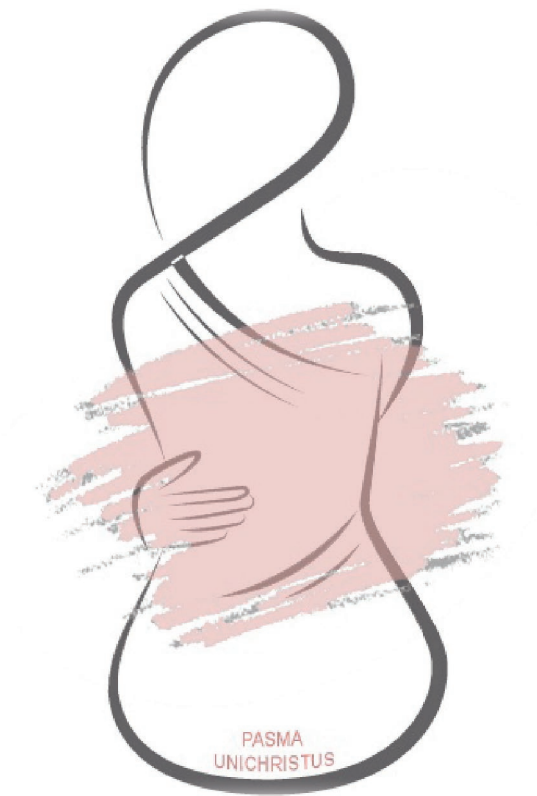
GONÇALVES, ANA KATHERINE; GIRALDO, PAULO CÉSAR; ELEUTÉRIO JUNIOR, JOSÉ. DOENÇAS BENIGNAS DO COLO DO ÚTERO | CERVICITES. IN: LASMAR, RICARDO BASSIL. **TRATADO DE GINECOLOGIA**. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2017. CAP. 11. P. 107-113. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788527732406/EPUBCFI/6/50%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCAP-11%5D!/4](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527732406/epubcfi/6/50%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCAP-11%5D!/4). ACESSO EM: 14 MAIO 2021.

HOFFMAN, BARBARA L.. INFECÇÃO GINECOLÓGICA. IN: HOFFMAN, BARBARA L.; SCHAFER, JOHN O.; HALVORSON, LISA M.; BRADSHAW, KAREN D.; CUNNINGHAM, F. GARY (ORG.). **GINECOLOGIA DE WILLIAMS**. 2. ED. PORTO ALEGRE: AMGH EDITORA LTDA., 2014. CAP. 3. P. 64-109. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788580553116/PAGEID/18](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580553116/pageid/18). ACESSO EM: 2 DEZ. 2021.

MACKAY, GILLIAN. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E INFECÇÕES PÉLVICAS. IN: DECHERNEY, ALAN H.; NATHAN, LAUREN; LAUFER, NERI; ROMAN, ASHLEY S.. **CURRENT DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**. 11. ED. SÃO PAULO: AMGH EDITORA LTDA., 2014. CAP. 43. P. 701-731. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788580553246/PAGEID/3](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580553246/pageid/3). ACESSO EM: 2 DEZ. 2021.

NAUD, PAULO; VETTORAZZI, JANETE; MATOS, JEAN CARLOS DE; MAGNO, VALENTINO. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. IN: PASSOS, EDUARDO PANDOLFI *ET AL* (ORG.). **ROTINAS EM GINECOLOGIA**. 7. ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2017. CAP. 11. P. 175-192. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/9788582714089/EPUBCFI/6/42%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCAPITULO_11.XHTML%5D!/4/4/526/28/1:55%5BIRTH%2Cms%20%5D](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582714089/epubcfi/6/42%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCAPITULO_11.XHTML%5D!/4/4/526/28/1:55%5BIRTH%2Cms%20%5D). ACESSO EM: 14 NOV. 2021.

SOPER, DAVID E.. INFECÇÕES GENITURINÁRIAS E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. IN: BEREK, JONATHAN S.. **TRATADO DE GINECOLOGIA**. 15. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2014. CAP. 18. P. 436-446. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://INTEGRADA.MINHABIBLIOTECA.COM.BR/READER/BOOKS/978-85-277-2398-5/EPUBCFI/6/72%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCHAPTER18%5D!/4/478/3:25%5BRAC%2CEPT%5D](https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-2398-5/epubcfi/6/72%5B%3BVND.VST.IDREF%3DCHAPTER18%5D!/4/478/3:25%5BRAC%2CEPT%5D). ACESSO EM: 1 DEZ. 2021.



PASMA
UNICHRISTUS

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Maria Luiza Varela Leal Barros;

Paula Soares Machado;

Amanda Magalhães Xerez Silva

Gabriela da Silva Alcantara;

Apesar de anos de estudos e pesquisas acerca da síndrome dos ovários policísticos (SOP), incluindo dados de Stein e Leventhal, em 1935, que associavam amenorreia, policistos bilaterais nos ovários e obesidade, o completo conhecimento sobre a mesma continua insuficiente, apresentando, ainda, alguns enigmas. Tal síndrome apresenta distúrbios que repercutem em várias fases da vida da mulher, incluindo adolescência e idade adulta, tendo, por isso, uma grande importância na área da Ginecologia.

1) Epidemiologia:

A prevalência da SOP varia entre 5 a 18% em mulheres em idade reprodutiva, sendo o diagnóstico estabelecido pelo consenso de Rotterdam, o mais aceito atualmente, obtido em 30% a 40% das pacientes com amenorreia primária ou secundária e em 80% com oligorreia. A síndrome representa a causa mais comum de infertilidade por anovulação, com sinais que progridem com o tempo.

2) Etiologia:

Em relação à etiologia, existem vários estudos que discorrem sobre os fatores genéticos da síndrome dos ovários policísticos, sugerindo que filhas de pacientes portadoras da síndrome têm maior chance de desenvolvê-la. Provavelmente, o conjunto de fatores ambientais, psíquicos e comportamentais, associados à predisposição genética são os principais determinantes para o aparecimento da SOP, podendo apresentar piora do quadro caso haja aumento de peso e o com o envelhecimento.

3) Fisiopatologia:

A fisiopatologia da síndrome ainda não é totalmente compreendida, existindo algumas hipóteses de mecanismos envolvidos, entre eles, o hiperandrogenismo surge como fator importante. No hipotálamo, ocorre maior produção de estrogênios, por meio de androgênios, na presença de aromatase, fato que explicaria a anovulação crônica, devido à mudança no padrão normal do GnRH, incrementando a frequência e amplitudes de pulso do hormônio, levando a um aumento de produção de LH pela hipófise. A queda nos valores de hormônio

folículo-estimulante circulante (FSH) está relacionado com a produção de inibina B, pelos pequenos folículos, além de altos níveis de estrona, devido à maior produção de androstenediona.

As alterações nas gônadas levam a uma interrupção do crescimento folicular e do aparecimento de alterações histomorfológicas, como micropolicistose e hipertrofia do estroma ovariano, que constitui grande fonte de androgênios. Dessa forma, essas alterações no eixo -hipotalâmico-hipofisário levam a um ciclo vicioso.

Outro determinante da fisiopatologia da SOP que vem ganhando destaque é a insulina. O mecanismo de resistência da insulina, provavelmente, está relacionado com um defeito no pós-receptor de insulina, que envolve a deficiência do substrato 1 da tirosina. Esse processo aumenta a fosforilação de proteínas envolvidas na via de sinalização, além de diminuição no número de proteínas GLUT-4 na superfície da membrana plasmática, dificultando o ingresso de glicose para o meio intracelular. O pâncreas, em resposta a esse aumento de insulina, pode predispor à intolerância à glicose ou até ao diabetes melito.

A insulina também tem um papel importante em sua ação sinérgica ao LH nas células da teca interna e do estroma ovariano, determinando o aumento da produção de androgênios.

Dessa forma, existe uma perpetuação do ciclo da anovulação, sendo essa um fator desencadeante e o ovário policístico uma consequência.

A nível de fígado, a hiperinsulinemia leva a uma redução dos níveis da globulina carreadora de esteroides sexuais (SHBG), permitindo que maior fração de androgênios circule em sua forma ativa, produzindo os efeitos respectivos.

4) Quadro clínico:

O quadro clínico da SOP apresenta principalmente:

- » Ciclos irregulares, em geral, ciclos alongados ou períodos de amenorreia
- » (essencialmente secundária);
- » Hirsutismo, avaliado pela escala de Ferriman-Gallwey;
- » Acne;
- » Alopecia androgênica;
- » Obesidade;
- » Infertilidade;
- » Acantose negritante.

5) Diagnóstico:

O diagnóstico da síndrome consiste principalmente em exclusão, devido à heterogeneidade de apresentações. Durante a adolescência, imaturidade de eixo hipotalâmico-hipofisário-ovariano pode determinar disfunção menstrual, além de uma ultrassonografia que pode apresentar ovários maiores e multifoliculares devido a essa imaturidade, corroborando para um diagnóstico errôneo de SOP nesse período da vida. A suspeita inicia com pacientes que apresentem excesso de pelo irregularidades menstruais, sendo de suma importância a exclusão de outras afecções que também cursam com hiperandrogenismo, entre elas, disfunção da tireoide, hiperprolactinemia, tumor ovariano ou da suprarrenal, defeitos de síntese da suprarrenal, síndrome de Cushing e uso de substâncias androgênicas (anabolizantes).

No exame físico da paciente devemos procurar sinais clínicos de hiperandrogenismo, como acne, hirsutismo e hipertricose, a qual pode estar relacionada ao uso de fármacos, como glicocorticoides, ciclosporinas, minoxidil, ou estar presente em algumas doenças, como hipotireoidismo, anorexia nervosa e dermatomiosite. Em relação à resistência insulínica, é importante avaliar a acantose nigricante, que é um espessamento com escurecimento da pele em região de dobras.

A fim de simplificar o diagnóstico de SOP, são utilizados critérios, salientando aqui o de Rotterdam, definido pela presença de pelo menos dois de três critérios: hiperandrogenismo clínico e/ou bioquímico, anovulação ou aparência policística ovariana, detectada pela ultrassonografia (US), mostrando, em um ou ambos os ovários, 20 ou mais folículos em cada ovário, medindo 2-9mm, e/ou aumento de volume ovariano(>10ml).

Os critérios de Rotterdam consistem em: a) Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial; b) Disfunção ovulatória; c) Imagens de ovários policísticos ao ultrassom pélvico.

6) Diagnóstico diferencial:

A SOP apresenta alguns diagnósticos diferenciais, sendo assim devemos sempre pesquisá-los, entre eles, os principais são: gravidez, realizando B-HCG; hipotireoidismo, devendo dosar o hormônio tireoestimulante (TSH) e o T4; hiperprolactinemia, dosando a prolactina; tumor ovariano, dosando testosterona; hiperplasia adrenal congênita, dosando 17-OH-progesterona; tumor de adrenal, dosando S-DHEA e síndrome de Cushing, dosando o cortisol.

7) Tratamento:

Um dos principais pilares que constituem o tratamento da SOP é a mudança

de estilo de vida, sendo de suma importância que a paciente reduza seu peso, pratique atividades físicas, as quais são sugeridos exercícios aeróbicos e anaeróbicos, diariamente ou pelo menos 3 vezes por semana e recorra a uma dieta nutricional balanceada.

É importante lembrar que o tratamento da síndrome é destinado contra as manifestações clínicas, devendo ser orientado de acordo com as quais a paciente apresente. Dessa forma, na resistência insulínica, o tratamento medicamentoso deve ser adicionado quando não há resposta inadequada ao não medicamentoso, além de pacientes que apresentem acantose nigricante ou obesas com história familiar positiva de diabetes melito do tipo 2. Os medicamentos mais utilizados são a metformina, uma biguanida que melhora o padrão menstrual, diminui os níveis de androgênios, além de um afeito indutor de ovulação. Para a utilização adequada da metformina é importante que as pacientes estejam com as funções hepáticas normais e que as doses comecem baixas, aumentando progressivamente. Alguns estudos demonstraram o benefício da Liraglutida, tanto na redução do peso como na melhora à resistência insulínica, principalmente nas doses de 3 mg ao dia subcutâneo, devendo-se iniciar com doses mais baixas e aumentar progressivamente. Em última hipótese, a cirúrgica bariátrica ainda é uma opção.

Em relação à disfunção menstrual, o emprego de progestagênios é a primeira opção, em pacientes que não apresentem hiperandrogenismo cutâneo. As medicações mais utilizadas são desogestrel (75 µg ao dia), acetato de diidrogesterona (10 mg por dia), acetato de medroxiprogesterona (2,5 a 10 mg por dia) e progesterona micronizada (100 a 200 mg por dia). Outro método disponível é o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, sendo uma alternativa para as mulheres sexualmente ativas que são hipertensas, diabéticas e/ou com risco aumentado de tromboembolismo.

Os anticoncepcionais hormonais combinados são uma alternativa para mulheres em que o padrão menstrual não se regularizou com a conduta medicamentosa ou o uso de progestagênios. De forma geral, eles atuam diminuindo os níveis de androgênios circulantes, por meio da inibição da secreção de gonadotrofinas e pelo aumento dos níveis de SHBG (globulina carreadora de esteroides sexuais), melhorando a irregularidade menstrual e reduzindo o hiperandrogenismo cutâneo moderado.

No tratamento da infertilidade são utilizados indutores da ovulação, como o citrato de clomifeno, o citrato de tamoxifeno e os inibidores da aromatase, como o letrozol. O clomifeno atua como modulador seletivo do receptor de estrogênio, atuando na indução da expressão de receptores de FSH e LH, maturação de folículos, postura de óvulos e retroalimentação acíclica. Outra opção viável é o uso do tamoxifeno, um modulador seletivo do receptor de estrogênio.

Além disso, podem ser utilizadas as gonadotrofinas, ministradas na primeira dose de 75 UI por dia, desde que a paciente apresente um endométrio fino e ausência de cistos ovarianos. Deve-se cancelar o ciclo quando houver mais de quatro folículos com mais de 14 mm de diâmetro médio ou mais de três folículos acima de 16 mm, para evitar a gravidez múltipla e a síndrome de hiperestímulo ovariano.

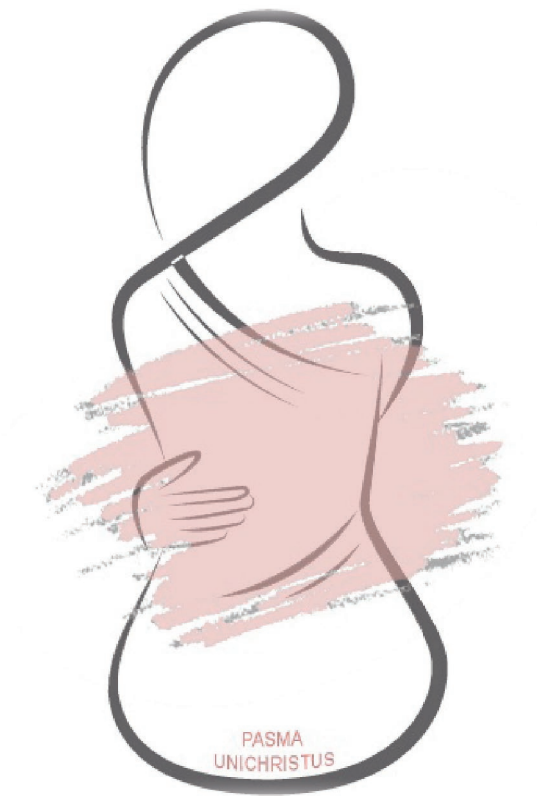
Provavelmente, existe um benefício na ministração de análogo GnRH previamente à indução da ovulação, podendo ainda ser associado às gonadotrofinas.

Tendo em vista o hiperandrogenismo cutâneo, uma droga usada é o acetato de ciproterona, que bloqueia a liberação de gonadotrofinas, já na periferia, atua no folículo piloso impedindo a ligação da diidrotestosterona com seus receptores, além de inibir a atuação da enzima 5-alfa-redutase, que age convertendo testosterona em diidrotestosterona, um hormônio mais potente. Outras opções viáveis são o uso de espirolactona, um antagonista da aldosterona, e a finasterina. Quando as manifestações clínicas são acentuadas, associar medicamentos de uso tópico e sistêmico pode apresentar bons resultados.

A SOP é uma síndrome que resulta em manifestações clínicas diversas, importantes repercussões metabólicas, sendo necessário um diagnóstico preciso e um acompanhamento multidisciplinar, a fim de proporcionar melhores condições de saúde às pacientes.

REFERÊNCIAS

1. TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO / EDITORES CESAR EDUARDO FERNANDES, MARCOS FELIPE SILVA DE SÁ; COORDENAÇÃO AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO ...[ET AL.]. - 1. ED. - RIO DE JANEIRO : ELSEVIER, 2019; 37: 447-459.
2. PONTES AG, REHME MFB, MICUSSE MTABC, MARANHÃO TMO, PIMENTA WP, CARVALHO LR, ET AL. A IMPORTÂNCIA DO TESTE DE TOLERÂNCIA A GLICOSE NO DIAGNÓSTICO DE INTOLERÂNCIA A GLICOSE E DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS. REV BRAS GINECOL OBSTET. 2012;34:128-32.
3. MARCONDES JAM. HIRSUTISMO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. ARQ BRAS ENDOCRINOL METAB. 2006;50:1108-16.



PASMA
UNICHRISTUS

Amanda Magalhães Xerez Silva
Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva
Maria Jhéssica Almeida Carneiro
Nadiejda Mendonça Aguiar Nobre

1.) Definição:

A endometriose é uma doença crônica, benigna, dependente de estrogênio e inflamatória. Ocorre geralmente durante a idade reprodutiva da mulher, mas também há descrição durante os estágios hormonais pré-menarca e pós-menopausa. Caracterizando-se pela presença de tecido endometrial, glândula e/ou estroma, fora da cavidade uterina. As lesões geralmente estão localizadas na pelve, mas podem ocorrer em vários locais, incluindo intestino, diafragma e cavidade pleural.

Endometriose pode ser classificada em superficial, com lesões abaixo de 5mm do peritônio e em profunda quando tem lesão acima de 5mm do peritônio.

2.) Epidemiologia:

É um distúrbio ginecológico benigno, comum, e supõe-se que sua prevalência seja de 10%. No entanto, a prevalência fidedigna é difícil de quantificar devido à sua complexidade. Existem mulheres portadoras de endometriose assintomáticas e também devido a necessidade da realização de exames ou procedimentos invasivos para confirmação diagnóstica. A porcentagem de mulheres com endometriose pode variar de 3 a 6% em pacientes submetidas à ligadura tubária até 30 a 50% em mulheres com dor pélvica ou infertilidade. Ainda, os custos associados à endometriose são: limitação da atividade de mulheres com dor, aumento do uso de técnicas de reprodução assistida, alteração da vida de adolescentes e aumento nos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade. Pacientes com endometriose têm 20 vezes mais chance de apresentar infertilidade.

3.) Fisiopatologia:

Descrita em 1860, a endometriose ainda é considerada uma doença enigmática em que a causa e a forma de evolução são desconhecidas. Existem várias teorias que tentam esclarecer o surgimento da endometriose, as principais descritas a seguir:

» Menstruação retrógrada

Ocorre por meio das tubas uterinas seguido de disseminação de células

endometriais viáveis no interior da cavidade peritoneal e então há desenvolvimento de tecido endometrial ativo e viável. Teoria justificaria maior prevalência de lesões na pelve, além dos fatores de risco serem associados a maior exposição as menstruações (menarca precoce, ciclos curtos) e maior risco em mulheres com obstrução de saída da menstruação devido má formações uterinas (aumentando o sangue refluindo para pelve). No entanto, 75 a 90% das pacientes apresentam menstruação retrógrada e apenas uma parcela delas desenvolve endometriose, sendo assim acredita-se haver outros fatores associados no desenvolvimento dessas lesões como fatores epigenéticos, hormonais e imunológicos.

» Propagação linfática ou vascular

Define que células endometriais viáveis são enviadas a sítios distantes por meios dos vasos sanguíneos e linfáticos, desenvolvendo focos de endometriose. Os achados de endometriose em sítios incomuns, como peritônio ou região inguinal, contribuem para essa teoria. A região retroperitoneal apresenta circulação linfática excessiva, por isso, quando não se encontram implantes peritoneais, mas apenas lesões retroperitoneais isoladas, apontam propagação linfática. Ademais, a tendência do adenocarcinoma endometrial de espalhar-se por via linfática sugere a destreza com que o endométrio pode ser transportado por esse método.

» Metaplasia celômica

Poderia ser a justificativa de como a endometriose é encontrada em órgãos distintos, como pulmão, porém, ainda não se sabe explicar como as células sofreriam transformação capaz de gerar tecido viável.

A metaplasia sugere que o peritônio parietal seja um tecido pluripotencial capaz de sofrer transformação metaplásica para tecido com histologia indistinguível do endométrio normal. Como ovários e ductos mullerianos são derivados do epitélio celômico, a metaplasia poderia esclarecer o desenvolvimento de endometriose ovariana. No entanto, a ausência de endometriose em outros tecidos derivados do epitélio celômico é um argumento contrário a essa teoria.

» Teoria da indução

Propõe que alguns fatores hormonais ou biológicos possam provocar a diferenciação de células indiferenciadas em tecido endometrial. Esses fatores podem ser exógenos ou liberados diretamente do endométrio. Foi determinantemente comprovado que o estrogênio possui função significativa como causador de endometriose. Ainda que praticamente todo o estrogênio no sexo feminino seja gerado diretamente pelos ovários, outros tecidos periféricos produzem estrogênio por meio de aromatização de androgênios ovarianos e suprarrenais. Mostrou-se que os implantes endometrióticos manifestam aromatase e 17 β -hidroxiesteroide-desidrogenase tipo 1, enzimas responsáveis,

respectivamente, pela conversão de androstenediona em estrona e de estrona em estradiol. Os implantes, entretanto, são deficientes em 17 β -hidroxiesteroide-desidrogenase tipo 2, que inativa o estrogênio. Essa combinação enzimática propicia que os implantes sejam expostos a um ambiente estrogênico.

4.) Quadro clínico:

Pode ser descrita uma variabilidade de quadros clínicos sugestivos da doença.

Inclusive as mulheres podem ser assintomáticas, alcançando o diagnóstico de forma casual devido a um procedimento invasivo por indicação de outra patologia.

Sendo sintomáticas, os sintomas mais comuns costumam envolver dismenorreia, dor pélvica crônica (DPC) e infertilidade.

É considerada a “doenças dos 6 Ds”, que são:

Dor pélvica crônica: É o sintoma mais comum encontrado na endometriose, com cerca de até 60% das mulheres apresentando essa queixa. A gravidade da dor pélvica pode estar diretamente associada ao estágio avançado da doença. A dor ainda pode se envolver com endometriomas de parede abdominal, em sítio de cicatriz abdominal após cirurgias uterinas ou cesariana. Ainda há outra manifestação mais rara que é o endometrioma umbilical caracterizado como nodulação escura ou arroxeadas em cicatriz umbilical e apresenta com dor e/ou sangramento cíclicos.

Dismenorreia: Um dos sintomas mais prevalentes, é frequente a queixa de dor durante o período menstrual em mulheres diagnosticadas com endometriose. Padrão de dor tipicamente descrita como cólica moderada a intensa. Pode anteceder a menstruação em 24 a 48 horas e não responde com eficácia medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais. Ademais, também se relaciona dismenorreia com endometriose profunda e se classifica em dor com maior intensidade comparando com dismenorreia primária.

Disquezia: Também conhecida como dor defecatória, é mais rara que os outros sintomas, porém tem associação com a presença de implantes de endometriose no reto-sigmoide. Pode estar relacionado com outros sintomas gastrointestinais como diarreia, constipação ou hematoquezia.

Disúria: Pode suspeitar de endometriose quando a disúria se manifesta no período menstrual e é acompanhada de culturas negativas de urina. Hematúria ou sintomas vesicais importantes podem surgir e há necessidade de realizar cistoscopia para investigar e confirmar o diagnóstico. É um dos sintomas menos presentes, juntamente com outras queixas urinárias como urgência e polaciúria.

Dispareunia de profundidade: A dor durante o ato sexual pode ser relatado desde a perda da virgindade ou passar a ocorrer depois de anos de relação sexual sem dor. É mais correlacionado com endometriose de localização no septo retovaginal ou no ligamento uterossacro.

Dificuldade de engravidar: Estudos mostram que cerca de 30% a 50% das mulheres com endometriose têm alguma dificuldade para engravidar. Infertilidade é definida quando o casal que tem atividade sexual regular sem uso de métodos anticoncepcionais por mais de 12 meses e não conseguiu chegar à gravidez. Quando isso ocorre, é necessária uma investigação para saber qual a causa da dificuldade de engravidar. Se associado à infertilidade a mulher ainda tem cólicas menstruais intensas ou dor na relação sexual, há grande chance de ter endometriose como causadora da infertilidade.

5.) Fatores de risco:

O padrão hereditário é fator de risco para endometriose, porém não se identificou um padrão mendeliano evidente. Outro fator é a obstrução do trato de saída do sistema reprodutivo, aumentando a menstruação retrógrada. Além disso, fatores que aumentam a exposição aos ciclos menstruais como menarca precoce, ciclos curtos, nunca ter gestado e fluxo menstrual aumentado. Estudos apontam que a exposição a toxinas ambientais pode ser determinante para endometriose. As toxinas mais comumente envolvidas são 2,3,7,8-tetraclorodibenzo-p-dioxina (TCDD) e outros compostos do tipo dioxina.

6.) Diagnóstico:

No Brasil, estima-se que 8 milhões de mulheres tenham endometriose e que destas, cerca de 6 milhões não tenham o diagnóstico da doença. Cerca de 95% das mulheres com endometriose são sintomáticas e sofrem com dor crônica por anos até que se faça o diagnóstico, que pode demorar de 7 a 12 anos no Brasil.

O primeiro passo para o diagnóstico da endometriose é a observação dos sintomas, principalmente a dor pélvica e dismenorreia. Deve-se procurar por um especialista diante da presença dos sintomas. O médico a ser consultado deve ser um ginecologista, de preferência especialista ou que tenha maior conhecimento sobre endometriose. Durante a consulta, deve-se relatar ao médico o que está sentindo, onde é o sintoma, há quanto tempo e qual a intensidade do sintoma. Além de fazer estas perguntas, o médico deve realizar o exame físico que inclui a inspeção e palpação do abdome e o toque vaginal. Através do exame de toque vaginal é possível identificar lesões de endometriose profunda de vagina ou de reto em mais de 55% dos casos. Alterações na posição e mobilidade do útero e ovários ainda podem ser identificados com esse exame.

Exames podem ser solicitados como ultrassonografia transvaginal com

preparo intestinal, também chamada de mapeamento de endometriose e ressonância magnética da pelve, ambos realizados com profissionais capacitados. A ultrassonografia é o exame de primeira escolha por ser de menor custo e acesso mais fácil. Ambos apresentam uma acurácia muito alta podendo chegar a 98% de diagnóstico das lesões de endometriose profunda. No entanto, há dificuldade de diagnosticar lesões de endometriose superficiais. Esse tipo de lesão é muito fina, de difícil visualização aos exames de imagem.

Não existe nenhum exame de sangue que possa diagnosticar endometriose. Existe um marcador, que estudos tentam identificar para que o diagnóstico possa ser menos invasivo e mais acessível. O CA-125 é um dos marcadores mais pesquisados em endometriose e em outras patologias ginecológicas. Os níveis de CA-125 aumentam na menstruação de pacientes com e sem endometriose, não sendo exame para diagnóstico de endometriose. Pacientes com estágios de endometriose mais avançados têm maiores níveis de CA-125, mas não deve ser utilizado para diagnóstico de gravidade ou seguimento.

7.) Tratamento:

O tratamento da endometriose pode ser clínico com medidas comportamentais e medicamentosas e/ou cirúrgico. O diagnóstico e o tratamento da endometriose dependem dos sintomas específicos relatados pela paciente, sua localização, gravidade das lesões endometrióticas, objetivos do tratamento e desejo de conservar a fertilidade.

Das opções medicamentosas, os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são administrados para aliviar a dor. Para inibir a atividade dos ovários e, assim, retardar o crescimento do tecido endometrial ectópico e reduzir os sintomas da paciente, são utilizados inicialmente métodos hormonais (contraceptivos combinados ou progestágenos isolados), também pode-se utilizar agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) e antagonista do GnRH.

Os métodos hormonais como progestinas isoladas, sistema liberador intrauterino de levonorgestrel, implante subdérmico de etonorgestrel e contraceptivos orais combinados são primeira linha de tratamento hormonal, receitados principalmente para mulheres que não pretendem engravidar em breve. Os contraceptivos orais combinados podem ser tomados continuamente, especialmente se a dor for mais forte durante a menstruação.

Os agonistas de GnRH interrompem o sinal que o cérebro transmite aos ovários para que produzam estrogênio e progesterona, através do bloqueio eixo hipotálamo-hipófise. Com isso, a produção desses hormônios diminui. A supressão prolongada da produção de estrogênio pelos ovários pode causar sintomas vasomotores e diminuição da densidade óssea. Caso aconteça por mais de seis meses, é possível prescrição de medicação combinada para minimizar

a redução da densidade óssea, chamada de *add-back* terapia. Sendo assim, são medicações consideradas de segunda ou terceira linha de tratamento para endometriose, devido seus efeitos colaterais e efeitos secundários a longo prazo.

Os medicamentos não alteram as taxas de fertilidade em mulheres com endometriose mínima ou leve. No entanto, é possível que esses medicamentos não sejam suficientes para controle e tratamento da endometriose, havendo possibilidade de cirurgia para exérese dos focos de endometriose via laparoscopia abdominal. O tecido endometrial ectópico deve ser removido ou eliminado durante a laparoscopia. As indicações cirúrgicas em geral são devido a falha do tratamento clínico, endometriomas grandes, lesões intestinais com risco de obstrução, lesão em ureter ou lesão de apêndice. Também pode haver indicação de cirurgia devido infertilidade. Os endometriomas são drenados e removidos sua cápsula sempre que possível. Dependendo do estágio da endometriose, 40% a 70% das mulheres que se submetem à cirurgia podem engravidar. Algumas mulheres que têm endometriose podem engravidar com técnicas de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro*. Depois que o tecido é retirado, pode haver recidiva da endometriose, necessitando manter tratamento clínico, avaliando necessidade de medicamentos para inibir a ação dos ovários, ou que os ovários sejam removidos, opção pouco desejada devido os efeitos colaterais a longo prazo de ooforectomia pré-menopausa.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016 APROVA O **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA ENDOMETRIOSE**. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, BRASÍLIA, DF, 15 DE JULHO DE 2016. SEÇÃO 1, P.53.
2. CAMPOS, C.; NAVALHO, M.; CUNHA, T.M. ENDOMETRIOSE – EPIDEMIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA E REVISÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA. **ACTA RADIOLÓGICA PORTUGUESA**. OUT-DEZ 2008; XX(80): 67-77
3. FERNANDES, ET AL. **TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019.
4. FREITAS, ET AL. **ROTINAS EM GINECOLOGIA**. 6 ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2011. CAP 10. P. 144-157.
5. HOFFMAN, ET.AL. **GINECOLOGIA DE WILLIAMS**. 2 ED. PORTO ALEGRE: AMGH, 2014. CAP 10. P. 281-303.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Lícia Amélia Siebra Cavalcante

Mariana Silva Almeida

Nadiejda Mendonça Aguiar Nobre

1.) Definição e epidemiologia:

Corresponde a alteração do padrão normal do ciclo menstrual, podendo resultar de aumento de quantidade, duração ou frequência do sangramento em mulheres não grávidas. É uma das queixas ginecológicas mais frequentes, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva, correspondendo a até um terço das consultas em ginecologia.

2.) Conceitos:

- » Menstruação é o sangramento uterino normal, cíclico e repetitivo que ocorre durante o menacne, apresentando duração de 2 a 8 dias, regularidade a cada 24 a 38 dias, variação entre ciclos de até 9 dias e volume perdido de 5 a 80 mL e que repercute negativamente na qualidade de vida da mulher.
- » SUA Crônico é o sangramento proveniente do corpo uterino, excluindo-se gravidez, com alteração em sua frequência, duração, regularidade e/ou volume, persistindo por mais de 6 meses. Em geral, não é necessária intervenção médica emergencial.
- » SUA Agudo é caracterizado por um episódio de sangramento intenso, na ausência de gravidez, determinando a necessidade imediata de intervenção médica para que seja controlado.
- » Sangramento intermenstrual é o que ocorre entre dois ciclos menstruais regulares, podendo acontecer ao acaso ou de maneira previsível.

3.) Classificação:

A FIGO utiliza o sistema "PALM-COEIN" para classificar o sangramento uterino anormal em mulheres em idade reprodutiva e não grávidas. De acordo com esse acrônimo, é possível subdividir as diversas causas em estruturais ("PALM") ou não estruturais ("COEIN").

3.1) Causas Estruturais do Sangramento Uterino Anormal:

a.) Pólipos:

Os pólipos endometriais são projeções localizadas do tecido endometrial,

com distribuição irregular das glândulas endometriais e de suas glândulas, recobertos por endotélio. Nessa classificação também são compreendidos os pólipos endocervicais, embora estes sejam assintomáticos na maioria dos casos.

Em mulheres com SUA, a prevalência dos pólipos endometriais varia de 7,8 a 34%, sendo mais comumente encontrados na peri e na pós-menopausa. O risco de malignização é de aproximadamente 0,5%.

Causam sangramento em cerca de 50% dos casos, a depender de fatores como número, localização e tamanho dos pólipos. Podem ocorrer também irregularidade menstrual, sangramento intermenstrual ou sangramento pós-coito. O padrão-ouro para o diagnóstico é a histeroscopia com anatomopatológico e o principal diagnóstico diferencial é com pequenos miomas submucosos.

b.) Adenomiose:

Ocorre pela presença de glândulas e estroma endometrial na camada muscular uterina, resultando em crescimento difuso do útero. Apresenta incidência que varia entre 5 a 70%, sendo comum em múltíparas e podendo estar presente associados aos leiomiomas uterinos, pólipos endometriais ou à endometriose.

A clínica é variável, embora os sintomas mais associados à endometriose sejam a menorragia e a dismenorreia, podendo ocorrer também dispareunia e dor pélvica crônica. Em cerca de um terço das pacientes, a doença é assintomática e, 11% dos casos cursam com infertilidade. A intensidade do sangramento também guarda relação com a profundidade do miométrio atingido, bem como com a densidade glandular. Podem ser observados aumento do volume uterino e sensibilidade aumentada à palpação do fundo uterino.

Embora o diagnóstico de suspeição possa ser obtido por meio de ultrassonografia ou ressonância magnética, o diagnóstico definitivo envolve a análise anatomopatológica da peça de histeroscopia.

c.) Leiomioma:

Os leiomiomas são tumores benignos, originários da musculatura lisa do miométrio, que podem ocorrer em até 70% das mulheres. Embora a etiologia não esteja completamente elucidada, sabe-se que os hormônios (estrógeno e progesterona) atuam estimulando o seu desenvolvimento. Dessa forma, a incidência relaciona-se com situações que levam à circulação excessiva de hormônios endógenos, como menarca precoce e obesidade. Outros fatores de risco são história familiar e etnicidade (mais prevalente em afrodescendentes).

Em relação ao quadro clínico, a maioria dos casos são assintomáticos. Entretanto, sangramento anormal é o sintoma mais frequente, ocorrendo, principalmente, em miomas submucosos e, em menor grau, nos subserosos. Além

disso, dor e outras queixas decorrentes da compressão de estruturas adjacentes também são observadas.

O diagnóstico é obtido pelo exame ginecológico e confirmado por ultrassonografia abdominal ou transvaginal, podendo-se utilizar a ressonância magnética em casos de dúvidas quanto à localização do tumor ou para diagnóstico diferencial entre miomas e sarcomas. Outro diagnóstico diferencial possível são os tumores ovarianos.

d.) Malignidades:

Resultam de alterações biológicas e morfológicas que acometem estroma e glândulas endometriais, variando de proliferação exagerada à carcinoma. Entre as malignidades, a hiperplasia endometrial, o câncer de colo de útero, o câncer de endométrio e o leiomiossarcoma são as mais relacionadas com SUA.

Embora devam ser consideradas em qualquer idade, são mais incidentes na pós menopausa, especialmente em relação ao adenocarcinoma de endométrio, cujos principais fatores de risco são obesidade, diabetes e hipertensão, bem como qualquer outra condição de exposição prolongada ao estrogênio sem a oposição da progesterona.

Geralmente o sangramento é profuso, intermitente, não programado e, por vezes, prolongado. Na suspeita diagnóstica utiliza-se o exame clínico e a ultrassonografia transvaginal, além de biópsia de colo de útero ou de endométrio, se suspeita de câncer de colo de útero ou de endométrio, respectivamente.

