



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

PÂMELA MENDES ARRUDA

**PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM GINECOLOGIA EM MATERNIDADE
TERCIÁRIA DE FORTALEZA, CE**

FORTALEZA - CEARÁ
2022

PÂMELA MENDES ARRUDA

**PROCOLOS ASSISTENCIAIS EM GINECOLOGIA EM MATERNIDADE
TERCIÁRIA DE FORTALEZA, CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. (a) Dra. Raquel Autran Coelho Peixoto

FORTALEZA - CEARÁ

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A819p Arruda, Pâmela Mendes.

Protocolos assistenciais em ginecologia em maternidade terciária de Fortaleza, Ce /
Pâmela Mendes Arruda. – 2022.
493 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Raquel Autran Coelho Peixoto.

1. Protocolos Clínicos. 2. Saúde da Mulher. 3. Ginecologia. 4. Segurança do Paciente. I.
Título.

CDD 610

PÂMELA MENDES ARRUDA

**PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM GINECOLOGIA EM MATERNIDADE
TERCIÁRIA DE FORTALEZA, CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Raquel Autran Coelho Peixoto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Zenilda Vieira Bruno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

O conselho da sabedoria é:

Procure obter sabedoria;
use tudo o que você possui
para adquirir entendimento.

Provérbios 4:7

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todo cuidado e amor. Por ter me possibilitado chegar até aqui e por ter me abençoado com pessoas tão maravilhosas na minha caminhada. Sem Ele nada seria possível. “Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.” Romanos 11:36.

Aos meus amados pais Valcos e Vilena e às minhas amadas irmãs Nájila e Samili, pelo apoio incondicional, pela força, pelo incentivo, pelas orações. Vocês fazem parte e tem contribuição em toda a minha caminhada. Sou grata e feliz por ter vocês ao meu lado. “Agradeço a meu Deus toda vez que me lembro de vocês.” Filipenses 1:3.

À minha querida orientadora, Dra Raquel Autran, por todos os seus ensinamentos e pela confiança. Agradeço pela sua disponibilidade sempre, pela sua paciência e pelo seu carinho. Seu incentivo e apoio foram fundamentais em toda essa caminhada. Profissional e pessoa por quem tenho enorme admiração, respeito, carinho e gratidão. “Fala com sabedoria e ensina com amor.” Provérbios 31:26.

Aos professores participantes das bancas de qualificação e defesa (Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa e Dra. Zenilda Vieira Bruno), pelo tempo disponibilizado, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos autores do livro, professores, preceptores e residentes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC), hospital universitário do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC), que em conjunto, concretizaram o produto deste mestrado.

Aos professores do mestrado, que de forma brilhante compartilham seus conhecimentos, contribuindo para nossa formação.

Aos colegas de turma, pela parceria e aprendizado compartilhado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Universidade Federal do Ceará (UFC) por desempenharem papel fundamental na expansão e consolidação da pós-graduação.

RESUMO

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho e se constituem em uma importante ferramenta de gerenciamento em saúde. O objetivo desse trabalho foi elaborar, atualizar e editar os Protocolos Assistenciais em Ginecologia a serem adotados pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Universidade Federal do Ceará (MEAC/UFC). Foi realizada uma revisão integrativa na literatura, com o intuito de identificar, analisar e sintetizar, no formato de protocolos assistenciais, as recomendações baseadas em evidências disponíveis para cada tema definido. Ao total, 44 protocolos foram elencados para compor o livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da instituição, dos quais, seis foram selecionados para adquirir o formato multiprofissional. As etapas de elaboração incluíram: atualização e elaboração de novos protocolos, revisão pelos editores, validação interna, publicação no *site* da MEAC e produção do livro digital e impresso. O processo de construção dos protocolos é de elevada complexidade, devendo ser realizado com rigor metodológico, de forma a garantir sua credibilidade. Há grande variedade de metodologias utilizadas, sendo necessário ampliar a discussão na literatura sobre estratégias de elaboração, principalmente envolvendo os protocolos multiprofissionais. Ao final do nosso processo, vinte e um protocolos foram atualizados, destes, dois adquiriram o formato multiprofissional. Nove protocolos novos foram elaborados, sendo dois multiprofissionais. Ao total, trinta e sete protocolos irão compor o livro Protocolos Assistenciais em Ginecologia da MEAC.

Palavras - chave: Protocolos Clínicos; Saúde da Mulher; Ginecologia; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Clinical protocols are technologies that are part of the organization of work and constitute an important health management tool. The objective of this study was to elaborate, update and edit the Clinical Protocols in Gynecology to be adopted by the Maternity School Assis Chateaubriand - Federal University of Ceará (MEAC/UFC). An integrative literature review was carried out in order to identify, analyze and synthesize, in the format of clinical protocols the evidence-based recommendations available for each defined topic. In total, 44 protocols were listed to compose the institution's book of Clinical Protocols in Gynecology, of which six were selected to acquire the multiprofessional format. The elaboration stages included: updating and elaboration of new protocols, review by the editors, internal validation, publication on the MEAC website and production of the digital and printed book. The protocol construction process is highly complex and must be carried out with methodological rigor, in order to guarantee its credibility. There is a great variety of methodologies used and it is necessary to expand the discussion in the literature on elaboration strategies, mainly involving multidisciplinary protocols. At the end of our process, twenty-one protocols were updated, of which two acquired the multiprofessional format. Nine new protocols were developed, two of them multiprofessional. In total, thirty-seven protocols will compose the book Clinical Protocols in Gynecology by MEAC.

Keywords: Clinical Protocols; Women's Health; Gynecology; Patient Safety.

LISTRA DE ABREVIações E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
OMS	Organização Mundial de Saúde
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
OPAS	Estados Membros da Organização Pan - Americana da Saúde
RASs	Redes de Atenção à Saúde
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
CH-UFC	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UFC	Universidade Federal do Ceará
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line</i>
BVS – MS	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde
SEI	Sistema Eletrônico de Informações

LISTA DE FIGURAS

Fluxograma 1: Seleção dos Protocolos de Ginecologia, após consulta aos médicos assistentes e grupo gestor do hospital.	32
Fluxograma 2: Total de protocolos incluídos no livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Protocolos de Ginecologia disponíveis no <i>site</i> da MEAC em abril de 2021 e ano de última atualização.	30
Quadro 2: Protocolos Assistenciais em Ginecologia selecionados.	33
Quadro 3: Protocolos incluídos no livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.	40

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – PESQUISA CIENTÍFICA	15
1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Políticas de Atenção à Saúde da Mulher.....	16
1.2 Saúde da Mulher e Panorama Atual	18
1.3 Redes de Atenção à Saúde e Assistência à Saúde da Mulher no Estado do Ceará	20
1.4 Maternidade Escola Assis Chateaubriand na Rede de Assistência à Saúde da Mulher no estado do Ceará	22
1.5 Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente	23
1.6 Protocolos Assistenciais.....	25
2. JUSTIFICATIVA	27
3. OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo Geral	28
3.2 Objetivos Específicos	28
4. MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1 Tipo de estudo.....	29
4.2 Local do estudo	29
4.3 Definição dos temas dos protocolos.....	29
4.4 Definição dos protocolos multiprofissionais.....	34
4.5 Definição da equipe de trabalho.....	34
4.5.1 Autores	34
4.5.2 Editores	35
4.6 Etapas da elaboração	35
4.6.1 Atualização e elaboração de novos protocolos	35
4.6.2 Revisão pelos editores	37
4.6.3 Validação interna	37
4.6.4 Publicação no site da MEAC	38

4.6.5 Produção do livro digital e impresso	38
5. RESULTADOS	39
6. DISCUSSÃO	42
7. CONCLUSÃO.....	47
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
CAPÍTULO 2 - ARTIGO CIENTÍFICO	52
CAPÍTULO 3 - PRODUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO	76
ANEXOS	494

CAPÍTULO 1 – PESQUISA CIENTÍFICA

1. INTRODUÇÃO

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2019, correspondiam a 52,2% (109,4 milhões) da população residente no Brasil e a 69,9% da população com 18 anos ou mais que procuraram algum serviço da Atenção Primária à Saúde, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019). Essa parcela da população, portanto, representa um segmento social importante para a elaboração de políticas de saúde.

1.1 Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

O termo “saúde da mulher” apresentou vários conceitos na literatura no decorrer dos anos. As definições mais antigas restringiam-se à abordagem apenas dos aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino. Nesse contexto, a saúde feminina limitava-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica (CASSIANO *et al.*, 2014).

Com o passar do tempo, conceitos mais amplos e modernos de saúde da mulher começaram a envolver diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação, as condições de trabalho, moradia, renda, uma interação com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania (BRASIL, 2011).