Após estabilização clínica, pacientes com hipótese de malignidades devem ser direcionadas para tratamento específico.

d.1) Hiperplasia endometrial:

Diagnóstico histopatológico caracterizado pela proliferação de glândulas de formas e tamanhos variados com aumento da relação glândula/estroma. É subdividida, de acordo com a classificação da OMS de 2015, em hiperplasia endometrial sem atipia ou hiperplasia endometrial com atipia, também denominada neoplasia intraepitelial endometrial.

Como já citado, o diagnóstico é obrigatoriamente histopatológico, com material de biópsia obtido preferencialmente por curetagem ou histeroscopia.

O tratamento da hiperplasia sem atipia fundamenta-se no uso de progestogênios (acetato de medroxiprogesterona ou de noretindrona), 5-10 mg/dia, VO, 13-15 dias/mês, além de biópsia de controle semestral. Outra alternativa é a inserção do DIU de levonorgestrel, associado à avaliação semestral por meio de biópsia. A histerectomia é reservada para os casos de persistência da hiperplasia ou de atipias.

4.) Causas não estruturais do Sangramento Uterino Anormal:

a.) Coagulopatias:

SUA pode decorrer de qualquer alteração nos mecanismos de coagulação. As coagulopatias são a causa de SUA em cerca de 10 a 48% das adolescentes, sendo principal delas a Doença de von Willebrand (DVW). Outras etiologias também relacionadas são: hemofilia, disfunções plaquetárias, púrpura trombocitopênica, além de distúrbios de coagulação secundários a hepatopatias ou leucemias. Classicamente, são pacientes jovens com história de sangramento volumoso desde a menarca associado à anemia.

b.) Ovulatórias:

Embora possam ocorrer em qualquer época, são mais frequentes nos extremos de vida reprodutiva da mulher. Deve-se incluir nessa categoria os sangramentos anovulatórios, os sangramentos irregulares decorrentes de outras disfunções ovulatórias, como a insuficiência do corpo lúteo e o encurtamento folicular da fase pré-menopausa. No entanto, a causa mais comum de anovulação no menacme é a síndrome dos ovários policísticos (SOP), que afeta de 5 a 10% das mulheres.

Sabe-se que alterações menstruais são comuns nos primeiros dois anos após a menarca. Após esse período, o sangramento excessivo, frequente ou prolongado é considerado anormal. A presença de ovulação pode ocasionar sangramento no meio do ciclo, com menstruações frequentes e sangramento prolongado, fato que alerta para a insuficiência folicular ou insuficiência lútea.

c.) Endometriais:

Distúrbios primários geralmente decorrem de alterações de hemostasia endometrial, pela exacerbação do sistema fibrinolítico local ou aumento de prostaglandinas vasodilatadoras. Clinicamente, resultam em sangramento profuso, prolongado, mas, frequentemente, com manutenção do padrão de ciclicidade normal.

Assim, a partir da 4ª década de vida é fundamental excluir hiperplasia endometrial e câncer de endométrio nas mulheres com episódios de sangramento excessivo, prolongado ou não programado.

d.) Iatrogênicas:

É comum o relato do uso de esteróides sexuais após cada episódio de sangramento. Entre as principais causas estão: dispositivos intrauterinos, tanto medicados como não medicados, uso oral de anticoagulantes ou preparações de heparina, além do uso de medicações que diminuam os níveis circulantes de estrógeno e progesterona, como ácido valpróico, griseofulvina e rifampicina; uso de anabolizantes e tabagismo.

e.) Não classificadas:

Entre as causas estruturais, deve-se considerar malformações arteriovenosas e defeitos estruturais pós-cesárea, como a istmocele. Já entre as causas não estruturais ressaltam-se as alterações bioquímicas envolvidas no sangramento: produtos dos neutrófilos, tais como citocinas e fatores de crescimento.

5.) Causas não incluídas no Sistema PALM-COEIN:

É fundamental considerar também a ocorrência de doenças sistêmicas que cursam com SUA. Dentre as etiologias que podem ser investigadas estão amiloidose, insuficiência hepática, cirrose, insuficiência renal, hipotireoidismo e disfunção adrenal.

6.) Diagnóstico do Sangramento Uterino Anormal:

Para determinar a causa do sangramento uterino anormal é fundamental realizar uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso, permitindo um tratamento adequado.

a.) História clínica e exame físico:

História clínica e exame físico tem papel de destaque na condução de um caso de sangramento uterino anormal. Assim, alguns passos são fundamentais, como:

- » Verificar se o sangramento é, de fato, excessivo. Embora esse parâmetro seja difícil de ser obtido, é importante tentar quantificar o volume de sangramento da forma mais objetiva possível.
- » Determinar também o momento de início do sangramento, bem como o tipo de sangramento anormal em suas características (volume, duração, intervalo e aspecto - presença de borras e coágulos).
- » Procurar condições associadas ao sangramento, estendendo para o exame físico a busca de disfunções hipotalâmicas e hipofisárias, realizando também o exame ginecológico completo.

Os principais objetivos do diagnóstico de SUA são:

a.) Excluir gravidez ou suas possíveis complicações:

É essencial pensar na possibilidade de gravidez, bem como de abortamento ou gravidez ectópica. Para isso, é mandatório solicitar, ainda na primeira avaliação, a dosagem do beta-hCG. O ultrassom transvaginal também pode ser útil.

b.) Excluir uso de medicamentos:

Atentar para medicamentos que possam interferir no metabolismo dos

esteróides sexuais, bem como da progesterona. Além disso, o uso indiscriminado de altas doses de estrógeno e progesterona também pode levar a sangramento e deve ser considerado.

c.) Identificar doenças sistêmicas intercorrentes:

É fundamental identificar coagulopatias, hipo ou hipertireoidismo ou disfunção adrenal. Já a insuficiência hepática e adrenal pode ter sinais clássicos no exame físico, como edemas, aranhas vasculares ou coloração amarelada da pele e mucosas. Para nortear a investigação, pode-se solicitar dosagem de androgênios, prolactina, hormônios tireoidianos, provas de função hepática e renal, função plaquetária e dosagem do fator de von Willebrand.

d.) Avaliação dos órgãos genitais:

Nessa etapa, os exames de imagem são importantes e devem ser utilizados de acordo com a hipótese diagnóstica. Para a avaliação dos genitais, considerar a ultrassonografia pélvica endovaginal, a histeroscopia e a histerosalpingografia. Já a biópsia endometrial é amplamente utilizada para os casos de sangramento peri ou pós menopausa.

e.) Avaliar a função do eixo hipotálamo-hipofisário:

Aqui, inclui-se a observação da ciclicidade menstrual, dos dados antropométricos, sinais de hiperandrogenismo e mudanças comportamentais (exercício físico excessivo, bulimia e anorexia). É importante dosar prolactina, T4 livre e TSH. Já a dosagem de gonadotrofinas e esteróides sexuais têm valor limitado. Nos casos de hiperandrogenismo, pode-se lançar mão da dosagem de andrógenos. Se estiver disponível, monitorar ciclos ovariano e uterino por ultrassonografia.

7.) Tratamento do SUA:

a.) Tratamento Clínico:

Em casos de urgência, além das medidas de estabilização clínica, a dilatação e a curetagem são eficazes na interrupção do sangramento, favorecendo também a histologia endometrial. Após a realização de um teste de gravidez deve-se partir para a curetagem, caso não seja possível, pode-se realizar uma ultrassonografia no primeiro atendimento. Como alternativa ao estradiol venoso, que age promovendo reepitelização endometrial, utilizam-se altas doses de estradiol VO (2 a 4 mg a cada 4 horas).

Assim, no tratamento de urgência preconiza-se o uso de estrógeno isolado, limitando-se, nessa ocasião, o uso de progesterona isolada ou combinada ao estrógeno. No entanto, é importante o uso de estrógeno e progesterona combinados no acompanhamento.

Já no tratamento que não é de urgência, prima-se por obter o diagnóstico definitivo, mas algumas prescrições podem funcionar como adjuvantes já no primeiro atendimento.

b.) Tratamento Cirúrgico:

O principal fator a ser considerado é o desejo de procriar ou não. Caso exista desejo de gestar, adota-se tratamento conservador, tanto para lesões endometriais quanto miometriais. Nesse sentido, no caso de leiomiomas únicos e bem localizados, a embolização arterial pode ser realizada.

b.1) Tratamento conservador:

Para leiomiomas, o tratamento de escolha é cirúrgico. A embolização arterial pode ser utilizada para o caso de leiomiomas únicos e bem individualizados. Já a miomectomia é indicada para mulheres com múltiplos miomas, por laparoscopia ou laparotomia. No entanto, o sucesso terapêutico depende de fatores como: número e tamanho do leiomioma e da expertise do cirurgião. Ademais, a recidiva do leiomioma é alta, podendo atingir de 10% a 60% nos primeiros 5 a 10 anos do procedimento.

Na adenomiose o tratamento é geralmente clínico, mas a miomectomia pode ser indicada em casos de lesões volumosas, que cursam com grande assimetria entre as paredes anterior e posterior do corpo uterino.

No tocante aos pólipos endometriais, a cirurgia para ressecção da lesão é o método e escolha. Na hiperplasia endometrial, por outro lado, o tratamento é realizado com progesterona em altas doses. Como seguimento, é importante realizar histeroscopia e biopsiar o endométrio, visando o acompanhamento do quadro.

b.2) Tratamento radical:

Para mulheres com prole definida, a histerectomia é o padrão ouro, podendo ser realizada por via abdominal, vaginal, laparoscópica clássica ou robótica. Entretanto, é fundamental considerar a idade da mulher e a possibilidade de união futura, antes de considerar a histerectomia como opção terapêutica.

Ressalta-se que a ablação endometrial, não importando a técnica, somente deve ser indicada para mulheres que não podem mais engravidar.

REFERÊNCIAS

1. MEDEIROS, SEBASTIÃO FREITAS DE; YAMAMOTO, MÁRCIA MARLY WINCK. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL. IN: LIAO, ADOLFO; URBANETZ, COORDENAÇÃO ALMIR ANTÔNIO (ED.). **GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA FEBRASGO PARA O MÉDICO RESIDENTE**. 2. ED. BARUERI (SP): MANOLE, 2021. CAP. 19. P. 199-209.
2. WENDER, MARIA CELESTE OSÓRIO *ET AL.* SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL. IN: PASSOS, EDUARDO PANDOLFI *ET AL* (ORG.). **ROTINAS EM GINECOLOGIA**. 7. ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2017. CAP. 6. P. 95-110.
3. PINTO, CRISTINA LAGUNA BENETTI; GOMES, DANIELA ANGERAME YELA. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL AGUDO - CONDUTA NA EMERGÊNCIA. IN: SANTOS, ADRIANO PAIÃO DOS *ET AL.* **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**. BARUERI (SP): MANOLE, 2019. CAP. 51. P. 706-717.

Ana Livia Machado

Livia Fontelles Brasil

Letícia Poti Nobre

Gabriela da Silva Alcantara

1) Conceito:

O climatério é um processo natural vivenciado pelas mulheres que estão passando por uma fase de transição entre o período fértil e o não fértil. É uma resposta à regressão da função ovariana, e conseqüente declínio da produção hormonal de estrogênio e progesterona, mensageiros químicos responsáveis pelo controle do ciclo reprodutivo feminino a partir da menarca. Devido a estas mudanças hormonais, o corpo feminino como um todo, passa por transformações anatômicas, fisiológicas e emocionais, que dependem, além da funcionalidade ovariana, do estilo de vida, etnia e cultura.

Ainda é muito comum a ocorrência de dúvidas na sociedade acerca das diferenças entre os conceitos de climatério e menopausa, causando confusões no entendimento e aceitação da fase. Por base, a menopausa é classificada pela última menstruação, tendo um período amenorreico após sua ocorrência já marcada por mudanças hormonais, só podendo obter o diagnóstico após essa faixa temporal para que se certifique de que foi a última. Já o climatério decorre de todo o espaço de tempo transicional da fase reprodutiva para a não reprodutiva. É considerado o "período crítico" em que as principais mudanças estão ocorrendo.

2) Fases da vida reprodutiva feminina:

A vida reprodutiva feminina é dividida e classificada de acordo com a funcionalidade dos ovários e os resultados corpóreos das ações dos seus hormônios.

Ela tem início a partir da menarca, termo que caracteriza a primeira menstruação. Constantemente ocorre entre os 10 e 13 anos, e marca o início da produção de estrogênio e progesterona pelos ovários, e, também, o início da vida fértil das mulheres. Nesse período são visualizadas várias mudanças no corpo em virtude da ação de tais hormônios, como o crescimento, desenvolvimento das mamas e aumento dos quadris.

A menacme é um termo que indica todo o período de fertilidade da mulher, tendo início na menarca e fim na menopausa.

O climatério é marcado por uma redução da atividade ovariana, indicando uma transição do período fértil ao não fértil, onde as mudanças resultantes da regressão hormonal já podem ser sentidas. É dividido em duas etapas pela ocorrência da menopausa, sendo elas:

- » Perimenopausa: de 2 a 3 anos antes da última menstruação, na qual o ciclo menstrual já se encontra irregular, e alguns sintomas se tornam presente, como as ondas de calor, a transpiração intensa, a irritabilidade
- » Pós-menopausa: período após a última menstruação, na qual surgem outros sintomas característicos dessa etapa da vida feminina, como a perda de libido, secura do trato vaginal, ressecamento da pele, mudanças humorais. Nessa etapa já há a impossibilidade de engravidar devido a cessação da atividade ovariana.

A menopausa se caracteriza como a última menstruação da vida da mulher, podendo ser diagnosticada após 12 meses para se ter certeza do fim desse ciclo.

As classificações do período dessas fases da vida reprodutiva de uma mulher variam de corpo para corpo, pois todas têm influência de fatores externos e internos, sendo únicos para cada pessoa, podendo seguir ou não todas essas etapas. Vale ressaltar que o diagnóstico dessas etapas em mulheres “normais” (sem doenças que afetam o ciclo) se dá pela observação do ciclo menstrual ou a falta dele. Já em mulheres que têm algum fator patológico ou não, que causam mudanças no ciclo reprodutivo, o mesmo é feito pela análise de dados de apoio, como a contagem dos folículos antrais, dosagem do hormônio antimulleriano, análise das taxas do Hormônio Folículo-Estimulante (FSH) e de Inibina B.

3) Epidemiologia:

A menopausa é marcada pela interrupção definitiva da menstruação. Esse processo costuma ocorrer entre as idades de 40 e 56 anos, podendo variar devido a influência de vários fatores externos, como o estilo de vida.

Nos últimos anos, poucas pesquisas epidemiológicas foram feitas sobre tal tópico abrangendo uma amostra nacional, sendo a mais atual uma realizada com um grupo de mulheres do sudeste do país em 2015. Segundo seus dados, a idade média para a ocorrência da menopausa foi de 46,6 anos, idade menor do que as obtidas nos últimos estudos realizados, podendo indicar um envelhecimento precoce dessa população. Foi observado uma maior intensidade de sintomas em mulheres portadoras de doenças crônicas, sendo os vasomotores mais vigorosos em usuárias de terapia hormonal. Ademais, foi encontrada uma associação entre sintomas mais acentuados e os sinais de depressão e ansiedade. É importante pontuar que os sintomas mais brandos foram relatados por mulheres em idades mais avançadas, enquanto os mais rigorosos nas que se encontram na

perimenopausa e pós-menopausa.

4) Etiologia:

A menopausa ocorre pela atresia fisiológica dos folículos primordiais, podendo ser natural ou artificial, como em casos de ooforectomia.

Os folículos ovarianos são vesículas contendo o oócito secundário e o líquido folicular, tendo sua produção inicial durante a oitava semana de vida intrauterina, e finalização, dessa, durante a vigésima semana. No período da puberdade, os ovários se tornam ativos e os folículos amadurecem, iniciando assim a menacme, período fértil da vida da mulher caracterizado por ciclos de crescimento e atresia dos folículos, sendo o consumo do pool folicular o determinante para as alterações hormonais e fisiológicas desse período.

Como ocorre a cessação da produção folicular durante o período intrauterino, e a atresia dos mesmos permanece até a menopausa, com o passar dos anos a reserva folicular é cada vez menor, reduzindo a inibina b, que desativa o feedback negativo sobre a hipófise, resultando em uma liberação de FSH como tentativa de aumento do recrutamento folicular, entretanto, esses altos níveis causam uma aceleração do processo de perda dos mesmos até o seu esgotamento. Esse processo resulta em uma redução dos níveis de estradiol que, por não serem capazes de estimular os picos de LH, causam a anovulação. Ademais, o resultado da última influi no cessamento da produção do corpo lúteo, levando a uma redução das taxas séricas de progesterona, não ocorrendo, assim, a menstruação.

No período da pós-menopausa há a liberação de picos de hormônio liberador de gonadotrofina como tentativa de aumentar a produção de estradiol. O GnRH estimula a secreção de gonadotrofina pela hipófise, e por causa da baixa resposta ovárica, durante os primeiros anos de pós-menopausa os níveis de FSH e LH são altos, reduzindo ao longo do tempo.

5) Consequências do climatério para o corpo feminino

Como há uma grande quantidade de receptores de estrogênio, principal hormônio responsável pelas mudanças corpóreas nesse período, espalhados pelo corpo feminino, são observadas variadas transformações em diversas áreas do corpo. Os locais que tem receptores de estrogênio são mamas, cérebro, ossos, pele, bexiga, vagina, uretra, útero, coração e vasos.

a.) *Sintomas relacionados aos vasos:*

A queixa mais comum de mulheres que passam pelo climatério é o fogacho, sentimento de calor súbito que se inicia na parte superior do corpo, e depois se espalha por ele como um todo. Esse evento é, frequentemente, seguido por rubor na pele devido ao aumento do fluxo sanguíneo cutâneo, taquicardia, palpitações e

aumento da temperatura corpórea seguidos de sudorese. Esses episódios duram em média 2 a 4 minutos, podendo ocorrer diversas vezes ao dia, mas, principalmente, no período noturno, tendo impacto sobre o sono, e conseqüentemente podendo gerar estresse e cansaço durante o dia.

A fisiopatologia desses episódios não é completamente entendida até os dias atuais, mas já foi comprovado relações com o comprometimento de neurotransmissores devido as baixas taxas de estrogênio, tornando-os mais sensíveis a aumentos de temperatura interna (corpórea) e externa (ambiental), o que gera uma instabilidade no centro hipotalâmico, responsável pela regulação da temperatura. Outros fatores relacionados são as alterações nos sistemas opioide, adrenal, autonômico noradrenérgico e serotoninérgico, além de alterações na concentração hormonal.

Os sintomas vasomotores duram em média 7 anos, sendo vivenciados no período da perimenopausa e da pós-menopausa. Entretanto, esse contingente temporal varia de mulher a mulher, podendo durar mais tempo ou não, sendo, também, influenciado por fatores externos como tabagismo, ansiedade, depressão, índice de massa corpórea (IMC) elevado.

b.) Alterações no sono:

Metade das mulheres relatam que no período da perimenopausa e pós-menopausa tem distúrbios do sono, como o despertar noturno e dificuldade de relaxar durante ele, comprometendo suas atividades diárias, pois desencadeiam estresse, sendo também uma predisposição para quadros de ansiedade e depressão. Além das conseqüências psicológicas, as alterações do ciclo do sono aumentam a probabilidade do desenvolvimento da diabetes mellitus e da hipertensão. As explicações para tal quadro são as alterações hormonais inconstantes, além dos fogachos noturnos, que aumentam o quadro do despertar.

c.) Alterações humorais e cognitivas

Atualmente 65% a 89% das mulheres em transição menopáusica procuram atendimento, sendo diagnosticadas com quadro depressivo. Tal situação pode ser explicada pela grande quantidade de mudanças vivenciadas pela mulher associada a impossibilidade de engravidar, ao processo de envelhecimento iminente e a baixa taxa de estrogênio.

Ademais, é muito relatado por mulheres durante esse período a ocorrência de disfunções cognitivas. Na perimenopausa, 44% das mulheres relatam esquecimento, essa porcentagem reduz para 41% no período da perimenopausa tardia e pós-menopausa. Esses dados evidenciam que, por mais que a baixa taxa de estrogênio seja intrinsecamente responsável, as mudanças hormonais no período de transição têm um grande impacto nas variações cognitivas. Além da alteração

da memória, também há queixas de redução da atenção e do processamento rápido de informações. Sabe-se que o estrogênio tem um papel modulador dos neurotransmissores com ação no hipocampo e lobo temporal, áreas responsáveis pela memória e pela aprendizagem.

d.) Alterações endometriais

Durante o climatério e menopausa o endométrio se atrofia devido ao baixo estímulo de estrogênio, refletindo em ciclos ovulatórios irregulares durante os primeiros anos da transição, e na anovulação ao final da mesma.

São muito recorrentes queixas de sangramento uterino durante o período ao redor da menopausa, explicados por altos níveis de estrogênio de forma acíclica e pelo quadro de atrofia vaginal. Apesar de sua recorrência, é de suma importância investigar a possibilidade de outras causas, como o carcinoma endometrial.

e.) Alterações na pele e nos fâneros

Nesse período há uma transformação do padrão de distribuição de gordura, passando do ginoide para o androide, devido às alterações hormonais. Ademais, é visto um maior acúmulo de gordura visceral, aumentando a predisposição para a dislipidemia e doenças cardiovasculares. Esses dois fatores levam muitas mulheres a pensar que a menopausa tem intrínseca relação com o ganho de peso, mas, na verdade, só há um maior acúmulo de tecido adiposo na região abdominal.

O cabelo é caracterizado por se tornar mais fino e ter um aumento na sua queda. A pele também sofre alterações devido à perda de colágeno e redução de sua espessura, o que resulta em rugas e flacidez, já sua secura está mais associada ao processo natural de envelhecimento. É muito comum o relato de sequidão e irritação do globo ocular, aspereza, fotofobia e sensação de corpo estranho, o que caracteriza a síndrome do olho seco, resultado da redução das taxas de estrogênio e androgênio.

f.) Alterações no aparelho geniturinário feminino

Alterações na vagina, vulva e trato urinário baixo, sejam elas físicas ou histológicas, acometem metade das mulheres durante o climatério devido aos baixos níveis séricos de estrogênio.

A vagina é caracterizada pela perda de colágeno e de tecido adiposo. A redução de gordura subcutânea dos grandes lábios leva a uma retração dos mesmos, ocorrendo simultaneamente com o clitóris, havendo também a fusão dos lábios menores e estenose da abertura vaginal. Ademais, as paredes da vagina se retraem, as dobras desaparecem, e há perda de suprimento sanguíneo devido ao estreitamento dos vasos, encaminhando a um quadro de maior sensibilidade a atritos, sangrando mais facilmente. O pH se torna mais alcalino (acima de 4,5),

tornando o ambiente mais difícil para a sobrevivência de lactobacilos, e facilitando a proliferação de patógenos, sendo comum queixas recorrentes de infecções no trato vaginal. A vulva tem seu epitélio atrofiado e há uma redução da secreção das glândulas sebáceas, bem como a perda do colágeno e hidratação da mucosa vaginal levando ao sintoma de secura vaginal.

Sintomas como disúria e incontinência urinária são comuns, estando associados ao afinamento da mucosa da bexiga e uretra, tendo um alto IMC, constipações e multiparidade como seus fatores de risco. Estudos indicam que as terapias hormonais, a base de estrogênio, podem levar a uma melhora no quadro de urgências urinárias.

g.) Alterações na libido

Diversos estudos já foram realizados, mas ainda não se tem uma comprovação científica da intrínseca relação entre os níveis hormonais e alteração da libido. Pesquisas comprovam uma redução do prazer sexual, dispareunia e outros fatores em mulheres durante o período da peri e pós-menopausa, e acredita-se que esse fato tem grande relação com fatores psicológicos, como o estresse e a relação com o parceiro. Entretanto, alguns estudos indicam que a reposição hormonal de progesterona e estrogênio tende a reduzir esse cenário, principalmente, em mulheres na perimenopausa e nos anos iniciais da pós-menopausa.

h.) Alterações ósseas e articulares

O quadro de hipoestrogenismo facilita o surgimento de osteoporose, doença muito comum entre mulheres na meia-idade, caracterizada pela redução da densidade óssea, levando a fraturas mesmo com pequenos impactos. As fraturas mais comuns são localizadas no fêmur, coluna vertebral e rádio distal, podendo comprometer o estilo de vida dependendo de sua gravidade. Outros fatores de risco para a osteoporose são mulheres brancas, baixo IMC, tabagismo e consumo elevado de bebidas alcólicas.

Ademais, existem receptores de estrogênio nas articulações, sendo também comprometidas com a redução de seus níveis séricos, comumente relacionados a queixas de artralgia e rigidez articular.

i.) Alterações cardiovasculares e metabólicas

No período pós-menopáusicos o perfil hormonal feminino contribui para a existência de vários fatores de risco de doenças cardiovasculares, como o padrão de gordura andróide, aumento da concentração de LDL, redução das taxas de HDL. Tais fatores estão intrinsecamente relacionados com o aumento de doenças cardiovasculares e síndrome metabólica em mulheres acima de 55 anos, sendo necessário acompanhamento médico para redução de tais riscos.

6) Diagnóstico

O diagnóstico de mulheres na menopausa se dá por uma anamnese contendo o relato de queixas específicas dessa etapa, como fogachos, secura vaginal e mudanças humorais, além de um exame ginecológico completo, especialmente focado nos órgãos responsáveis por produzir uma maior quantidade de sintomas. Além disso, é de grande importância a realização de exames laboratoriais, de modo a certificar-se das taxas de FSH e avaliar o padrão dos ciclos menstruais que durante o climatério podem começar a ser anovulatórios culminando com a interrupção definitiva da menstruação .

Durante a inspeção da vulva, é importante avaliar a condição dos lábios menores e maiores, sendo comum o desaparecimento dos últimos. Ademais, esse exame permite a visualização do intróito vaginal, comumente estenosado. Quando avaliado, o canal vaginal apresenta-se, habitualmente, pálido e seco, com ausência de rugas. É, também, de suma importância a avaliação da integridade da musculatura e órgãos pélvicos, observando a possibilidade de prolapsos de órgãos como o reto, bexiga e útero.

No momento da consulta, as mamas devem ser inspecionadas e palpadas, pois há uma conversão de tecido glandular mamário em tecido adiposo devido aos baixos níveis séricos de estrogênio, incluindo a observação de mudanças mamilares e axilares. A avaliação dos padrões de ressecamento e enrugamento da pele deve estar presente, sendo indicado o encaminhamento ao dermatologista, se necessário.

7) Tratamento

Primeiramente, é importante retratar que a menopausa não é uma doença, mas sim um processo fisiológico, não sendo necessário assim um tratamento. Técnicas de reposição hormonal e consultas psicológicas são formas de tentar reduzir os sintomas dessa etapa da vida de todas as mulheres.

Atualmente a terapia hormonal (TH) envolve uma grande quantidade de técnicas e combinações de doses que podem diferir a cada pessoa, incluindo o uso de estrogênio isolado, estrogênio associado a progestogênio, estrogênio associado ao bazedoxifeno e tibolona. Esse tratamento é indicado para mulheres em transição menopausal, sendo efetivo no controle de diversos sintomas, como os vasomotores, menopausa precoce, associados a redução da densidade óssea, síndrome geniturinária da menopausa, entre outros. Tem prescrição adversa para mulheres acima de 60 anos ou com mais de 10 anos de pós-menopausa, podendo aumentar o risco de doenças cardiovasculares, AVE e trombolismo venoso. O tratamento baseado no uso de estrogênio é contraindicado para mulheres com a presença de tumores dependentes de estrogênio, gravidez, doenças hepáticas, e sua suspensão depende da escolha da paciente com recomendações médicas,

podendo ocorrer de forma abrupta ou gradual.

Segundo a literatura mais atual, a terapia hormonal é indicada primordialmente para tratamento dos fogachos, sendo o uso de estrogênio isolado o mais recomendado. Em relação a síndrome geniturinária da menopausa, o uso da terapia estrogênica vaginal é a de melhor efetividade, não sendo necessária a adição de progestogênio para proteção endometrial, pois a absorção dessa não é sistêmica. Na prevenção da perda de massa óssea e fraturas por fragilidade, evidências demonstram que o uso de doses convencionais por via oral são as mais efetivas. Nos casos de menopausa precoce, é indicado o uso de doses de estrogênio maiores que as utilizadas em mulheres com menopausa em idade normal, gerando uma maior proteção a ocorrência de efeitos adversos. E em mulheres que apresentam queixas sexuais, como a redução da excitação, desejo e orgasmo, o uso de testosterona por via transdérmica é o mais indicado. Ademais, tem como benefícios secundários a melhora da função sexual relacionada ao hipoestrogenismo, diminuição dos sintomas depressivos na transição menopausal, do risco de câncer de colorretal, do acúmulo de gordura corporal total.

Para mulheres que possuem útero, podem ser usadas a terapia contínua, ou seja, a associação de progestogênio e estrogênio, que leva a um período amenorreico, ou a terapia cíclica, em que o estrogênio é usado constantemente, e a reposição de progestogênio ocorre apenas nos últimos 10 dias, tendo sangramento vaginal, sendo mais usado para mulheres na transição menopáusica.

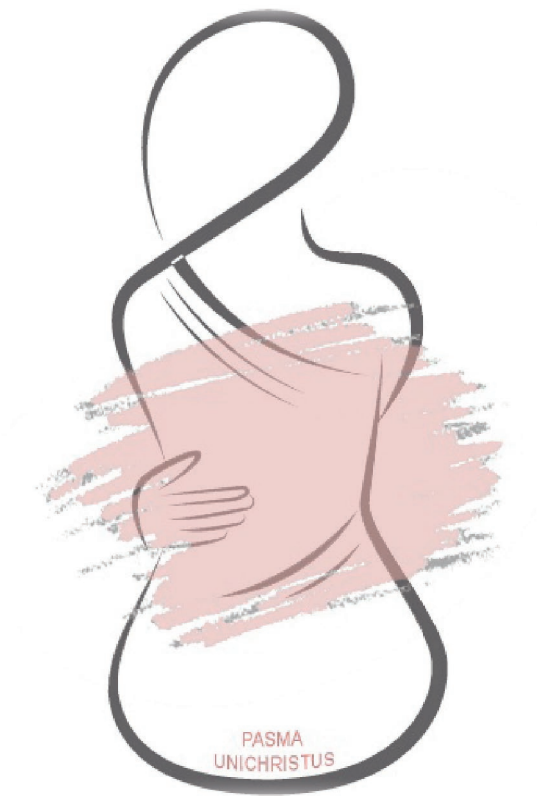
É complicado a consideração de uma comorbidade ou condição clínica que impeça a utilização da TH, sendo necessária uma avaliação médica individualizada, levando em consideração diferentes métodos, vias de administração, tempo de utilização, benefícios e riscos em cada circunstância. Entretanto, esse maior estudo de caso deve ser presente em mulheres com câncer de mama e de endométrio, doença hepática descompensada, doenças coronarianas, lúpus eritematoso sistêmico com risco de tromboembolismo, entre outras doenças.

A duração da TH deve ser individualizada levando em consideração risco, benefícios e, principalmente a manutenção da qualidade de vida da paciente. Não existe, atualmente, definição de duração ou idade máxima que a TH deve ser suspensa.

É proveitoso ressaltar a importância de consultas semestrais ou anuais, feitas para a discussão de sintomas e prevalências dos benefícios acima dos riscos da TH, sendo necessária a clareza durante elas.

REFERÊNCIAS

1. GINECOLOGIA DE WILLIAMS [RECURSO ELETRÔNICO] / HOFFMAN ... [ET AL.] ; TRADUÇÃO: ADEMAR VALADARES FONSECA ... [ET AL.] ;[COORDENAÇÃO TÉCNICA: SUZANA ARENHART PESSINI ; REVISÃO TÉCNICA: ANA PAULA MOURA MOREIRA ... ET AL.], - 2. ED. - DADOS ELETRÔNICOS. - PORTO ALEGRE : AMGH, 2014.
2. TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO / EDITORES CESAR EDUARDO FERNANDES, MARCOS FELIPE SILVA DE SÁ; COORDENAÇÃO AGNALDO LOPES DA SILVA FILHO ...[ET AL.]. - 1. ED. - RIO DE JANEIRO : ELSEVIER, 2019.
3. SEMIOLOGIA MÉDICA / CELMO CELENO PORTO ; COEDITOR ARNALDO LEMOS PORTO. 8. ED. RIO DE JANEIRO : GUANABARA KOOGAN, 2019. 1440 P. : IL. ; 28 CM.
4. SOUZA, N.L.S.A.DE, &ARAÚJO, C.L.DE O.(2015, ABRIL-JUNHO). MARCO DO ENVELHECIMENTO FEMININO, A MENOPAUSA: SUA VIVÊNCIA, EM UMA REVISÃO DE LITERATURA. REVISTA KAIRÓS GERONTOLOGIA, 18(2), PP. 149-165. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. SÃO PAULO (SP), BRASIL: FACHS/ NEPE/PEPGG/PUC-SP



PASMA
UNICHRISTUS

CÂNCERES MAIS PREVALENTES

Lívia Fontelles Brasil

Letícia Poti Nobre

Júlia Angelim de Freitas Cardoso

Ana Lívia Monte de Albuquerque

O câncer é caracterizado por um crescimento rápido e desordenado de células. É através do DNA que os cromossomos passam todas as informações relativas à organização, forma, atividade e reprodução celular. Quando ocorrem alterações nos genes, estes passam a receber informações erradas para suas atividades. Essas alterações podem ocorrer em genes especiais, chamados protooncogenes, inativos em células normais, transformando-os em oncogenes. As células multiplicam-se de maneira descontrolada, acumulam-se formando tumor, e invadem o tecido vizinho.

CÂNCER DE MAMA

1. Introdução:

O câncer de mama decorre, na grande maioria das vezes, da transformação maligna de células epiteliais dos lóbulos e ductos das glândulas mamárias. As células tumorais crescem em número e se acumulam, formando os tumores. Sua apresentação pode variar desde formas microinvasivas até formas altamente metastáticas. Essa heterogeneidade pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas. Nos dias atuais, observa-se aumento dos índices de cura, sendo uma das causas para esse achado o modelo multidisciplinar moderno utilizado no manejo da doença, além da disseminação do rastreamento mamográfico na população geral, permitindo a detecção precoce do câncer de mama.

2. Epidemiologia:

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020, o que representa 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres. É também a causa mais frequente de morte por câncer nessa população.

No Brasil, o câncer de mama é também o tipo de câncer mais incidente em mulheres de todas as regiões. As taxas são mais elevadas no Sul e Sudeste e a menor é observada no Norte. É também a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. (INCA, 2020).

É, principalmente, uma doença de mulheres de idade mais avançada, sendo que 75% de todos os cânceres de mama ocorrem em mulheres com mais de 50 anos de idade.

3. Fatores de risco:

- » Avançar da idade
- » Menarca precoce, primeira gestação tardia e menopausa tardia;
- » Obesidade;
- » Sedentarismo;
- » Ingestão regular de álcool;
- » Uso de anticoncepcional oral;
- » Exposição à radiação;
- » Terapia de reposição hormonal (TRH) por mais de 5 anos. (duração de 6 a 7 anos quase duplica o risco);
- » Duração do aleitamento materno relaciona-se à redução do risco, independentemente da paridade ou da idade da primeira gravidez a termo;

4. Fatores genéticos:

- » História familiar de câncer de mama: aumenta o risco quando a paciente tem parente de 1º grau com câncer de mama, quando o câncer é bilateral e quando tem história de homens na família com histórico de câncer de mama.
- » Mutação nos genes BRCA1 e BRCA2
- » Câncer de ovário
- » Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia.

5. Diagnóstico:

- » História clínica
- » Exame físico: avaliação das mamas e dos linfonodos axilares, supraclaviculares e infraclaviculares
- » Rastreamento e exames de imagem
- » Biópsia percutânea: pode ser realizada através de PAAF (punção aspirativa por agulha fina), biópsia com agulha grossa (core biópsia/iópsia), mamotomia (biópsia percutânea assistida à vácuo).

6. Quadro clínico:

O sintoma mais comum de câncer de mama é o surgimento de nódulo indolor, endurecido, com contornos irregulares e aderidos a planos profundos. Localizam-se, principalmente, no quadrante superior externo. Outros sinais são: retrações, abaulamentos, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração, edema semelhante à casca de laranja. Deve-se considerar também a presença de descarga papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. O surgimento de linfonodos palpáveis na axila, de consistência endurecida, aderidos e indolores também pode estar relacionado à neoplasia de mama.

Vale ressaltar que muitas vezes a paciente é assintomática e a hipótese diagnóstica surge através de achado em exame de imagem.

7. Exame físico:

O exame das mamas divide-se em inspeção estática e dinâmica, palpação dos linfonodos axilares e claviculares e expressão mamilar.