No Brasil, as políticas nacionais de saúde passaram a incorporar a saúde feminina nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (UNA - SUS, 2013).

Baseado nessas políticas, a mulher tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Diante dessa perspectiva reducionista, o movimento de mulheres, com forte atuação no campo da saúde, contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano (SOUTO; MOREIRA, 2021).

As mulheres organizadas reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida. Estas ações deveriam contemplar as particularidades dos diferentes grupos populacionais e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas em que estivessem inseridas (COSTA, 2009).

Nesse cenário, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando os critérios para eleição de prioridades neste campo. O novo programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento reprodutivo, infecções sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (RATTNER, 2014).

A partir de 1984, iniciou-se a distribuição, junto às Secretarias Estaduais de Saúde, de documentos técnicos que iriam nortear as “Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher”. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articular com outras áreas técnicas e de propor novas ações para a atenção das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (UNA - SUS, 2013).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde, tomando como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais, apresentou os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM passou a conceituar as ações de saúde da mulher como política e não mais como programa, por entender que, conceitualmente, o termo política é mais abrangente que o termo programa, para ressaltar a resposta governamental a determinados problemas de saúde de certos grupos específicos, neste caso, as mulheres (BRASIL, 2016).

Esse documento buscou consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Esse modelo de atenção integral buscou levar em conta necessidades da população feminina além das questões reprodutivas,

problematizando as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das patologias, queixas e mal-estares das mulheres (RATTNER, 2014).

A trajetória do PAISM à PNAISM expressou os marcos do processo de democratização do Brasil e os diferentes espaços da participação social das mulheres. Uma trajetória que se mistura e se fortalece também com o processo de construção do SUS, de consolidação da saúde como direito de todos (SOUTO; MOREIRA, 2021).

1.2 Saúde da Mulher e Panorama Atual

Mesmo com os progressos das políticas de atenção à saúde da mulher e dos indicadores de saúde materna dos últimos anos, as mulheres continuam sendo discriminadas, especialmente nos países menos desenvolvidos. Esta desvantagem contribui para as desigualdades econômicas, sociais e de saúde de suas famílias durante todo o ciclo da vida (RATTNER, 2014).

As causas das mortes evitáveis e da saúde precária são muitas, incluindo doenças transmissíveis e não transmissíveis, doenças mentais, violência, desnutrição, complicações na gravidez e no parto, gravidez indesejada e falta de acesso ou não utilização de serviços de assistência à saúde de qualidade e artigos de necessidades básicas (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a dificuldade de acesso a serviços de saúde contribui para que, a cada ano, 270 mil mulheres morram de câncer cervical e 225 milhões não tenham acesso ao planejamento familiar. Além disso, uma em cada três mulheres entre 15 e 49 anos sofre com violência física ou sexual dentro ou fora de suas casas (BUSS; UNGERER, 2016).

Entre 2010 e 2016, na região da América Latina e Caribe, a prevalência de uso de contraceptivos em mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) permaneceu estável em torno de 68%. Nesse mesmo período, ocorreu uma redução modesta na taxa de fecundidade na adolescência, de 70.4 por 1.000 meninas entre 15-19 anos no período de 2005 a 2010, para 66.5. Essa região, entretanto, continua apresentando a segunda maior taxa de fertilidade do mundo nesta faixa etária e a mais baixa taxa de declínio global (OPAS; OMS, 2018).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 revelaram que, entre as mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos de idade, cerca de 80,5% usavam algum método para evitar gravidez e 4,7 milhões de mulheres de 15 anos ou mais de idade deram à luz entre 29 de julho de 2017 e 27 de julho de 2019 (IBGE, 2019).

Dados da mesma pesquisa, referentes à prática de exames de rotina para a saúde da mulher, mostraram que o exame preventivo de câncer de colo de útero, conhecido como Papanicolau, foi realizado por 81,3% das mulheres de 25 a 64 anos de idade há menos de três anos da data da entrevista. Os maiores percentuais foram encontrados nas regiões Sul (84,8%), enquanto a região Nordeste (76,4%) ficou abaixo da média nacional. Em relação ao exame de mamografia, cerca de 58,3% das mulheres de 50 a 69 anos submeteram-se ao exame há menos de dois anos da data da entrevista. De maneira semelhante, os menores percentuais foram encontrados na região Nordeste, onde menos de 50% das mulheres de 50 a 69 anos haviam realizado a mamografia. (IBGE, 2019).

Avaliando a mortalidade feminina no Brasil, em 2019, foram a óbito 583.896 mulheres com 10 ou mais anos de idade, sendo as quatro maiores taxas brutas de mortalidade: doenças do aparelho circulatório (DAC) (184,9/100 mil), neoplasias (119,8/100 mil), doenças do aparelho respiratório (84,5/100 mil), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (47,6/100 mil) (BRASIL, 2021).

A análise segundo as faixas etárias mostrou que, no grupo de idade de 30 a 59 anos, a maior proporção de óbitos foi por neoplasias, predominando as neoplasias dos órgãos genitais e de mama entre as mulheres de 30 a 49 anos e as neoplasias de órgãos digestivo e mama entre as mulheres de 50 a 59 anos. Já no grupo de 60 a 80 ou mais anos predominou a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, mais precisamente por doenças isquêmicas do coração e por doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2021).

Embora novas intervenções e incentivos venham sendo destinados para implantar um novo desenho de atenção à saúde da mulher, ainda são muitas as lacunas que precisam ser preenchidas e grandes os desafios a serem enfrentados para assegurar vidas saudáveis e a promoção do bem-estar de todas as mulheres (CASSIANO *et al.*, 2014).

Com o objetivo de preencher tais lacunas e proteger os ganhos obtidos até o momento, países e organizações vem se mobilizando e apoiando estratégias e planos de ação voltados para a saúde da mulher. Nesse contexto, em maio de 2016, os Estados Membros da OMS se comprometeram com a implementação da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes (2016 - 2030), desenvolvida com o intuito de que, até 2030, todas as mulheres usufruam de seu direito à saúde física e mental, tenham oportunidades sociais e econômicas e possam participar plenamente da construção de sociedades prósperas e sustentáveis (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Em 2017, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), alinhados com a Estratégia Global, desenvolveram o Plano de Ação para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2018 - 2030) com a visão de conseguir o melhor estado de saúde que seja possível atingir para todos os povos das Américas, acelerando seu progresso rumo à efetivação do direito à saúde para todas as mulheres da região, sem deixar ninguém para trás (OPAS; OMS, 2018).

Para que esses objetivos sejam atingidos, um longo caminho precisa ser percorrido, fazendo-se necessário o envolvimento de várias áreas de atuação, como liderança do país, financiamento da saúde, fortalecimento dos sistemas de saúde, participação das comunidades, ação multissetorial, pesquisa e inovação (BUSS; UNGERER, 2016).

1.3 Redes de Atenção à Saúde e Assistência à Saúde da Mulher no Estado do Ceará

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. São espaços que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde nas RASs são coordenados pela atenção primária, que, além de desempenhar ações de saúde,

faz a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários. As estruturas de atenção à saúde secundárias e terciárias são os pontos da rede nos quais se ofertam serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas, sendo constituídos, em geral, por unidades hospitalares e ambulatoriais (UNA – SUS, 2016).

Os hospitais em redes devem operar com padrões ótimos de qualidade. Com esse intuito, a forma de gestão hospitalar exige que, além da gestão de meios (recursos humanos, materiais e financeiros), haja um vigoroso investimento na introdução de tecnologias de gestão da clínica, a partir do desenvolvimento e incorporação de diretrizes clínicas, construídas com base em evidência (MENDES, 2011).

No Ceará, aproximadamente 10.400 Unidades de Atenção Primária à Saúde (CEARÁ, 2016), em articulação com 21 Policlínicas (CEARÁ, 2022) e hospitais de média e alta complexidade, atuam no fornecimento de assistência à saúde da mulher. O estado possui um hospital de nível secundário (Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar) e quatro de nível terciário, incluindo o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) em Fortaleza, Hospital Regional Norte, em Sobral e Hospital Regional Sertão Central, em Quixeramobim (CEARÁ, 2018).

A nível municipal, em Fortaleza, há uma rede de cinco hospitais / maternidades de nível secundário que oferecem serviços de assistência à saúde da mulher, são eles: Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, Hospital Maternidade Nossa Senhora da Conceição, Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter, Hospital Distrital Gonzaga Mota Barra do Ceará e Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (FORTALEZA, 2022).

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand também integra a Rede de Atenção à Saúde do município de Fortaleza por meio da contractualização de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, através de convênio com a prefeitura (FORTALEZA, 2022).

1.4 Maternidade Escola Assis Chateaubriand na Rede de Assistência à Saúde da Mulher no estado do Ceará

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) integra, juntamente com o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC). Inaugurada em 1963, a MEAC presta serviços em nível de alta e média complexidade à população do município de Fortaleza e do estado do Ceará, sendo também referência a nível regional. Oferece à população um alto padrão de qualidade nos serviços de obstetrícia, ginecologia, neonatologia, mastologia e medicina fetal, sendo hoje reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade de excelência na prestação de serviço de assistência à saúde da mulher (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2020).

A MEAC presta serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população. Os serviços oferecidos englobam vários ambulatórios especializados, unidades de internação obstétrica e ginecológica, unidade de internação para pacientes com patologias mamárias, centro de parto humanizado, centro cirúrgico para procedimentos de urgência e eletivos, UTI materna, além das unidades de neonatologia. Funciona 24h com emergência aberta, atendendo usuárias com urgências e emergências obstétricas e ginecológicas, entre outras demandas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2020).

Os ambulatórios especializados oferecem atendimento em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, sendo constituídos por uma equipe multiprofissional capacitada atuando nas áreas de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia e Nutrição. Na área da Ginecologia, são oferecidos 16 ambulatórios, com a seguinte distribuição: Cirurgia Ginecológica, Patologia do Trato Genital Inferior/Colposcopia e Vulva, Uroginecologia, Urodinâmica, Endometriose, Histeroscopia Ambulatorial, Planejamento Familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Climatério, Ginecologia Endócrina, Infertilidade, Dor Pélvica Crônica, Doença Trofoblástica Gestacional, Sexualidade Humana, Violência Sexual, Infanto-puberal (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2020).

Para atendimento ambulatorial da demanda populacional, são ofertadas vagas para a Prefeitura Municipal de Fortaleza, para o referenciamento de pacientes, nos seguintes perfis: Ginecologia, Obstetrícia, Pré-natal de Alto Risco, Mastologia e Ginecologia e Obstetrícia para adolescentes (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2020).

Durante o ano de 2020, o relatório institucional contabilizou um total de 35.598 consultas médicas ambulatoriais, sendo 16.895 na área da ginecologia, 15 mil consultas multiprofissionais, 86.486 exames e 1.950 cirurgias eletivas, sendo 815 cirurgias ginecológicas. No setor de emergência, foram 42.959 atendimentos e 11.579 internações (ALENCAR JÚNIOR *et al.*, 2021).

Além da prestação de serviço de assistência, a MEAC atua na formação de profissionais especializados na área de atenção à saúde, sendo campo de formação de alunos de graduação, curso técnico e de residência médica e multiprofissional da UFC, bem como tem subsidiado o desenvolvimento de um quantitativo crescente de pesquisas, destacando-se no cenário nacional em termo de captação de estudos na área da saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2020; BRASIL, 2021).

Para atuar com excelência nessas áreas, tanto na assistência de qualidade, como no ensino, há uma preocupação constante com a capacitação dos profissionais e com o desenvolvimento de novas informações científicas, para inclusão na prática clínica rotineira, sob a forma de protocolos clínicos baseados em evidências científicas consistentes e atualizadas (RODRIGUES, 2019).

1.5 Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente

A qualidade em saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (REIS *et al.*, 2013; CHASSIN; GALVIN, 1998). Ter acesso a uma assistência de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo (BRASIL, 2017).

Um aspecto importante deste âmbito de definição é a compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões. A segurança é uma das dimensões da qualidade dos serviços de saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

De acordo com a OMS, segurança significa a ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Assim, os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao paciente estão inevitavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços (BRASIL, 2017).

Para a prevenção dos problemas de segurança do paciente é necessário o planejamento de estruturas e processos que impliquem diretamente nessa dimensão da qualidade. É importante que o desenho desses processos seja regulamentado internamente mediante normas ou protocolos adaptados pelos atores envolvidos na assistência e aprovados pela gestão e chefias dos serviços de saúde (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

Especialistas referem que o cuidado de saúde de alta qualidade pode ser obtido por meio do uso da Prática Baseada em Evidências (FEI *et al.*, 2018; LEE; WALLRES, 2019), definida como o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o atendimento de pacientes individuais. A prática baseada em evidências usa informações clínicas, ferramentas de diagnóstico, estratégias de gerenciamento e terapias apropriadas vinculadas a resultados que podem ser medidos, analisados e modificados (MACGILLIVRAY, 2020).

A prática do cuidado ao paciente baseada em evidências evita ocorrências de grandes variações, diminui complicações evitáveis e previne erros. Instituições de saúde que buscam usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados, protocolos, *checklist* e *guidelines* demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras. A nova geração de profissionais de saúde está gradativamente sendo capacitada a trabalhar seguindo estas ferramentas (BRASIL, 2017).

1.6 Protocolos Assistenciais

Protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (PIMENTA *et al.*, 2015).

Os protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho e se constituem em uma importante ferramenta de gerenciamento em saúde. São instrumentos legais, de boa qualidade formal e fácil leitura, construídos dentro dos princípios da prática baseada em evidências, oferecendo as melhores opções disponíveis de cuidado. Tudo isso implica em um rigoroso processo de construção, adaptação à realidade local e implementação (KRAUZER *et al.*, 2018).

Várias vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Os protocolos também facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação da assistência (PIMENTA *et al.*, 2015).

A utilização de protocolos tornou - se uma prática comum entre as grandes sociedades profissionais e instituições de saúde nacionais e internacionais que se esforçam para embasar suas ações nas evidências mais recentes e de maior peso científico, aliadas à realidade local, à experiência dos profissionais e à preferência dos clientes. A ausência de protocolos que padronizem as atividades e os serviços de saúde dificulta a organização das práticas de cuidado (KRAUZER *et al.*, 2018; PAZIN-FILHO *et al.*, 2018).

A implementação dos protocolos assistenciais, aliados à experiência daqueles que usam no dia a dia, é uma ferramenta valiosa para o uso na prática clínica, podendo melhorar indicadores de saúde de determinada população (BRASIL, 2016; VIEIRA *et al.*, 2020). Manter os Protocolos Assistenciais

atualizados contribui para uma assistência à saúde de qualidade para as mulheres, bem como para propagação de conhecimento, especialmente em serviços com grande participação na formação de diversos profissionais de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Na área da saúde, devido ao grande volume e à variabilidade na qualidade das informações, há necessidade de elaboração de sínteses que facilitem o acesso e possibilitem recomendações baseadas nas melhores evidências disponíveis. Os protocolos assistenciais, como meio de disseminação de conhecimento, fornecem subsídio científico para a tomada de decisão, tanto para o profissional de saúde quanto para o gestor.

Manter as diretrizes atualizadas nas instituições de saúde permite ainda redução de riscos às pacientes e dos custos decorrentes da multiplicidade de condutas assistenciais. A necessidade de atualização dos protocolos pelo menos a cada dois anos, bem como inclusão de novos tópicos abrangendo as novas demandas da comunidade, motivou não apenas a revisão estruturada, como também a elaboração de novos protocolos com abordagem multiprofissional.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar, atualizar e editar os Protocolos Assistenciais em Ginecologia a serem adotados pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand na orientação da assistência e do ensino na instituição.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Atualizar os protocolos de ginecologia vigentes na instituição.

3.2.2. Elaborar novos protocolos de temas ainda não disponíveis na instituição:

- Abordagem de Massas Anexiais: Seguimento e Tratamento
- Adenomiose
- Desejo Sexual Hipoativo
- Estudo Urodinâmico
- Infecção Urinária
- Lesão Intraepitelial Vulvar
- Patologias Benignas da Mama
- Patologias Ginecológicas Frequentes na Infância e na Adolescência
- Perdas Gravídicas Recorrentes
- Rastreio do Câncer de Mama
- Saúde Sexual e Reprodutiva de Pessoas Transgêneros e Homoafetivos

3.2.3. Elaborar protocolos com participação de equipe multiprofissional:

- Distopias Genitais
- Distúrbios do Desenvolvimento Sexual
- Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico
- Endometriose Profunda: Manejo e Tratamento Cirúrgico
- Incontinência Urinária de Esforço
- Violência sexual

3.2.4. Editar os protocolos no formato de um livro digital e impresso.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma revisão integrativa na literatura, com o intuito de identificar, analisar e sintetizar, no formato de protocolos assistenciais, as recomendações baseadas em evidências disponíveis para cada tema definido. As seguintes etapas foram seguidas:

- 1ª Etapa: Elaboração da pergunta norteadora (temas dos protocolos).
- 2ª Etapa: Busca de trabalhos na literatura.
- 3ª Etapa: Coleta de dados.
- 4ª Etapa: Análise crítica das evidências.
- 5ª Etapa: Redação final do protocolo.