Inspeção:

A inspeção estática é realizada com a paciente sentada de frente para o examinador, com os membros superiores relaxados ao lado do corpo. Observa-se, então, a presença de alterações de pele, pigmentações, cicatrizes, simetria, contornos, retrações e abaulamentos, dando atenção especial às aréolas e papilas. Procede-se, então à inspeção dinâmica, com o objetivo de realçar possíveis retrações e abaulamentos, que podem sugerir ou não processos malignos, bem como, verificar o comprometimento dos planos musculares, cutâneo e gradil costal. Para tal, solicita-se a paciente que eleve lentamente as mãos sobre a cabeça e em seguida baixar e pressionar com as mãos as asas do osso ílaco bilateralmente, para contrair a musculatura peitoral. O momento da inspeção é o único em que se expõe as duas mamas da paciente simultaneamente.

Palpação:

Mamas: Com a paciente em decúbito dorsal e os braços estendidos para trás da cabeça, realiza-se a palpação com a face palmar da mão, percorrendo os quadrantes mamários no sentido horário, da porção mais externa a mais interna, até chegar à porção central da mama, onde está o complexo areolopapilar. Pode-se complementar a palpação, em caso de dúvida, utilizando-se a técnica com as polpas digitais em compressões superficiais, médias e profundas.

Linfonodos: Contemplam-se as cadeias de linfonodos axilares, supraclaviculares e infraclaviculares. Caso algum linfonodo seja palpável, ele deverá ser caracterizado quanto à localização, quantidade, sinais flogísticos, forma, dimensão, bordas, consistência, mobilidade e alterações cutâneas.

Expressão mamilar:

Deve ser realizada se houver história de secreção espontânea ou presença de nódulos, atentando para a cor, a consistência e local exato. Utilizam-se os dedos polegar e indicador, realizando “movimentos semelhantes a ordenha”, tanto na vertical, como na horizontal.

8. Rastreamento:

Há mais de 10 anos, o autoexame das mamas não é recomendado como forma de rastreamento do câncer de mama, pois não há efeito de tal prática na redução da mortalidade.

O método de escolha dos programas de rastreamento é a mamografia, sendo este o melhor exame para detecção precoce do câncer de mama. O diagnóstico do câncer em estado subclínico, detectado através da mamografia, permite tratamento mais adequado, com melhor qualidade de vida da paciente, menos mutilação e mais cura da doença.

A mamografia é realizada em duas incidências, a crânio caudal e a oblíqua médio lateral, permitindo assim um entendimento tridimensional das estruturas glandulares, facilitando a visualização de estruturas que podem se sobrepor.

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento da população geral com mamografia a partir dos 50 anos, devendo ser realizada a cada dois anos se esta for normal, até os 69 anos. O Colégio Brasileiro de Radiologia, a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia recomendam o rastreamento mamográfico anual, com início aos 40 anos, durando enquanto a mulher estiver com boa saúde e expectativa de vida de pelo menos sete anos.

Para a interpretação da mamografia e conduta frente ao resultado encontrado, utiliza-se a classificação de BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System), conforme descrito na tabela abaixo.

AVALIAÇÃO	CONDUTA	PROBABILIDADE DE CÂNCER
CATEGORIA 0: Incompleta	Complementar com ultrassonografia da mama ou compressão seletiva.	-
CATEGORIA 1: Negativa	Rastreamento de rotina	Sem risco de malignidade
CATEGORIA 2: Benigno	Rastreamento de rotina	Sem risco de malignidade
CATEGORIA 3: Provavelmente benigno	Repetir exames em 6 meses.	Entre 0% e <2% de risco de malignidade.

CATEGORIA 4: Achado suspeito 4A - Baixa suspeita; 4B - Moderada suspeita; 4C - Alta suspeita;	Diagnóstico tecidual	Entre <2% e <95% de risco de malignidade. 4A - >2% a <= 10% de risco de malignidade >10% a <=50% de risco de malignidade >50% a <95% de risco de malignidade
CATEGORIA 5: Achado altamente sugestivo de malignidade.	Diagnóstico tecidual	>=95% de risco de malignidade.
CATEGORIA 6: Malignidade comprovada por biópsia.	Excisão cirúrgica quando clinicamente apropriado.	-

Tabela 1. BI-RADS - FONTE: Tabela adaptada do livro Doenças da mama: guia de bolso baseada em evidências. 2ª edição. Grupo de Pesquisas em Mastologia (GPM).

A ultrassonografia mamária não é considerada exame de rastreamento, apesar de ser útil à detecção e ao diagnóstico de lesões mamárias em diversas situações. Este método deve ser complementar à mamografia e seu uso deve ser individualizado.

A ressonância magnética das mamas tem várias aplicações na investigação de patologias mamárias devido a sua alta resolução espacial, capacidade multiplanar e excelente contraste tecidual. Sua utilização também deve ser individualizada.

9. Tratamento

O tratamento para o câncer de mama deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, visando o tratamento integral da paciente. As modalidades terapêuticas são a cirurgia e a radioterapia para tratamento loco-regional, e a quimioterapia e a hormonioterapia para tratamento sistêmico. As cirurgias variam desde as conservadoras, até as mastectomias radicais, com esvaziamento axilar. As decisões terapêuticas são baseadas no estadiamento, contudo, outros fatores também devem ser levados em consideração, como o tamanho do tumor, o tipo e o grau histológicos, o status linfonodal, os níveis dos receptores de estrogênio e progesterona no tecido tumoral, HER-2-neu, o status menopausal e as condições clínicas gerais da paciente.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

1. Introdução:

O câncer de colo de útero, também chamado de câncer cervical, corresponde a uma importante patologia do trato genital feminino. A infecção pelo papilomavírus humano (HPV), por cepas de alto risco oncogênico, corresponde ao evento primário desencadeador da neoplasia na grande maioria das mulheres

com câncer de colo do útero invasivo.

O HPV-16 e o HPV-18 são os tipos mais frequentemente associados.

Muitas mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV. Porém, a maioria das infecções é transitória, sendo combatida pelo sistema imune. Em algumas mulheres, entretanto, não ocorre o *clearance* do vírus, e a transformação completa em câncer ocorre ao longo de aproximadamente 10 a 20 anos. Alterações decorrentes da infecção pelo HPV são diagnosticadas na colpocitologia oncótica (Papanicolau), e são curáveis na quase totalidade dos casos, corroborando com a importância da realização deste exame rotineiramente.

2. Epidemiologia:

Aproximadamente 266 mil mulheres morrem por câncer de colo de útero a cada ano. No Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, são esperados 16.590 casos novos, com um risco estimado de 15,26 casos a cada 100 mil mulheres.

O câncer do colo do útero é mais comum em mulheres acima de 30 anos, sendo o pico de sua incidência se na faixa etária de 45 a 50 anos.

3. Fatores de risco:

- » Infecção persistente pelo vírus HPV de alto risco oncogênico
- » Múltiplos parceiros sexuais ou parceiro sexual de risco
- » Sexarca precoce
- » Baixo nível socioeconômico
- » Tabagismo
- » Uso prolongado de contraceptivos orais
- » Multiparidade
- » Imunossupressão

4. Diagnóstico

- » História clínica
- » Exame pélvico: avaliação da vagina, do colo do útero, do útero, dos ovários e do reto através de exame especular, toque vaginal e toque retal.
- » Papanicolau: exame de rastreamento.
- » Colposcopia: indicada nos casos de alterações na colpocitologia oncótica ou no exame físico. Quando alguma anormalidade é detectada, procede-se à biópsia do material para histopatológico.

» Biópsia: através de EZT (exérese de zona de transformação) ou conização.

5. Quadro clínico

O câncer do colo do útero é uma doença de desenvolvimento lento, e pode ser assintomático em fase inicial. Os sinais e sintomas que geralmente estão presentes são sinusiorragia, episódios recorrentes de sangramento transvaginal fora do período menstrual, secreção vaginal fétida e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais.

Tardiamente, quando não tratado, podem ocorrer metástases a distância, com piora do prognóstico.

6. Exame físico

O exame físico deve ser minucioso, avaliando-se, além do colo do útero, estruturas adjacentes e, até mesmo, outras regiões, como vulva, linfonodos inguinais, abdôme e reto. Ao exame ginecológico, deve-se atentar para a presença de lesões no colo uterino, e, na vigência de um câncer cervical, a presença de invasão vaginal ou parametrial, detectados através do exame especular ou dos toques vaginal e retal.

7. Rastreamento

A colpoctiologia oncótica é o exame de rastreio preconizado pelo Ministério da Saúde, segundo as orientações publicadas no manual “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016”. Deve ser realizada em mulheres com idade de 25 anos ou mais e que já tiveram relação sexual. Após dois exames anuais consecutivos normais, só precisa ser feito a cada três anos, até a mulher atingir os 64 anos de idade, desde que ela possua pelo menos dois exames consecutivos negativos, nos últimos cinco anos.

O Papanicolau consiste no estudo das células esfoliadas cervicovaginais. Para a coleta do material, o espécúlo é introduzido na vagina, e utiliza-se a espátula de Ayre para se obter células ectocervicais e a escova endocervical para se obter células endocervicais. O material é fixado em uma lâmina de vidro, previamente identificada com os dados da paciente, e enviado ao laboratório. A fim de se obter um resultado satisfatório, deve ser realizado fora do período, e a mulher deve evitar relações sexuais nas últimas 72 horas, bem como o uso de duchas e pomadas vaginais.

A citologia convencional apresenta índices de falso-negativo de 20% a 40%. Existem outros exames de rastreamento, como a citologia em meio líquido e os testes de pesquisa do DNA-HPV, mas ainda não fazem parte da política de rastreamento no Brasil e não são fornecidos pelo sistema público.

Diagnostico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas	<25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir em 12 meses
		≥30 anos	Repetir em 6 meses
	Não podendo afastar lesão de alto grau	Em qualquer idade	Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásica ou não podendo afastar lesão de alto grau	Em qualquer idade	Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida			
Lesão de baixo grau		<25 anos	Repetir em 3 anos
		≥25 anos	Repetir em 6 meses
Lesão de alto grau		Em qualquer idade	Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			
Carcinoma escamoso invasor			
Adenocarcinoma in situ ou invasor			

Tabela 2. Rastreamento de Câncer de Colo de Útero

8. Colposcopia

A colposcopia consiste num exame importante para a avaliação de toda a extensão cervicovaginal durante a investigação de lesões cervicais. Seus objetivos são permitir mapeamento adequado das lesões, orientar as biópsias para que possam contribuir o máximo possível para o diagnóstico e guiar o tratamento para que seja eficaz em termos de excisão das lesões. Deve-se realizar a colposcopia nos casos de alterações na colpocitologia oncótica ou no exame físico.

9. Estadiamento:

Estádio		Descrição
I		
IA	IA1	Invasão do estroma \leq 3 mm de profundidade
	IA2	Invasão do estroma $>$ 3 mm e \leq 5 mm de profundidade
IB:	IB1	Carcinoma invasor $>$ 5 mm de invasão estromal e \leq 2 cm
	IB2	Carcinoma invasor $>$ 2 cm e \leq 4 cm
	IB3	Carcinoma invasor $>$ 4 cm
II:		
IIA:	IIA1	Carcinoma invasor \leq 4 cm na maior dimensão
	IIA2	Carcinoma invasor $>$ 4 cm na maior dimensão
IIB		Envolvimento parametrial que não atinge a parede óssea
III:		
IIIA		Envolvimento de parede inferior da vagina, sem extensão da parede óssea
IIIB		Envolvimento até parede óssea e/ou hidronefrose ou rim não funcionante
IIIC:	IIIC1	metástases linfonodais pélvicas
	IIIC2	Metástases linfonodais paraorticas
IV:		
IVA		Propagação para órgãos adjacentes
IVB		Metástases a distância

Tabela 3. Estadiamento do Câncer de Colo de Utero

10. Tratamento

Dentre as opções de tratamento para o câncer do colo do útero estão a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, bem como fatores pessoais, como idade da paciente, condições clínicas e desejo de gestar.

11. Vacinação

Em 2014, o Ministério da Saúde implementou a vacina tetravalente contra o HPV no calendário vacinal, contemplando as meninas de 9 a 14 anos. Desde então, houve ampliação da cobertura, e passaram a ter acesso à vacinação pelo SUS, meninas e meninos nas seguintes situações: meninas de 9 a 14 anos; meninos de 11 a 14 anos; pacientes portadoras de HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos de 9 a 45 anos na população feminina e de 9 a 26 anos na população masculina.

A vacina tetravalente protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Apesar de ser mais eficaz antes da sexarca, pessoas que se enquadram nos critérios de vacinação e que já iniciaram sua vida sexual, mas ainda não tomaram a vacina, devem ser encorajadas a tal.

CÂNCER DE OVÁRIO

1. Introdução:

O câncer de ovário é uma importante causa de morte dentre os cânceres ginecológicos. Grande parte das pacientes já apresentam o tumor em estágio avançado ao diagnóstico, com a presença de doença fora da pelve. Corresponde à segunda neoplasia ginecológica mais comum, atrás apenas do câncer do colo do útero.

A quase totalidade das neoplasias ovarianas origina-se nas células epiteliais, sendo o mais comum o do tipo seroso. O restante provém de células germinativas ou das células estromais e cordão sexual.

É uma neoplasia típica de mulheres em idade avançada, numa faixa etária média de 63 anos. Contudo, pode também estar presente em crianças e adolescentes.

2. Epidemiologia:

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que, para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 6.650 novos casos de câncer de ovário, com um risco estimado de 6,18 casos a cada 100 mil mulheres.

O câncer ocupa o quinto lugar em mortes por câncer entre as mulheres, sendo responsável por mais mortes do que qualquer outro câncer do sistema reprodutivo feminino. O risco de uma mulher desenvolver essa neoplasia durante sua vida é de 1 em 78, com uma chance de morrer de 1:108.

3. Fatores de risco:

- » Avanço da idade
- » Infertilidade
- » Nuliparidade
- » Menarca precoce e menopausa tardia
- » História familiar de cânceres de ovário, de mama e de neoplasia de cólon hereditária não polipoide (síndrome de Lynch)
- » Mutações nos genes BRCA1 e BRCA2
- » Obesidade
- » Endometriose

4. Fatores protetores:

- » Uso de contraceptivo oral
- » Multiparidade
- » Amamentação
- » Laqueadura tubária
- » Salpingooforectomia

5. Quadro clínico:

As mulheres portadoras de câncer de ovário podem ser assintomáticas ou podem apresentar quadro clínico inicial bastante inespecífico, como dor pélvica, distensão abdominal, náuseas, sangramento genital, dentre outros. Portanto, muitas vezes, os sintomas são confundidos com outras doenças, o que acaba por retardar o diagnóstico. Em estágios mais avançados, podem ocorrer ascite, sintomas relacionados à compressão de órgãos adjacentes ou sintomas decorrentes das metástases.

6. Diagnóstico:

Anamnese direcionada e exame físico devem ser realizados em todas as pacientes. O exame físico ginecológico inclui exame especular, toque vaginal, toque retal e palpação de linfonodos.

A ultrassonografia transvaginal (USTV) constitui o primeiro exame na investigação das massas anexiais. Algumas características macroscópicas das lesões vistas ao ultrassom podem gerar suspeita de malignidade, como a presença de componente sólido, cistos multiloculados, cápsula espessa, diâmetro superior a 6 cm, presença de septos grosseiros, projeções papilares, ascite ou

diminuição no fluxo ao doppler. O O-Rads é uma classificação utilizada na USTV para estratificação de risco. Outro exame de imagem utilizado na pesquisa de neoplasia de ovário e seus diagnósticos diferenciais é a ressonância magnética. O International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) elaborou um modelo de predição de risco que pode auxiliar na suspeita diagnóstica.

Além disso, os marcadores tumorais podem auxiliar na abordagem das massas anexiais, apesar de que não devem ser utilizados isoladamente para a diferenciação de tumores benignos e malignos de ovário. O mais importante é o CA125, que se encontra aumentado em 80% das pacientes com câncer epitelial de ovário. Em cânceres em estádios iniciais, entretanto, seus níveis séricos podem ser normais. Além disso, é um exame pouco específico, uma vez que diversas etiologias benignas e malignas podem causar o aumento dos níveis séricos de CA 125, como endometriose, câncer de pulmão, câncer de mama e tuberculose. No período da pós-menopausa, a sensibilidade e especificidade do CA125 aumentam em relação ao período do menacme.

O diagnóstico definitivo, entretanto, é histopatológico. São encaminhadas à cirurgia aquelas pacientes com suspeição de câncer de ovário baseado nos achados de imagem e do exame físico, anamnese adequada e presença de fatores de risco. A avaliação histopatológica deve ser realizada durante a cirurgia, através da congelação, apesar de esta apresentar acurácia menor do que o exame definitivo.

É importante salientar que, até o momento, nenhuma estratégia para rastreamento de câncer de ovário em mulheres assintomáticas foi bem-sucedida. Portanto, não se deve recomendar ultrassonografia transvaginal como rotina para rastreamento.

7. Estadiamento

O estadiamento do câncer de ovário é de grande importância para o prognóstico e o tratamento da doença. O estadiamento é cirúrgico, devendo ser realizado no mesmo tempo da cirurgia, após a remoção do ovário e o diagnóstico de congelação da peça cirúrgica, no intraoperatório.

Estadiamento do câncer de ovário, tubário e peritoneal primário (FIGO)
Estádio I: Tumor restrito a ovários ou tubas uterinas
IA – Tumor restrito ao interior de um ovário ou tuba uterina. Ausência de doença na superfície ovariana ou tubária, ou em abdome.
IB – Tumor em ambos os ovários ou tubas uterinas. Ausência de doença na superfície ovariana ou tubária, ou no líquido ou lavado peritoneais.
IC – Tumor em um ou ambos os ovários ou tubas uterinas, com um dos seguintes achados:
IC1 – Ruptura intraoperatória do tumor;
IC2 – Rotura pré-operatória da parede do tumor ou doença na superfície do ovário ou tuba uterina;
IC3 – Células neoplásicas no líquido ascítico ou no lavado peritoneal.
Estádio II: Tumor envolve um ou ambos os ovários ou tubas uterinas, com extensão para pelve ou peritônio.
IIA – Tumor acometendo útero e/ou tubas uterinas e/ou ovários.
IIB – Tumor acometendo outros tecidos pélvicos.

Estádio III: Tumor acometendo um ou ambos os ovários ou tubas uterinas, ou peritônio. Presença de acometimento peritoneal extrapélvico e/ou linfonodal no retroperitônio (linfonodos ao longo de grandes vasos como a aorta).
IIIA – Tumor acometendo linfonodos retroperitoneais sem acometimento da superfície peritoneal.
IIIA(i) – Metástases menores ou iguais a 10 mm.
IIIA(ii) – Metástases maiores que 10 mm.
IIIA2 – Invasão microscópica da pelve para o abdome, com ou sem linfonodos retroperitoneais acometidos.
IIIB – Implantes na parede posterior do abdome com 2 cm ou menos, com ou sem acometimento de linfonodos retroperitoneais
IIIC – Implantes na parede posterior do abdome maior que 2 cm, com ou sem acometimento de linfonodos retroperitoneais.
Estádio IV: Tumor com metástases a distância:
IVA – Presença de derrame pleural com células neoplásicas.
IVB – Tumor com disseminação extra-abdominal, incluindo linfonodos inguinais.

Tabela 5. Estadiamento do câncer de ovário, tubário ou peritoneal primário (FIGO) Tratamento

O tratamento do câncer de ovário baseia-se no estágio da doença. A cirurgia oncológica é a base do tratamento, porém a quimioterapia e a radioterapia também possuem suas indicações nesta patologia. Um fator que deve ser levado em consideração na proposta do tratamento é o desejo da paciente de preservação da fertilidade, sendo esta opção viável em estádios mais iniciais.

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO:

1. Introdução:

O câncer de endométrio é uma neoplasia de corpo uterino típica de mulheres em idade mais avançada. Não há evidências para realizar rastreamento deste tipo de câncer em mulheres assintomáticas. Seu primeiro sintoma, geralmente, é a presença de sangramento pós menopausa ou sangramento uterino anormal em mulheres na perimenopausa. Felizmente, a maioria das pacientes são

diagnosticadas em estádios iniciais e o tratamento costuma ser curativo.

2. Epidemiologia:

No mundo, o câncer de corpo uterino é a segunda neoplasia ginecológica mais incidente, com 1.944 casos registrados (2020 - Atlas de Mortalidade por Câncer - SIM). No Brasil, o número de casos estimados foi de 6.540 em 2020 (INCA).

3. Fatores de risco:

O fator mais importante para o desenvolvimento do câncer de endométrio é a exposição ao estrogênio sem a oposição da progesterona. Situações que causem um ambiente hiperestrogênico, seja por via endógena, seja por via exógena, por tempo prolongado, sem a proteção endometrial com a progesterona, correspondem, portanto, a fatores de risco para neoplasia de endométrio. São exemplos:

- » Menarca precoce
- » Menopausa tardia
- » Nuliparidade
- » Síndrome do ovário policístico
- » Anovulação crônica
- » Excesso de gordura corporal
- » Diabetes mellitus
- » Dietas com elevada carga glicêmica, o que diz respeito à quantidade e à qualidade dos carboidratos, sendo que alimentação rica em produtos processados aumenta o risco para esse câncer
- » Uso isolado de estrogênio para reposição hormonal após a entrada na menopausa na terapia de reposição hormonal (TRH)
- » Tumores ovarianos produtores de estrogênio
- » Hiperplasia endometrial
- » Predisposição genética
- » Uso de radiação anterior para tratamento de tumores de ovário
- » Síndrome de Lynch

4. Quadro clínico:

O sinal mais comum de câncer de endométrio é o sangramento na pós

menopausa. Mulheres que ainda estão na perimenopausa e que apresentam sangramento uterino anormal, como episódios de sangramento fora do período menstrual ou menstruação prolongada, principalmente aquelas com história prévia de anovulação crônica, também devem ser submetidas à investigação diagnóstica. As pacientes que utilizam terapia de reposição hormonal, por sua vez, devem ser investigadas quando apresentarem sangramento não programado.

5. Diagnóstico:

Realizado através da avaliação histológica do tecido endometrial. A história clínica e o exame físico são fundamentais para selecionar as pacientes que deverão ser submetidas a exames complementares e biópsia do endométrio.

Exames que permitem visualizar o útero e seu interior fazem parte da investigação. A ultrassonografia transvaginal é o exame inicial, com o objetivo de avaliar a espessura do endométrio e suas características. Mulheres na pós menopausa com quadro de sangramento e espessura endometrial maior ou igual a 4 mm devem prosseguir investigação. Já em mulheres usuárias de TRH, o valor que indica necessidade de biópsia é de espessura endometrial maior que 8 mm ou, naquelas que apresentam sangramento, maior que 5 mm. É importante ressaltar que mulheres que apresentam sangramento recorrente devem prosseguir a investigação, mesmo que a espessura endometrial esteja dentro dos limites da normalidade.

A videohisteroscopia é um exame que permite a visualização direta do endométrio, por meio de uma câmera introduzida pela vagina. Permite ainda a retina de material para avaliação histopatológica.

6. Tratamento

Como citado anteriormente, na maioria dos casos o tratamento é curativo. Ele é principalmente cirúrgico, preferencialmente por cirurgia minimamente invasiva, e a necessidade de terapia adjuvante é programada de acordo com os achados anatomopatológicos.

REFERÊNCIAS

Doenças da mama: guia de bolso baseada em evidências. 2ª edição. Grupo de Pesquisas em Mastologia (GPM).

JOE, Bonnie. **clinical features, diagnosis, and staging of newly diagnosed breast cancer.** UpToDate, Inc., 2021. Acesso em: 20 abril. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER

DO COLO DO ÚTERO 2ª edição revista, ampliada e atualizada Rio de Janeiro, RJ INCA 2016.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Colpocitologia oncológica no rastreamento do câncer de colo uterino. São Paulo: Febrasgo; 2021. (Protocolo Febrasgo-Ginecologia, nº 34/Comissão Nacional Especializada em Trato Genital Inferior).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Câncer do colo do útero. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO _ Ginecologia, n. 8/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

CBR- Oncologia. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2014. 992 p. v. 1. ISBN 8535280987.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2019a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-ajustadas/neoplasia-maligna-da-mama-feminina-e-colo-do-utero>

BUZUID, A. C. **Manual de Oncologia clínica do Hospital Sírio Libanês.** 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2004.

Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *The New England Journal of Medicine.* 2002;347(16):1227-1232.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide to cancer early diagnosis.** Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Barbosa RN, Andres MP, Borrelli GM, Abrão MS. Tumores anexiais. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 18/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tumores borderline de ovário. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 97/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO Ginecologia, n. 9/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

Julia Angelim de Freitas Cardoso

Livia Fonteles Brasil

Matheus Pontes

1. Conceito e epidemiologia:

A anticoncepção consiste no uso de métodos e técnicas que previnam que as relações sexuais resultem em uma gravidez. É um recurso do planejamento familiar, visando a constituição de prole desejada e programada de forma consciente.

O planejamento familiar é definido pela Lei 9263 de 12/01/1996 como "conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal".

Atualmente, existe uma grande variedade de artifícios utilizados para a prevenção de gravidezes indesejadas, visando que até 50% das gravidezes nos EUA não são planejadas, com metade desses casos ocorrem ainda com o uso de algum método contraceptivo no momento da concepção.

Tendo isso em vista, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente diversos meios de controle de natalidade para a população usuária dos serviços públicos de saúde, visando a melhora da qualidade de vida dessa parcela da população.

Os métodos contraceptivos podem ser classificados em: reversíveis e definitivos. Os reversíveis são comportamentais, de barreira, dispositivos intrauterinos, hormonais e de emergência. Já os definitivos são cirúrgicos como, esterilização cirúrgica feminina e masculina.

2. Escolha do método:

A escolha do método contraceptivo é dependente das circunstâncias sociais, percepções e interpretações de cada indivíduos.

Devem ser avaliados: características da potencial usuária, doenças de base existentes, efeitos adversos possíveis, disponibilidade e custo do método e, principalmente, a preferência da paciente.

Um parâmetro muito importante para a escolha do método é o índice de eficácia, que consiste na capacidade deste método de proteger contra a gravidez. É expressa pela taxa de falhas do meio em um período de tempo, geralmente pelo

período de um ano em 100 mulheres. O escore mais utilizado para este fim é o índice de Pearl, calcula-se de maneira que o número de falhas multiplicando 12 meses multiplicando novamente por 100, após isso, divide-se o número resultante pelo total de meses de exposição.

$$\text{índice de Pearl} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de falhas} \times 12 \text{ meses} \times 100 \text{ (mulheres)}}{\text{N}^\circ \text{ total de meses de exposição.}}$$

Figura 1. Manual de Anticoncepção, FEBRASGO, 2015

3. Critérios de elegibilidade:

São definidos por um conjunto de características apresentadas pela candidata ao uso de alguma técnica e indicam se aquela paciente pode ou não utilizá-lo. Existem 4 classificações:

Categoria 1: o método pode ser utilizado sem qualquer restrições

Categoria 2: o método pode ser utilizado com restrições; as vantagens superam os riscos

Categoria 3: os riscos do método superam os benefícios, método deve apenas ser usado em caso de última instância

Categoria 4: o método não deve ser usado, representa um risco a saúde do paciente

4. Métodos comportamentais:

Esses métodos têm fundamento na percepção do ciclo menstrual da mulher e nas características biológicas da reprodução humana. Para isso, é necessário que a paciente reconheça o funcionamento de seu ciclo menstrual, como saber o início e fim de sua janela fértil, além da responsabilidade compartilhada com o parceiro.

São indicados em casos de preferências pessoais da paciente ou questões religiosas que não permitam o uso de outro método.

É recomendado evitar a utilização desses métodos em casos de menarca ou perimenopausa e em pacientes com ciclos menstruais muito curtos, com menos de 26 dias, ou muito longos, com mais de 35 dias.

Tais métodos podem ser divididos em:

Métodos baseados no calendário: usa-se o registro dos dias do ciclo menstrual em um calendário – pode ser: método dos dias fixos e método rítmico do calendário (tabelinha ou Ogino-Knaus)

Métodos baseados em sintomas: esses dependem da observação de sinais que indiquem fertilidade – pode ser por percepções de secreções vaginais e na percepção da temperatura corporal basal

Método que combina calendário e sintomas – é o sintotérmico

a. Método dos dias fixos:

Realiza-se por meio da mulher anotar no calendário (por exemplo, com um círculo) o primeiro dia da menstruação e 7 dias seguintes. Nesses dias marcados, pode ter relações sexuais livremente. Nos próximos 12 dias, deve-se marcar de forma diferente no calendário (por exemplo, com um X), e, nesses dias, não se deve ter relações sexuais com penetração vaginal. Com isso, a cada ciclo a mulher pode ter relações nos dias marcados durante a menstruação e após o último dia marcado com um X até a próxima menstruação.

Outra opção para marcar esses dias é o CycleBeads, que é um colar de contas com cores que indicam os dias férteis e não férteis de um ciclo. O colar tem 32 contas ovais, uma cilíndrica e um anel de borracha que se desloca (figura 2).

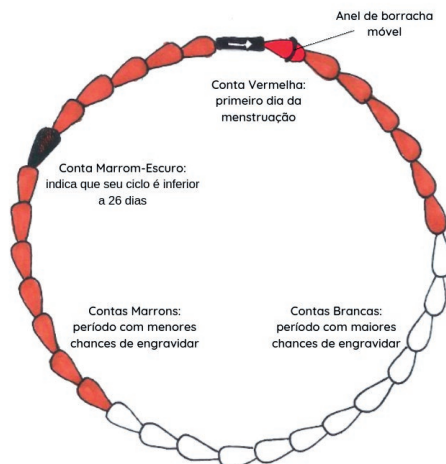


Figura 2. Método Cyclebeads

b. Método rítmico do calendário:

Também é conhecido como método da tabelinha ou Ogino-Knaus

Antes de usar este método, a mulher deve registrar o número de dias de cada ciclo menstrual durante, pelo menos, seis meses. O ciclo menstrual começa no primeiro dia da menstruação e termina no último dia antes da menstruação seguinte. Após isso, deve-se subtrair 18 do ciclo mais curto, estimando o primeiro dia do seu período fértil. Em seguida, deve-se subtrair 11 dias da duração do seu ciclo mais longo, que corresponde ao último dia do seu período fértil. Nesse

período, o casal deve evitar relações sexuais com penetração vaginal. (1)

É importante ressaltar que, caso a mulher tenha ciclos com variações de mais de 6 dias não devem utilizar esse método, pois o período de abstinência pode ser de 16 dias ou mais.

c. Método da ovulação:

Também chamado de método de Billings ou método do muco cervical, consiste na avaliação do muco cervical durante o ciclo menstrual.

Para utilização desse método é necessário saber que durante a fase estrogênica, ocorre a secreção do muco cervical e, na ovulação, este muco tem características que permitem o espermatozoide sobreviver e se locomover. Ocorrendo a ovulação, o corpo lúteo secreta progesterona, inibindo a secreção cervical. Existe, logo após o fluxo menstrual, o período seco, compreende do primeiro ao sétimo ou décimo dia do ciclo. Corresponde ao período pré-ovulatório. Após este período, aparece o muco cervical, marcando o início do período úmido.

O muco cervical de início é escasso, opaco e viscoso, aumentando progressivamente em quantidade, tornando-se claro, transparente e elástico.

Sabendo disso, a mulher deve detectar a presença ou não de muco, examinando diariamente sua secreção cervical nos dedos, na calcinhas ou no lenço de papel. Assim que sentir a presença de secreção, deve se considerar fértil. Após perceber o dia do ápice do muco, deverá permanecer sem penetração vaginal por três dias. Do 4º dia após o ápice, até novamente perceber umidade vaginal, o casal pode manter relações sexuais vaginais.

Além disso, sabe-se que a ovulação pode ocorrer durante o fluxo menstrual, embora ocorra raramente, portanto, os casais devem evitar relações sexuais vaginais durante os dias de fluxo menstrual intenso, pois, nestes dias é difícil verificar as secreções cervicais. Além disso, durante o período livre das relações vaginais, o casal não deve realizá-las por 2 dias seguidos, pois o sêmen prejudica a observação do muco.

d. Método dos dois dias:

Esse método é apropriado para as mulheres com ciclos de qualquer duração, independentemente de sua regularidade, contudo, requer um grande período de abstinência sexual. Baseia-se nos mesmos princípios do método de billings, porém não requerendo a observação das características da secreção vaginal, mas a simples presença desta secreção e o dia que se segue. Por exemplo, se a mulher sentir qualquer secreção vaginal, deve-se considerar fértil, até que se passem 2 dias sem secreção.

e. Método da temperatura basal:

Esse método utiliza-se das variações da temperatura basal corporal para identificar a ovulação. Após ovulação com o aumento dos níveis de progesterona afeta o centro termorregulador no hipotálamo, o que causa um aumento de 0,3-0,7 graus da temperatura basal por 11 a 16 dias.

Para fazer uso desse método, a mulher precisa verificar sua temperatura diariamente, da mesma maneira, no mesmo horário pela manhã, antes de sair da cama ou ingerir alimentos. E após 3 dias da elevação da temperatura o casal pode ter relações sexuais livremente. Portanto, o período de abstinência deverá ser desde o primeiro dia do ciclo menstrual até três dias após a elevação da temperatura basal.

Ademais, é necessário lembrar que diversos fatores podem influenciar na mudança da temperatura basal, tornando a eficácia desse método baixa.

f. Método sintotérmico:

Esse método consiste na combinação dos métodos da temperatura basal e da ovulação, além de utilizar outros sinais e sintomas para identificação da ovulação. A utilização deste método requer abstinência sexual desde o primeiro dia da menstruação até o quarto dia após o pico das secreções cervicais ou o terceiro dia inteiro após a elevação da temperatura. Após ocorrer um destes fatores, o casal deverá esperar a ocorrência do segundo para que possa ter relação vaginal sem proteção.

g. Métodos de barreira:

São métodos classificados pela interposição de uma barreira mecânica ou química que impeça a ascensão dos espermatozoides da vagina para o útero. São conhecidos principalmente os preservativos masculinos, preservativos femininos, diafragmas, capuz cervical, esponja e espermicidas. Ademais, todos esses métodos além de proverem proteção contra a gravidez, ainda, protegem contra doenças sexualmente transmissíveis, porém, apenas os preservativos masculinos e femininos têm alta proteção contra essas doenças, por isso, sempre deve ser estimulado seu uso mesmo concomitante a outros métodos contraceptivos.

h. Preservativo masculino:

Também conhecido como camisinha, se constitui de um invólucro para o pênis, fino e elástico, podendo ser feito de látex ou plástico. Podem ser lisos ou texturizados, aromatizados, conter lubrificantes, espermicidas ou anestésicos locais (benzocaína).

O uso do preservativo é recomendado em todas as relações sexuais. Deve ser colocado com o pênis ereto e seco, antes da penetração vaginal. Para colocá-

lo deve-se desenrolar o preservativo pelo lado correto (face enrolada com a borda para cima), da glândula até a base do pênis, deve-se lembrar também de ter o cuidado de comprimir o reservatório situado na sua extremidade fechada, com a ponta dos dedos, de modo que não haja penetração de ar neste local, pois caso haja a entrada de ar nesse local aumenta a possibilidade de ruptura por trauma durante o intercursos vaginal. Outros fatores de risco para ruptura por trauma são: más condições de armazenamento, embalagem danificada, danificar o preservativo com manuseio de unhas ou anéis; perda do prazo de validade, pouca lubrificação vaginal, uso de lubrificantes oleosos nos preservativos de látex, etc.

Após a ejaculação é recomendado a retirada do preservativo com o pênis ainda ereto, pressionando com os dedos a base do preservativo, para que ele permaneça aderido ao pênis até que este seja completamente retirado da vagina

i. Preservativo feminino:

É um dispositivo que é inserido na vagina antes do ato sexual, que impede que o sêmen e a mucosa vaginal entrem em contato. Ele tem um formato de tubo transparente apresentando um anel em cada extremidade. Adapta-se de maneira frouxa, mas de forma segura, auxiliada pela presença de um lubrificante à base de silicone de alta viscosidade que aumenta a aderência na mucosa genital.

Deve-se orientar a paciente que não se deve usar o preservativo feminino e masculino na mesma relação sexual, pois aumenta o risco de rompimento. O modo de uso desse tipo de preservativo possibilita a inserção até 8 horas antes do ato e não necessitam de ser retirado imediatamente, trazendo mais conforto a mulher.

j. Diafragma:

É um dispositivo vaginal de anticoncepção, que consiste em um capuz macio de borracha, côncavo, com borda flexível, que cobre parte da parede vaginal anterior e o colo uterino (figura 3). Podem variar em modelo, tamanho e tipo de borda, 3 tipos: plana, enrolada e em arco. A taxa de gravidez é de 6 a 21%, estas variam em função do uso correto e consistente.