As bases de dados em que foram realizadas as buscas de artigos foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e Biblioteca Virtual em Saúde-Ministério da Saúde (BVS-MS). Os termos aplicados na busca incluíram o título do capítulo e termos correlatos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, integrante do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC), localizada na Rua Coronel Nunes de Melo, no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no estado do Ceará.

4.3 Definição dos temas dos protocolos

A primeira etapa consistiu na realização de um levantamento de todos os protocolos de ginecologia já disponíveis no *site* da instituição. Foram identificados, em abril de 2021, 32 protocolos, dos quais, 25 apresentavam última atualização no ano de 2018, 6 apresentavam última atualização em 2020 e um protocolo já apresentava atualização no ano de 2021. (QUADRO 1)

QUADRO 1: Protocolos de Ginecologia disponíveis no site da MEAC em abril de 2021 e ano de última atualização.

Protocolo de Ginecologia	Ano de última atualização
Adolescentes: Exame Ginecológico na Infância e Adolescência	2018
Amenorreia	2018
Abordagem da Sexualidade	2018
Câncer de Colo Uterino	2020
Câncer de Mama	2018
Climatério	2018
Colposcopia	2020
Distopia Genital	2018
Doença Inflamatória Pélvica	2018
Dor Pélvica Crônica	2018
Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico	2018
Endometriose Profunda: Manejo e Tratamento Cirúrgico	2018
Hiperplasia Endometrial e Câncer de Endométrio	2018
Incontinência Urinária de Esforço	2018
Infecções Sexualmente Transmissíveis: Corrimentos Genitais	2020
Infecções Sexualmente Transmissíveis: Úlceras Genitais	2020
Infertilidade: Propedêutica do Casal Infértil	2018
Infertilidade: Tratamento de Baixa Complexidade	2018
Inserção de Dispositivo Intrauterino no Pós - Parto Imediato	2021
Malformações Mullerianas	2018
Miomatose Uterina	2018
Osteoporose	2018
Patologia Benigna do Endométrio: Pólipos Endometriais	2018
Planejamento Reprodutivo	2018
Puberdade Precoce	2018
Puberdade Tardia	2018
Rastreio e Interpretação do Laudo Citológico Cérvico Vaginal	2020
Sangramento Uterino Anormal: Classificação e Investigação	2018
Síndrome da Bexiga Hiperativa	2018

Síndrome dos Ovários Micropolicísticos	2020
Sinequias de Pequenos Lábios	2018
Vídeo – Histeroscopia Ambulatorial	2018

A segunda etapa compreendeu a consulta e a análise dos dados obtidos em uma pesquisa realizada pela gestão da instituição no início de 2021, envolvendo os profissionais médicos que atuam nos ambulatórios de ginecologia e os residentes de Ginecologia e Obstetrícia do primeiro, segundo e terceiro ano, com o objetivo de conhecer a opinião dos participantes sobre a importância para a prática clínica dos protocolos disponíveis, bem como sugestão de novos temas ou modificações nos temas já existentes.

O questionário aplicado pela gestão fundamentou-se na Escala Likert de 1 - 5 em importância do tema para os protocolos, na seguinte graduação: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Nem concordo, nem discordo; 4 - Concordo parcialmente; 5 - Concordo Totalmente.

A análise do banco de dados identificou quarenta e duas respostas, de um total de 36 profissionais médicos ginecologistas e 31 residentes. Todos os temas apresentaram grau de importância 5 em mais de 60% das respostas, com exceção dos temas Sinéquias de pequenos lábios e Malformações Mullerianas.

Protocolos novos sugeridos incluíram os seguintes temas: Perdas Gravídicas de Repetição; Abordagem da Vítima de Violência Sexual; Câncer Vulvar e Lesões Precursoras; Abordagem de Massas Anexiais: Seguimento e Tratamento; Infecção urinária; Estudo Urodinâmico; Distúrbio do Desenvolvimento Sexual; Prevenção do Câncer de Colo de Útero nas Mulheres Lésbicas e Desejo Sexual Hipoativo. Em relação as modificações dos protocolos já existentes, foi sugerido incluir a abordagem ginecológica da criança e da adolescente no protocolo de tema Exame Ginecológico na Infância e Adolescência.

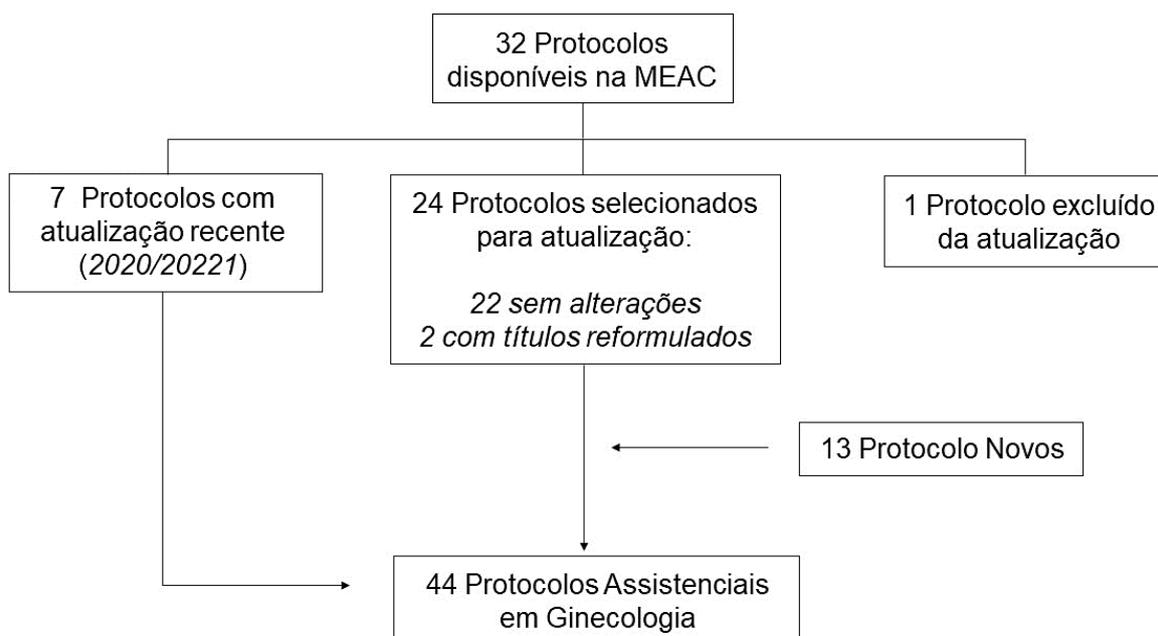
O grupo gestor da MEAC, após análise dos dados e, considerando o perfil de atendimento da instituição, a prevalência dos temas abordados, a possibilidade de incorporar novos tratamentos e tecnologias para melhorar o cuidado do paciente, definiu os protocolos a serem revisados, modificados e incluídos. Dos 32 protocolos existentes, 22 permaneceram sem alterações e 2

tiveram seus títulos reformulados, sendo o protocolo com título Osteoporose modificado para Avaliação de Massa Óssea e o protocolo titulado Exame Ginecológico na Infância e Adolescência modificado para Atenção Ginecológica à Criança e à Adolescente. O protocolo de Malformações Mullerianas não foi incluído na atualização, por já estar contemplado em outros tópicos. Os sete protocolos atualizados em 2020 e 2021 foram mantidos.

Treze novos protocolos foram definidos com os seguintes temas, tendo sido acordado com o grupo gestor da instituição: Adenomiose; Avaliação de Massas Anexiais: Seguimento e Tratamento; Desejo Sexual Hipoativo; Linha de Cuidado das Diferenças do Desenvolvimento Sexual; Estudo Urodinâmico; Infecção Urinária; Lesão Intraepitelial Vulvar; Patologias Benignas da Mama; Patologias Ginecológicas Frequentes na Infância e na Adolescência; Perdas Gravídicas Recorrentes; Rastreo do Câncer de Mama; Saúde Sexual e Reprodutiva de Pessoas Transgêneros e Homoafetivos; Violência Sexual.

Ao total, 44 protocolos foram elencados para compor o livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da instituição. (FLUXOGRAMA 1 e QUADRO 2)

FLUXOGRAMA 1: Seleção dos Protocolos de Ginecologia, após consulta aos médicos assistentes e grupo gestor do hospital.



QUADRO 2: Protocolos Assistenciais em Ginecologia selecionados.

Protocolos Assistenciais em Ginecologia
Abordagem da Sexualidade
Abordagem de Massas Anexiais: Seguimento e Tratamento
Adenomiose
Amenorreia
Atenção Ginecológica à Criança e à Adolescente
Avaliação da Massa Óssea
Câncer de Colo Uterino
Câncer de Mama
Climatério
Colposcopia
Desejo Sexual Hipoativo
Distopia Genital
Doença Inflamatória Pélvica
Dor Pélvica Crônica
Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico
Endometriose Profunda: Manejo e Tratamento Cirúrgico
Estudo Urodinâmico
Hiperplasia Endometrial e Câncer de Endométrio
Incontinência Urinária de Esforço
Infecção Urinária
Infecções Sexualmente Transmissíveis: Corrimentos Genitais
Infecções Sexualmente Transmissíveis: Úlceras Genitais
Infertilidade: Propedêutica do Casal Infértil
Infertilidade: Tratamento de Baixa Complexidade
Inserção de Dispositivo Intrauterino no Pós - Parto Imediato
Lesão Intraepitelial Vulvar
Linha de Cuidado das Diferenças do Desenvolvimento Sexual
Miomatose Uterina
Patologia Benigna do Endométrio: Pólipos Endometriais
Patologias Benignas da Mama
Patologias Ginecológicas Frequentes na Infância e na Adolescência
Perdas Gravídicas Recorrentes
Planejamento Reprodutivo

Puberdade Precoce
Puberdade Tardia
Rastreamento do Câncer de Mama
Rastreamento e Interpretação do Laudo Citológico Cérvico Vaginal
Sangramento Uterino Anormal: Classificação e Investigação
Saúde Sexual e Reprodutiva de Pessoas Transgêneros e Homoafetivos
Síndrome da Bexiga Hiperativa
Síndrome dos Ovários Micropolicísticos
Sinéquias de Pequenos Lábios
Vídeo – Histeroscopia Ambulatorial
Violência Sexual

4.4 Definição dos Protocolos Multiprofissionais

Após a definição dos temas dos protocolos, avaliando-se o perfil dos ambulatórios de ginecologia da instituição que contam com a participação de uma equipe multiprofissional e considerando a importância da atuação dessa equipe no atendimento integral às pacientes, seis protocolos foram selecionados pelo gestor da instituição e pelo grupo de estudo para adquirir o formato multiprofissional.

Os protocolos selecionados foram: Distopia Genital; Linha de Cuidado das Diferenças do Desenvolvimento Sexual; Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico; Endometriose Profunda: Manejo e Tratamento Cirúrgico; Incontinência Urinária de Esforço; Violência Sexual.

4.5 Definição da equipe de trabalho

4.5.1 Autores

Os autores participantes fazem parte do corpo clínico da MEAC, o que é uma boa estratégia de seleção, pois a abordagem participativa na elaboração dos protocolos facilita a posterior aceitação e implementação das recomendações. Os temas foram distribuídos considerando a experiência dos autores e seu envolvimento com o trabalho.

Trinta e oito médicos foram convidados, sendo 31 ginecologistas, 3 mastologistas, 1 cirurgião oncológico, 2 endocrinologistas e 1 geneticista, além de profissionais da área de enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço social.

Os residentes de Ginecologia e Obstetrícia também foram convidados e participaram como coautores, sendo a divisão dos temas realizada a partir do interesse de cada um.

O número de autores por protocolo variou, não havendo definição de quantidade limite de autores. Cada protocolo contou com a participação de no mínimo um autor e um coautor, existindo protocolos multiprofissionais com a participação de até dez autores.

4.5.2 Editores

O processo editorial foi coordenado por uma médica ginecologista e obstetra, aluna do mestrado profissional em Saúde da Mulher e da Criança da UFC, com a orientação e a supervisão da Chefe da Divisão de Gestão de Cuidado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC/EBSERH/UFC e orientadora do programa de pós-graduação.

4.6 Etapas da Elaboração

4.6.1 Atualização e Elaboração de novos protocolos:

Os temas dos vinte e quatro protocolos a serem revisados e dos treze novos protocolos a serem elaborados foram encaminhados para cada autor e coautor por *e-mail*, através de um convite, com esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, orientações para a realização de uma revisão na literatura no tema envolvido, instruções para padronização dos protocolos, como o número de páginas e modelo adotado pela MEAC, incluindo os seguintes tópicos: (ANEXO 1).

- Autor
- Sumário
- Siglas e conceitos
- Objetivos

- Justificativas
- Critérios de inclusão e exclusão
- Atribuições, competências, responsabilidades
- História clínica e exame físico
- Exames diagnósticos indicados
- Tratamento indicado e plano terapêutico
- Critérios de internação
- Critérios de mudança terapêutica
- Critérios de alta ou transferência
- Fluxogramas
- Monitoramento
- Referências
- Histórico de revisão

Os tópicos citados poderiam ser ajustados de acordo com a necessidade de cada tema, com a exclusão de tópicos não adequados ou a inclusão de novos.

Para a elaboração dos protocolos multiprofissionais, foi pontuada a importância do alinhamento das condutas em equipe, evitando o processo de fragmentação na produção dos protocolos.

O processo de revisão e elaboração constituiu-se em duas etapas, descritas a seguir. Um prazo inicial de trinta dias foi fornecido para a realização dessas etapas, que, ao final, foram concluídas em um período de 180 dias.

Etapa 1 - Revisão de literatura pelos médicos residentes de ginecologia e obstetrícia e elaboração de uma versão inicial:

Foi realizada revisão da literatura no tema envolvido, incluindo busca, seleção, análise crítica e interpretação dos resultados para a formulação das recomendações, considerando principalmente Diretrizes de Sociedades e Revisões Sistemáticas.

Após a revisão, os protocolos novos foram escritos e os protocolos já existentes foram reformulados a partir do acréscimo de novas recomendações e atualizações dos últimos 2 anos. Uma versão inicial foi elaborada e enviada para revisão pelos especialistas. (VERSÃO A)

Etapa 2 - Revisão da versão inicial pelos especialistas ginecologistas ou multiprofissionais:

A versão inicial elaborada foi enviada por *e-mail* para os especialistas, que revisaram detalhadamente o material, realizando correções e ajustes necessários no conteúdo, nas tabelas, nos fluxogramas, etc.

Dependendo das modificações, as versões eram reencaminhadas ao grupo inicial para realização das adequações, até atingir a versão final, que após conclusão, foi encaminhada para os editores. (VERSÃO B)

4.6.2 Revisão pelos editores:

A versão final dos protocolos foi enviada aos editores, que realizaram uma nova revisão, com o objetivo de avaliar a necessidade de inclusão ou modificação de alguma recomendação, considerando os recursos locais, além de realizar os ajustes necessários para adequação dos protocolos ao formato padrão da instituição. (VERSÃO C)

As alterações necessárias nessa etapa incluíram principalmente reparos na formatação e padronização de tabelas e fluxogramas, acréscimos de tópicos ausentes, como siglas e objetivo, e correções ortográficas. Um protocolo necessitou de adaptações de condutas de acordo com realidade da MEAC. Todos esses ajustes foram realizados pelos editores.

Somente dois protocolos precisaram ser reencaminhados aos autores para complementações: um protocolo para o acréscimo do tópico referências e outro para inclusão de fluxograma.

4.6.3 Validação interna:

A validação interna compreendeu 3 etapas:

Etapa 1 – Validação pelos especialistas ginecologistas e multiprofissionais:

A primeira etapa de validação foi realizada pelo próprio grupo de autores especialistas com o intuito de identificar se os protocolos estavam atualizados e contendo informações corretas de acordo com a melhor evidência científica disponível (fontes e referências).

Etapa 2 – Validação pelo Setor de Gestão da Qualidade da MEAC:

A segunda etapa da validação foi executada pelo Setor de Gestão da Qualidade da MEAC que avaliou se os protocolos estavam de acordo com o modelo padronizado pela instituição, incluindo a formatação do texto (organização visual, estrutura, tipo de letra, tamanho, estilo, cor, espaçamento), divisão de tópicos e sistematização de fluxogramas e tabelas.

Etapa 3 – Validação pelo Grupo Gestor da MEAC:

Após validação pelos especialistas e pelo Setor de Gestão de Qualidade, os protocolos foram impressos e encaminhados ao Grupo Gestor, responsável pela última etapa de validação.

Os principais critérios analisados nessa etapa e necessários para validação final dos protocolos, incluíram:

- Atender os objetivos da instituição.
- Condutas e recomendações adequadas à realidade e aos recursos locais.
- Textos de fácil leitura.
- Adequação para utilização por todos os profissionais envolvidos na assistência ginecológica na instituição.
- Adequação para circular no meio científico na área de ginecologia.

4.6.4 Publicação no site da MEAC:

Em dezembro de 2021, após validação do Grupo Gestor, os protocolos foram publicados no *site* da MEAC, estando disponíveis para consulta dos profissionais da instituição, bem como para acesso de outros profissionais e da população geral.