Para o seu manuseio correto deve-se ter um acompanhamento com o médico para realizar as medidas e treinamento para uma colocação correta do preservativo. Deve-se usar o diafragma preferencialmente com espermicida todas as vezes que mantiver relações sexuais, este, a cada duas horas, deve ser reaplicado sem a retirada do diafragma, que deve permanecer por no mínimo seis a oito horas após a última ejaculação vaginal (figura 3).

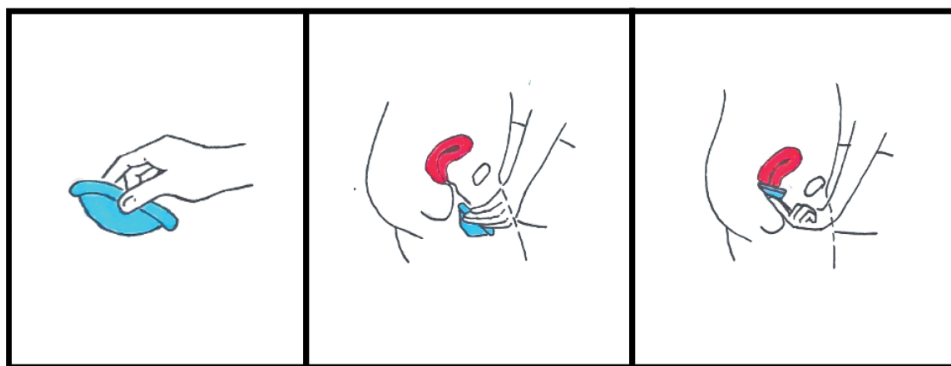


Figura 3. Orientação para Inserção Correta do Diafragma

k. Capuz cervical:

São dispositivos menores que o diafragma, recobrem e aderem ao colo do útero e são usados junto com espermicidas, é um dispositivo de borracha ou látex que se adapta ao colo e se adere a ele por sucção. Devem ser inseridos até 24 horas antes da relação e deve ser retirado 6 a 8 horas após.

Atualmente existem cinco modelos disponíveis e dois em fase de experimentação. O modelo Lily Lambert, com três tamanhos, deixou de ser usado nos Estados Unidos em 1983, por acarretar uma alta incidência de lesões vaginais, existindo atualmente só o modelo Shangay Lily, na China.

l. Esponjas:

São dispositivos pequenos, macios e circulares de poliuretano contendo espermicida (1 g de nonoxinol-9), colocado no fundo da vagina recobrendo o colo uterino. Permanece eficaz por 24 horas após a inserção independentemente do número de coitos. Após a última ejaculação, ela deve permanecer por no mínimo seis horas, não podendo ultrapassar 24 a 30 horas.

A desvantagem desse método é que ele possui alto custo e não é fabricado no Brasil, tendo que ser importado.

m. Espermicidas:

São substâncias químicas que recobrem a vagina e o colo do útero, e comprometem a vitalidade dos espermatozoides. Possuem várias formas de apresentação comerciais como: espumas, geleias, óvulos vaginais.

Esse método, para obter o máximo de efetividade, deve ser usado em conjunto com o diafragma ou com os preservativos, e é efetivo por um período de uma hora após a colocação. Portanto, a mulher deve ser orientada para que a relação sexual ocorra neste período de tempo, caso contrário ele deve ser reaplicado antes do coito.

n. Dispositivos intrauterinos:

São objetos sólidos de formato variável, que são inseridos através do colo do útero até a cavidade uterina, objetivando prevenir gestações. Podem ser classificados em 3 grupos: não medicados, são dispositivos de polietileno impregnado com sulfato de bário, que são muito pouco utilizados, medicados, ou de cobre, e os hormonais.

Possuem como mecanismo de ação a prevenção da fertilização. Quando usa-se o DIU não medicado sua ação contraceptiva depende de uma reação de corpo estranho, causando uma reação inflamatória que produz lesão tecidual mínima, porém suficiente para ser espermicida. Com o DIU de cobre (Figura 7) espera-se uma resposta inflamatória aumentada com acréscimo de citocinas citotóxicas. O cobre é responsável pelo aumento da produção de prostaglandinas e pela inibição de enzimas endometriais.

São indicados para qualquer mulher que esteja procurando por um método contraceptivo de confiança, reversível, independente do coito, de longo prazo, que não possuam contraindicações para o seu uso. Estas, são gravidez, doença inflamatória pélvica ou doença sexualmente transmitida atual ou recente, últimos 3 meses, sepse puerperal, câncer cervical ou endometrial, doença Trofoblástica maligna, alergia ao cobre.

Vale a pena ressaltar que com a inserção do DIU pode-se ocorrer alguns efeitos colaterais, como sangramento irregular menstrual, aumento na quantidade de sangramento, dor e dismenorreia, são os mais comuns de acontecerem nos primeiros meses após a colocação. Ademais, é recomendado uma consulta de acompanhamento após sua primeira menstruação ou de 3 a 6 semanas após a inserção do DIU, e após essa visita deve-se manter consultas anuais, para exclusão de infecção, avaliação dos padrões de sangramento e para avaliação da satisfação da paciente.

o. Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel:

É um dispositivo em forma de T que libera 20 µg de levonorgestrel por dia, essa grande quantidade de levonorgestrel no endométrio impede a resposta ao estradiol circundante, age, também, espessando o muco cervical, assim, inibindo a motilidade do espermatozóide, além disso, possui um efeito antiproliferativo no endométrio e causa a inibição da atividade mitótica no local. Portanto, sua taxa de eficácia é muito alta, e em vários estudos clínicos, representando mais de 100.000 mulheres/ano/uso, obteve-se índice de Pearl de 0,1.

Com isso, as vantagens desse método são que este possui ação local e apresenta poucos efeitos sistêmicos, leva a diminuição do volume menstrual e dismenorreia, cerca de 50% das mulheres entram em amenorreia com 5 anos

de uso e pode ser usado como veículo para terapia de reposição hormonal. Contudo, deve-se ser avisado dos possíveis efeitos adversos como, sangramentos irregulares ou spotting nos primeiros meses de uso, cefaleia, náuseas, ganho de peso, acne e mastalgia.

	Kyleena®	Mirena®
TÓPICO	Kyleena®	Mirena®
Conteúdo total de LNG	19,5 mg	52 mg
Média diária da taxa de liberação de LNG (1º ano)	~12 µg durante o 1º ano de uso	~20 µg durante o 1º ano de uso
Tempo de uso	5 anos	5 anos
Medidas	2,8 cm x 3,0 cm	3,2 cm x 3,2 cm
Diferencial em exame de imagem - anel de prata	Sim	Não
Cor dos fios	Azul - fios de polipropileno	Marron - fios de polietileno
Diâmetro do tubo inseritor	3,8 mm	4,4 mm
Indicação	Contraceção	Contraceção Menorragia idiopática Proteção da hiperplasia endometrial durante terapia de reposição estrogênica
Índice de Pearl (5 anos)	0,29%	0,2%

Figura 5. principais diferenças entre os DIUs de liberação hormonal – ginecologia de Williams, 2014

Ademais, deve ser lembrado que existem diversas contraindicações para o uso do DIU de levonorgestrel, estas são, gravidez, sepse puerperal, cervicite mucopurulenta, doença inflamatória pélvica, câncer cervical ou endometrial, sangramento uterino não diagnosticado, malformações uterinas ou distorções da cavidade, câncer de mama e gravidez ectópica prévia.

p. Métodos hormonais:

1. Anticoncepcionais combinados:

Os anticoncepcionais orais combinados (ACOs) representam o método anticoncepcional mais utilizado em todo o mundo. São aqueles que contêm estrogênio e progestagênio no mesmo comprimido. Pode-se ainda classificar as pílulas combinadas como monofásicas, bifásicas ou trifásicas. As monofásicas apresentam em todos os comprimidos as mesmas doses de estrogênio e progestagênio. As que apresentam duas doses diferentes de estrogênios e progestagênios são as bifásicas. As pílulas com variações triplas nas doses dos hormônios são as trifásicas. As pílulas combinadas agem bloqueando a ovulação. Os progestagênios, em associação aos estrogênios, impedem o pico do hormônio luteinizante (LH), que é responsável pela ovulação, ademais, existem efeitos acessórios que dificultam a concepção, como a mudança do muco cervical, a

diminuição dos movimentos das trompas e a transformação inadequada do endométrio.

Consideram-se candidatas ao uso de anticoncepcionais orais todas as mulheres que optem por essa modalidade contraceptiva e que não apresentem condições associadas que os contraindique, estas são: trombofilia conhecida, uso de medicações que interferem no metabolismo hepático (rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina) (figura 6), amamentação; hipertensão controlada ou sem controle, tabagismo por 35 anos ou mais, enxaqueca com aura, câncer de mama, enxaqueca sem aura após os 35 anos de idade, histórico pessoal de AVC ou infarto do miocárdio, diabetes com lesão de órgão alvo ou mais de 20 anos de duração, hepatite viral aguda e cirrose hepática.

<u>DROGAS QUE INTERAGEM COM OS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS</u>	
Medicamentos que aumentam a atividade de enzimas hepáticas e reduzem a eficácia dos contraceptivos orais	
· Barbitúricos	· Topiramato
· Carbamazepina	· Rifampicina
· Oxcarbazepine	· Griseofulvina
· Fenitoína	· Modafinila
· Fenobarbital	· Alguns anti-retrovirais (ritonavir, nevirapina)
· Anti-histamínicos	
· Lamotrigina (concentração reduzida pela contraceptivo)	
· Ciclosporina (concentrações elevadas pelo contraceptivo)	
· Diuréticos poupadores de potássio (risco de hipercalemia com drospirenona)	
· diminuição do nível terapêutico de certos anti-hipertensivos como metildopa ou guanetidina.	
· Fluconazol aumenta a concentração sérica de etinilestradiol	

- Rifampicina altera eficácia do Evra e Nuvaring tb

Figura 5 – drogas que interagem com os contraceptivos hormonais combinados – Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres – Brasília: Ministério da Saúde, 2016

Com isso, para as candidatas a utilizarem esse método, deve ser instruído a administrar a primeira drágea no primeiro dia do ciclo menstrual. A maior parte dos ACOs prevê pausas mensais entre as cartelas, que podem variar de quatro a sete dias, porém existem anticoncepcionais orais que não necessitam de pausa, podendo ser utilizados de maneira contínua.

Ademais, vale ressaltar que se houver o esquecimento de algum comprimido por menos de 24 horas, deve-se utilizar imediatamente a drágea, administrando a seguinte no mesmo horário regular. Caso for após 24 horas, preconiza-se a ingestão de duas drágeas no horário regular, e tomar o restante das pílulas de maneira habitual. Esse esquecimento preconiza uma importante causa de falha contraceptiva, devendo assim, ser evitada.

2. Pílulas de progestágenos:

Também conhecidas como minipílulas, consistem na administração oral

de comprimidos que contêm doses baixas de um progestagênio. Estas, são as pílulas indicadas para pacientes que possuem contra-indicações absolutas ao uso de estrogênio. Por não conterem o estrogênio, as PSPs têm menor risco de complicações e praticamente não apresentam riscos importantes à saúde, além disso, também causam diminuição da dismenorreia e diminuição dos sintomas pré menstruais. Contudo, a desvantagem desses é a necessidade de aderência cuidadosa e mudança no padrão menstrual podendo causar desde amenorreia até sangramento irregular com ciclos curtos ou longos.

Assim, pode-se começar a fazer uso desse método no momento que a mulher desejar, contanto que haja garantia de não gravidez. Uma mulher com ciclos menstruais pode começar o uso 5 dias após o primeiro dia da menstruação, sem necessidade de contracepção adicional, ou em qualquer fase do ciclo, se houver certeza que não está grávida, mas deverá abster-se de atividade sexual ou usar proteção contraceptiva adicional nos próximos dois dias.

Caso uma mulher atrase a ingestão de uma pílula em três horas ou mais ou esqueça completamente de tomar uma pílula, ela deverá tomar uma pílula assim que possível e continuar a tomar regulamente nos dias seguintes, mas deve abster-se de relações sexuais ou fazer uso de outra proteção adicional pelos próximos 2 dias.

3. Implante contraceptivo subdérmico:

São pequenas cápsulas ou bastões de material plástico, permeável que contém progestágenos para ser liberado gradualmente, quando colocadas no tecido celular subcutâneo. Assim, oferece uma ótima opção para mulheres que possuem contra-indicações para métodos hormonais combinados. O *Implanton* é o único implante subdérmico disponível no Brasil, sendo de excelente eficácia e possuindo diversos benefícios como: poder ser usado durante a lactação, melhora dismenorreia, a endometriose e dor pélvica crônica. Possui alta eficácia, Índice de Pearl = 0,0, com intervalo de confiança = 95%.

Antes de se prescrever o implante de ENG, o médico deve revisar as indicações e contra-indicações para seu uso, que incluem: gravidez reconhecida ou suspeita, doença tromboembólica venosa ativa, doença hepática ativa, sangramento genital não diagnosticado, conhecido ou suspeito câncer de mama, tumores dependentes de progesterona ou alergia a quaisquer dos componentes do implante.

Ademais, técnicas de inserção e remoção apropriadas são essenciais para a eficácia clínica e para a prevenção de complicações, para mulheres que não se encontram em uso de hormônios, o implante deve ser inserido dentro de 5 dias a partir do início da menstruação, já nas mulheres com utilização prévia de algum contraceptivo oral combinado, deve-se fazer a inserção dentro de 7 dias após a

última pílula ativa. Em pacientes que trocam outro método com progestagênio isolado por um implante, pode ter sua inserção realizada a qualquer momento a partir da remoção do método utilizado posteriormente.

A inserção é tipicamente na face interna do braço não dominante, 6 cm a 8 cm acima do cotovelo, no sentido vertical. Antes da inserção, a paciente precisa apresentar um teste de gravidez de urina negativo. Com isso, as pacientes devem ser instruídas a permanecer em abstinência sexual ou fazerem uso de outro método contraceptivo durante uma semana depois da inserção, e, também, executar um novo teste de gravidez de urina de 3 a 4 semanas após o implante.

4. Injetáveis mensais combinados:

Os injetáveis mensais combinados possuem formulação semelhante à encontrada na pílula anticoncepcional oral combinada, tendo, portanto, o mesmo mecanismo de ação dos demais contraceptivos hormonais. O progestagênio age em nível central (hipotálamo e hipófise) inibindo a produção e liberação do LH, impedindo assim a ovulação, atuando também na diminuição da motilidade tubária, no aumento da espessura do muco cervical e na indução da atrofia endometrial. O estrogênio possui ação central negativa sobre a produção e liberação do FSH, impedindo o crescimento folicular.

O estrogênio utilizado nos injetáveis mensais é natural e, portanto, mais fisiológico do que os utilizados nas pílulas anticoncepcionais combinadas, tendo sido mostrado menor efeito sobre a pressão arterial, hemostasia e coagulação, metabolismo lipídico e função hepática. Esse método se mostra muito eficaz, com baixas taxas de gravidezes dependentes da regularidade do uso, uso perfeito: 0,05 gravidez por 100 mulheres em 1 ano.

Contudo, ele proporciona alguns efeitos colaterais, como: alteração no padrão da menstruação, ganho de peso, cefaleia, vertigem e sensibilidade mamária. Porém, ajuda a prevenir gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica e doenças mamárias benignas.

Ademais, esse método pode ser utilizado desde a adolescência até os 50 anos, não necessitando de um período de pausa.

Algumas instruções gerais devem ser feitas para a aplicação da injeção, que são: a aplicação intramuscular profunda, preferencialmente em nádegas, não massagear o local da injeção e repetir a aplicação a cada 30 dias, de acordo com a data da primeira injeção. Existe uma margem de segurança de 3 dias para mais ou para menos caso necessário. Deve-se ressaltar também, a necessidade de buscar orientação médica caso apresentar algum desses sintomas, dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros, cefaleia intensa que inicia ou piora após o uso do anticoncepcional injetável mensal, perda breve da visão, icterícia e

escotomas cintilantes.

5. Adesivo transdérmico:

O adesivo transdérmico é um pequeno selo que contém 750 mg de etinilestradiol e 6 mg de norelgestromina, ocorrendo a liberação diária desses hormônios. Possui a mesma eficácia (índice de Pearl 0,7), contraindicações e perfil de efeitos adversos que os anticoncepcionais orais combinados. Sua principal vantagem é a comodidade de uso, além de também não haver o metabolismo de primeira passagem hepática, não tendo a sua eficácia comprometida pelo uso simultâneo de outras drogas.

O mecanismo de ação é igual ao de todos os anticoncepcionais hormonais combinados: inibição das gonadotrofinas e, conseqüentemente, da ovulação.

O principal risco do uso de anticoncepcionais hormonais combinados é o tromboembolismo venoso, previsto no seu uso oral ou transdérmico. Outros efeitos adversos são: sintomas mamários, cefaléia, reações no local de aplicação, náusea e dismenorreia.

Existem três alternativas para o início de uso: início no primeiro dia do ciclo menstrual, início no primeiro domingo após a menstruação, início no primeiro dia da prescrição, desde que a possibilidade de gravidez seja excluída. Para a aplicação, deve ser aplicado sobre pele limpa e seca, fazendo uso de um adesivo a cada sete dias, rodizando semanalmente os locais de aplicação (figura 8). Usar por três semanas consecutivas, retirando o terceiro adesivo ao final dos 21 dias e aguardar o sangramento de privação, o uso contínuo também pode ser empregado.

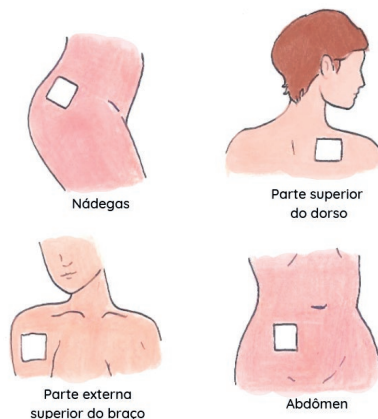


Figura 6. Locais De Aplicação Do Adesivo

Ademais, cabe ressaltar algumas dúvidas frequentes acerca desse método

são sobre atraso na troca do adesivo e sobre seu deslocamento na pele. Caso haja atraso na troca, quando inferior há dois dias, não determina a perda de eficácia, mas se esse atraso for acima de 48 horas ou na primeira semana, segunda ou terceira semana, indica-se uso de preservativos por 7 dias. Já caso ocorra deslocamento, o qual possui risco de 5%, se este for por menos de 24 horas, deve-se apenas realocar ou colocar um novo adesivo, pois não há perda de eficácia, caso seja por mais de 24 horas, colar um novo adesivo e reiniciar um novo ciclo, com novo dia de troca, e usar preservativos por sete dias.

q. Anel vaginal:

O anel vaginal é um método contraceptivo hormonal combinado constituído de um anel flexível e transparente. O anel deve ser colocado pela própria paciente entre o primeiro e o quinto dia do ciclo menstrual, lembrando de ter o cuidado de se associar ao método de barreira nos primeiros sete dias de uso. Cada anel deve ser usado por um ciclo de 21 dias e ser retirado por uma pausa de 7 dias, após isso um novo anel deve ser colocado novamente, no mesmo horário do anterior.

A principal vantagem do anel vaginal é a facilidade de uso com apenas uma colocação mensal, ele promove uma liberação gradual e controlada dos hormônios, evitando-se grandes flutuações diárias nos seus níveis. Pode ser utilizado por todas as mulheres que desejam contraceptivos reversíveis, práticos, de alta eficácia e que não tenham contra indicações para o seu uso. As contraindicações são semelhantes às dos contraceptivos orais combinados, e em algumas situações específicas a mais como: estenose vaginal, atrofia severa de vagina, prolapso uterino, cistocele e retocele importantes.

r. Anticoncepção de emergência:

Embora a adesão aos métodos contraceptivos seja alta, uma parcela significativa de indivíduos sexualmente ativos não usa regularmente quaisquer destes métodos e estão sujeitos a uma gravidez indesejada. A contracepção de emergência refere-se aos métodos que podem ser utilizados por mulheres nos dias após uma relação sexual desprotegida. A única contraindicação absoluta para a contracepção de emergência é a gravidez confirmada, todas as mulheres podem fazer uso desse método com segurança.

Os métodos mais utilizados para anticoncepção de emergência são:

1. Método de Yuzpe:

Regime contraceptivo combinado que consiste na ingestão de duas doses de 100 mcg de etinilestradiol e 500 mcg de levonorgestrel em duas tomadas; com intervalo de 12 horas; sendo a primeira tomada a mais próxima da atividade sexual desprotegida, no máximo 72 horas após este.

2. Contraceptivo com levonorgestrel isolado:

Usa-se o levonorgestrel na dose de 1,5 mg em dose única ou fracionada em duas tomadas, com intervalo de 12 horas.

s. Método de lactação e amenorreia:

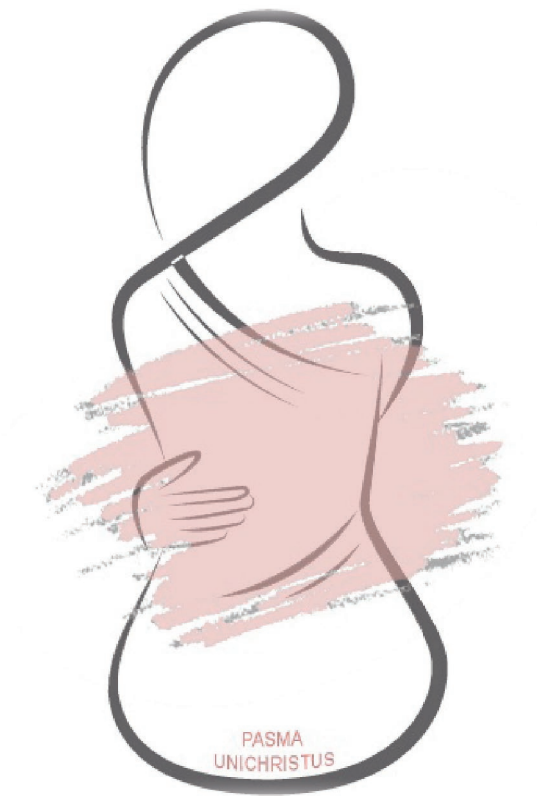
Esse método baseia-se na hiperprolactinemia existente em resposta ao estímulo da sucção durante a amamentação e, conseqüentemente, níveis de FSH e de LH insuficientes para estimular o desenvolvimento dos folículos ovarianos. Deve-se ressaltar que o uso de chupetas ou mamadeiras, introdução alimentar e longos intervalos entre as mamadas podem interferir na produção do leite, assim, permitindo a possibilidade de ovulação.

Existem critérios para o uso da LAM que devem sempre estar presentes, como: o bebe ter no máximo 6 meses de vida, a mãe deve estar em amenorreia e o aleitamento deve ser exclusivo.

É um método de alta eficácia, sendo o índice de falha de 0,5 a 2% em seis meses. Porém, sua eficácia é dependente da usuária, e quando feito de forma correta, ocorre menos de 1% de chance de gravidez.

REFERÊNCIAS

1. FINOTTI, MARTA. MANUAL DE ANTICONCEPÇÃO -- SÃO PAULO: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO), 2015, PÁG: 10-282.
2. HOFFMAN ET.AL. GINECOLOGIA DE WILLIAMS, 2ª EDIÇÃO, MCGRAW-HILL, PORTO ALEGRE, AMGH, 2014, PÁG: 132-164.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES – BRASÍLIA : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, PÁG. 151-169.



PASMA
UNICHRISTUS

Paula Soares Machado

Maria Luiza Varela Leal Barros

Tulius Augustus Ferreira de Freitas

1. Epidemiologia e conceito:

A infertilidade é caracterizada pela incapacidade de gestar após 1 ano de atividade sexual, sem proteção e com uma frequência de, em média, 3 vezes na semana. Entretanto, esse conceito deve ser individualizado, principalmente em função da idade da mulher. Pacientes com mais de 35 anos de idade, devem aguardar a gravidez espontânea por até 6 meses, desde que não haja um fator de infertilidade previamente conhecido. Recomenda-se, portanto, a avaliação mais precoce da fertilidade para pacientes com idade acima de 35 anos, que possuem história de oligomenorréia, ciclos anovulatórios, suspeita de doença tubária e dismenorréia intensa; além da investigação, obrigatória, do parceiro.

Sob essa perspectiva, a infertilidade pode ser dividida em primária e secundária, sendo a primária a ausência de uma gestação prévia, e a secundária classificada como a presença de, pelo menos, uma gestação anterior, podendo ou não ter tido aborto. Insta salientar ainda que, a infertilidade é uma condição comum que afeta entre 7% a 15% dos casais em idade reprodutiva, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). A prevalência da infertilidade varia com a idade da mulher, sendo proporcional o aumento da taxa com o aumento da idade. Vale ressaltar, a título de exemplo, que aos 40 anos a prevalência pode chegar a mais de 60%.

Por conseguinte, deve-se considerar como fatores de risco para infertilidade na mulher a sua idade, doença inflamatória pélvica, tabagismo, quimioterapia, radioterapia, doenças sexualmente transmissíveis, cirurgias pélvicas, obesidade, estresse, consumo excessivo de cafeína, consumo excessivo de álcool, consumo excessivo de drogas ilícitas e a prática de exercícios físicos extenuantes.

2. Etiologia e diagnóstico:

Em relação às causas da infertilidade, estas podem ser divididas em três grandes grupos, que são: a causa masculina, feminina e as que abrangem ambos. Em uma visão minuciosa, estabelecem-se as porcentagens, sendo o fator masculino e o fator tuboperitoneal os mais recorrentes. No presente capítulo, o enfoque será na infertilidade feminina. No que se refere a essa modalidade, as causas são divididas em: fator ovulatório, fator tuboperitoneal, infertilidade sem

causa definida e causas variadas.

Acerca das causas variadas, pode-se incluir o fator uterino, fator cervical, entre outros. Frisa-se ainda que, antes de se estabelecer as causas, faz-se necessário elucidar que essa avaliação é do casal, sendo imprescindível a presença de ambos os parceiros nas consultas médicas.

Para a consulta inicial, haverá a realização de uma anamnese minuciosa, na qual será feita análise de idade, presença ou não de gestações prévias, o padrão menstrual, histórico ginecológico, relações sexuais, sinais de hipoestrogenismo, sinais de hiperandrogenismo, comorbidades, história de drogas, uso de medicamentos, cirurgias prévias, exposições ambientais, aspectos psicológicos e história familiar. Caso o parceiro refira alguma anormalidade, este deverá ser encaminhado para o urologista.

Padrão menstrual	Histórico ginecológico	Relações sexuais	Sinais de hiperandrogenismo	Sinais de hipoestrogenismo
idade da menarca	gestações e abortamento	disfunção sexual	acne	fogachos (onda de calor repentina)
periodicidade do ciclo	DIP; leiomiomas; endometriose	dispareunia	alopecia	ressecamento vaginal
fluxo; duração; intervalos de dia; presença de dismenorrea	alterações e cirurgias cervicais; cirurgias pélvicas e/ou abdominais	sinusiorragia	pilificação aumentada (hirsutismo)	aumento da frequência de infecções urinárias
presença de tensão pré-menstrual	dispositivos intrauterinos; uso prévio de outros métodos contraceptivos;	frequência	seborréia	sensibilidade nas mamas
Comorbidades	Consumo de drogas	Aspectos psicológicos	História Familiar	Outros
hipertensão arterial	cigarro	estresse	malformações	outras histórias médicas ou cirúrgicas
diabetes mellitus	bebidas alcoólicas	depressão	retardo mental	medicamentos em uso
tireoidopatia	maconha	ansiedade	falhas reprodutivas de repetição	história de quimioterapia ou radioterapia
obesidade	cocaína	situação familiar e conjugal	doenças genéticas	exposições ambientais ou ocupacionais

Tabela 1 - Anamnese voltada para a infertilidade - criada pelo autor.

No exame físico, serão avaliados sinais vitais, estatura, peso, índice de Massa Corporal (IMC), crescimento de pelos anormais (hirsutismo), acne, alopecia, acantose, avaliação das mamas com busca de galactorreia, palpação da tireoide e exame ginecológico completo.

No que tange a solicitação dos exames, a propedêutica básica abrange as dosagens hormonais, incluindo FSH e estradiol basais, prolactina, TSH, T4 livres, progesterona, ultrassonografia transvaginal seriada (USGTV) e a histerossalpingografia (HSG). Ademais, devem ser solicitadas as sorologias para sífilis (VDRL), anti-HIV, hepatite B (HBSAG), hepatite C, toxoplasmose IGG e IGM, rubéola, colpocitologia oncótica, glicemia de jejum e espermograma.

Sob essa ótica, a propedêutica relacionada ao diagnóstico da infertilidade feminina se baseia nas suas principais etiologias, sendo elas:

Fator ovulatório:

Tal fator é um problema constante, sendo responsável por 40% dos casos de infertilidade na mulher. A causa mais comum de disfunção ovulatória é a Síndrome dos Ovários Policísticos, uma doença caracterizada pela irregularidade menstrual, pelo ganho de peso, crescimento anormal dos pelos do corpo e faciais, entre outros sintomas. A anovulação também pode ocorrer por meio da idade, extremos de peso, hiperprolactinemia, seja fisiológica, por meio da amamentação, ou não, hipotireoidismo primário e falência ovariana.

Nesta investigação, utiliza-se o método de ultrassonografia, para melhor mensurar a reserva de óvulos da mulher. A Ultrassonografia Transvaginal (USGTV) Seriada tem como principal objetivo acompanhar as alterações ovarianas e uterinas relacionadas à ovulação, sendo possível demonstrar a modificação evolutiva do endométrio, documentar o crescimento folicular e identificar a presença do folículo dominante e seu desenvolvimento. O referido método é mais indicado para pacientes que utilizam medicamentos indutores da ovulação, para comprovação da eficácia do tratamento e programação do coito, ou da intervenção escolhida, como a inseminação intrauterina e a FIV (fertilização in vitro).

Em relação às dosagens hormonais, deve ser realizada avaliação dos níveis hormonais de FSH, LH e estradiol, que vão permitir a mensuração do funcionamento ovariano de forma indireta. A dosagem do FSH basal é um dos marcadores mais amplamente utilizados na avaliação da reserva ovariana.

Além disso, tem-se a dosagem do hormônio Anti-Mulleriano e Inibina B, que são hormônios produzidos pelos ovários, os quais possuem grande importância para avaliar o funcionamento dos mesmos.

No que se trata do hormônio Anti-mulleriano, este tem demonstrado ser um dos melhores marcadores para mensurar a reserva ovariana, apresentando a melhor associação com o número de oócitos coletados. Outras dosagens hormonais que poderão ser realizadas são a dosagem de prolactina e avaliação do T3 e T4 livre, uma vez que a disfunção tireoidiana também pode levar a distúrbios ovulatórios. Por fim, utiliza-se ainda a avaliação dos níveis de androgênios, pois quando elevado, torna-se principal suspeito para síndrome dos ovários policísticos.

Fator tuboperitoneal:

Para que uma mulher consiga engravidar naturalmente, é necessário o encontro do óvulo com o espermatozóide, esse encontro ocorre dentro da tuba uterina (trompa). As tubas uterinas são responsáveis pela captação do óvulo, transporte dos espermatozoides, união dos gametas, entre outros, por isso é de

extrema importância a avaliação da forma e função das tubas uterinas. Nesse tocante, é necessário identificar as obstruções das tubas e lesões que possam comprometer a sua mobilização e a captação do óvulo.

Dentre os possíveis fatores causadores, os mais frequentes responsáveis pelas lesões da tuba são os processos inflamatórios, decorrentes de infecções por agentes como a *Clamydia*, *Mycoplasma*, *Gonococos* e outros. Já entre as causas não infecciosas, a mais comum é a lesão causada pela endometriose (presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina) e as menos comuns são as lesões originadas por cirurgias, cito como exemplo a cirurgia de retirada do apêndice (apendicectomia), além da obstrução tubária causada pela realização de laqueadura tubária.

O exame inicial para avaliar as trompas uterinas é chamado de Histerossalpingografia (HSG), no qual é possível verificar se há alguma anomalia no útero ou nas trompas, como pólipos, sinéquias, malformações uterinas e septos. A análise corresponde, basicamente, em injetar um contraste, através do colo do útero, no aparelho reprodutor feminino, para que seja possível a visualização da cavidade uterina e das trompas uterinas, através de uma série de radiografias da pelve. Caso ocorra a saída do contraste pelas trompas para a cavidade abdominal bilateralmente, significa que a trompa é pérvia, isso demonstra que não existe uma obstrução, sendo um sinônimo de permeabilidade tubária. Tal indicador é denominado de Prova de Cotte positiva.

Outro método também utilizado é a Videolaparoscopia (VLSC), considerada padrão ouro para o diagnóstico de doença tubária e peritoneal, pois permite a visualização direta das estruturas pélvicas. A VLSC é realizada por meio da insuflação de CO₂ na cavidade abdominal, depois é feita a introdução de um sistema óptico para a melhor visualização da cavidade. Todavia, o exame normalmente só é indicado, caso exista alguma evidência prévia de doença pélvica ou a HSG que demonstre alguma alteração de contorno ou trajeto das trompas.

Fator uterino:

O útero é o órgão mais importante para a reprodução, no qual ocorre a migração dos espermatozoides, a implantação e o desenvolvimento do feto. As alterações no fator uterino que atrapalham qualquer uma dessas fases podem inviabilizar a gravidez. Dentre as causas uterinas, destacam-se leiomiomas, pólipos, sinéquias (síndrome de Asherman), miomatose, má formação uterina, endometrite, hiperplasia endometrial e adenomiose.

Nesse aspecto, os exames recomendados para essa avaliação são a Histerossalpingografia (HSG), já citada no fator tuboperitoneal, a Histerossonografia (HSS) e a Histeroscopia (HSC), a qual é considerada padrão ouro para a avaliação de doenças da cavidade uterina. A HSC permite a visualização interna do útero,

por meio de um instrumento chamado histeroscópio, que é introduzido pela vagina e colo do útero. Esse aparelho possui uma câmera acoplada que filma e transmite as imagens para um monitor, facilitando o diagnóstico das anormalidades da cavidade uterina.

Fator cervical:

O fator em questão está relacionado com as alterações localizadas no colo do útero, que é a abertura entre a vagina e o útero e é revestido por numerosas pequenas glândulas (glândulas cervicais) que produzem muco. Uma vez que os espermatozoides são ejaculados, eles nadam através desse muco da vagina, passando pelo colo do útero e entrando no útero. O muco fornece ainda nutrição para o esperma. Caso o muco cervical for inadequado, o esperma não pode alcançar e fertilizar o óvulo.

Para estes casos, o exame antigamente utilizado era o teste pós-coito (após a relação sexual), que é utilizado para determinar a capacidade do esperma de sobreviver no muco cervical, entretanto, não é mais considerado exame de rotina e foi substituído pelo espermograma com capacitação. No método acima, o volume, pH e liquefação do sêmen são avaliados inicialmente. Em seguida, avalia a concentração, motilidade e morfologia do esperma. A capacitação é um exame complementar do espermograma para permitir que o esperma seja fertilizado, seguindo o mesmo princípio do espermograma, mas com exames mais detalhados. No laboratório, o processo do sêmen é realizado para separar os espermatozoides do sêmen, proporcionando, assim, essa capacitação para fertilização futura.

3. Tratamento:

Para o tratamento, existem opções de baixa a alta complexidade. A escolha dependerá da etiologia e do planejamento com o seu médico. Logo, a fim de criar condições mais favoráveis para a gestação, algumas medidas para otimizar as chances devem ser adotadas.

A princípio, é imperioso que o tabagismo seja cessado, pois mulheres que fumam, têm 1,4 vezes mais chances de serem inférteis, bem como deve-se cessar qualquer outra droga ilícita. Quanto à bebida alcoólica, deve-se reduzir sua ingestão.

Evidencia-se ainda que a otimização do peso é de extrema importância, pelo fato de que os extremos de peso tem uma forte relação com o pior prognóstico, sendo necessário observar que mulheres com o IMC muito baixo ou elevado têm ciclos menstruais irregulares, com isso, a ovulação não ocorre, ou é inadequada. Igualmente, o controle do estresse e a prática regular de atividade física, também vem se mostrando de alta relevância para o tratamento da infertilidade na mulher.

Outra estratégia a ser utilizada é o **coito programado**, sendo um dos métodos

mais antigos. No entanto, sua taxa de sucesso depende da idade da mulher, das condições hormonais e de saúde, da atividade ovariana e da qualidade do semen. Essa técnica funciona por meio do uso de medicações específicas para estimular a fertilidade na mulher. A utilização desses medicamentos deve começar no início do ciclo menstrual. Após a comprovação do sucesso desse estímulo, a mulher recebe uma dose do hormônio Gonadotrofina Coriônica humana (hCG), que será responsável por desencadear a ovulação em um período médio de 36 a 40 horas depois. Ao finalizar esse passo, o casal precisa manter relações sexuais nesse período de tempo, para aumentar as chances de gravidez.

Já a **indução da ovulação** é indicada principalmente para mulheres com disfunção ovariana, como no caso da síndrome dos ovários policísticos. É o processo realizado para facilitar a produção e a liberação de óvulos pelos ovários, tornando-se possível a fecundação pelo espermatozoide.

Essa estratégia de tratamento é feita por meio de medicamentos que podem ser comprimidos, como o citrato de clomifeno, ou através do uso de hormônios injetáveis (gonadotrofinas). Nos casos de anovulação, a droga de primeira escolha é o citrato de clomifeno, o qual deve ser iniciado entre o segundo e quinto dia da menstruação. A recurso da ultrassonografia permite avaliar a resposta de tratamento. Quanto às gonadotrofinas injetáveis, estas são medicamentos mais caros, sendo indicadas caso a paciente não obtenha uma resposta adequada com o citrato de clomifeno. Este processo de indução da ovulação também é utilizado na fase inicial da inseminação intrauterina e da fertilização in vitro.

A reprodução assistida se refere aos procedimentos em que, com a ajuda da alta tecnologia, será facilitado o encontro do óvulo com o espermatozoide, existem várias técnicas mas vamos abordar a Inseminação Intrauterina (IIU) e a Fertilização "In Vitro"(FIV).

A **inseminação intrauterina** consiste na inserção de uma amostra do sêmen do homem, que foi previamente processado em laboratório, diretamente no interior do útero, imediatamente antes da ovulação. Com isso, os espermatozoides chegam até os ovários e trompas, gerando a fertilização. Contudo, a IIU deve ser realizada apenas na ausência de fatores tuboperitoneais, em ciclos ovulatórios e na presença da cavidade uterina normal, além da necessidade de qualidade espermática. Suas principais indicações são para infertilidade sem causa aparente, fator cervical ou imunológico, endometriose (estágios I e II) e fator masculino leve.

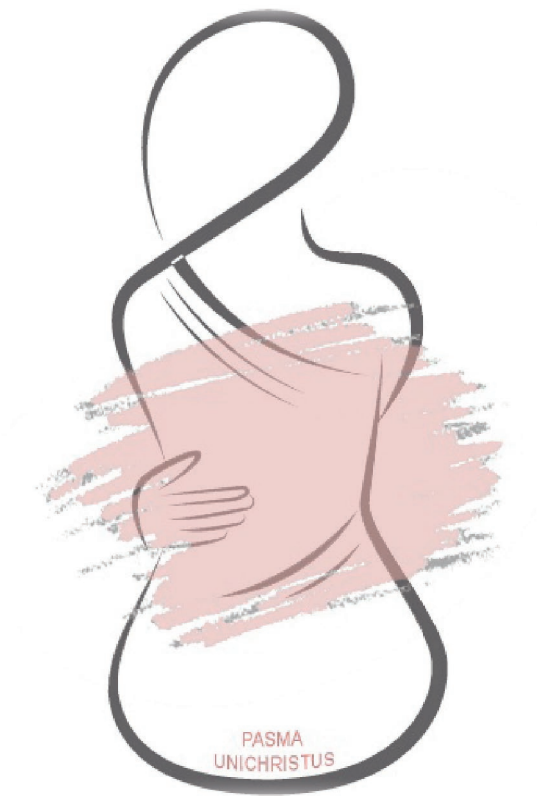
Por fim, na **fertilização in vitro**, a fecundação do óvulo pelo espermatozoide é feita fora do corpo da mulher. Deste modo, os óvulos são removidos por aspiração transvaginal, guiada por ultrassom e sob sedação anestésica. Através da técnica de Injeção Intra Citoplasmática de Espermatozoides(ICS) os espermatozoides são injetados, individualmente, no interior de cada óvulo aspirado. Em seguida, um

ou mais embriões são implantados dentro do útero da mulher, após três a sete dias de cultivo embrionário, e de acordo com as regras do Conselho Federal de Medicina.

Pode-se dividir a FIV em 5 fases, sendo elas: 1. estimulação hormonal para desenvolvimento dos folículos; 2. coleta dos óvulos no ovários; 3. coleta do semen do parceiro ou doador; 4. fertilização de cada óvulo com um espermatozóide e 5. incubadora. Insta acentuar ainda, que processo dura cerca de duas semanas, e é mais utilizado quando as trompas da mulher não são pérvias e/ou o esperma do homem possui alguma alteração.

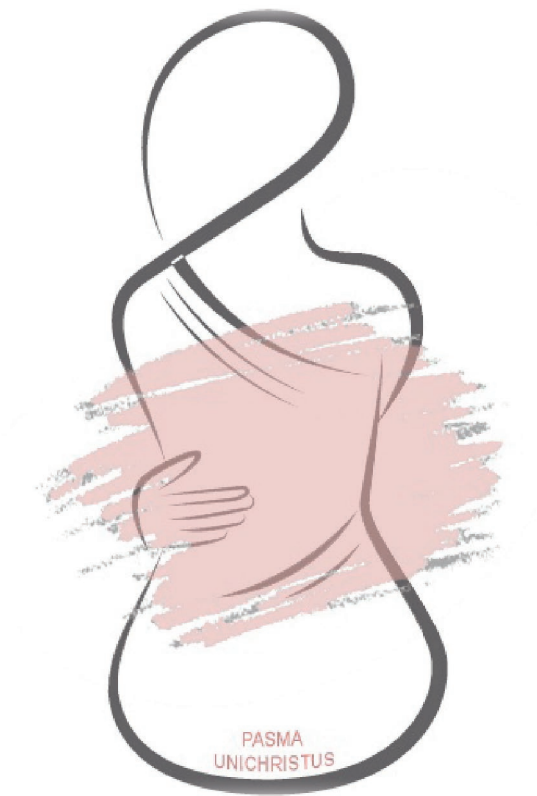
REFERÊNCIAS

1. BARACAT, EDMUND CHADA. MANUAL DE GINECOLOGIA ENDÓCRINA / EDMUND CHADA BARACAT . SÃO PAULO: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO), 2015.
2. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE 2020.
3. SPEROFF, LEON. GLASS, ROBERT H. KASE, NATHAN G. ENDOCRINOLOGIA GINECOLÓGICA CLÍNICA E INFERTILIDADE. 8 ED.



PASMA
UNICHRISTUS

OBSTETRÍCIA



PASMA
UNICHRISTUS

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva

Paula Soares Machado

Julia Angelim Cardoso

Analiana Alencar Arrais de Souza

1. Introdução:

O pré-natal corresponde ao período antes mesmo da concepção (com 3 meses antes) até 42 dias após o parto, durante esse tempo ocorrem intensas mudanças no corpo e na mente da mulher, com descobertas e aprendizados, sendo uma grande oportunidade para o profissional da saúde investirem em estratégias de educação e cuidado com a saúde, para garantir um desenvolvimento saudável da gestação e o bem-estar materno e neonatal.

É fundamental uma abordagem multidisciplinar quando se trata da saúde da gestante, avaliando seus sentimentos, medos, anseios e desejos.

De acordo com o Ministério da Saúde, se faz necessários no mínimo 6 consultas de pré-natal, sendo:

- » 1º trimestre: uma consulta
- » 2º trimestre: duas consultas
- » 3º trimestre: três consultas.

As 41 semanas se deve encaminhar a paciente para avaliar o bem-estar fetal e monitorizar, entretanto, não existe alta da consulta de pré-natal.

OBS: quando começa e termina cada trimestre?
1º trimestre: 0-13 semanas
2º trimestre: 14-27 semanas
3º trimestre: 28-40 semanas

2. Diagnóstico de gravidez:

Há diversos tipos de sinais e sintomas que ajudam a paciente a suspeitar da gravidez, mas somente se faz confirmatório por meio da dosagem de beta-HCG sanguíneo ou teste imunológico de gravidez.

O atraso menstrual é válido, entretanto por haver diversas influências externas e internas durante o ciclo, ele pode falsear a suspeita.

<p>Sintomas de presunção:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Náuseas e vômitos do 1º trimestre » Aumento volume e sensibilidade das mamas » Polaciúria e noctúria » Percepção de movimentos fetais pela paciente » Mudanças de apetite » Fadiga, tontura, sialorreia, distensão abdominal, constipação, dispneia, câibras e lombalgia 	<p>Sinais de probabilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Alteração em formato e consistência do útero » Consistência cervical amolecida » Aumento do volume abdominal
<p>Sinais de presunção:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Atraso menstrual ou amenorréia secundária » Congestão mamária e mastalgia » Montgomery » Alterações na vulva e na vagina » Alterações no muco cervical » Alterações cutâneas (estrias, hiperpigmentação, linha nigra) 	<p>Sinais de certeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Ausculta de batimentos cardíacos fetais » Sinal de puzos » Percepção de movimentos e partes fetais pelo examinador

Tabela 1. sinais e sintomas de possível gravidez

A determinação da idade gestacional se pode fazer de várias formas, as mais utilizadas são pela:

- » a data da última menstruação (DUM): dias entre a Dum e a data da consulta dividida por 7;
- » exemplo: DUM = 02/10/2021 e data da consulta = 08/11/2021 – 38 dividido por 7 = 5 semanas e 3 dias
- » O ultrassom obstétrico, cujo mais confiável é o realizado entre a 7-10 semanas, que avalia o comprimento cabeça-nádega via transvaginal.

Acuidade do USG obstétrico para avaliar idade gestacional	
Entre 7-10 semanas: erro de +- 3 dias	2º trimestre: erro de +- 2 semanas
Entre 14-20 semanas: erro de +- 7 dias	3º trimestre: erro de +- 3-4 semanas

Tabela 2. relação entre intervalo de erro da idade gestacional pelo o ultrassom obstétrico e quando ele foi realizado

Já para a determinação da data provável do parto (DPP) foi criado uma regra,

a regra de Nagele:

- » Dia da DUM + 7 e mês da DUM - 3 = a data provável do parto
- » exemplo: DUM = 02/10/2021 - DPP = 2+7 e 10-3 - 09/07/2022

3. Consulta do pré-natal:

- » HISTÓRIA CLÍNICA:

Durante essa etapa se faz necessário avaliar o risco dessa paciente, suas angústias e dúvidas, verificar como está sua saúde mental e física, por isso realizar uma anamnese bem detalhada e desenvolvida é essencial para uma consulta bem-feita.

Na primeira consulta, durante a identificação pedir nome, idade, ocupação, onde nasceu e mora e se é casada.

Perguntar se houve planejamento reprodutivo, ou seja, se foi gravidez planejada e se ela é desejada, se utilizava algum método contraceptivo. Avaliar se a paciente possui rede de apoio, como a presença do companheiro, relacionamento familiar e verificar se há histórico de violência, durante as demais consultas perguntar sobre possíveis mudanças.

Verificar condições de moradia, trabalho e possíveis exposições ambientais, como estresse, agente químicos e biológicos. Avaliar estado nutricional com peso e altura antes da gestação e seus hábitos alimentares. Orientar sobre os riscos de tabaco, ou exposição a fumaça do cigarro, e ao uso de álcool ou outras substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas).

Durante as perguntas sobre antecedentes clínicos, avaliar se há hipertensão, diabetes, cardiopatias, histórico de trombose venosa, alergias, transfusões sanguíneas, cirurgias prévias (ênfatizando das mamas, abdominal ou pélvica). Nos antecedentes ginecológicos e obstétricos, pedir número de gestações anteriores e partos (lembrando que muitas não sabem que abortos são consideradas gestações, então sempre perguntar por fora), se houve alguma gestação múltipla e como foi as gestações passadas (houve intercorrência? nasceram a termo? Teve pré-eclâmpsia ou diabetes gestacional? Entre outras, como foi o aleitamento nas outras gestações. Além disso, perguntar sobre como eram os ciclos menstruais (menarca, sexarca, DUM...), quando foi o último exame de Papanicolau e se houve dificuldade para engravidar.

Na história familiar verificar possíveis doenças hereditárias, diabetes, gemelaridade, hipertensão arterial sistêmica prévia e entre outras doenças. Sempre lembrar do calendário vacinal.

Pacientes com risco relacionado a sociodemográfico:	Idade menor que 15 e maior de 35 anos
	Ocupação: esforço físico excessivo, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos
	Situação familiar insegura ou não aceitação da gravidez
	Baixa escolaridade
	Altura <1,45m
	IMC com baixo peso ou obesidade
Paciente com risco relacionada à gestação anterior:	Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
	Macrossomia fetal
	Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas
	Intervalo interpartal <2 anos ou >5 anos
	Nuliparidade ou multiparidade (>5 filhos)
	Cirurgia uterina anterior
	Três ou mais cesarianas
Fatores relacionados a gravidez atual:	Ganho ponderal inadequado
	Infecção urinária
	Anemia
Fatores de condições prévias:	Cardiopatias
	Pneumopatias graves ou nefropatias graves
	Endocrinopatia
	Doenças hematológicas, neurológicas e autoimunes
	Doenças psiquiátricas que necessitem acompanhamento
Fatores de condições prévias:	Antecedentes de TVP ou TEP
	Ginecopatias
	Portadores de doenças infecciosas (hepatites, HIV, toxoplasmose, sífilis terciária...)
	Isoimunização Rh
Fatores de história reprodutiva anterior:	Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior (principalmente causa desconhecida)
	Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas)
	Esterilidade infertilidade
	História prévia de doença hipertensiva da gestação, mau resultado obstétrico e perinatal

Tabela 3. Fatores que classifica o pré-natal como de risco

» EXAME FÍSICO:

Em todas as consultas se deve realizar a aferição da pressão arterial sistêmica e a frequência cardíaca ao paciente, além de peso e altura para se avaliar IMC. Se deve avaliar a pele e mucosa, avaliando sinal de hidratação, se há algum sangramento ou manchas na pele.

O exame físico obstétrico é dividido em quatro etapas, as manobras de leopold, iniciando com a altura uterina (AU), que é a medida da borda superior da sínfise púbica até o fundo uterino, o examinador se encontra ao lado direito do paciente e com as duas mãos delimita o fundo uterino e visualizar qual o pólo fetal que o ocupa, avaliando a apresentação fetal, a partir da 20ª semana de gestação há uma similaridade entre a AU e a IG:

Idade gestacional:	Altura uterina:
12 semanas	Útero palpável em sínfise púbica
20ª semana	Útero se encontra na cicatriz umbilical e possui em torno de 20 centímetros

Tabela 4. relação entre a idade gestacional e a altura uterina

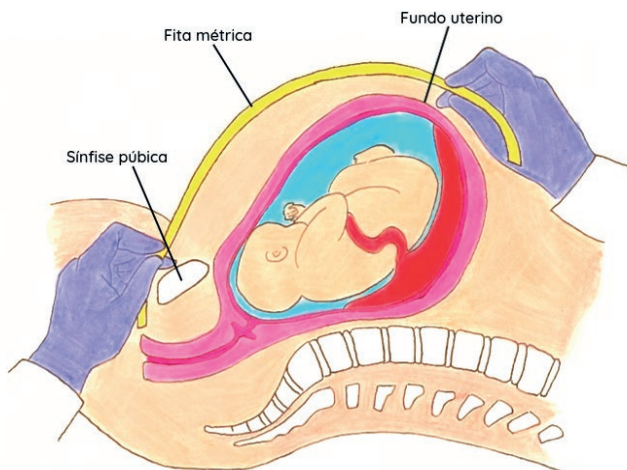


Figura 1. Medição da altura uterina

No segundo momento, o examinador irá identificar o dorso do fetal, determinando a sua posição fetal. O 3º tempo visa a exploração da apresentação com o estreito superior da pelve, verificando o grau de penetração do feto na pelve da mulher. No 4º momento, o examinador está de costas para o paciente, com as mãos apoiadas a cada lado da barriga da mãe e observa-se o grau de insinuação da criança.

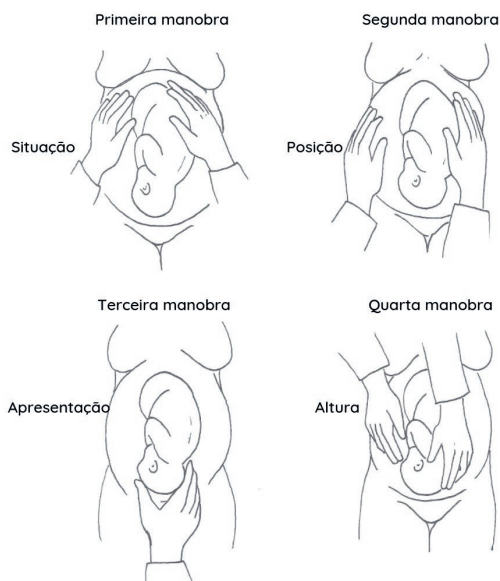


Figura 2. Manobras de leopold

A avaliação dos batimentos cardíofetais devem ser realizadas em todas as consultas, estes são audíveis a partir da 10-12 semana com sonar doppler e na 20ª semana pelo o estetoscópio de pinard; os batimentos devem se encontrar entre 110 a 160 bpm e o melhor local para ouvi-los é no ponto médio entre o polo cefálico e o dorso do feto.

» Exames Complementares:

A cada trimestre há exames diferentes que devem ser pedidos a fim de identificar precocemente possíveis doenças que a paciente pode adquirir durante a gestação:

1º trimestre:	Hemograma completo
	Grupo sanguíneo e Rh
	Teste rápido para sífilis e/ou VDRL
	Glicemia de jejum: ≥ 92 mg/dl - diabetes gestacional; se ≥ 126 mg/dl - diabetes mellitus ou prévia a gestação
	Sumário de urina e urocultura
	Teste rápido e sorologia para HIV
	Sorologia hepatite B
	Sorologia toxoplasmose
	USG obstétrico (ideal 11-14 semanas): estimar a IG, avaliar translucência nucal, osso nasal e ducto venoso

2° trimestre:	Hemograma
	Teste rápido para HIV
	Cultura e sumário de urina
	TOTG:
	Sorologia para toxoplasmose
	Teste rápido para sífilis ou VDRL
	USG morfológico (ideal entre 22-24 semanas)
3° trimestre:	Hemograma
	Teste rápido para sífilis ou VDRL
	Teste rápido para HIV
	Sorologia para toxoplasmose
	Sumário de urina e urocultura
USG obstétrico	

Tabela 6. Exame necessários a cada trimestre

Além disso, pode-se fazer o rastreio para *Estreptococo beta hemolítico do grupo B (GBS)*, fazendo a profilaxia contra essa bactéria em paciente com: cultura vaginal ou retal positivo entre 35-37 semanas, gestantes com fatores de risco (que são trabalho de parto com menos de 37 semanas, febre intraparto e RAMO > 48 horas), bacteriúria por GBS em qualquer fase da gestação ou gestantes com filhos acometidos pelo GBS em gestações posteriores. Faz uso de penicilina G ou ampicilina

Já a interpretação do exame de sorologia da toxoplasmose se dá por meio de:

IgG + e IgM -	Doença prévia - paciente imune
IgG - e IgM -	Paciente suscetível - orientar evitar alimentos crus ou de procedência duvidosa
IgG - e IgM +	Infecção aguda - iniciar tratamento materno e solicitar dosagem de IgA
IgG + e IgM +	Infecção aguda ou crônica: se antes de 16 semanas solicitar teste de avidade de IgG (abaixo de 30% infecção aguda e 60% infecção crônica), já se for após as 16 semanas iniciar o tratamento.

Tabela 7. análise do resultado do exame de sorologia da toxoplasmose

O tratamento da toxoplasmose se acometimento somente fetal se faz uso de espiramicina, mas se já houver indícios de infecção fetal se faz o esquema de espiramicina alternada a cada 3 semanas com sulfadiazina + pirimetamina + ácido fólico a cada 2 dias até o final da gestação.

» Orientações:

Todas as gestantes devem ser orientadas quanto a vacinação:

Vacina:	Orientação:
Influenza	Todas as gestantes devem tomar
Hepatite B	Se nunca tiver tomado: receber esquema completo; e se estiver incompleto: receber doses que faltam
Antitetânica:	dT: todas devem ter esquema completo de 3 doses (sendo uma DTPa) que devem ser reforçadas a cada 5 anos (ou seja, se tiver mais de 5 anos que tomou, deve tomar novamente) DTPa: TODAS as gestantes devem tomar a partir da 20 semana (em todas as gestações)

Tabela 8. vacinas que devem ser tomadas na gestação

Já para a suplementação, todas as gestantes devem tomar ácido fólico o mais breve possível (de preferência 3 meses antes da fecundação) e até o fim do 1º trimestre da gestação. E a reposição de ferro deve ser realizada para evitar anemia durante esse período, se faz profilático a partir da 20ª semana e até 3 meses após o parto (com uso de 40-60mg/dia de ferro elementar ou 200mg de sulfato ferroso); já a dosagem terapêutica é utilizada 200 mg de ferro elementar em casos leves-moderados (Hb<11 e >8), entretanto se anemia grave se deve referenciar a paciente:

Recomendação:	Dosagem:
Profilático:	Ferro elementar: 40-60mg/dia Sulfato ferroso: 200 mg/dia
Terapêutico:	Ferro elementar: 200mg/dia

Tabela 9. complementação de ferro durante a gestação

O uso de aspirina é indicado para as pacientes de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, que são as portadoras de HAS, DM, IRC e doenças autoimunes), se faz uso de 150mg/dia a partir da 12ª semana até a 36ª semana. Além disso, a reposição de cálcio é recomendada somente em pacientes com dieta pobre em cálcio.

Orientar que é permitido a prática de exercício físico (com moderação) e relações sexuais e não é permitido nenhuma quantidade de álcool ou substâncias ilícitas.

4. Possíveis sintomas:

» Infecção Urinária:

É necessária uma investigação minuciosa dessa doença em gestantes, devido ao risco de infecção das membranas ovulares, por isso nessas pacientes se faz o tratamento de bacteriúria assintomática (que é o crescimento de bactéria única na urocultura de $\geq 10^5$) e o seu tratamento se dá por meio do uso de nitrofurantoína por 10 dias ou ampicilina por 3-7 dias.

Pode-se fazer o uso de nitrofurantoína de 50-100 mg/dia de forma profilática nas gestantes que apresentarem dois casos de cistite ou uretrite na mesma gestação ou uma pielonefrite durante a gestação.

» Hiperemese Gravídica:

Que é vômitos excessivos devido ao período gravídico, devendo ser evitados medicamentos à base de ferro e avaliar sinais de desidratação e desnutrição. Pode-se utilizar metoclopramida 10 mg VO ou IV a cada 6-8 horas ou ondansetrona de 4-8 mg VO ou IV a cada 6 horas.

» Entre Outros:

Sintomas:	Conduta:
Pirose	Pantoprazol
Constipação	Tratamento não medicamentoso (consumo de mais fibras e água)
Falta de ar	Elevar a cabeceira e solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo (quando descartada coisas trombóticas ou infecciosas)
Hemorroida	Dieta rica em fibras, higiene local e banho de assento com água morna
Dor lombar:	Orientar corrigir postura ao se sentar e andar; pode prescrever paracetamol 500mg-750mg de 6/6 horas ou dipirona 500-1000mg de 6/6 horas
Corrimento vaginal	Normal durante a gestação haver um fluxo aumentada, entretanto não causa prurido, desconforto ou odor fétido
Estrias	Uso de hidratante e óleos para massagear área acometida

Tabela 10. sintomas e condutas na gravidez

5. Sinais de alerta na gestação:

Sinal:	Conduta:
Sangramento vaginal	Avaliação médica imediata (lembrando que se for durante a 2º metade da gestação não realizar toque vaginal)
cefaléia, escotomas visuais, epigastralgia e edema excessivo	Avaliação médica imediata e avaliação da PA imediata (pode estar ocorrendo um pico pressórico)
Contrações regulares e perda de líquido	Avaliação médica imediata e encaminhamento para maternidade de referência (sintomas indicativos de início e trabalho de parto)
Diminuição da movimentação fetal	Avaliação no mesmo dia, verificar BCF e orientar acerca do mobilograma (considerar possibilidade de encaminhamento ao serviço de referência)
Febre	Pode indicar infecção; avaliação médica no mesmo dia e encaminhar a urgência, caso necessário

Tabela 11. sinais de alerta da gestação

6. Sinais de encaminhamento a urgência/emergência obstétrica:

- » Síndrome hemorrágica (incluindo descolamento prematuro de placenta e placenta prévia). Independente da dilatação cervical e idade gestacional nunca realizar toque antes do exame especular.
- » Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $>140 \times 90$ (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso na posição sentada) e associada a proteinúria.
- » Sinais premonitório de eclâmpsia em pacientes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa em hipocôndrio direito.
- » Eclampsia.
- » Suspeita ou diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular (corioamnionite) ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- » Suspeita de trombose venosa profunda.
- » Crise hipertensiva (PA $>160 \times 110$).
- » Amniorrexe prematura.
- » Trabalho de parto prematuro (<37 semanas).

- » IG >41 semanas.
- » Suspeita de abdome agudo em gestantes.
- » Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- » Oligodrâmnio.
- » Restrição de crescimento intra uterina.
- » Hipertermia na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.

REFERÊNCIAS

1. FERNANDES, CESAR EDUARDO; SÁ, MARCOS FELIPE SILVA DE (ED.). TRATADO DE OBSTETRÍCIA FEBRASGO. 1. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER EDITORA LTDA, 2014.
2. ANTUNES, ANNE ELIZABETH BERENQUER; MELO, EDUARDO ALVES (ED.). PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE DAS MULHERES. 1. ED. BRASÍLIA: ELSEVIER EDITORA LTDA, 2016.
3. CUNHA, MIRIAN RAQUEL FACHINETTO (ED.). ROTINAS EM OBSTETRÍCIA. 7. ED. SÃO PAULO: ARTMED EDITORA LTDA, 2017.



PASMA
UNICHRISTUS

GESTAÇÃO DE RISCO E DOENÇAS METABÓLICAS DA GESTAÇÃO

Melissa Sousa Campos Nobre

Paula Soares Machado

Maria Luiza Varela

Emerson Batista

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

1. Definição e epidemiologia:

O *Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)* é diagnosticado em qualquer idade gestacional, a depender dos valores da glicemia de jejum e não atende aos critérios de diabetes pré-gestacional, ou seja, a paciente não possuía o diagnóstico previamente de *Diabetes Mellitus tipo I ou tipo II*. Além disso, essa intolerância à glicose ocorre somente durante a gestação, retornando à normalidade ao fim a gravidez. A DMG possui uma alta frequência de casos no cenário obstétrico atual, pois estima-se que, globalmente, um em cada seis nascimentos ocorra em gestantes com diagnóstico de alguma forma de hiperglicemia durante a gravidez, e, desses casos, 84 por cento seriam consequentes do DMG. A prevalência do DMG em mulheres em idade reprodutiva está aumentando em todo o mundo, devido a grande incidência de obesidade e de sedentarismo. Para a população feminina, o histórico progresso de DMG é o principal fator de risco para o desenvolvimento de diabetes do tipo 2 (DM2) e de síndrome metabólica.

2. Fisiopatologia:

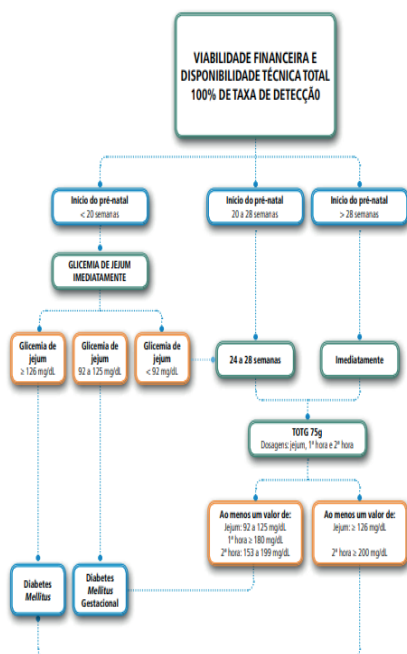
O desenvolvimento da resistência insulínica pode estar presente desde o início do período gestacional, porém a partir do 2º trimestre poderá ocorrer um aumento dessa condição, pois há uma transferência no metabolismo energético no corpo materno, que passa a oxidar mais lipídeos ao invés dos carboidratos, isso é uma adaptação fisiológica, e objetiva preservar glicose que será disponibilizada ao feto, que está em constante fase de desenvolvimento, então, a resistência à insulina aumenta progressiva e proporcionalmente ao tempo de gestação.

Em relação a fisiopatologia da DMG, o organismo é capaz de secretar insulina no nível máximo que é exigido no segundo trimestre da gestação. Levando assim, a uma alta concentração de glicose pós-prandial, o que pode causar um intenso transporte transplacentário de glicose, o qual é capaz de repercutir em complicações no desenvolvimento do feto, como a hipoglicemia neonatal e a macrossomia fetal.

3. Diagnóstico:

O Ministério da Saúde propôs, no ano de 2016, um protocolo de Diagnóstico de Diabetes Gestacional que fosse possível aplicar a todo o Brasil. Nesse protocolo, levou em consideração, o **diagnóstico universal**, em que todas as gestantes devem ser avaliadas e a escolha do melhor método diagnóstico, de acordo com a capacidade técnica e econômica da região. Desse modo, identificou-se que, para o diagnóstico de DMG, o teste com maior sensibilidade e especificidade é o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75g.

Então, mensura-se a glicemia de jejum, até 20 semanas de idade gestacional para diagnóstico de DMG, com valores entre 92 e 125 mg/dL e de Diabetes Mellitus pré-gestacional, apresentando um valor ≥ 126 mg/dL. Caso a glicemia de jejum apresente valores inferiores a 92 mg/dL, realiza-se o TOTG com 75g de 24 a 28 semanas. Em casos de início tardio do pré-natal, realiza-se o TOTG imediatamente, visando ao diagnóstico mais precoce possível. Considerando, esses resultados como anormais: jejum ≥ 92 mg/dL, 1 h ≥ 180 mg/dl e 2 h ≥ 153 mg/dl. Enfim, um valor alterado para o teste ser considerado positivo.



Fluxograma do Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil, Ministério da Saúde, 2016

4. Manejo:

O tratamento adequado para 70 a 80% das pacientes com diabetes gestacional é dieta orientada por nutricionista que deve considerar o IMC da paciente e o trimestre da gestação, exercício físico de baixo impacto com duração de 30 minutos, três vezes por semana e monitoramento glicêmico diário por meio da glicosimetria capilar. Essa avaliação pode ser feita em quatro a sete períodos específicos: jejum, pós-café, pré e pós-almoço, pré e pós-jantar, madrugada (3 horas manhã). Uma das formas de avaliar a adequação do controle glicêmico é calcular o percentual de valores que se encontra acima das metas. O controle glicêmico adequado é considerado, quando pelo menos, 70% dos valores encontram-se dentro do valor de referência. É fundamental, estar atento a episódios de hipoglicemia (valores de glicemia capilar inferiores a 70).

Monitoramento glicêmico

Horario da coleta	Limite inferior	Limite superior
Jejum	70 mg/dl	95 mg/dl
Pós-café, almoço e jantar	70 mg/dl	140 mg/dl
Pré-prandiais e madrugada	70 mg/dl	100 mg/dl

Tabela 1. Tratado de Obstetrícia, 1º edição, 2019

Entretanto, 15 a 30% das diabéticas necessitam de insulina, no DMG após uma a duas semanas, se o controle glicêmico não estiver adequado (nível glicêmico pré-prandial for > 95 mg/d l, ou o pós-prandial de 1 h > 140 mg/d l ou de 2 h > 120 mg/d l), deve-se iniciar a terapêutica medicamentosa. Prescreve-se insulina NPH na dose 0,7 a 1,0 unidade/kg/dia. A dose deve ser dividida em três aplicações ao dia, sendo metade aplicada antes do café da manhã, um quarto aplicado antes do almoço e um quarto às 22 horas. Durante uma a duas semanas, deve-se avaliar o controle glicêmico e verificar a necessidade de ajuste da dose de insulina NPH. Se a hiperglicemia persistir nas medidas glicêmicas, deve-se considerar prescrever insulina de ação rápida (insulina regular) ou ultrarrápida apenas para o horário da refeição em que o controle está insatisfatório.

Caso o controle glicêmico seja satisfatório durante toda a gestação e o peso fetal estimado não seja superior a 4.000g, a gestação é acompanhada até a idade gestacional de 39 a 40 semanas. Todavia, se o controle glicêmico for inadequado, a resolução da gestação entre 37 e 40 semanas, pode ser considerada. Além disso, a resolução da gestação pode ser indicada se houver anormalidades nos exame de vitalidade fetal. Em relação à via de parto, ela é de indicação obstétrica.

Avaliação pós-parto:

Recomenda-se que todas as mulheres que apresentaram diagnóstico de DMG sejam reavaliadas e reclassificadas seis semanas após o parto, utilizando-se os critérios diagnósticos de Diabetes Mellitus, que são padronizados para a população geral.

PRÉ-ECLÂMPSIA

1. Conceito e epidemiologia:

A pré-eclâmpsia é a hipertensão arterial associada à proteinúria ou disfunção de órgão-alvo da paciente (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema agudo de pulmão, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia), a partir da vigésima semana gestacional, em paciente normotensa. Em caso de crise convulsiva, tônico clônica generalizada ou coma em gestante com pré-eclâmpsia, esta sintomatologia caracteriza uma das mais graves complicações, a eclâmpsia.

Porém, por meio de revisões sistemáticas já foram possíveis identificar os seguintes fatores que podem levar o desenvolvimento dessa patologia:

FATORES DE RISCO EM DESENVOLVER PRÉ-ECLÂMPSIA SEGUNDO RECOMENDAÇÕES DO ACOG E DO NICE

ACOG	NICE
Nulípara Idade acima de 40 anos IMC acima de 30 kg/m ² Gestação por fertilização <i>in vitro</i> História prévia de pré-eclâmpsia História familiar de pré-eclâmpsia Hipertensão arterial crônica Doença renal crônica <i>Diabetes mellitus</i> Lúpus eritematoso sistêmico Trombofilia	Risco moderado Nulípara Idade acima de 40 anos Intervalo interpartal maior que 10 anos IMC (primeira consulta) acima de 35 kg/m ² História familiar de PE Alto risco História de doença hipertensiva em gestação prévia Doença renal crônica Doença autoimune <i>Diabetes mellitus</i> Hipertensão arterial crônica

2. Fisiopatologia:

É uma condição materna de causa desconhecida, o que dificulta a realização adequada de prevenção primária. No entanto, foram estabelecidas teorias, em que as mais importantes dividem em dois estágios, pré-clínico e clínico, o desenvolvimento dessa doença. Na fase pré-clínica, acredita-se que a placenta

não se desenvolveu da forma ideal, o que diminuiu o suporte sanguíneo da mãe levando a um cenário de hipóxia placentária. Na fase clínica, esta hipóxia na placenta será responsável por causar hipertensão e proteinúria na gestante, além de poder causar outras complicações.

3. Diagnóstico:

Para estabelecer o diagnóstico de pré-eclâmpsia a paciente previamente normotensa deve ter após correta aferição de pressão arterial, em que a paciente foi mantida na posição sentada com o uso de manguito apropriado como valor de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

Em relação a proteinúria pode ser detectada quando o valor a partir de 300 mg em urina de 24 horas ou pela relação proteína/creatinina é considerada alterada quando o valor $\geq 0,3$ mg/dL.

Para identificar os sinais de alarme da pré-eclâmpsia:

Pressão arterial ≥ 160 mmHg e/ou 110 mmHg, confirmada em duas medidas, com intervalo de 10 a 15 minutos

Proteinúria ≥ 2 g em urina de 24 horas

Sintomas de iminência de eclâmpsia – Sistema Nervoso Central (cefaleia, obnubilação, torpor, alteração de comportamento), Visual (escotoma, fotofobia, turvação/embaçamento) e Hepática (dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, náusea, vômito)

- » Síndrome HELLP é uma síndrome hipertensiva com altas taxas de morbimortalidade materna e para diagnosticar é preciso solicitar Hemograma Completo (avaliar concentração de hemoglobina e contagem de plaquetas), Bilirrubinas totais ou haptoglobina, Proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina, ureia e creatinina (função renal) e transaminase glutâmico-pirúvica e oxalacética, desidrogenase láctica (função hepática).

4. Prevenção:

Administração de aspirina: com dosagem de 100 mg por dia, de preferência iniciar antes da 16^o semana de gestação até a 34^o - 36^o semana, devido aos riscos de sangramento em procedimento cirúrgico.

Suplementação de cálcio: O aconselhamento dietético de gestantes deve promover a ingestão adequada de cálcio por meio de alimentos disponíveis ricos em cálcio. O esquema de suplementação de cálcio sugerido é de 1,5g a 2g diariamente, com a dose total dividida em três doses, de preferência no horário das refeições. O fracionamento da dose de cálcio pode melhorar a aceitabilidade.