4.6.5 Produção do livro digital e impresso:

Os protocolos serão organizados para compor o livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com publicação em formato digital e impresso pela Editora Universitária da Universidade Federal do Ceará.

5. RESULTADOS

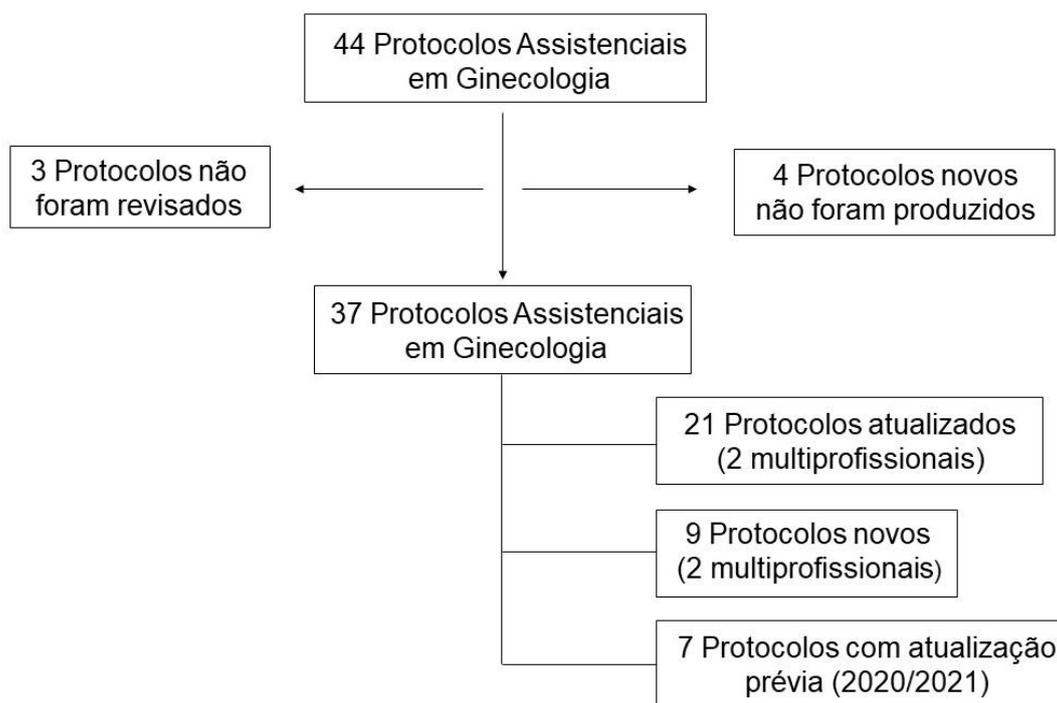
Vinte e um protocolos foram revisados e nove protocolos novos foram produzidos. Sete protocolos não foram entregues durante o período do estudo, sendo três revisões e quatro protocolos novos.

Dos seis protocolos selecionados para o formato multiprofissional, quatro foram concluídos. Foram eles: Distopia Genital; Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico; Linha de Cuidado das Diferenças do Desenvolvimento Sexual; Violência Sexual. O protocolo com título Endometriose Profunda: Manejo e Tratamento Cirúrgico, foi revisado, entretanto não contou com a participação da equipe multiprofissional.

Contribuíram com a redação 38 médicos, além de profissionais da área de enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço social.

Ao final, incluindo os sete protocolos já atualizados, irão compor o livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, 37 protocolos. (FLUXOGRAMA 2 e QUADRO 3) Este livro está em processo de análise para liberação de publicação pela Editora Universitária da UFC, conforme processo protocolado no SEI No. 23067.040301/2022-11, com previsão para o ano de 2023.

FLUXOGRAMA 2: Total de protocolos incluídos no livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.



QUADRO 3: Protocolos incluídos no livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Protocolo de Ginecologia
Abordagem da Sexualidade
Adenomiiose
Amenorreia
Atenção Ginecológica à Criança e à Adolescente
Avaliação da Massa Óssea
Câncer de Colo Uterino
Climatério
Colposcopia
Desejo Sexual Hipoativo
Doença Inflamatória Pélvica
Endometriose Profunda: Manejo e Tratamento Cirúrgico
Hiperplasia Endometrial e Câncer de Endométrio
Infecções Sexualmente Transmissíveis: Corrimentos Genitais

Infecções Sexualmente Transmissíveis: Úlceras Genitais
Infertilidade: Propedêutica do Casal Infértil
Infertilidade: Tratamento de Baixa Complexidade
Inserção de Dispositivo Intrauterino no Pós - Parto Imediato
Lesão Intraepitelial Vulvar
Miomatose Uterina
Patologia Benigna do Endométrio: Pólipos Endometriais
Patologias Benignas da Mama
Patologias Ginecológicas Frequentes na Infância e na Adolescência
Perdas Gravídicas Recorrentes
Planejamento Reprodutivo
Puberdade Precoce
Puberdade Tardia
Rastreio e Interpretação do Laudo Citológico Cérvico Vaginal
Sangramento Uterino Anormal: Classificação e Investigação
Saúde Sexual e Reprodutiva de Pessoas Transgêneros e Homoafetivos
Síndrome da Bexiga Hiperativa
Síndrome dos Ovários Micropolicísticos
Sinéquias de Pequenos Lábios
Vídeo – Histeroscopia Ambulatorial
Protocolo Multiprofissional
Distopia Genital
Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico
Linha de Cuidado das Diferenças do Desenvolvimento Sexual
Violência Sexual

Também como resultado do trabalho, tivemos a publicação do artigo “Saúde sexual e reprodutiva de homens transgêneros e mulheres homoafetivas: Revisão Integrativa” na revista *Research, Society and Development* em 27 de janeiro de 2022.

6. DISCUSSÃO

O processo de construção dos protocolos é de elevada complexidade, requerendo conhecimento, disciplina, determinação, parcerias e recursos, (PAZIN-FILHO *et al.*, 2018; MICHIE *et al.*, 2007) devendo ser realizado com rigor metodológico, de forma a garantir sua credibilidade e legitimidade, uma vez que são instrumentos que constituem alicerce para as condutas profissionais. (VIEIRA *et al.*, 2020). Entretanto, é difícil encontrar um único percurso com abordagem válida e abrangente, pois há grande variedade de metodologias utilizadas (CATUNDA *et al.*, 2017).

Com intuito de minimizar essas variações e padronizar esse processo, diversas diretrizes foram publicadas nas duas últimas décadas (KHODAMBASHI; NYTRO, 2017). De uma forma sumarizada, tendo como base esses documentos, a elaboração dos protocolos deve seguir as etapas: definição do problema central e objetivo; constituição da equipe de autores; realização de revisão na literatura (com identificação dos estudos, avaliação crítica e síntese da evidência); elaboração de modelos de recomendações; organização de ações e fluxos em algoritmos; revisão; validação pelos profissionais; validação pelos usuários; definição de plano de implementação; formulação de recomendações para pesquisa e atualização do protocolo (RIBEIRO, 2010; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

É recomendado que a equipe de autores inclua profissionais especialistas e relevantes na área, com experiência em metodologia de pesquisa científica, em busca de evidências, análise crítica da literatura científica e análise de custo - efetividade (BRASIL, 2016). Seguindo essa recomendação, os profissionais selecionados para participar da autoria dos protocolos de ginecologia da MEAC, integram o corpo clínico da instituição, e, em sua maioria, atuam nos ambulatórios específicos de cada temática, com grande conhecimento e vivência no assunto. Além disso, parte dos autores possuem título de mestre e/ou doutor, bem como envolvimento com atividades científicas de pesquisa e docência.

A submissão do texto preliminar à revisão, preferencialmente por revisor externo ao grupo elaborador, é uma importante etapa do desenvolvimento dos protocolos para assegurar a qualidade do texto final (PIMENTA *et al.*, 2015). Em nosso processo de elaboração, a etapa de revisão foi realizada pelos editores,

profissionais não pertencentes ao grupo de autores da maior parte dos protocolos. Nesta fase, foi possível incluir adequações pertinentes ao objetivo dos protocolos e à realidade local da MEAC, sempre considerando a melhor evidência científica disponível.

Uma vez que novas informações estão disponíveis a cada dia, a formulação de recomendações para pesquisa e atualização é outra estratégia fundamental para manter a qualidade dos protocolos, garantindo que permaneçam baseados no conhecimento científico mais atual (PAZIN-FILHO *et al.*, 2018). É sugerido que essa atualização seja periódica, dentro do limite de tempo proposto, geralmente dois anos; instantânea, sempre que o grupo elaborador recuperar informação impactante que exija mudanças fundamentais; e devido a incorreções, percebidas pelo público leitor ou outros profissionais, que deverão ser inseridas a qualquer momento (BRASIL, 2016). Na organização dos nossos protocolos, o período proposto de atualização de dois anos foi respeitado em quase todos os tópicos. Alguns capítulos com última atualização no ano de 2018 foram concluídos e publicados apenas em 2021.

Outro critério imprescindível para garantir a segurança no uso dos protocolos na prática clínica, é a validação, que avalia se o material em questão alcançou os objetivos propostos. Esse processo é amplamente empregado na literatura, porém não há consenso acerca do melhor método a ser utilizado e como este deve ser estruturado (CATUNDA *et al.*, 2017). A validação do conteúdo ocorre em duas etapas: elaboração do instrumento e avaliação por especialistas, ambas utilizando métodos que variam entre si (VIEIRA *et al.*, 2020). Além disso, também requer o envolvimento dos usuários do serviço, devendo o grupo elaborador considerar em qual etapa essa participação é viável, podendo ocorrer durante a fase de elaboração ou no momento do seu uso, como por exemplo, quando se indaga ao usuário qual sua preferência frente às opções disponíveis de cuidado (PIMENTA *et al.*, 2015).

A validação dos protocolos de ginecologia da MEAC foi realizada por especialistas, baseada em uma análise qualitativa de cada material. Devido ao grande número de protocolos produzidos e ao tempo disponível para realização de todo o processo, a aplicação de questionários específicos tornou-se inviável, bem como a participação dos usuários na elaboração.

Um importante diferencial na organização dos protocolos da MEAC consistiu na inclusão de protocolos multiprofissionais. A multidisciplinaridade se caracteriza por uma ação simultânea de várias disciplinas em torno de um mesmo tema. Essa atuação, no entanto, ainda é muito fragmentada, na medida em que os profissionais envolvidos no processo não estabelecem de forma mais intensa a relação e cooperação entre as disciplinas (RODRIGUES, 2014).

Para que o processo de elaboração do protocolo multiprofissional ocorra, ressalta-se a importância de uma comunicação de caráter interprofissional e colaborativa entre os profissionais de diversas categorias de saúde, de forma a conduzirem um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador, objetivando superar a barreira da fragmentação (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Uma particularidade da instituição nesse sentido é a organização dos atendimentos multiprofissionais em turnos e espaços idênticos, facilitando a comunicação entre os pares e minimizando o número de visitas ao hospital pelas pacientes, durante a linha de cuidado. Em relação à produção dos protocolos multiprofissionais, entretanto, encontramos dificuldade em identificar na literatura diretrizes para orientar o processo. Em nosso estudo, constatou-se fragmentação durante a elaboração, bem como entraves para consolidação e participação de todos os profissionais da equipe. Como consequência, alguns protocolos inicialmente definidos para o formato multiprofissional, não conseguiram alcançar esse objetivo.

Como limitações a serem consideradas em nosso trabalho, podemos elencar essa fragmentação observada na produção dos protocolos multiprofissionais, além da participação do grupo editor na autoria de alguns capítulos.

Ao final da elaboração dos protocolos, consideramos como obstáculos para a conclusão do processo, a dificuldade dos autores em terminar os manuscritos em tempo hábil, respeitando o período estabelecido, incluindo a não finalização de alguns protocolos. Tal fato pode ser decorrente da não disponibilização de tempo protegido para essa atividade de produção de materiais na organização do trabalho hospitalar, sendo essas atividades realizadas pelos profissionais em meio a outras demandas assistenciais. Esse

problema pode ser solucionado a partir da valorização de uma comissão permanente de autores.

Os protocolos que não foram concluídos no prazo inicialmente proposto para compor o livro poderão ser publicados no *site* da MEAC após finalização, com possível inclusão nas edições posteriores do livro.

Em relação aos pontos positivos e facilitadores: a etapa inicial de diagnóstico da listagem de protocolos pelos profissionais da assistência, que norteou a escolha dos temas a serem incluídos, baseada nas necessidades e demandas da instituição; a participação de profissionais do corpo clínico na produção dos protocolos, o que facilita a implementação das recomendações; a disponibilidade de um Setor de Gestão da Qualidade, com participação ativa na etapa de validação, contribuindo para a adequação dos protocolos à instituição; e a disponibilização do material no *site* da MEAC e a organização do livro de protocolos em formato eletrônico, viabilizando sua divulgação e seu acesso para profissionais e usuários.

Nossa vivência no processo de organização de protocolos reafirma a necessidade de maior discussão na literatura sobre estratégias de elaboração, principalmente debates e experiências envolvendo os protocolos multiprofissionais, em busca de embasar e ampliar a sua utilização em nosso meio. O desenvolvimento de diretrizes a partir de um processo metodológico padronizado implicará em um aumento de uso de terapias benéficas, associado à redução de danos evitáveis e resultados abaixo do ideal.

Além de uma tecnologia que possibilita qualidade da assistência e segurança do paciente, a partir das melhores evidências científicas, o livro de protocolos da MEAC corresponderá uma ferramenta para o ensino de Ginecologia na instituição e em outros serviços, impactando positivamente na formação de profissionais e na assistência à saúde da mulher no estado do Ceará.

O desenvolvimento de um instrumento de tanto impacto, entretanto, constitui-se um desafio, tanto no que se refere a quantidade de temas e autores envolvidos, bem como em todas as etapas de elaboração, diante da falta de padronização na literatura. Tais dificuldades não diminuem a importância desse instrumento na prática clínica e mostram a necessidade de pesquisas futuras objetivando aprimorar esse processo.

Projetos para atualizações futuras poderão ainda seguir um processo de validação realizado por meio da divisão dos protocolos para grupos de juízes em áreas correlatas, facilitando a aplicação de instrumentos elaborados, além de incluir a participação dos usuários; e contar com a criação de uma comissão de revisão periódica, como uma forma de assegurar um plano de atualização dos protocolos da instituição.

7. CONCLUSÃO

Ao total, 21 protocolos foram atualizados, destes, dois adquiriram o formato multiprofissional. Nove protocolos novos foram elaborados, sendo dois multiprofissionais.

Todos os 37 protocolos irão compor o livro de Protocolos Assistenciais em Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Este material será publicado em formato eletrônico e impresso, facilitando o acesso pelos profissionais e usuários.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Metodológicas. Elaboração de Diretrizes Clínicas**. Brasília, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Boletim epidemiológico**, v. 52, n. 29, ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1. ed., 2. Reimpr. Brasília, 2011.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília, 2016.

BUSS, P. M.; UNGERER, R. Women's, children's and adolescents' health in the context of the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development. **Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 53, p. 9-22, jan. 2016.

CASSIANO, A. C. M., et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p.227 – 244, abr/jun 2014.
<https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>.

CATUNDA, H. L. O. *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto Contexto Enferm.**, v.26, n. 2, 2017.

CEARÁ, Governo do Estado do Ceará. IntegraSUS. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadorespoliclinicas/consultas-policlinicas> > Acesso em 13 jan. 2022.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**. Ceará, 2016.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde, SESA. **Hospitais e unidades da Sesa**. Ceará, 2018. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/05/28/hospitais-e-unidades/>> Acesso em 13 jan. 2022.

CHASSIN, M. R.; GALVIN, R. W. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. **JAMA**, v. 280, n. 11, p. 1000-1005, 1998.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.4, p. 1073-1083, 2009.

EVERY WOMAN EVERY CHILD. **The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016- 2030**. Nações Unidas, 2015. Disponível em <<https://www.everywomaneverychild.org/global-strategy/#sect2>> Acesso em 25 out. 2021.

FEI, J. *et al.* Efficacy of evidence-based medicine training for primary healthcare professionals: a non-randomized controlled trial. **BMC Medical Education**, v.18, n. 299, dec. 2018.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **Catálogos de Serviços**. Disponível em: <<https://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/categoria/saude> > Acesso em 13 jan. 2022.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, CE, 01 abril de 2022, p.42. Disponível em: <https://diariooficial.fortaleza.ce.gov.br/download-diario?objectId=workspace://SpacesStore/5da60381-8618-4629-9477-9044334f66fb;1.2&numero=17294> >Acesso em 18 de julho de 2022.

GINECOLOGIA. **Protocolos MEAC**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/ginecologia>. >Acesso em abril de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde, PNS 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=31438&t=sobre>> Acesso em 21 out. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.

KHODAMBASHI, S.; NYTRO, O. Reviewing clinical guideline development tools: features and characteristics. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v.17, n. 132, 2017.

KRAUZER, I. M., *et al.* A Construção de Protocolos Assistências no Trabalho em Enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 22, mar. 2018.