5. Conduta:

Feito o de pré-eclâmpsia, o objetivo principal do seguimento da gestação será embasado em prevenir o desenvolvimento de complicações que possam afetar a morbimortalidade materna e/ou fetal. Diante disso é imprescindível fazermos o uso tanto quanto necessário tratamento da emergência hipertensiva, a iminência de eclâmpsia lançar mão de meio de prevenir uma crise convulsiva ou sua recorrência, além de sempre avaliar adequadamente o bem estar fetal, a fim de evitar sofrimento.

a. Tratamento não farmacológico

Orientar que a paciente tenha uma dieta balanceada sem restrições, além de recomendar que as atividades físicas sejam realizadas com moderação.

b. Tratamento farmacológico

Anti-hipertensivos: A introdução de anti-hipertensivo deve considerar os riscos e benefícios para a mãe e o feto, sendo o estágio no qual a gestante está classificada o fator mais importante.

São contraindicados na gestação os IECAs, antagonistas de receptor da angiotensina II (ARA) e inibidores diretos da renina (Alisqueren), pois se associam a anormalidades renais significativas do feto quando ocorre a exposição materna durante a segunda metade da gestação.

Os Diuréticos tiazídicos são controversos, por isso deve-se avaliar cada caso. Acredita-se que mantidos em mulheres com hipertensão crônica que faziam seu uso antes da gestação, mas em certos casos podem ocasionar redução do volume de líquido amniótico ou superposição de pré-eclâmpsia.

Nos estágios mais avançados de hipertensão arterial o objetivo do tratamento é diminuir a pressão arterial materna com metas de PAS 140 e 150 mmHg e de PAD entre 90 e 100 mmHg.

- » Hidralazina: vasodilatador periférico, é amplamente utilizada na situação de pré-eclâmpsia para o tratamento agudo da hipertensão grave
- » Nifedipino: um bloqueador de canais de cálcio, considerado de primeira linha, especialmente quando o acesso intravenoso não está disponível.
- » Sulfato de magnésio: droga de escolha para o tratamento da iminência de eclâmpsia e da eclâmpsia já instaurada. Previne convulsões recorrentes em eclâmpsia, uma conduta segura e eficaz. E sua exposição aos fetos pode minimizar, em recém-nascidos prematuros de até 32 semanas, o risco de paralisia cerebral e a disfunção motora grave.

c. Resolução da gravidez

Pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade

Manter a gestação até 37 semanas não ultrapassando a 40ª semana, com os cuidados de monitorar a Pressão arterial, Sintomas de iminência de eclâmpsia; Controle laboratorial semanal (hemograma, função renal e hepática); Vigilância do bem-estar fetal e do crescimento fetal.

Sem condições de seguir com esse acompanhamento após a 37ª semana, deve-se resolver a gestação.

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade

» Idade gestacional < 24 semanas

A resolução da gestação é o mais indicado, há maior risco de ocasionar mortalidade perinatal e morbimortalidade materna ao tentar manter o curso gestacional.

» Idade gestacional igual ou superior a 24 semanas e menor que 34 semanas

Manter conduta expectante, com objetivo de manter gestação até 34 semanas, com:

» Cuidados maternos diários, controle pressórico rigoroso, se PA < 160 x 110 mmHg : anti-hipertensivo oral ou PA ≥ 160 x 110 mmHg : anti-hipertensivo Intravenoso + sulfato de magnésio;

» Rastreamento dos sintomas de eclâmpsia;

» Exames laboratoriais semanais de controle(hemograma, função renal e hepática);

» Vigilância materno-fetal;

» Uso de corticoide para a maturação pulmonar fetal: com Betametasona; ou Dexametasona

» Administrar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, antes da resolução da gestação, durante pelo menos 4 horas e sem ultrapassar 48 horas, quando a idade gestacional menor que 32 semanas.

» Resolução da gestação quando a mãe apresenta sinais clínico e laboratorial de Síndrome HELLP, Eclâmpsia, Descolamento prematuro de placenta, Hipertensão grave refratária a tratamento, Edema agudo de pulmão, Trabalho de parto prematuro, Rotura prematura de membranas.

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

1. Conceito e epidemiologia

O descolamento prematuro de placenta (DPP) é a separação da placenta normalmente inserida, de forma parcial ou completa, antes do nascimento do feto, a partir da vigésima semana de gestação. O DPP é uma das principais causas de sangramento vaginal na segunda metade da gravidez, chegando a incidir em 1% das gestações. A mortalidade materna é de 0,4/1.000 casos, e a perinatal é de 12%, enquanto na gestação sem DPP a mortalidade tem uma média de 0,6%. Até 77% das mortes perinatais ocorrem intraútero. A principal causa de mortalidade pós-natal é prematuridade e 15 a 20% dos recém-nascidos podem apresentar sequelas neurológicas.

2. Etiologia e fisiopatologia

A ruptura dos vasos maternos na decídua basal é a causa imediata do DPP. Mas, independente da etiologia do DPP, o sangue acumulado atinge a zona de clivagem decíduo-placentária e inicia a separação. O sangramento pode ser pequeno e autolimitado ou mais intenso, o que acaba acarretando em separação completa ou quase completa da placenta. A parte descolada da placenta não é capaz de fornecer a troca de gases e de nutrientes, desse modo ocasionando sofrimento fetal, pois as vilosidades coriônicas não conseguem compensar a redução do fluxo.

Há formação do hematoma retroplacentário, em que parte do sangue coagula e fica retido atrás da placenta. A outra parte de sangue livre corresponde a hemorragia externa. E nos casos de sangue totalmente aprisionado, determina a hemorragia oculta. O raro prolapso da placenta pode ocorrer, quando as membranas íntegras e totalmente descoladas pelo sangue, devido ao peso do hematoma retroplacentário e o da própria placenta resultam a rotação intrauterina fetal.

Em 10 a 20% dos casos de DPP observa-se o quadro da apoplexia uteroplacentária ou útero de Couvelaire caracterizado por hemorragia oculta intensa, hemácias e soro, provenientes do coágulo retroplacentário, impulsionados através do miométrio, em que desassociam o sistema de miofibrilas. Essa desorganização da estrutura miometrial promove, muitas vezes, a atonia uterina. A DPP pode ter a sua origem no primeiro trimestre da gravidez, pela deficiente invasão trofoblástica, com remodelação incompleta das artérias espiraladas o que causa placentação defeituosa.

Quadro das principais etiologias

Eventos mecânicos súbitos, como traumatismo abdominal ou descompressão uterina rápida
Cocaína e o tabagismo
Anomalias uterinas (por exemplo, o útero bicorno) ou placentários
Sinéquias uterinas
Leiomioma
Hipertensão arterial
Rotura prematura de membranas ovulares
Trombofilias hereditárias
DPP em gestação anterior
Multiparidade, Gestação múltiplas

3. Quadro clínico

Pode apresentar manifestações variáveis com quadros assintomáticos até morte materna ou fetal. A dor abdominal súbita e intensa é a manifestação clínica principal, geralmente seguida de perda sanguínea, que pode se exteriorizar pela vagina em até 80% dos casos, configurando-se como quadro de hemorragia externa e no caso dos 20% restantes, o sangramento permanece retido posteriormente a placenta, o que caracteriza a hemorragia oculta.

» Exame físico

No exame físico geral, as pacientes podem apresentar palidez cutânea, sudorese, mucosas descoradas, pulso acelerado e queda progressiva dos níveis pressóricos, qualificando o estado de choque, isso pode ocorrer devido ao estado hipovolêmico. verifica-se que as pacientes. Outro aspecto que é possível identificar é a gestante apresentando o sinal de Hastings de Mello e Ivan Figueiredo, que se caracteriza por preferir permanecer em decúbito lateral, homônimo ao lado da implantação.

No exame obstétrico, a hipertonía uterina é observada, por causa do hematoma retroplacentário que gera um efeito irritativo no miométrio. A palpação uterina mostra uma tensão na parede aumentada ou tetania, que é o aspecto lenhoso. É importante medir regularmente a altura uterina, pois pode ser um alerta imprescindível na avaliação da hemorragia oculta.

Ressalta-se que a evolução sintomatológica é relativa à duração, ao tamanho da área descolada e ao volume de hemorragia oculta.

Grau 0	Assintomático	» O exame da placenta mostra hematoma retroplacentário
Grau 1	Leve	» Sangramento vaginal, nega dor » Mãe e feto estáveis
Grau 2	Intermediário	» Sangramento vaginal, dor abdominal intensa, hipertonia uterina » Feto com vida, porém em sofrimento
Grau 3	Grave	» Óbito fetal. » Grau 3A: sem coagulopatia » Grau 3B: com coagulopatia

Classificação Adaptada do Rezende Obstetrícia, 13^o edição.

4. Diagnóstico

O diagnóstico de DPP é sobretudo clínico e os exames complementares (Exames de imagem e de laboratório) podem contribuir confirmando o diagnóstico clínico, mas por demandar um tempo importante acabam não sendo realizados. A apresentação clássica de gestantes com DPP agudo é dor abdominal e/ou dor nas costas, acompanhados de contrações uterinas e hemorragia vaginal leve a moderada. Outros fatores que auxiliam o diagnóstico são as anormalidades detectadas na frequência cardíaca fetal, seja por alteração dos parâmetros ou pela ausência de batimentos e/ou CIVD.

5. Exames complementares

Exames de Imagem

- » Ultrassonografia: Consegue identificar hematoma retroplacentário (achado clássico, mas não está presente em todas as pacientes) e pode excluir possíveis diagnósticos diferenciais, que possuem a mesmas manifestações de sangramento vaginal e dor abdominal. A sensibilidade dos achados para o diagnóstico é de apenas 25% a 60%, mas o valor preditivo positivo é alto (88%), quando estão presentes. Devido a baixa sensibilidade e por gastar um tempo valioso frente a uma emergência obstétrica, não é realizado na maioria das vezes.

Exames Laboratoriais

Análise de fibrinogênio: É o indicador que tem melhor relação com grau de sangramento, CIVD e transfusão dos produtos sanguíneos. Os valores de fibrinogênio, em fases iniciais, menor ou igual a 200 mg/dL têm demonstrado correlação com hemorragia pós-parto grave.

5) Tratamento

Em casos de feto viável e parto vaginal não for iminente, a via de parto mais adequada é a cesárea de emergência. Se feto vivo e parto vaginal iminente (próximos 20 minutos), pode-se escolher entre parto vaginal espontâneo e instrumental (Fórceps). Porém, em situação de feto vivo, mas com categoria II ou I na Cardiotocografia, para a melhor escolha da via de parto deverá avaliar a idade gestacional, a dilatação cervical e se houver instabilidade materna ou fetal. Por fim, se o parto vaginal não for iminente, deve-se indicar a cesárea.

Em caso de feto morto e mãe hemodinamicamente estável, deve-se optar pelo parto vaginal. Pode-se fazer amniotomia com intuito de reduzir hemorragia materna e minimizar passagem de tromboplastina para a corrente sanguínea da paciente. Além disso, parto pode ser induzido com a administração de ocitocina. Após o parto, é necessária uma intensa monitorização materna, principalmente, quando se identifica o útero de Couvelaire.

REFERÊNCIAS

1. ZUGAIB, MARCELO. DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA. IN: ZUGAIB, MARCELO (ED.). **ZUGAIB OBSTETRÍCIA**. 3. ED. SÃO PAULO: MANOLE, 2016. CAP. 40. P. 761-773
2. CUNNINGHAM, F. GARY *ET AL.* DIABETES MELITO. IN: CUNNINGHAM, F. GARY *ET AL.* **OBSTETRÍCIA DE WILLIAMS**. 25. ED. PORTO ALEGRE: AMGH, 2021. CAP. 57. P. 1096-1116.
3. MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; REZENDE FILHO, JORGE DE. DIABETES MELLITUS. IN: MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; REZENDE FILHO, JORGE DE. **REZENDE OBSTETRÍCIA**. 13. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2018. CAP. 43. P. 454-464.
4. MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; REZENDE FILHO, JORGE DE. DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA. IN: MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; REZENDE FILHO, JORGE DE. **REZENDE OBSTETRÍCIA**. 13. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2018. CAP. 31. P. 349-355.
5. MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; BURLÁ, MARCELO; REZENDE FILHO, JORGE DE. TOXEMIA GRAVÍDEA/ PRÉ-ECLÂMPRIA/ECLÂMPRIA. IN: MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; REZENDE FILHO, JORGE DE. **REZENDE OBSTETRÍCIA**. 13. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2018. CAP. 26. P. 277-293.
6. FEITOSA, FRANCISCO EDSON DE LUCENA *ET AL.* DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA. IN: FERNANDES, CESAR EDUARDO; SÁ, MARCOS FELIPE SILVA DE (ED.). **TRATADO DE OBSTETRÍCIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019. CAP. 24. P. 216-221.
7. FRANCISCO, ROSSANA PULCINELI VIEIRA. DIABETES MELLITUS E GRAVIDEZ. IN: FERNAN-

DES, CESAR EDUARDO; SÁ, MARCOS FELIPE SILVA DE. **TRATADO DE OBSTETRÍCIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019. CAP. 38. P. 344-351.

8. KORKES, HENRI AUGUSTO. HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA E GRAVIDEZ. IN: FERNANDES, CESAR EDUARDO; SÁ, MARCOS FELIPE SILVA DE. **TRATADO DE OBSTETRÍCIA FEBRASGO**. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2019. CAP. 37. P. 334-343.

HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO

Mariana Silva Almeida
Herolysa Gomes Vasconcelos da Ponte
Emerson Batista

A hemorragia na gestação é uma das principais causas de morbimortalidade materna. Devido a isso, faz-se necessário uma maior atenção à problemática, aperfeiçoando os cuidados para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz, reduzindo, assim, os efeitos negativos na saúde da mulher. Tal enfermidade é classificada de acordo com o período gestacional (primeira metade, segunda metade e pós-parto), fazendo-se necessário uma abordagem diferenciada em cada fase.

SANGRAMENTO NA PRIMEIRA METADE DA GRAVIDEZ

O sangramento na primeira metade da gestação é uma das complicações mais comuns, tendo como principais diagnósticos diferenciais o abortamento, a gravidez ectópica e a doença trofoblástica gestacional (DTG).

1.) Aborto:

O abortamento é definido como a interrupção da gestação, espontânea ou induzida, antes de 20 semanas ou com feto pesando menos de 500 gramas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Pode ser precoce, quando tem menos de 12 semanas ou tardia, entre 13 e 20 semanas.

O processo pode ser classificado em provocado, de repetição e espontâneo. Dentro do espontâneo tem-se as categorias inevitável, incompleto, completo, retido e infectado.

» Classificação clínica:

1.1. Abortamento provocado é quando a interrupção da gestação ocorre de forma proposital pela própria mãe ou com auxílio de terceiros, por diversas razões pessoais, como questões financeiras, sociais ou emocionais. No Brasil, o aborto é legalizado em casos específicos, segundo o Código Penal no artigo 128, de estupro, risco de morte para mãe ou feto anencéfalo.

1.2. O abortamento de repetição é quando a mulher sofre abortos espontâneos repetidos, seguindo uma definição clássica de três ou mais perdas gestacionais consecutivas com < 20 semanas ou feto com peso < 500 gramas. Podem existir diversas causas para esse ocorrido, mas as mais aceitas são por anormalidades cromossômicas dos pais, Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) e um

subgrupo de anormalidades uterinas.

1.3. O abortamento espontâneo é a morte do embrião e a expulsão espontânea, sendo acompanhado de hemorragia na decídua basal, necrose dos tecidos ao redor, havendo, assim, o estímulo das contrações uterinas e expulsão do feto ou embrião. Existem fatores fetais, como anomalias cromossômicas, e maternos, como infecções, doenças clínicas, fármacos, câncer, fatores sociais e comportamentais etc, que corroboram para que isso aconteça.

1.3.1. A ameaça de abortamento é conceituada quando ocorre secreção vaginal sanguinolenta ou um sangramento fluído pelo orifício vaginal fechado durante as primeiras 20 semanas de gravidez. Apresenta-se com início de sangramento, após algumas horas inicia dor no baixo ventre, em cólica, ou dor na lombar persistente com sensação de pressão pélvica ou desconforto na linha média suprapúbica.

1.3.2. Abortamento inevitável quando ocorre extravasamento de líquido amniótico, por um orifício dilatado do colo uterino, com início imediato das contrações uterinas. Geralmente as mulheres apresentam um sangramento mais volumoso quando comparado com os outros tipos, o orifício externo está aberto e o colo está apagado.

1.3.3. Abortamento incompleto quando o colo uterino abre e permite a passagem de sangue e coágulos, havendo descolamento parcial ou total da placenta. Por vezes, a dilatação cervical é suficiente para expulsão de feto e placenta, porém às vezes faz-se necessário uma dilatação adicional para finalizar a expulsão ou para realização de curetagem.

1.3.4. Abortamento completo ocorre quando todos os produtos da gestação são expelidos antes que a gestante procure atendimento médico e realização de exames. As mulheres apresentam cólica, sangramento intenso e passagem de tecido.

1.3.5. Abortamento retido quando há morte fetal ou embrionária e os produtos da gestação não foram expulsos pelo corpo materno.

1.3.6. Abortamento séptico quando ocorre colonização por bactérias pós manipulação indevida ou abortos incompletos, possuindo possibilidade de se estender e causar parametrite, peritonite, septicemia e endocardite.

Tipos	Sintomas	Exame físico	USG	Conduta
Ameaça	Dor discreta, sem febre, com sangramento (+)	Colo fechado	BCF presente	Repouso + Abstinência sexual Antiespasmódico + Analgésicos Tranquilizar a gestante
Inevitável	Dor em cólica, sem febre, com sangramento (++++)	Colo aberto	BCF presente/ ausente (em expulsão)	<13 semanas: curetagem ≥13 semanas: Misoprostol 200µG, 6/6h. Após expulsão fetal, curetagem
Completo	Sem dor, sem febre, com sangramento (+)	Colo fechado	Sem saco gestacional	
Incompleto	Dor em cólica, sem febre, sangramento (++)	Colo aberto	Restos ovulares	Curetagem Se necessário preparo do colo: Misoprostol 400µG (1x)
Retido	Sem dor, sem febre, sem sangramento	Colo fechado	BCF ausente	<13 semanas: Misoprostol 800µG, 3/3h, colo pérvio: curetagem ≥13 semanas: Misoprostol 200µG 4/4h Após expulsão fetal, curetagem *cicatriz uterina prévia: metade da dose
Séptico	Com dor (até peritonite), com febre, com sangramento (++) e odor	Colo aberto	Variável	Internação + Hemocultura Clindamicina 900mg, EV, 8/8h + Gentamicina 240mg, EV, 24/24h (ajustar para função renal) Curetagem por aspiração (se fragmentos ainda retidos)

Tabela1: Tipos de aborto. Elaborado pelos autores.

2.) Gravidez ectópica:

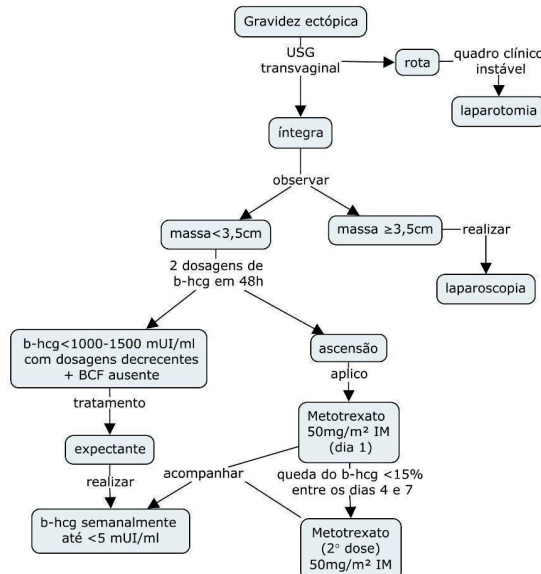
Definida por implantação embrionária fora da cavidade uterina, ocorrendo na maioria das vezes na tuba uterina. Existem alguns fatores de risco que propiciam sua ocorrência, como doença inflamatória pélvica (DIP), uso de DIU, história prévia de cirurgia tubária e de gravidez ectópica, procedimentos de reprodução assistida.

O diagnóstico é clínico (anamnese e exame físico), laboratorial e por imagem. A clínica, entretanto, pode ser um pouco comprometida em algumas mulheres por terem uma apresentação assintomática e dificultar a suspeição precoce, mas basicamente apresentam uma tríade clássica de dor, período de amenorreia e sangramento vaginal, sendo típica na ruptura. Geralmente inicia-se com dor abdominal vaga e, muitas vezes, há uma melhora transitória após a ruptura, em consequência da cessação do estiramento da cerosa tubária.

No exame físico, os achados pré-ruptura são escassos, não havendo muitas mudanças nos sinais vitais, abdome pode ser indolor ou levemente doloroso, pequeno aumento do baixo ventre, dor ou não à mobilização cervical, além de poder ser palpável uma massa anexial com variação de tamanho, consistência e dor à palpação.

Além disso, a apresentação de b-hCG < 1500 mUI/ml e USG transabdominal ou transvaginal sem presença de saco gestacional intrauterino sugere uma gestação ectópica.

» Conduta



Fluxograma 1: Elaborado pelos autores

3.) Doença Trofoblástica Gestacional:

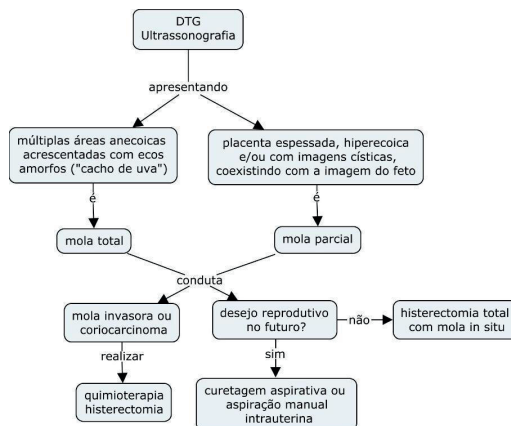
É definida como uma gestação de desenvolvimento anômalo, com formação de tecido neoplásico amorfo ou feto malformado com placenta displásica. Existem as molas hidatiformes e malformações das vias coriônicas. Existem 2 tipos de molas hidatiformes, as completas que não possuem embrião, membranas e cordão umbilical, com edema hidatiforme das vilosidades difuso e cariótipo 46XX ou 46XY; e as parciais que possuem embrião ou feto com malformações genéticas, placenta aumentada e presença de vesículas, com edema hidatiforme das vilosidades focal e cariótipo 69XXX ou 69XXY. Ademais, pode ocorrer neoplasias trofoblásticas, como mola invasora, doença confinada ao útero e coriocarcinoma (derivada da mola hidatiforme).

Possui como 2 principais fatores de risco para ocorrência dessa doença a idade materna acima de 35 anos e história prévia de doença trofoblástica gestacional (DTG).

Tem como algumas manifestações clínicas o sangramento transvaginal de repetição de intensidade variável, útero de volume aumentado para idade gestacional (altura ultrapassa em 4 cm ao tamanho esperado), cistos tecaluteínicos, náuseas e vômitos, hipertireoidismo, sinais de pré-eclâmpsia antes das 20 semanas de gestação e eliminação de vesículas hidrópicas pela vagina, de entremeio com o sangue.

O diagnóstico acontece pela anamnese e exame físico, USG transvaginal. No USG observa-se prioritariamente vesículas macroscópicas em forma de eco endometrial hiperecoico, preenchido por imagens hipoanecogênicas, irregulares, centrais ou margeando o miométrio, na ausência de embrião/feto e membranas oculares; sendo necessário o estudo histológico para confirmação do diagnóstico.

» Conduta



Fluxograma 2: Elaborado pelos autores

Após o tratamento adequado deve haver um seguimento pós gestação molar, sendo indicado evitar gestação por 1 ano usando anticoncepcional oral, dosagens semanais de b-hcg até que se obtenha valores negativos por 3 semanas consecutivas + dosagens mensais até 6 meses do 1º valor negativo.

SANGRAMENTO NA SEGUNDA METADE DA GRAVIDEZ

O sangramento na segunda metade da gestação, assim como o na primeira, eleva bastante o risco de morbimortalidade materno e fetal. Essas pacientes devem ser tratadas como emergência obstétrica, tentando diagnosticar corretamente com exames minuciosos, visando minimizar o tempo de resolução do ocorrido com uma intervenção oportuna e reduzindo desfechos negativos.

Tem como principais causas de sangramento nessa fase da gravidez, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, rotura uterina e vasa prévia.

1.) Descolamento prematuro de placenta:

Definido como a separação da placenta e o seu local de implantação no corpo do útero, entre 20 semanas e o final da gestação, apresentando como principais fatores de risco para sua ocorrência a hipertensão, trauma, tabagismo, má nutrição, alcoolismo, deslocamento prematuro de placenta (DPP) prévio, rotura de membranas e sobredistensão uterina.

A paciente apresenta sangramento único de coloração forte ou hemorragia oculta, sangue não se exterioriza e fica atrás da placenta, e dor pélvica.

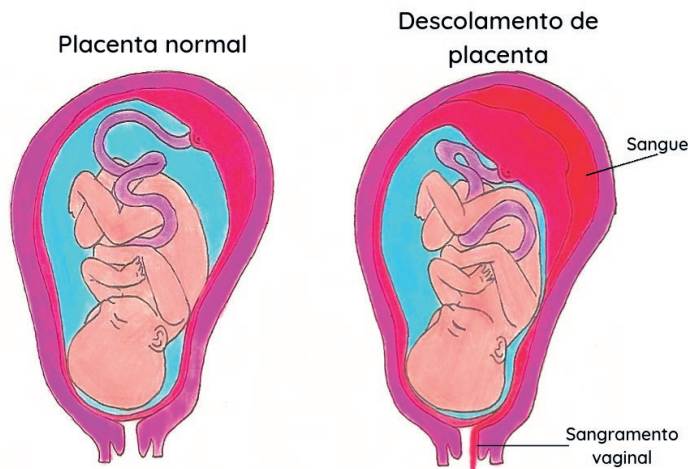


Figura 1. Descolamento de Placenta

» Classificação:

Grau 1: Assintomático ou com sangramento vaginal discreto, sem hipertonia uterina significativa e com vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatias maternas

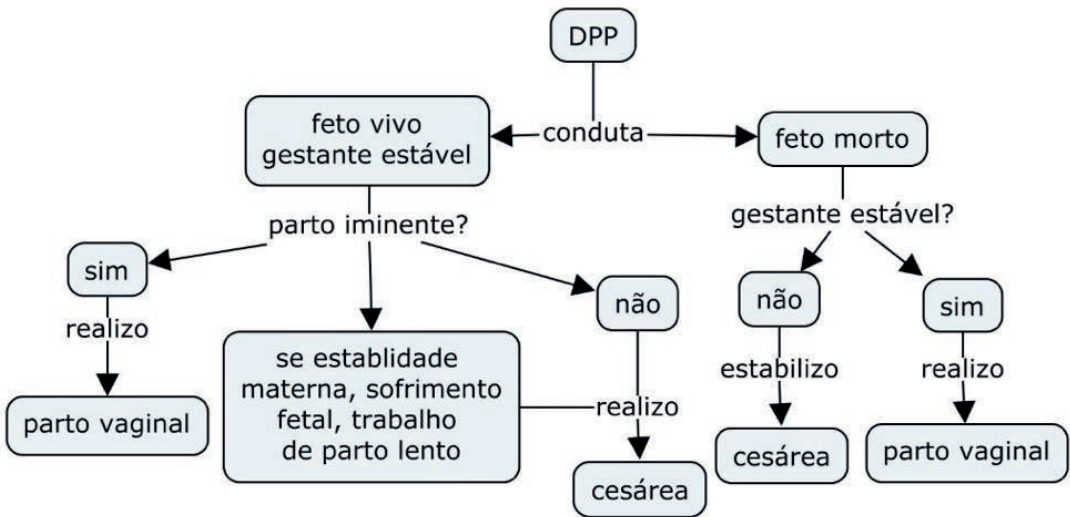
Grau 2: Sangramento vaginal moderado com hipertonia uterina, com repercussões hemodinâmicas na mãe (taquicardia, alterações posturais da pressão arterial e queda do nível de fibrinogênio). Feto vivo, porém com vitalidade prejudicada.

Grau 3: Sangramento vaginal importante com hipertonia uterina e repercussões hemodinâmicas na mãe (alterações mais acentuadas de hipertensão arterial na mãe). Óbito fetal.

3A) Sem coagulopatia instalada

3B) Com coagulopatia instalada

» Conduta



Fluxograma 3: Elaborado pelos autores

2.) Placenta prévia:

Definida como implantação anômala da placenta, podendo ser parcial ou completa e adjacente ou sobreposta ao orifício cervical interno. Na maioria das vezes, está associada ao acretismo placentário que consiste em uma penetração mais profunda do tecido da placenta no corpo uterino.

Possui alguns fatores de risco, como idade materna avançada, multiparidade, curetagem prévia, cesárea anterior, tabagismo.

A maioria das mulheres são assintomáticas e a anormalidade só é descoberta no momento do parto, apresentando sangramento de grande monta. Aquelas que apresentam algum sintoma anterior é um sangramento insidioso, intermitente em vermelho vivo e é indolor.

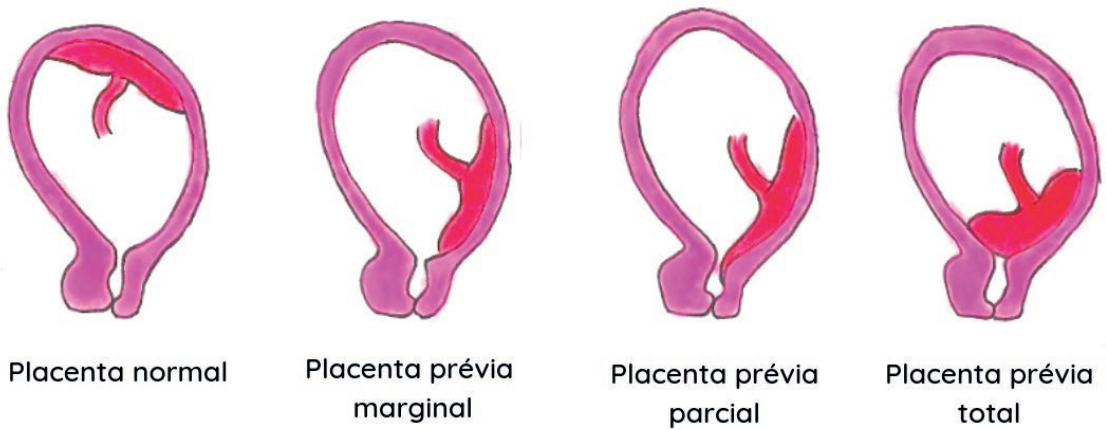


Figura 2. Tipos de Placenta Prévia

A confirmação do diagnóstico é apenas no parto, mas em alguns casos pode ser sugestivo em USG e ressonância magnética, não sendo indicado a realização de toque vaginal. Quando há confirmação prévia deve ser planejada uma cesárea.

Acretismo placentário

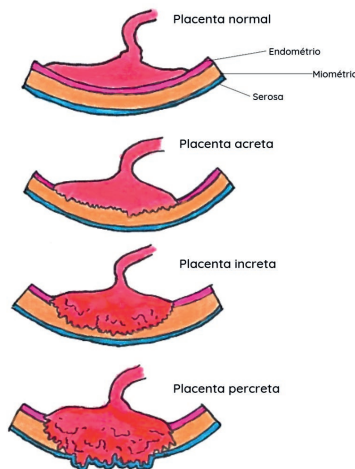


Figura3. Tipos de Acretismo.

Acreta- As vilosidades penetram até a camada esponjosa, permanecendo mais aderidas e com plano de clivagem irregular e defeituoso.

Increta- Penetração da placenta até o miométrio. Não há plano de clivagem para descolamento.

Percreta- Vilosidades alcançam até a serosa e pode até atingir outros órgãos (sendo a bexiga o órgão mais comum).

» Conduta

A resolução do caso deve ser planejada e o cirurgião responsável deve ser extremamente experiente. Deve-se fazer uma reserva de hemoconcentrado, no caso de grande hemorragia.

Na placenta acreta deve-se fazer retirada manual da placenta e realizar curetagem, se não obtiver sucesso, faz-se uma histerectomia. Já na placenta increta a indicação de histerectomia é direta. Além disso, na placenta percreta a indicação também é histerectomia, porém caso haja acometimento de outros órgãos deve-se realizar a manutenção da placenta e realizar a ligadura do cordão próximo à implantação da placenta e prescrever metotrexato.

3.) Rotura uterina:

Definido como o rompimento parcial ou total do miométrio, resultando em eliminação do feto para dentro da cavidade abdominal. Existem alguns fatores de risco para isso ocorrer, como cicatriz uterina (principal), manobra de Kristeller, tempo de parto prolongado, ocitocina em dose alta, misoprostol, desproporção cefalo-pélvica. É uma emergência obstétrica.

Na maioria das vezes as pacientes apresentam um sangramento vaginal único, doloroso, com parada das contrações e palpação de duas massas abdominais (feto e útero), que em geral resulta em óbito fetal.

» Conduta

Quando há sinais sugestivos de rotura uterina deve ser realizada uma laparotomia exploradora, que será diagnóstica e terapêutica, onde vê-se a possibilidade de histerectomia ou histerorrafia. Além disso, deve ser realizado suporte hemodinâmico da mulher e ofertado reposição volêmica.

4.) Vasa prévia:

Definido como vasos prévios que atravessam a membrana sobre o orifício interno do colo, colocando-se à frente da apresentação fetal. Possui fatores de risco associados, como amniotomia (principal), rotura das membranas e inserção anômala do cordão umbilical.

O quadro clínico apresentado pela gestante é uma hemorragia no final da gestação ou durante o trabalho de parto, indolor e único, após uma amniotomia. Isso leva à uma bradicardia fetal, já que a ruptura das membranas leva a um trauma dos vasos sanguíneos e perda de sangue fetal, podendo corroborar com óbito fetal.

O diagnóstico deve ser feito através de dopplerfluxometria.

» Conduta

Se ocorrer ruptura das membranas e trabalho de parto deve-se realizar cesárea de emergência. Caso seja descoberto antes interna-se a paciente para aplicação de corticoide, para maturação dos pulmões do feto, e programa-se uma cesárea eletiva a partir de 36 semanas.

REFERÊNCIAS

1. CUNNINGHAM, F. GARY ET AL. DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. IN: _____. **OBSTETRÍCIA DE WILLIAMS**. 24 ED. PORTO ALEGRE: AMGH EDITORA LTDA., 2016, CAP. 20, P. 396- 405.
2. HOFFMAN ET AL. ABORTAMENTO NO PRIMEIRO TRIMESTRE. IN: _____. **GINECOLOGIA DE WILLIAMS**. 2 ED. SÃO PAULO: AMGH EDITORA LTDA., 2014, CAP. 6, P. 170- 197.
3. MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; FILHO, JORGE DE REZENDE. DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA. IN: _____. **REZENDE OBSTETRÍCIA**. 13 ED. RIO DE JANEIRO: EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA., 2017, CAP. 31, P. 616- 627.
4. MONTENEGRO, CARLOS ANTONIO BARBOSA; FILHO, JORGE DE REZENDE. PLACENTA PRÉVIA. PREMATURO DA PLACENTA. IN: _____. **REZENDE OBSTETRÍCIA**. 13 ED. RIO DE JANEIRO: EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA., 2017, CAP. 30, P. 602- 615.
5. RAMOS, JOSÉ GERALDO LOPES ET AL. HEMORRAGIA DE SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES DA GESTAÇÃO. IN COSTA, SÉRGIO H. MARTINS ET AL. **ROTINAS EM OBSTETRÍCIA**. 7 ED. PORTO ALEGRE: ARTMED EDITORA LTDA, 2017, CAP. 18, P. 518-539.
6. VOEDISCH, AMY J. ET AL. PERDA GESTACIONAL PRECOCE E GRAVIDEZ ECTÓPICA. IN BE-REK & NOVAK. **TRATADO DE GINECOLOGIA**. 15 ED. SÃO PAULO: EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA, 2014, CAP. 20, P. 941-990.

PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

Herolysa Gomes Vasconcelos da Ponte

Mariana Silva Almeida

Analiana Alencar Arrais de Souza

Compreende um período em que ocorre manifestações involutivas na genitália materna após o parto. É um momento de marcantes mudanças físicas, psíquicas e sociais na mulher que necessita de uma assistência materno-infantil multidisciplinar e integrada.

Será dividido em três etapas:

Imediato: 1º ao 10º dia.
Tardio: 11º ao 45º dia.
Remoto: >45º dia, com duração variável, de acordo com a presença ou não da lactação.

1.) Alterações fisiológicas:

» Mama:

O desenvolvimento da glândula mamária inicia-se na puberdade, tornando-se acelerado na gravidez através de diversos hormônios do complexo lactogênico: prolactina, hormônio do crescimento, cortisol, tireoxina e insulina(mamogênese).

Nos dois primeiros dias pós-parto já pode ter a expressão do colostro, a partir do terceiro dia ocorre a apojadura ou início da produção láctea (lactogênese). A terceira fase da amamentação é a lactopoiese, que será responsável pela manutenção da lactação.

» Ovários:

O início da lactação eleva a prolactina e reduz o hormônio liberador de gonadotrofina (GNRH) a nível não ovulatório, porém em 80% das mulheres a ovulação pode ocorrer em média 6 a 8 semanas antes da primeira menstruação.

» Útero:

O reflexo útero-mamário desencadeado quando o bebê suga o mamilo provoca a produção da ocitocina que promove uma regressão mais rápida do útero, podendo aumentar o sangramento momentaneamente e desencadear cólicas leves durante a amamentação.

Logo após o parto o útero fica acima da cicatriz umbilical envolvendo aproximadamente 1 cm por dia. Volta a ser intrapélvico 15 dias após o parto, mas não alcançará a proporção das nulíparas.

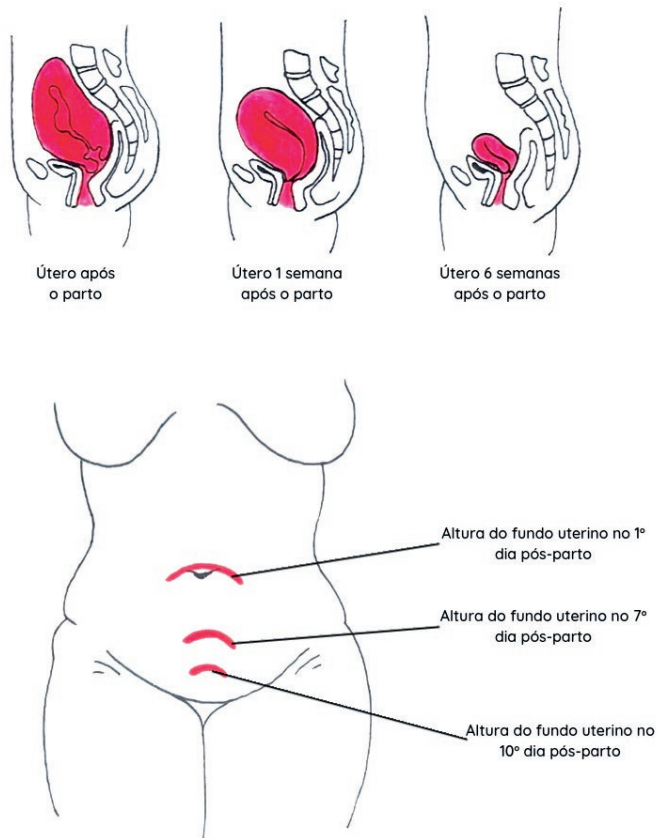
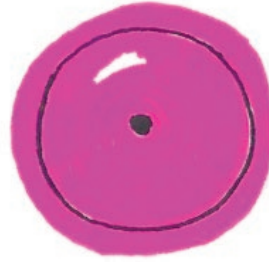


Figura 1. Sobre as Fases do Útero Pós Parto

» Colo uterino:

Estará fechado até 10 dias após o pós-parto, permanecendo entreaberto apenas o orifício externo. É importante saber que irá apresentar uma fenda transversal, caracterizando a paridade da mulher.

Colo uterino
na nulípara



Colo uterino
na múltipara



Figura 2. Comparação do Colo do Útero entre uma Nulípara e Múltipara

» Vagina:

No pós-parto imediato ocorre atrofia do epitélio escamoso de revestimento, mesmo que a mãe não esteja amamentando.

No 15º dia ocorre o pico da crise vaginal atrófica e inicia o processo de regeneração que em caso de a paciente estar amamentando ocorre de forma lentificada, enquanto nas que não amamentam é acelerado.

» Endométrio:

A decídua/placenta remanescente se divide em duas camadas, uma delas fica necrótica e será eliminada nos lóquios, a outra irá formar o novo endométrio.

Lóquios:

Avermelhados até o 4º dia;

Com mais de 10 dias eles vão desaparecendo ficando algo esbranquiçados;

Ocorre uma evolução da cor dos lóquios que vão de vermelhos (lochia cruenta, lochia rubra) -> serossanguinolentos (lochia fusca) -> serosos (lochia serosa, flava) -> esbranquiçados/amarelados (lochia alba).

» Sistema endócrino:

Com a expulsão da placenta ocorre uma queda brusca de estrógeno, progesterona e prolactina. O aumento das gonadotrofinas até as concentrações anteriores a gestação irá depender se a mãe está ou não em amamentação, pois o ato de sucção do mamilo pode inibir o eixo central, inibindo o hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), elevando prolactina e inibindo FSH e LH.

» Sistema urinário:

A diurese está reduzida no puerpério imediato devido a frequente desidratação no trabalho de parto. A paciente pode apresentar disfunção vesical, principalmente em casos de nuliparidade, parto operatório, primeiro e segundo estágio muito prolongado, cesariana e analgesia de condução. O sistema urinário que se encontrava dilatado retorna ao seu estado basal até dois meses após o parto.

» Sistema sanguíneo:

No puerpério imediato pode ocorrer uma leucocitose de até 25.000 às custas de granulócitos e neutrófilos, que regredirão em até 48h. A série vermelha costuma flutuar nos primeiros dias de puerpério, mas a hemoglobina retornará a níveis pré-gravídicos em até 6 semanas. A coagulação está aumentada durante todo período de puerpério.

» Sistema cardiovascular:

O débito cardíaco estará aumentado durante o puerpério imediato devido ao aumento de líquido extracelular durante a gestação, isso será corrigido durante o puerpério com o aumento da diurese.

» Pele:

As estrias vermelho-arroxeadas da mama e abdômen tendem a ficar brancas e costumam permanecer. O cloasma gravídico e outras hiperpigmentações, como a da linha alba, tendem a regressão.

» Peso:

Ocorre perda de peso em média de 6kg com a saída do feto e placenta. A perda é mais acentuada nos primeiros 10 dias pós-parto (2 a 7 kg) e está relacionada ao aumento da diurese, a secreção láctea e a eliminação dos lóquios.

ASSISTÊNCIA PÓS NATAL:

1.) Introdução:

A equipe deve instruir a mulher sobre as características dos lóquios, a perda de peso, a diurese e a apojadura. Além de auxiliar e estimular o aleitamento materno. A organização mundial da saúde recomenda que puérpera e bebê sem comorbidades permaneçam internados por pelo menos 24 horas após o parto.

Medidas gerais:

- a.) Primeira hora do pós-parto: a cada 15 minutos, aferir PA e FC materna, bem como assegurar que o sangramento vaginal esteja dentro da normalidade e o útero firmemente contraído. Após o parto, deve ocorrer o contato pele a pele e a amamentação ser estimulada na própria sala de parto, se possível. Em caso de parto vaginal, a dieta é sem restrição, mas em caso de cesárea, só deve retornar após 6h da indução anestésica.
- b.) Deambulação: geralmente ocorre após 6 a 8 horas após o parto, mas deve ser monitorada, devido ao risco de síncope. A deambulação precoce previne a retenção urinária, os fenômenos tromboembólicos e auxilia na constipação intestinal.
- c.) Cuidados genitais: a higiene íntima deve ser feita com mais regularidade, nos primeiros dias, devido a loquiação. Se houver necessidade, podem ser usados anestésicos locais em aerossóis nas correções de lacerações perineais, bem como anti-inflamatórios via oral ou retal.
- d.) Temperatura: pode haver aumento discreto da temperatura nas primeiras 24h, porém o normal será uma temperatura abaixo de 38 graus. A "febre do leite" que ocorre concomitante a apojadura no terceiro dia pode ser considerada fisiológica.
- e.) Avaliação da involução uterina: deve ter consistência firme, ser indolor e altamente móvel em decorrência da flacidez dos seus elementos de fixação.
- f.) Monitoramento da função vesical: pode ocorrer retenção urinária e distensão vesical em até 5% dos partos vaginais. Dentre os fatores de risco, há primiparidades, doses elevadas de ocitocina, laceração perineais, parto instrumental, cateterismo vesical, trabalho de parto com mais de 10 horas e uso de analgesia peridural ou raquidiana. Algumas podem apresentar também incontinência urinária ou fecal durante o puerpério.
- g.) Cuidado com as mamas: a OMS aconselha que até o 6º mês de vida ocorra o aleitamento materno exclusivo e que ele ocorra como complemento até 2 anos de idade. A amamentação tem inúmeros benefícios para a criança e para a mãe, como:

- » Reduzir o risco de hemorragia pós-parto;
- » Ajudar na contracepção;
- » Reduzir risco de DM2, câncer de mama, útero e ovários.

A mãe e a sua rede de apoio devem ser orientadas em relação a pega correta para o ato da amamentação. Ela deve ofertar primeiro a mama mais túrgida, trazer o recém-nascido a mama e aproximar o seu mamilo do lábio inferior dele, o que provoca a abertura da boca do bebê por reflexo. A criança abre a boca e envolve o mamilo e a maior parte da aréola. Assim, para saber se a sucção está eficaz, o RN deve ter quase toda a aréola em sua boca, os lábios superiores e inferiores devem estar evertidos na mama materna, as bochechas devem visualmente parecer cheias e a sucção tem que ser ritmada, com os movimentos de apreensão, deglutição e respiração com ritmo de 1/1/1. Sempre que a mãe desejar trocar de seio ou retirar a criança, ela deve colocar seu dedo dentro da boca da criança com delicadeza e retirá-lo da mama, em busca de prevenir que nesse momento ocorram fissuras no mamilo.

É contraindicado o uso de cremes e pomadas, a higiene dos mamilos deve ser feita apenas com o próprio leite e sempre que possível expor os mamilos ao sol por 10 a 15 minutos, antes das 10h da manhã e após as 16h. A amamentação não deve ocorrer em horários programados, mas em livre demanda.

É indicado o uso de sutiãs de amamentação, em busca de prevenir congestão sanguínea e galactoestase. Nos primeiros dias ocorre a saída apenas de colostro e a partir do terceiro dia pode ocorrer a apojadura, a descida do leite, que pode causar na puérpera desconforto na mama em queimação e febre. É muito importante que ela seja orientada sobre a apojadura e em relação a pega, em busca de evitar o uso de fórmulas e incentivar o aleitamento materno sem intercorrências.

Haverá algumas contraindicações à amamentação, são elas:

- » Pacientes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (AIDS);
- » Infecções causadas pelo HTLV-1 E 2;
- » Neonatos com fenilcetonúria e galactosemia;

Ademais, irão ser transmitidos para o bebê pelo leite materno a nicotina, álcool e alguns fármacos, que são prejudiciais para a criança, logo, nesses casos, a amamentação deve ser ponderada.

Em caso de óbito neonatal, o médico precisa saber como inibir a lactação. Deve indicar para a paciente:

- » Manter as mamas suspensas por porta seios ajustados por 3 a 10 dias,

- » Usar bolsa de gelo por 10 minutos, quatro vezes ao dia;
- » Não permitir a sucção ou expressão dos mamilos;
- » Fármacos:

Cabergolina, dose única de 1 mg para a prevenção ou 0,25 mg/2x/dia durante 2 dias para a suspensão;

Bromocriptina, 5 mg/dia durante 14 dias;

Lisurida, 0,2 mg 3 x/dia por 14 dias;

h.) Avaliação dos aspectos psicossociais:

O baby blues ocorre, em média, nos 15 primeiros dias do puerpério, em 80% das mulheres. É uma condição autolimitada com sintomas de labilidade emocional, irritabilidade, sensação de incapacidade para cuidar do bebê. Ao contrário da depressão e ansiedade geram conforto e podem prevenir o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos.

A diferença entre o baby blues e a depressão pós-parto será que a última é mais intensa se estende além de duas semanas e a puérpera geralmente não tem desejo de cuidar do seu bebê. Apesar do dsm-5 não considerar a depressão pós-parto uma entidade clínica isolada, ela é enquadrada no transtorno depressivo não especificado com início no periparto.

Nessa perspectiva, é válido ressaltar que 50% dos episódios de transtorno depressivo em tal público iniciam algumas semanas antes do parto. Assim, é de suma importância que o médico esteja atento a esses sintomas.

i.) Consultas pós-parto:

A primeira consulta deve ocorrer com 7 a 10 dias após o parto, em que se deve questionar a paciente sobre sintomas depressivos, sangramento, alimentação, ingesta hídrica, queixas urinárias e intestinais, assim como a amamentação. Nesse momento deve ser prescrito o uso do ferro elementar de 40 mg (1 comprimido antes do almoço) ou outro polivitamínico com ferro elementar por todo o período de puerpério.

A segunda consulta deve ocorrer com 6 semanas após o parto para investigar queixas, auxiliar na amamentação, avaliar o retorno do fluxo menstrual e da atividade sexual e avaliar métodos contraceptivos adequados para a paciente. devemos expor às mulheres os principais métodos contraceptivos que podem ser utilizados no período de amamentação:

- » Condon;
- » DIU de cobre, prata ou hormonal;

- » Contraceptivo injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona);
- » Contraceptivo oral com progesterona (desogestrel 75mg);

O anticoncepcional combinado interfere na amamentação e está contraindicado.

O retorno à atividade sexual pode ocorrer a partir de duas semanas após o parto, conforme o desejo do casal, porém a baixa libido nesse período e fatores como toco-traumatismos, correções de lacerações perineais e baixa lubrificação podem interferir no retorno precoce. O uso de lubrificantes e hidratantes vaginal pode diminuir essas sintomatologias.

REFERÊNCIAS

1. MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende obstetrícia**. 13 ed. Guanabara Koogan, 20017, p 453-476.
2. MARTINS-COSTA, Sérgio. **Rotinas em Obstetrícia**. 7 ed. Artmed, 2017, p. 127-142.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Artmed, 2014, p. 909 -921.

PUERPÉRIO PATOLÓGICO

**Melissa Sousa Campos Nobre
Maria Jhéssica Almeida Carneiro
Lia Pacheco Cavalcanti Rios**

PERÍODO PUERPERAL

O período puerperal é iniciado após a dequitação e se estende até o retorno dos órgãos reprodutivos maternos às condições pré-gravídicas. Sua duração pode atingir, em média, 6 a 8 semanas, podendo ser dividido em: puerpério imediato (até o 10º dia), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após 45 dias).

A infecção no período do puerpério inclui variedade importante de condições, como infecção de trato genital inferior, de mama, de trato urinário ou de cavidade abdominal. É importante ressaltar que causas infecciosas não obstétricas podem ocorrer no período do puerpério, sendo essencial a diferenciação de infecção puerperal e infecção no puerpério.

ENDOMETRITE PÓS-PARTO

1) Introdução

A infecção puerperal geralmente abrange qualquer infecção do trato genital inferior no puerpério. Endometrite puerperal é a infecção puerperal mais prevalente. A partir de colonização em ferida na placenta, devido a intensa vascularização nessa região, há grande susceptibilidade para infecção, que pode atingir o miométrio (endometriometrite) ou envolver o paramétrio (parametrite).

É a terceira maior causa de mortalidade materna quando somado a outras infecções puerperais. Atualmente, a incidência varia de 3-11%, sendo 10 a 30 vezes mais frequente após partos cesarianos em comparação aos partos vaginais.

2) Fatores de Risco

A cesariana, principalmente quando realizada após o início do trabalho de parto, é o fator de risco dominante para a ocorrência de infecção puerperal. A vaginose bacteriana eleva em quase seis vezes o risco, provavelmente devido a alteração na flora vaginal com concentrações mais altas de certas bactérias anaeróbicas e facultativas.

Outros importantes fatores de risco incluem corioamnionite, ruptura prematura de membranas, parto pré-termo ou prolongado, número excessivo de toques vaginais, parto vaginal operatório ou lacerações no canal, extração manual da placenta e loquiação retida. A cerclagem e amniocentese de repetição também elevam o risco. Condições clínicas também são incluídas, como imunossupressão, obesidade, vasculopatias, diabetes mellitus, anemia e desnutrição importante.

3) Agentes Microbianos

É uma infecção polimicrobiana envolvendo bactérias que colonizam o trato genital feminino. Destacam-se entre esses germes: *Streptococcus agalactiae* (grupo B) e *pyogens* (grupo A), *Enterococcus*, *Escherichia coli*, *Bacteroides*, *Klebsiella* e *Proteus*. Geralmente, pacientes portadoras de HIV possuem uma microbiologia mais ampla, podendo haver presença do vírus herpes e citomegalovírus. Casos potencialmente fatais incluem infecção por *Clostridium* e a síndrome do choque tóxico estafilocócico ou estreptocócico. A clamídia também é um agente causador de endometrite, e, nesses casos, os sintomas ocorrem mais tardiamente, cerca de sete dias após o parto.

4) Quadro Clínico

A febre é o principal sintoma para o diagnóstico. A febre puerperal é conceituada como temperatura igual ou maior a 38°C que ocorre nos primeiros 10 dias após o parto, excluindo-se as primeiras 24 horas. Nas primeiras 24 horas do pós-parto é comum febre autolimitada inferior a 39°C, como consequência da apojadura.

No entanto, a presença de febre elevada nas primeiras 24 horas deve levantar a suspeita de infecção puerperal, sendo a infecção de início precoce geralmente associada a estreptococo do grupo A. Taquicardia geralmente acompanha o aumento de temperatura e calafrios associados à febre sugerem bacteremia (febre, tremores, calafrio, taquipneia e taquicardia) ou endotoxemia. Em situações de pacientes gravemente enfermas, a sepse deve ser considerada, mesmo que afebril.

Deve-se buscar diagnósticos diferenciais para febre no período puerperal, por meio de exame físico e complementares direcionados, que incluem pielonefrite, mastite ou tromboflebite. Geralmente, desidratação, atelectasia, ingurgitamento mamário e cistite não apresentam elevação de temperatura dessa proporção, devendo sempre ser valorizado a febre superior a 38° no pós-parto e suspeitado de endometrite.

Em geral, as mulheres costumam ter dor abdominal, e na palpação abdominal e bimanual percebe-se hipersensibilidade parametrial. Entretanto,

após cesárea, é bastante comum a queixa de dor abdominal, o que pode dificultar a diferenciação entre um pós-parto fisiológico e um quadro de endometrite. Ao exame físico, é possível identificar a clássica tríade de Bumm, que se caracteriza por útero pouco involuído, amolecido e doloroso à palpação. Ao toque vaginal, identifica-se colo pérvio e doloroso à mobilização. Em algumas ocasiões, pode-se encontrar loquiação purulenta, com odor fétido. A endometrite de início tardio geralmente ocorre 7 a 42 dias após o parto e geralmente está mais relacionado ao parto vaginal que o parto cesariano.

5) Complicações

Na infecção puerperal podem ser desencadeadas possíveis complicações como hematoma pélvico infectado, celulite pélvica difusa, distúrbios hidroeletrólíticos, obstrução intestinal, peritonite, abscessos, tromboflebite pélvica séptica, embolia séptica, insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência respiratória e distúrbios da coagulação.

6) Diagnóstico

Os exames complementares a serem solicitados dependeram do quadro clínico apresentado pela paciente. A investigação pode iniciar com hemograma completo para identificação de leucocitose, que pode ser confundida com a leucocitose fisiológica dessa fase. No entanto, valores pronunciados, acima de 30.000, com desvio à esquerda são sugestivos de infecção.

É importante solicitar sumário de urina e urinocultura para diagnóstico diferencial com infecção de trato urinário, além de exame minucioso de mamas para exclusão de mastite. Hemoculturas geralmente não são obtidas de rotina, mas em casos de gravidade (hipotensão, febre $\geq 39,4^{\circ}\text{C}$, bastões $\geq 10\%$, taquicardia $\geq 110\text{bpm}$ ou taquipneia $\geq 20\text{irpm}$ associado a febre elevada) devem ser solicitados. A depender da gravidade do quadro, outros exames devem ser solicitados, como função renal e hepática, gasometria arterial (lactato $> 2\text{mmol/L}$ é marcador de infecção grave), dentre outros. Cultura de secreção vaginal e endocervical geralmente não são realizadas por dificuldade de obter amostra não contaminada pelo colo do útero.

A ultrassonografia pélvica ou transvaginal é útil para exclusão de outros diagnósticos, como retenção de produtos da concepção, abscessos e hematomas intracavitários e de parede abdominal. Tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética podem ser utilizados em quadros complicados e sem resposta ao tratamento com antibiótico.

7) Diagnóstico Diferencial

Em pacientes com febre no período puerperal sem sensibilidade uterina ou corrimento vaginal purulento devem ter outras causas investigadas. Síndromes virais, pneumonia e apendicite devem ser excluídos por história e exame físico. A mastite ou abscesso mamário geralmente é percebido ao exame físico, e em geral ocorre no puerpério tardio. O ingurgitamento mamário pode causar febre baixa nos primeiros três dias após o parto.

Febre inexplicável associado a dor nas costas após anestesia neuroaxial, acompanhada ou não de sinais neurológicos, pode ser devido a infecção ou inflamação da medula espinhal. Colite pseudomembranosa é causa rara, mas pode estar associado a paciente que foram expostas a antibióticos com sintomas gastrointestinais e febre baixa.

Tromboflebite de veia ovariana ou profunda deve ser suspeitado em caso de persistência de febre mesmo após escalonamento do uso de antimicrobianos. Pode estar associado a alterações em tomografia computadorizada, mas pode ser normal acometimento de pequenos vasos profundos, sendo muitas vezes um diagnóstico de exclusão.

8) Tratamento

O tratamento clínico é caracterizado por medidas gerais e pelo uso de antibióticos. Deve ser oferecido analgésicos, bem como a oferta de amparo psicológico ao paciente. É fundamental estabelecer uma hidratação adequada e ajustar o equilíbrio eletrolítico se alterado. A transfusão de hemoderivados deve ser prescrita sempre que necessário. Ocitócicos pode ser indicado para manter a contratilidade do útero, o que pode dificultar a difusão do processo da infecção tanto pelas vias linfática como venosa.

São recomendados antibióticos de largo espectro, uma vez que a infecção é polimicrobiana, com bactérias aeróbias e anaeróbias. O tratamento deverá ser continuado até que a paciente esteja clinicamente bem e afebril, por 24 a 48 horas. A antibioticoterapia oral após tratamento parenteral é desnecessária.

- » Clindamicina 900mg IV de 8/8 horas + gentamicina 5mg/kg (ou 240mg) IV de 24/24 horas
- » Ampicilina 2g IV de 6/6 horas + gentamicina, 5mg/Kg (ou 240mg) IV de 24/24 horas + metronidazol 500mg IV de 8/8 horas

Se não houver melhora substancial do quadro em 48 a 72 horas, deve ser suspeitado de enterococo resistente a clindamicina (*Enterococcus faecalis*) e a ampicilina (ou vancomicina se alergia a penicilina) deve ser adicionada ao esquema, ou pode-se optar pelo uso de ampicilina/sulbactam 3g EV de 6/6

horas. A infecção por *Bacterioides fragilis* também tem mostrado resistência ao esquema de clindamicina + gentamicina, podendo ser optado pelo uso de ampicilina/sulbactam nesses casos. Se não houver melhora dentro de 72 horas, ou até mesmo antes, devem ser buscado diagnósticos diferenciais (tromboflebite pélvica séptica, pielonefrite, dentre outros).

A endometrite pós-parto de início tardio, que geralmente ocorre entre uma e seis semanas após o parto, geralmente tem um curso clínico mais leve e pode estar associado a sangramento aumentado. Ainda não há estudos que comprovem a melhor via de administração de antibióticos nesse caso, mas provavelmente seja desnecessária a internação. Pode-se utilizar amoxicilina + clavulanato 875mg oral 12/12 horas durante 7 dias, sendo indicado clindamicina 600mg oral 6/6 horas por 7 dias em pacientes alérgicos.

O tratamento cirúrgico é uma terapia complementar, necessário em casos de identificação de restos ovulares para redução da bacteremia. É executado por meio de aspiração manual intrauterina (AMIU) ou curetagem. A histerectomia pode ser indicada nas infecções severas, como a gangrena gasosa causada pelo *Clostridium perfringens* ou *welchii* ou por demora para diagnóstico e tratamento.

9) Profilaxia

Tem como intuito reduzir os casos de infecção puerperal. Atualmente, a recomendação é o uso de cefalosporina de 1ª geração, preferencialmente cefazolina 2g (<120kg) ou 3g (>120kg) IV, dose única, trinta a sessenta minutos antes da incisão de pele em partos cesarianos. Uma dose adicional pode ser considerada em cirurgia com tempo superior a quatro horas ou perda estimada de sangue superior a 1,5 litros. Em caso de alergia, pode-se realizar clindamicina 900mg IV, dose única. A remoção espontânea da placenta no parto abdominal também foi associada a menos casos de endometrite comparado a remoção manual.

Em parto vaginal, é recomendada a profilaxia em casos de remoção manual da placenta, lacerações vaginais de terceiro e quarto grau e parto vaginal operatório. O esquema indicado é o mesmo utilizado em partos abdominais citado acima.

O rastreio e tratamento de vaginose bacteriana para redução de endometrite não é recomendado em pacientes grávidas que não apresentem risco aumentado para parto prematuro. As evidências até o momento são insuficientes para recomendar essa triagem.

SEPSE NO PUERPÉRIO

A sepse materna é uma condição que tem prevalência de 4,4% entre os

nascidos vivos. Pode ocorrer no contexto do puerpério e abortamento. É uma condição potencialmente fatal, definida como disfunção orgânica resultante de uma infecção.

As alterações fisiológicas na gestação podem dificultar o diagnóstico, pois o aumento do volume plasmático e vasodilatação gerados pela progesterona podem estabilizar as mulheres em fases iniciais do processo. Além disso, leucocitose, leve taquipneia e hipotensão podem estar presentes em mulheres saudáveis nesse período. Sinais e sintomas maternos que devem atentar para o diagnóstico de sepse incluem: taquipneia, hipotensão, alteração do estado mental, neutropenia e hipotermia.

É de grande importância o tratamento precoce para evitar desfechos fatais. Levando-se em consideração as modificações fisiológicas da gestação e puerpério, foram criados critérios de pontuação para caracterização da disfunção orgânica na população gestante: SOFA e qSOFA *modificados para a obstetrícia*. Devem ser usados a partir da 22ª semana de gestação ao 7º dia de pós-parto. Esses escores são positivos na presença de pelo menos 2 pontos.

Escore SOFA modificado para gestante			
Parâmetro	0 ponto	1 ponto	2 pontos
PaO ₂ /FiO ₂	≥ 400	300-400	< 300
Plaquetas	≥ 150	100-150	< 100
Bilirrubinas	< 1,2	1,2-1,9	> 1,9
Pressão arterial média	≥ 70	<70	necessidade de vasopressores
Consciência	alerta	resposta à voz	resposta à dor
Creatinina	≤ 0,9	0,9-1,2	> 1,2

Escore quick SOFA modificado para gestante	
Condição	Escore qSOFA
Taquipneia ≥ 25irpm	1
Hipotensão PAS <90 mmHg	1
Alteração mental: não alerta	1

Independentemente de a sepse acontecer durante a gravidez, após parto ou aborto, o tratamento se mantém o mesmo. É necessária a coleta de duas amostras de culturas para identificação do patógeno, iniciar antibioticoterapia de amplo espectro até a primeira hora, além de medidas de suporte como reposição volêmica e controle atento da infecção, por vezes a depender do caso poderá ser necessário ser realizado tratamento cirúrgico. É recomendado o acompanhamento conjunto com infectologista, intensivista e nefrologista nos casos de choque séptico.

TROMBOFLEBITE PÉLVICA SÉPTICA

1) Introdução

Esta enfermidade é uma condição rara, ocorrendo em um a cada 3 mil partos, e se relaciona com infecções pélvicas, parto abdominal no contexto de corioamnionite e até mesmo em casos de cirurgia pélvica ou malignidade. Está associado também a abortamento induzido, idade materna <20 anos e gestação múltipla. A patogênese está associada ao dano endotelial de veias pélvicas, estado de hipercoagulabilidade e estase venosa que ocorre na gestante e puérpera (tríade de Virchow).

Durante o período gestacional, o calibre das veias ovarianas chega a triplicar, e, após o parto, ocorre a diminuição do fluxo sanguíneo nesses vasos, gerando estase venosa e até mesmo fluxo retrógrado em consequência da incompetência valvular pela distensão venosa durante a gestação. Além disso, ocorre um estado de hipercoagulabilidade fisiológico na gestação, com aumento os fatores de coagulação (I, II, VII, IX e X) e da adesividade plaquetária. O dano endotelial também está associado a este processo, ocorrendo por trauma intraparto em estruturas vasculares por meio de infecção uterina ou manipulação cirúrgica.

As hemoculturas geralmente são negativas, mas acredita-se que os patógenos sejam semelhantes ao de infecções pélvicas. Não se sabe se primeiro deu-se a formação do trombo, assim esse infectando-se posteriormente ou se a infecção puerperal propicia a formação dos trombos.

2) Diagnóstico

Deve-se suspeitar de tromboflebite pélvica em casos de febre persistente de três a cinco dias, apesar de antibioticoterapia adequada sem evidência de abscesso ou hematoma pélvico infectado. Em casos de febre persistente, deve-se realizar exame de imagem, sendo indicada principalmente a tomografia computadorizada com contraste. A venografia por ressonância magnética com gadolínio é uma alternativa. No entanto, um exame negativo não exclui o diagnóstico. A ultrassonografia não é método adequado para investigação. A tromboflebite pode se apresentar como tromboflebite de veia ovariana (TVO) ou como tromboflebite séptica pélvica profunda (TSPP).

- » Tromboflebite de veia ovariana (TVO): apresenta-se como doença aguda, com febre e dor abdominal localizada do lado da veia acometida (mais frequente à direita por ser mais longa e mais provavelmente comprimida pelo útero), ou dor em flanco ou nas costas. Pode ser palpado um cordão em abdome, porém é um achado incomum. Nesses casos, pode ser evidenciado o trombo em exames de imagem.

- » Tromboflebite pélvica séptica profunda (TSPP): tem um curso mais sutil, com presença de febre, mas ausência de sensibilidade uterina ou alteração em exames de imagem, tornando-se um diagnóstico de exclusão.

Complicações como embolia pulmonar geralmente são raras (2% dos casos) e geralmente são de pequena extensão e raramente causam hipóxia.

3) Tratamento

A antibioticoterapia é a mesma utilizada nos casos de endometrite. Deve ser lembrada da possibilidade de resistência ao antibiótico para mudança adequada do esquema de antibióticos, conforme citado anteriormente. Outras opções incluem piperacilina + tazobactam 4,5g IV 8/8 horas ou ceftriaxona 1g IV 24/24 horas + metronidazol 500mg IV 8/8 horas. Em pacientes alérgicos, pode-se usar ciprofloxacino 400mg 12/12 horas ou levofloxacino 500mg 24/24 horas associado a metronidazol 500mg 8/8 horas. O antibiótico é utilizado até que o paciente esteja afebril e com melhora laboratorial por 48 horas. No caso de êmbolos sépticos ou hemocultura positiva, o curso é mais longo, durante uma a duas semanas.

A anticoagulação plena previne novos trombos e reduz a disseminação de êmbolos sépticos. A heparina não fracionada é iniciada com bolus de 5.000 UI, seguida de infusão contínua de 16 a 18 U/kg, devendo-se manter o tempo de tromboplastina parcial entre 1,5 a 2 vezes do valor médio. Se optado pela heparina de baixo peso molecular, a dose é de 1 mg/kg, por via subcutânea, a cada 12 horas. A duração é incerta, e deve ser individualizado a depender de características clínicas:

- » Sem trombose documentada ou hipercoagulabilidade conhecida: descontinuar após 48 horas após a resolução da febre.
- » Trombose em veias do ramo pélvico: continuar heparina de baixo peso molecular durante pelo menos duas semanas.
- » Trombose pélvica extensa (veia ovariana, ilíaca ou cava) ou êmbolos sépticos: continuar heparina de baixo peso molecular durante pelo menos seis semanas. Se doença embólica fora da pelve ou fatores de risco pró-trombótico crônico como fator V de Leiden e malignidade.

Em geral, a mortalidade por tromboflebite é baixa, atribuída a casos complicados por êmbolo sépticos. Além disso, uma história prévia não parece conferir risco materno ou fetal aumentado em gestações futuras.

INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

1) Introdução

A infecção da ferida operatória após o parto cesárea é uma das principais complicações do período puerperal. É uma das causas mais comuns de febre persistente nas pacientes tratadas para endometrite. A incidência depois de cesariana varia entre 2 e 10% quando é feito antibióticos profilaticamente, porém essa taxa depende dos fatores de risco que são caracterizados por tempo prolongado de internação, obesidade, diabetes mellitus, imunossupressão, tabagismo, doença cardiovascular, tempo cirúrgico prolongado, desnutrição, má técnica cirúrgica e infecções em outros sítios.

2) Agentes Microbianos

São o *Staphylococcus epidermidis*, o *Staphylococcus aureus* e a *Escherichia coli*. Esta infecção manifesta-se em torno do quarto ao sétimo dias após procedimento cirúrgico, entretanto, se o agente causador for o estreptococo beta-hemolítico do grupo A, os sinais de infecção podem surgir mais precocemente, nas primeiras 48 a 72 horas pós-parto.

3) Quadro Clínico

Geralmente se inicia com dor no local da incisão. É comum a presença de sinais flogísticos (edema, eritema, hipertermia local) sem sintomas sistêmicos nas infecções superficiais (pele e tecido subcutâneo). Pode haver também presença de secreção purulenta associada. É importante a avaliação da extensão da infecção clinicamente e, se necessário, com uso de exames de imagem.

Em casos mais graves, geralmente há presença de febre, calafrios e piora do estado geral. Podem ser encontrados celulite difusa e extensa, abscesso de parede ou intracavitário. Alguns casos podem ser acompanhados de necrose importante de tecidos (fasciíte necrotizante) ou sepsse.

4) Tratamento

Todas as infecções de feridas operatórias devem ser abertas e exploradas para irrigação e limpeza. Se houver deiscência de aponeurose ou infecção abaixo dessa estrutura, deve-se realizar a limpeza em centro cirúrgico. Uma seringa com solução salina deve ser usada para irrigar o local, retirando tecido desvitalizado e secreções. O fechamento da ferida ocorre por segunda intenção.

Nos casos de infecções leves e superficiais, pode-se optar pela retirada de pontos e limpeza da pele, sem necessidade de antibióticos. Antibióticos devem ser iniciados em casos de celulite com ou sem abscesso, inflamação subcutânea ou de tecidos mais profundos persistente após debridamento e drenagem, corpo estranho presente (enxertos ou telas), sintomas sistêmicos (temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou

leucocitose) ou suspeita de choque séptico. Produtos tópicos, como hipoclorito de sódio e peróxido de hidrogênio devem ser evitados, pois podem ser tóxicos para os fibroblastos e, conseqüentemente, retardar a cicatrização.

As formas superficiais podem ser conduzidas ambulatorialmente com higiene local, analgésicos e antibiótico via oral. É importante manter curva de temperatura e reavaliação a cada 2 ou 3 dias. Na presença de abscesso de parede ou intracavitário, é necessária a internação para exploração cirúrgica e/ou debridamento associado a antibiótico endovenoso. Nesses casos e na fasciíte necrotizante, é importante a coleta de hemograma, hemoculturas, cultura do sítio infectado, eletrólitos, função renal e hepática e gasometria arterial.

Esquemas terapêuticos na infecção de ferida operatória	
Celulite sem sintomas sistêmicos	<ul style="list-style-type: none"> » Retirada completa ou alternada dos pontos ambulatorialmente » Amoxicilina 500mg + clavulanato 250mg 8/8h oral » Alternativa: clindamicina 300mg 6/6h oral
Celulite com sintomas sistêmicos (com ou sem abscesso)	<ul style="list-style-type: none"> » Remoção cirúrgica do tecido necrótico (e drenagem de abscesso se presente) e internamento » Clindamicina 900 mg 8/8h + gentamicina 3,5-5 mg/kg 24/24h » Alternativa: ampicilina/sulbactam 3g 6/6h
Fasciíte necrotizante	<ul style="list-style-type: none"> » Debridamento tecidual + oxigenoterapia hiperbárica » Penicilina cristalina 2 milhões UI 4/4h + gentamicina, 1,5 mg/kg/dose 8/8h » Alternativa: ceftriaxona 1g 12/12h + clindamicina 900mg 8/8h ou metronidazol 500 mg 8/8h

INFECÇÃO PERINEAL

As infecções perineais são aquelas decorrentes de lacerações no canal de parto ou de episiotomia e episiorrafia que podem afetar a qualidade de vida da paciente, bem como sua vida sexual. São infecções pouco prevalentes, mesmo ocorrendo em local bastante contaminado. Ocorre mais frequentemente entre primeira semana pós-parto associada à presença de hematomas em tecidos da região.

O quadro clínico é mais evidenciado em pele, mucosa e subcutâneo com a presença de sinais flogísticos (edema, hiperemia e dor à palpação) e secreção purulenta, febre baixa, nem sempre presente. O tratamento consiste na abertura da ferida, drenagem, irrigação e desbridamento de material estranho e tecido necrótico, além de limpeza da área afetada. Além disso, deve ser prescrito analgesia e prescrever dieta rica em fibras, a fim de evitar a constipação. Em caso

de deiscência da sutura, não há indicação de resutura e fechamento da ferida ocorre por segunda intenção. Normalmente, o seguimento é ambulatorial, com antibioticoterapia por via oral e a reavaliação dentro de 2-3 dias.

Em casos raros, a infecção pode complicar e atingir a fáscia superficial, em que dor e edema se estendem para região dos glúteos, perna e parede abdominal, sendo necessária mensuração do grau de necrose da região, devido a possibilidade de fasciíte necrosante.

A profilaxia para esse tipo de infecção é indicada em lacerações perineais de terceiro e quarto graus e quando é necessário a remoção manual de placenta (com ou sem curagem/curetagem). O esquema antibiótico segue em tabela abaixo.

Profilaxia de Infecções Perineais	
Primeira escolha	Cefazolina 2g IV dose única (<120kg) Cefazolina 3g IV dose única (>120kg)
Segunda escolha	Clindamicina 900mg IV dose única (se alergia a cefalosporina ou anafilaxia grave a penicilina)

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Está relacionado a diversos fatores comuns no periparto, como a presença de cateterização vesical em partos operatórios ou necessidade de balanço hídrico rigoroso, dificuldade de esvaziamento por dor e edema periuretral, dentre outros. Acomete cerca de 3% das puérperas. O principal agente é a *Escherichia coli*.

A cistite é a infecção de trato urinário baixo. Apresenta-se com disúria, polaciúria, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e dor em baixo ventre. Deve-se solicitar sumário de urina (aumento dos leucócitos e hematúria) e urocultura. O tratamento inicial se dará a partir do uso de antibiótico empiricamente, que poderá ser alterado com resultado da cultura ou evolução do quadro.

Já a pielonefrite apresenta-se com quadro clínico mais exuberante, com sintomas sistêmicos (febre, calafrios, alteração do estado geral, mal-estar). Durante o exame físico, é possível identificar o sinal Giordano positivo. Na admissão de paciente com febre e taquicardia, é importante iniciar investigação de possível sepse com a solicitação de hemograma, sumário de urina, urocultura com antibiograma, gasometria arterial com lactato, funções hepática e renal e hemoculturas. Além disso, deve-se iniciar hidratação endovenosa associada a antibioticoterapia de amplo espectro (ceftriaxona 2 g de 24/24 horas ou 1 g de 12/12 horas por via intravenosa).

MASTITE LACTACIONAL

Está relacionada a entrada de bactérias no sistema canalicular mamário através de fissuras e escoriações em mamilos, gerados por dificuldades na amamentação. O desmame precoce, amamentação pouco frequente, tabagismo, doenças autoimunes e déficits imunológicos contribuem para o surgimento dessa enfermidade. Ocorre em 2% das puérperas.

Os patógenos causadores mais frequentes são *Staphylococcus aureus* (65-90% dos casos), *Staphylococcus epidermidis*, *S. agalactie*, *S. viridans*, *S. mitis*, *S. salivarius* e *S. pneumoniae* e corinebactérias.

O quadro clínico é caracterizado por dor, edema, hiperemia e ingurgitamento mamário, além de queixas sistêmicas, como febre e mialgia. O exame físico pode ajudar a identificar a presença de abscesso.

O tratamento inclui orientações quanto a forma adequada a ser realizada a amamentação, com correção da “pega” inadequada, além de sintomáticos e antibióticos. Na maioria dos casos não é necessário suspender a amamentação, a não ser que haja drenagem de secreção purulenta para o mamilo.

Esquema para tratamento de Mastite Puerperal
Cefalexina 500 mg VO de 6/6 horas, por sete dias
Clindamicina 300 mg VO de 6/6 horas, por sete dias
Amoxicilina-clavulanato 500 mg de 8/8 horas VO, por sete dias

Em casos de não resposta adequada ao tratamento, deve-se considerar a presença de abscesso e outros diagnósticos diferenciais, como carcinoma inflamatório da mama. Se detectada presença de abscesso, deverá ser feita sua drenagem. Em caso de piora clínica e instabilidade hemodinâmica, deve-se considerar internamento, além de escalonamento antibiótico para vancomicina.

OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PUERPÉRIO

O período pós-parto tem uma elevada prevalência de sintomas ansiosos e depressivos. Durante os primeiros dias após o parto, algumas mães podem apresentar sintomas depressivos leves, chamados de *blues pós-parto*, como fadiga, ansiedade, sono desordenado e labilidade de humor. Geralmente se inicia dois a três dias após o parto e desaparecem após duas semanas.

Diferentemente do *blues pós-parto*, que é um quadro autolimitado, o transtorno depressivo maior apresenta sintomas persistentes e bem definidos, que duram pelo duas semanas. Pode ser avaliado pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), validada por diversas sociedades. É importante o acompanhamento em conjunto com psicólogo nesses casos, e pode ser necessário

o uso de antidepressivos.

O transtorno de estresse pós-traumático também pode se manifestar no puerpério, com prevalência de 4% na população obstétrica. Tem como principais fatores de risco estresse pré-gestacional (trauma sexual/físico ou distúrbios prévios de saúde mental) e uma experiência negativa da gravidez (e problemas de parto e complicações). As psicoses são mais raras, mas podem ter desfechos fatais e merecem acompanhamento rigoroso com a psiquiatria e psicologia.

Doenças da tireoide, como tireoidite indolor (tireoidite pós-parto) e doença de Graves, tem maior incidência no pós-parto, atingindo cerca de 8% da população obstétrica. Esse risco é maior em pacientes com diabetes tipo 1 ou anticorpos anti-tireoperoxidase (anti-TPO) positivos. Em geral, se apresenta com quadro de hiperstireoidismo (iniciando quatro meses após o parto e durando duas a oito semanas), seguido de hipotireoidismo (que também dura duas a oito semanas).

Outras queixas comuns no período pós-parto incluem secreção vaginal, que pode ser conduzido com hidratantes vaginais ou, se sintomas persistirem, estrogênios tópicos de baixa dosagem. Dores musculoesqueléticas devido às posições e esforço físico durante o parto também podem ocorrer, podendo ser utilizados analgésico e fisioterapia para melhora dos sintomas.

Cefaleia pós-raquianestesia pode ocorrer devido a um vazamento de líquido cefalorraquidiano através de uma fenda dural, gerando tração nas estruturas cranianas e vasodilatação cerebral. Geralmente essa cefaleia é posicional, que se agrava ao sentar-se ou ficar em pé, e é aliviada em decúbito dorsal. O tratamento inclui hidratação venosa e analgésicos associados a cafeína. A gabapentina, hidrocortisona e teofilina também evidenciaram diminuição na escala de severidade da dor. O *blood patch* pode ser realizado por médico anestesista em casos refratários.

A neuropatia pode ocorrer em 1% dos partos e é resultado da compressão, estiramento, transecção ou lesão vascular. Ocorre principalmente em casos de macrosomia fetal posição de litotomia prolongada, bloqueio sensorial ou segundo estágio prolongado. O nervo mais acometido é o cutâneo femoral lateral, gerando parestesias em parte superior externa da coxa é a queixa mais frequente quando esse nervo é acometido. O tratamento é baseado em anti-inflamatórios não esteroidais e a recuperação é esperada dentro de oito semanas. Em casos intratáveis, pode-se considerar medicamentos para dor neuropática, adesivos tópicos ou bloqueio de nervo periférico.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007887.

REFERÊNCIAS

1. BERGHELLA, VINCENZO. CESAREAN BIRTH: POSTOPERATIVE ISSUES. UPtODATE, 2022.
2. BARENS, PAMELA. OVERVIEW OF THE POSTPARTUM PERIOD: DISORDERS AND COMPLICATIONS. UPtODATE, 2022.
3. CHEN, KATHERINE T. SEPTIC PELVIC THROMBOPHLEBITIS. UPtODATE, 2021.
4. CHEN, KATHERINE T. POSTPARTUM ENDOMETRITIS. UPtODATE, 2022.
5. MIZELL, JASON S. COMPLICATIONS OF ABDOMINAL SURGICAL INCISIONS. UPtODATE, 2020.
6. EVANS, HEATHER L. & HEDRICK, TRACI L. OVERVIEW OF THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF SURGICAL SITE INFECTION. UPtODATE, 2022.
7. ONA, XAVIER B. OSORIO, DIMELZA. COPS, XAVIER B. DRUG THERAPY FOR TREATING POST-DURAL PUNCTURE HEADACHE. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2015, ISSUE 7. ART. NO CD007887.
8. ZUGAIB, MARCELO (ED.). INFECÇÃO PUERPERAL. IN: ZUGAIB, MARCELO (ED.). **ZUGAIB OBSTETRÍCIA**. 3. ED. SÃO PAULO: MANOLE, 2016. CAP. 26. P. 478-484.
9. CUNNINGHAM, F. GARY. COMPLICAÇÕES DO PUERPÉRIO. IN: CUNNINGHAM, F. GARY ET AL. **OBSTETRÍCIA DE WILLIAMS**. 25. ED. PORTO ALEGRE: AMGH, 2021. CAP. 37. P. 665-678.
10. GALÃO, ADRIANI OLIVEIRA. PUERPÉRIO NORMAL E PATOLÓGICO. IN: MARTINS-COSTA, SÉRGIO H. ET AL. **ROTINAS EM OBSTETRÍCIA**. 7. ED. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2017. CAP. 31. P. 531-542.
11. TODOROVIC, PAULA ROSSA. INFECÇÃO PUERPERAL. IN: SASS, NELSON; OLIVEIRA, LEANDRO GUSTAVO DE. **OBSTETRÍCIA**. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2017. CAP. 90. P. 559-562.
12. JOSÉ RICHELMY BRAZIL FROTA ARAGÃO. MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **ENDOMETRITE PUERPERAL**. IN: DENISE ELLEN FRANCELINO CORDEIRO. MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM OBSTETRÍCIA**. FORTALEZA: IMPRENSA UNIVERSITÁRIA, 2020. CAP. 12. P. 130-135.

AMAMENTAÇÃO E ALEITAMENTO

Priscilla de Almeida Santos

Juliana de Medeiros Ferreira Gomes Silva

Lícia Amélia Siebra Cavalcante

Laís Nara

1.) Conceitos:

Compreende-se por amamentação o ato de dar de mamar por meio da oferta da mama. Aleitamento, no entanto, é quando o leite é ofertado à criança, seja por via natural, na amamentação, ou por outros meios, como, por exemplo, com o uso da mamadeira.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), o aleitamento materno pode ser classificado em cinco tipos, a saber:

- » Aleitamento materno: forma geral de dizer que a criança recebe leite materno, seja este direto da mama ou ordenhado, independente de receber outros alimentos.
- » Aleitamento materno exclusivo: a única fonte de alimento da criança é o leite humano.
- » Aleitamento materno predominante: além do leite materno, água, sucos e outros fluidos são ofertados à criança.
- » Aleitamento materno complementado: em complemento ao leite materno, alimentos sólidos ou semissólidos são ofertados à criança.
- » Aleitamento materno misto ou parcial: além da oferta de leite humano, leite de outras origens, como, por exemplo, leite de cabra ou leite artificial, também são ofertados.

Além dos termos referidos acima, é importante apresentar o conceito de lactante, como sendo aquela que amamenta, e de lactente, a criança até dois anos de idade.

2.) Fisiologia da Amamentação

- » Mamogênese: Inicia na puberdade, está relacionada com o desenvolvimento e o crescimento das mamas e, conseqüentemente, das glândulas mamárias. Durante a gravidez, há uma aceleração do processo, com a vascularização e ampliação da rede de ductos e de alvéolos, até sua completude.
- » Lactogênese: É o início da síntese láctea, cerca de 48 horas após o parto, que

ocorre a partir da redução brusca de estrogênio, responsável pela formação dos ductos, e de progesterona, responsável pelo desenvolvimento dos alvéolos, acionando a prolactina a estimular as glândulas para a produção de leite. É nesse momento que a apojadura ocorre.

- » Galactopioese: Sucção-dependente, essa fase será mantida por toda a lactação, conforme estímulo do bebê. A resposta hormonal a esse estímulo é a liberação de ocitocina que implica na ejeção do leite que induz o bebê a sugar e propiciará a produção de prolactina para a produção do leite, fechando o ciclo.

Uma série de fatores podem interferir na ação dos hormônios necessários ao processo de amamentação. Insegurança, estresse e ansiedade quanto ao ato de dar de mamar podem inibir a liberação de ocitocina, o que implicará na saída de leite. De forma antagônica, autoconfiança, incentivo e aumento da frequência de mamadas vão interferir positivamente. Portanto, quanto melhor informada a lactente, melhor desempenho e menos propensão à desistência.

3.) Manejo Clínico:

- » Apojadura

É o preparo natural da mama para a produção do leite. Ocorre, normalmente, entre o terceiro e o quinto dia após o parto. Há o enrijecimento da mama; os seios aumentam de tamanho e de temperatura. Outros sintomas comuns são dor, sensação de peso, desconforto e vermelhidão. A amamentação em livre demanda é a melhor maneira de diminuir o desconforto. No entanto, algumas medidas podem ajudar, tais como, massagens circulares, ordenha manual, banho morno e uso de compressas frias.

- » O momento da amamentação

Embora a amamentação seja algo inato, e a sucção em si, um ato-reflexo do bebê, as dificuldades encontradas, e alguns mitos difundidos, podem tonar o processo sofrido, desencadeando o abandono precoce. Desta forma, compreender o melhor posicionamento e a maneira correta de uma boa pega, podem ajudar na continuidade da amamentação quando mãe e bebê deixam a maternidade. A OMS sugere o um esquema de quatro pontos:

Posicionamento adequado:

- 1- O rosto do bebê deve estar de frente para a mama, com o nariz na altura do mamilo.
- 2- O corpo do bebê deve estar próximo ao da mãe, de preferência, barriga com barriga.

- 3- A cabeça e o tronco do bebê devem estar bem alinhados.
- 4- O bebê deve estar bem apoiado, de forma a sentir-se seguro e confortável.

Pega adequada:

- 1- A boca do bebê deve estar bem aberta, para abocanhar, além do mamilo, grande parte da aréola.
- 2- A aréola deve ser mais visível acima da boca do bebê.
- 3- O lábio inferior deve estar virado para fora, de forma criar um vácuo entre lábio e mama.
- 4- O queixo do bebê deve tocar a mama, e as narinas devem estar livres.

Observar o movimento das bochechas e o ruído da língua ao longo da sucção são indícios de que a amamentação está sendo bem-sucedida.

4.) Importância e Implicações do Aleitamento Materno

De forma amplamente difundida, e defendida pela OMS, a amamentação é fator protetor para uma série de condições relacionadas ao bem-estar tanto do lactente, quanto da lactante, dentre as quais listam-se:

Para a criança:

- » Redução do risco de diabetes, hipercolesterolemia, hipertensão e obesidade.
- » Promoção de melhor desenvolvimento cognitivo.
- » Auxílio no desenvolvimento da cavidade bucal.
- » Redução do risco de alergias e infecções.
- » Redução do risco de morte súbita.

Para a mãe:

- » Proteção contra câncer de mama.
- » Possibilidade de contraceptivo natural.
- » Redução de custos financeiros.

Para ambos:

- » Promoção do vínculo entre mãe e filho.
- » Melhora na qualidade de vida da família como um todo.

5.) Situações adversas:

Nem sempre o processo de amamentação ocorrerá com fluidez e de forma natural. Abaixo listam-se algumas situações adversas, bastante comuns, que podem acontecer. A identificação e o manejo precoces pode ajudar na não-interrupção da amamentação.

» Mamilos invertidos

Embora possam dificultar o início do processo, mamilos invertidos, ou planos, não impedem a amamentação, pois a sucção é feita conforme pega, envolvendo, também a aréola. Confortar a mãe e orientá-la na melhor maneira de fazer a pega pode ser a solução para evitar que a mãe desista de amamentar.

» Ingurgitamento

Acontece quando os ductos são comprimidos, dificultando a saída do leite. É nessa situação que o leite pode “empedrar”. A mama fica bastante cheia, causando grande desconforto; é possível que haja febre e mal-estar. A pega pode ser comprometida, pois os mamilos ficam achatados, dificultando a sucção e a saída do leite. Para evitar o ingurgitamento, é importante que a amamentação ocorra em livre demanda, e, e que haja, quando necessário, ordenha manual de alívio. Massagens e compressas frias podem ajudar na drenagem. O uso de anti-inflamatórios não-esteroidais é recomendado em casos mais acentuados.

» Mastite

É um processo inflamatório, normalmente unilateral, de algum segmento mamário. A mama fica dolorida, avermelhada, quente e pode apresentar edemas. Há dois tipos de mastite, infecciosa e não-infecciosa, e o manejo dar-se-á conforme etiologia. É uma resposta inflamatório ao excesso de leite acumulado, pode ser, inclusive, uma complicação do ingurgitamento. A melhor maneira de prevenir é ofertar a mama sob livre demanda e fazer ordenhas de alívio. O tratamento pode envolver, além das medidas de alívio, o uso de antibioticoterapia.

» Monilíase

Manifesta-se como prurido local, dor em pontadas e queimação após as mamadas. No bebê, é possível identificar crostas esbranquiçadas, diferentes de crostas de leite, na boca. O tratamento é simultâneo, da mãe e do bebê, com antifúngicos.

» Galactocele

Ocorre quando há a formação de cistos bloqueando os ductos mamários. O leite, inicialmente fluido, passa a ter aspecto viscoso. Para o diagnóstico, é necessário uma ultrassonografia. O tratamento é feito com aspiração ou com

extração cirúrgica do cisto.

6.) Situações diferenciadas:

Muito embora o aleitamento materno seja amplamente difundido como fator de proteção à vida e ao bem-estar, e a amamentação sob livre demanda deva ser estimulada, a falta de conhecimento e informações controversas podem interferir e até impedir que a mãe amamente o bebê.

» Covid-19

Desde que feito com o uso de máscaras, e conforme os protocolos de higiene sugeridos pela OMS, o aleitamento não deve ser suspenso.

» Malformações orofaciais

A amamentação está indicada para crianças com fissuras labiais, labiopalatais ou palatais, uma vez que vai ajudar no fortalecimento da musculatura da região, além de prevenir infecções de ouvido médio e inflamações da mucosa nasal, situações comuns em bebês com malformações orais. A aplicação adequada da técnica de amamentação, o suporte emocional da mãe e dos familiares interferem diretamente na possibilidade da substituição da mama por mamadeiras e possível abandono do aleitamento materno.

» Nova gravidez

Não há contraindicações à amamentação durante nova gravidez.

» Adoção, Indução e Relactação

Mulheres que queiram amamentar seus bebês adotados são orientadas a iniciar, com antecedência, o processo de promoção induzida da lactação. É um processo semelhante ao de relactação ofertado às mães que tiveram que passar os primeiros dias distantes de seus bebês por causas diversas, precisando interromper a amamentação. O processo de indução e de relactação devem ser orientados por um profissional de saúde, pois envolve desde meditação e uso de técnicas para a oferta do leite até a necessidade de medicamentos.

7.) Legislação:

A amamentação é essencial no primeiro ano de vida, desta forma, ela está descrita na lei como um direito assistido tanto à lactante quanto ao lactente.

» Licença-maternidade

Licença de 120 dias consecutivos, sem prejuízo do emprego e da remuneração, podendo ter início no primeiro dia do nono mês de gestação, salvo antecipação por prescrição médica, conforme a Constituição Federal de 1988, artigo 7º, inciso XVIII.

» Demissão

A dispensa arbitrária ou sem justa causa é vedada durante o período de gestação e lactação, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, conforme Ato das disposições constitucionais transitórias – artigo 10, inciso II, letra b.

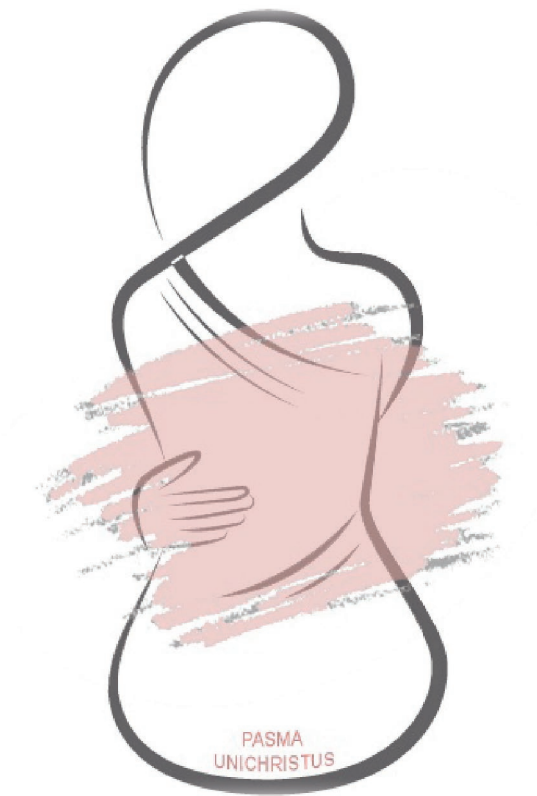
» Pausas para amamentar

É direito da mulher tirar duas pausas de meia hora para amamentar o bebê, até os seis meses de idade. Esse tempo pode ser ampliado de acordo com as necessidades específicas, conforme descrito na CLT Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 396, parágrafo único.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS.** BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002A.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS.** BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002B.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE DA CRIANÇA: NUTRIÇÃO INFANTIL: ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.** BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002B.
4. MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. DE. **OBSTETRÍCIA FUNDAMENTAL.** 12. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2012.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **PROTEÇÃO, PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO: O PAPEL ESPECIAL DOS SERVIÇOS MATERNO-INFANTIS.** DECLARAÇÃO CONJUNTA OMS/UNICEF. GENEBRA; 1989.
6. REGO, J. D. (ORG.) **ALEITAMENTO MATERNO: UM GUIA PARA PAIS E FAMILIARES.** SÃO PAULO: EDITORA ATHENEU, 2002.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. POSITIONING A BABY AT THE BREAST. IN: **INTEGRATED INFANT FEEDING COUNSELLING: A TRAINING COURSE.** GENEBRA: WHO-UNICEF; 2005.

EXTRA



PASMA
UNICHRISTUS

DIREITOS DAS MULHERES

Letícia Poti Nobre
Dário Sobreira Rodrigues
Regina Lúcia Portela Diniz

O conceito dos direitos humanos reconhece que todos os seres humanos podem desfrutar dos seus direitos sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política, origem social, nacionalidade, condição de nascimento ou qualquer outro tipo de posicionamento. Os direitos humanos são direitos inerentes a cada pessoa simplesmente por ela ser um humano. Pela Lei, todos são garantidos legalmente contra indivíduos e grupos que podem interferir com ações nas liberdades fundamentais e na dignidade humana.

Contudo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 35% das mulheres ao redor do mundo sofrem algum tipo de violência física ou sexual durante a sua vida. Um número tão alto indica que ser mulher na atual sociedade não é uma tarefa fácil. A violência sexual, a violência psicológica e a violência física são as principais queixas dessas mulheres e que podem afetar negativamente a saúde mental, física, sexual e reprodutiva de uma pessoa. Com isso, há um aumento significativo no risco de adquirir uma doença grave e/ou sequelas que podem impactar na qualidade de vida destas mulheres.

Dessa forma, surge a necessidade da criação e aplicação de direitos específicos para grupos mais vulneráveis e que historicamente sofrem maiores violações e discriminações. Os direitos das mulheres representam uma forma de garantir equidade, justiça e segurança para esse grupo populacional.

Para isso, alguns direitos foram criados, tais como:

1. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher- CEDAW.**

A **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher** é o principal documento do direito internacional em relação aos direitos das mulheres, impondo obrigações básicas de eliminar qualquer discriminação baseada no gênero que prejudique as liberdades fundamentais das mulheres na esfera política, social, econômica e cultural. Além disso, a Convenção da Mulher é o primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos das mulheres. São duas as frentes propostas: **promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer**

discriminações contra as mulheres nos Estados-parte.

A adoção da Convenção da Mulher, em vigor desde 1981, foi resultado de décadas de esforços internacionais que buscavam a proteção e a promoção dos direitos das mulheres em todo o mundo. Resultou de iniciativas tomadas dentro da Comissão de Status da Mulher (CSW, sigla em inglês) da ONU, órgão criado dentro do sistema das Nações Unidas, em 1946, com o objetivo de analisar e criar recomendações de formulações de políticas aos vários países signatários da Convenção, visando ao aprimoramento do status da mulher. O Brasil assinou o Protocolo Facultativo à CEDAW em março de 2001 e, em 2002, ratificou-o. Até outubro de 2005, 180 países já haviam aderido à Convenção da Mulher.

Portanto, no seu artigo 1º, a Convenção define o conceito de 'discriminação contra as mulheres' como sendo:

"Toda distinção, exclusão ou restrição fundada no sexo e que tenha por objetivo ou consequência prejudicar ou destruir o reconhecimento, gozo ou exercício pelas mulheres, independentemente do seu estado civil, com base na igualdade dos homens e mulheres, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, nos campos políticos, econômicos, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo."

Em seu artigo 3º, a CEDAW prevê que:

"Os Estados-Partes deverão em todos os campos e em particular, no político, social, econômico e cultural tomar todas as medidas apropriadas inclusive de caráter legislativo, para assegurar o pleno desenvolvimento e o progresso das mulheres, com vistas a garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais em igualdade de condições com o homem."

Além disso, a convenção tratou sobre várias disposições referentes à igualdade de gênero e reconheceu o direito à integridade física e às decisões sobre o próprio corpo da mulher:

Artigo 6º:

"Os Estados-Partes tomarão todas as medidas apropriadas, inclusive de caráter legislativo, para suprimir todas as formas de tráfico de mulheres e exploração da prostituição da mulher."

Artigo 11º:

Parte 2: "A fim de impedir a discriminação contra a mulher por razões de casamento ou maternidade e assegurar a efetividade de seu direito a trabalhar, os Estados-Partes tomarão medidas adequa-

das para:

- a) Proibir, sob sanções, a demissão por motivo de gravidez ou licença de maternidade e a discriminação nas demissões motivadas pelo estado civil;
- b) Implantar a licença de maternidade, com salário pago ou benefícios sociais comparáveis, sem perda do emprego anterior, antiguidade ou benefícios sociais;
- c) Estimular o fornecimento de serviços sociais de apoio necessários para permitir que os pais combinem as obrigações para com a família com as responsabilidades do trabalho e a participação na vida pública, especialmente mediante o fomento da criação e desenvolvimento de uma rede de serviços destinado ao cuidado das crianças;
- d) Dar proteção especial às mulheres durante a gravidez nos tipos de trabalho comprovadamente prejudiciais à elas”

Com o objetivo de assegurar cada vez mais os direitos das mulheres, foi criado ainda a Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção Belém do Pará.

2. Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção Belém do Pará (1994)

Devido a necessidade de um documento internacional que enfrentasse o problema da violência contra a mulher, a Assembleia Geral das Nações Unidas afirma que a violência contra a mulher consiste em violência contra os direitos humanos e as liberdades fundamentais, e adota a **“Convenção de Belém do Pará”**, que estabeleceu no 1º e 2º artigo a definição de violência:

“Art.1º - Para os efeitos desta Convenção deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Art. 2º - Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica.”

Dessa forma, a violência contra a mulher passou a ser reconhecida como violação de direitos humanos e sua proteção contra a violência se universaliza. No capítulo II da Convenção pode-se encontrar tutelados os direitos protegidos, tais como:

“Artigo 3º - Toda mulher tem direito a uma vida livre de violência,

tanto no âmbito público como no privado.

Artigo 4º - Toda mulher tem direito ao reconhecimento, gozo, exercício e proteção de todos os direitos humanos e às liberdades consagradas pelos instrumentos regionais e internacionais sobre os direitos humanos. Estes direitos compreendem, entre outros:

- a) o direito a que se respeite a sua vida;
- b) o direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral;
- c) o direito à liberdade e à segurança pessoais;
- d) o direito a não ser submetida a torturas;
- e) o direito a que se respeite a dignidade inerente a sua pessoa e que se proteja sua família;
- f) o direito à igualdade de proteção perante a lei e da lei;
- g) o direito a um recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes, que a ampare contra atos que violem seus direitos;
- h) o direito à liberdade de associação;
- i) o direito à liberdade de professar a religião e as próprias crenças, de acordo com a lei;
- j) o direito de ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar dos assuntos públicos, incluindo a tomada de decisões.

Artigo 5º- Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais e contará com a total proteção desses direitos consagrados nos instrumentos regionais e internacionais sobre direitos humanos. Os Estados-partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos.

Artigo 6º- O direito de toda mulher a uma vida livre de violência inclui, entre outros:

- a) o direito da mulher de ser livre de toda forma de discriminação, e
- b) o direito da mulher ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e práticas sociais e culturais baseadas em conceitos de inferioridade ou subordinação.”

Contudo, a violência contra a mulher ainda é uma realidade muito presente e que precisa ser erradicada.

Após 22 anos da retificação da CEDAW, o legislativo elaborou a Lei Maria Da Penha.

3. Lei Maria Da Penha:

A **Lei Maria da Penha**, sancionada em 7 de Agosto de 2006 pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, afirma que:

“A discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana, dificultando a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômico e cultural de seu país, constituindo um obstáculo ao aumento de bem-estar da sociedade e da família e impedindo a mulher de servir o seu país e a humanidade em toda a extensão das suas possibilidades.”

Antes da Lei Maria da Penha entrar em vigor, a violência doméstica e familiar contra a mulher era tratada como crime de menor potencial ofensivo. Na prática, isso significava que a violência de gênero era banalizada e que as penas geralmente se reduziam ao pagamento de cestas básicas ou trabalhos comunitários. Com o sancionamento da lei, uma das principais inovações trazidas foram as medidas protetivas de urgência para as vítimas.

As medidas protetivas de urgência são determinadas pelo juiz ou pela juíza para proteger a mulher em situação de violência doméstica, familiar ou na relação de afeto, conforme a necessidade da solicitante. As medidas protetivas podem ser demandadas já no atendimento policial, na delegacia, e ordenadas pelo juiz ou juíza em até 48 horas, devendo ser emitidas com urgência em casos em que a mulher corre risco de morte.

Além disso, a lei prevê a criação de equipamentos indispensáveis à sua efetividade, como Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Casas-abrigo, Centros de Referência da Mulher e Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, entre outros.

Acresça-se, ainda, que, a lei estabelece a definição do que é violência doméstica e familiar, bem como caracteriza as suas formas em: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Além disso, foi criada uma Central de Atendimento à Mulher: o Ligue 180. Essa central funciona 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados, e ela presta uma escuta e acolhida qualificada às mulheres em situação de violência. O serviço registra e encaminha denúncias de violência contra a mulher aos órgãos competentes. O serviço também fornece informações sobre os direitos da mulher, como os locais de atendimento mais próximos e apropriados para cada caso:

Casa da Mulher Brasileira, Centros de Referências, Delegacias de Atendimento à Mulher (DEAM), Defensorias Públicas, Núcleos Integrados de Atendimento às Mulheres, entre outros. O Ligue 180 atende todo o território nacional e também pode ser acessado em outros países. Esse serviço pode ser utilizado por mulheres em situações de violência ou por testemunhas de violência contra as mulheres.

4. Empoderamento Feminino:

Os direitos das mulheres não foram adquiridos, mas sim, conquistados. O cuidado com o formato do discurso e de como a pauta é apresentada para a sociedade é advinda do grande empenho do movimento feminista, este que desenvolveu e deu significado ao conceito de empoderamento feminino. Tal conceito caracteriza-se como ação de **conceder a participação social às mulheres**, de forma que possam estar cientes sobre a luta pelos seus direitos, almejando a total igualdade entre os gêneros, por exemplo.

A filosofia que envolve o movimento feminista de empoderamento feminino, mas também, de sororidade feminina fez com que os ideais fossem cada vez mais divulgados para toda a sociedade, transcendendo as barreiras do machismo e agregando cada mulher como membro desse movimento. Assim, mulheres envolvidas em qualquer pauta social, em qualquer esfera de atuação, se defendem e se apoiam pelo fato de juntas crescerem, sem deixar ninguém para trás mesmo que não seja um membro atuante nas lutas sociais do movimento feminista. A partir desse fato, estabelece-se o conceito de sororidade feminina.

O que partiu apenas de uma filosofia, passou a agregar também instituições governamentais e a mudar também a legislação em inúmeras esferas. Concretizando tal fala, tem-se a ONU Mulheres e o Pacto Global que juntos criaram os Princípios de Empoderamento das Mulheres. Tais princípios são um conjunto de considerações que ajudam as empresas a promover em seus negócios valores e práticas que visem à equidade de gênero e ao empoderamento de mulheres. Destarte, tem-se as seguintes recomendações:

1. Estabelecer liderança corporativa sensível à igualdade de gênero, no mais alto nível.
2. Tratar todas as mulheres e homens de forma justa no trabalho, respeitando e apoiando os direitos humanos e a não-discriminação.
3. Garantir a saúde, segurança e bem-estar de todas as mulheres e homens que trabalham na empresa.
4. Promover educação, capacitação e desenvolvimento profissional para as mulheres.
5. Apoiar empreendedorismo de mulheres e promover políticas de empoderamento

das mulheres através das cadeias de suprimentos e marketing.

6. Promover a igualdade de gênero através de iniciativas voltadas à comunidade e ao ativismo social.

7. Medir, documentar e publicar os progressos da empresa na promoção da igualdade de gênero.

<http://www.onumulheres.org.br/referencias/principios-de-empoderamento-das-mulheres/> acesso em 13/02/2022.

Essas iniciativas foram marcos muito importantes para o movimento feminista como um todo, bem sabido que além do meio social, ambientes de trabalho lideram em número de discriminações sofridas pelas mulheres devido à falta de equidade entre os gêneros. Com isso, é de suma importância e relevância discutir tais pontos nas escolas, nas mídias sociais, ambientes de trabalho, dentre outros. Apenas dessa maneira, a pauta sobre o empoderamento feminino e a luta social das mulheres pela equidade entre os gêneros será conquistada.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. LEI N. 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006. BRASÍLIA, DF: SENADO FEDERAL, 2006. DISPONÍVEL EM: <[HTTPS://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL_03/_ATO2004-2006/2006/LEI/L11340.HTM](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/L11340.htm)>. ACESSO EM: 13 FEV. 2022.
2. PIMENTEL, SILVIA. CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER: INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS DAS MULHERES. SÃO PAULO: CEDAW, 1979.
3. ONU MULHERES. PRINCÍPIOS DE EMPODERAMENTO DAS MULHERES. DISPONÍVEL EM: <[HTTPS://WWW.ONUMULHERES.ORG.BR/REFERENCIAS/PRINCIPIOS-DE-EMPODERAMENTO-DAS-MULHERES/](https://www.onumulheres.org.br/referencias/principios-de-empoderamento-das-mulheres/)>. ACESSO EM: 13 FEV. 2022.
4. CONGRESSO NACIONAL. CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER. BRASÍLIA, DF: SENADO FEDERAL, 1994.
5. TAVASSI, ANA PAULA CHUDZINZKI. O QUE SÃO OS DIREITOS DAS MULHERES: EQUIDADE. SÃO PAULO: POLITIZE, 2021.
6. CAMPOS, AMINI HADDAD; CORRÊA, LINDINALVA RODRIGUES. DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: DOCTRINA, PRÁTICA, JURISPRUDÊNCIA, MODELOS, DIREITO COMPARADO, ESTATÍSTICAS, ESTUDO DE CASOS, COMENTÁRIOS À LEI 11.340/06 (LEI MARIA DA PENHA), LEGISLAÇÃO. SÃO PAULO: ATLAS, 2020.

AGRADECIMENTOS

Nossos sinceros agradecimentos a todos os profissionais da saúde que contribuíram para a elaboração deste livro sobre a saúde da mulher atual. Sua expertise e dedicação foram fundamentais para a realização deste projeto. Agradecemos também à coordenação de Extensão da Unichristus, que apoiou e incentivou a produção deste livro. Por fim, agradecemos aos profissionais da Unidade Básica de Saúde Miriam Porto Mota, em Fortaleza/CE, por sua colaboração e comprometimento com a saúde da população. Juntos, estamos contribuindo para uma sociedade mais saudável e informada.

Equipe do PASMA, Unichristus.



ISBN: 978-65-89839-45-3

CDL



9 786589 839453