LEE, T. S. L; WALLRES, R. Translation of Evidence - Based Practice. Quality Improvement and Patient Safety. *Nurs Clin N Am*, n. 54, 2019.

MACGILLIVRAY, T. E. Advancing the Culture of Patient Safety and Quality Improvement. **Methodist Debakey Cardiovasc J.**, v. 16, n. 3, p. 192-198, jul.-sep. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MICHIE, S. *et al.* Turning evidence into recommendations: Protocol for a study of guideline development groups. **Implementation Science**, v.2, n. 29, 2007.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report**. Washington, DC: NQF; 2010.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde. **Plano de Ação para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2018 – 2030**. Washington, 2018. Disponível em <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609?show=full>> Acesso em 25 out. 2021.

PAZIN-FILHO, A. *et al.* Protocolos Clínicos Institucionais – O desafio de gerenciar e garantir a aplicação de informação atualizada e contextualizada. **Revista Qualidade HC**, Revista Eletrônica. Ribeirão Preto, 2018. [ISSN 2526-0162](https://doi.org/10.11606/ISSN2526-0162).

PIMENTA, C. A. de M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, COREN -SP. São Paulo, 2015.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl. 2, p. 1535–1547, 2018.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempua – Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 103 -108, 2014.

REIS, C.T. *et al.* Patient safety as a dimension of the quality of health care – a look at the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013.

Relatório institucional 2020: Complexo Hospitalar UFC/EBSERH. / Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior, Danielle Campos de Aguiar, Francisco Norton Falcão Chaves. – Fortaleza, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/comunicacao/noticias/relatorio-institucional-do-complexo-hospitalar-da-ufc-ebserh-2020-compila-resultados-de-ano-atipico/RelatorioInstitucionaldoComplexoHospitalardaUFC_1.pdf/view> Acesso em 25 mar. 2022.

RIBEIRO, R. C. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade? **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 4, p. 350-355, 2010.

RODRIGUES, D. E. F. C. **Protocolos Assistenciais em Obstetrícia de Maternidade Terciária em Fortaleza-CE**. Fortaleza, CE, 2019. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

RODRIGUES, L. F. **Protocolos da Atenção Básica: Uma tecnologia para fortalecimento do trabalho interdisciplinar e multiprofissional**. 2014. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) - Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. National Policy for Integral Attention to Women's Health: leading role of the women's movement. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832 – 846, Jul/set. 2021.

UNA – SUS/UFMA, Universidade Federal do Maranhão. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís, 2016.

UNA – SUS/UFMA, Universidade Federal do Maranhão. **Saúde da Mulher Geral**. São Luís, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. **Carta de serviços ao cidadão**. Ceará, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/programas-e-projetos/carta-de-servicos-ao-cidadao-do-meac>> Acesso em 25 mar. 2022.

VIEIRA, T. W. *et al.* Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, suppl. 5, jun. 2020.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. DE; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon), 2009.

WORDL HEALTH ORGANIZATION. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**. Geneva, 2006.

CAPÍTULO 2 – ARTIGO CIENTÍFICO

Saúde sexual e reprodutiva de homens transgêneros e mulheres homoafetivas:

Revisão Integrativa

Sexual and reproductive health of transgender men and homoffective women: Integrative Review

Salud sexual y reproductiva de hombres transgénero y mujeres homoafectivas: Revisión integrativa

Recebido: 12/01/2022 | Revisado: 20/01/2022 | Aceito: 26/01/2022 | Publicado: 27/01/2022

Pâmela Mendes Arruda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1661-8994>

Universidade Federal do Ceará, Brasil

E-mail: pam_mendesarruda@yahoo.com.br

Manuela Gondim Lima Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6041-2486>

Universidade Federal do Ceará, Brasil

E-mail: manugondimlima@gmail.com

Isabela Aragão Colares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9503-1103>

Universidade Federal do Ceará, Brasil

E-mail: Isabelaacolares@alu.ufc.br

Débora Fernandes Brito

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6248-8054>

Universidade Federal do Ceará, Brasil

E-mail: deborabritto@hotmail.com

Raquel Autran Coelho Peixoto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2998-2779>

Universidade Federal do Ceará, Brasil

E-mail: raquelautranpc@gmail.com

Resumo

Objetivo: Há uma compreensão limitada sobre peculiaridades no cuidado à saúde de minorias sexuais e de gênero (MSG). Este estudo objetivou discutir as necessidades clínicas e principais barreiras da população transgênero e homoafetiva no cenário da ginecologia. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, das bases de dados on-line: MEDLINE, SCIELO e LILACS dos últimos cinco anos, utilizando-se a pergunta norteadora: “Quais as recomendações atuais para o cuidado à saúde em ginecologia para homens transgênero e mulheres homoafetivas, quanto à proteção à saúde e prevenção de doenças?” **Resultados:** Ao final das buscas, 13 publicações atenderam aos critérios de elegibilidade e foram selecionadas para compor o estudo. Foram revisadas as recomendações específicas para promoção à saúde de homens transgênero e mulheres homoafetivas, quanto à consulta ginecológica, prevenção de câncer, ISTs e planejamento reprodutivo. O conhecimento das necessidades de saúde permite desenvolver uma prática acolhedora e inclusiva para as pessoas de MSGs. O aumento da educação e treinamento entre provedores e profissionais de saúde e melhorias gerais no sentido de compreender as barreiras à triagem de saúde e à captação de recursos de saúde podem reduzir algumas disparidades. **Conclusão:** Os profissionais de saúde devem se familiarizar com as necessidades únicas de atenção à saúde de

peças que se identificam como homens transgêneros e mulheres homoafetivas. Diversos determinantes sociais podem influenciar o atendimento ginecológico de MSGs, podendo gerar disparidades de saúde nesses grupos marginalizados. Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero; Pessoas transgênero; Homossexualidade; Ginecologia.

Abstract

Objective: There is limited understanding of peculiarities in the health care of sexual and gender minorities (SGM). This study aimed at needs such as clinical and main barriers of the population and homosexuals in the scenario of transformation. **Methodology:** An integrative literature review was carried out, using as online databases: MEDLINE, VHL and LILACS of the last 5 years, using the guiding question: "What are the current ones for health care in gynecology for transgender and gay men, to health protection and disease prevention?" **Results:** At the end of the searches, 13 publications met the eligibility criteria and were selected to compose the study. They were reviewed as specific for promoting the health of transgender men and homosexual women, regarding gynecological consultation, cancer and STI prevention and reproductive planning. Knowledge of health needs allows the development of a welcoming and inclusive practice for SGMs. Education education and training among health providers and professionals can improve the sense of understanding how health screening and health fundraising can increase disparities. **Conclusion:** Health professionals should become familiar with the unique health care needs of people who identify as transgender men and gay women. Social determinants can influence gynecological care for SGMs, which can generate disparities among different marginalized groups. **Keywords:** Sexual and gender minorities; Transgender person; Homosexuality; Gynecology.

Resumen

Objetivo: Existe una comprensión limitada de las peculiaridades en el cuidado de la salud de las minorías sexuales y de género (MSG). Este estudio apuntó a necesidades como clínica y principales barreras de la población y homosexuales en el escenario de transformación. **Metodología:** Se realizó una revisión integrativa de la literatura, utilizando como bases de datos en línea: MEDLINE, BVS y LILACS de los últimos 5 años, utilizando como pregunta guía: "¿Cuáles son las actuales para la atención en salud en ginecología para hombres transgénero y gays, para la salud protección y prevención de enfermedades?" **Resultados:** Al final de las búsquedas, 13 publicaciones cumplieron con los criterios de elegibilidad y fueron seleccionadas para componer el estudio. Fueron revisados como específicos para la promoción de la salud de hombres transgénero y mujeres homosexuales, en cuanto a consulta ginecológica, prevención de cáncer e ITS y planificación reproductiva. El conocimiento de las necesidades de salud permite desarrollar una práctica acogedora e incluyente para las MSGs. La educación, la educación y la capacitación entre los proveedores y profesionales de la salud pueden mejorar la comprensión de cómo las pruebas de detección y la recaudación de fondos para la salud pueden

aumentar las disparidades. Conclusión: Los profesionales de la salud deben familiarizarse con las necesidades únicas de atención médica de las personas que se identifican como hombres transgénero y mujeres homosexuales. Los determinantes sociales pueden influir en la atención ginecológica de las MSGs, lo que puede generar disparidades entre los diferentes grupos marginados. Palabras clave: Minorías sexuales y de género; Personas transgénero; Homosexualidad; Ginecología.

1. Introdução

Na perspectiva binária e heterossexual, masculinidade(s) e feminilidade(s) são compreendidas como a expressão cultural da diferença natural (biológica) dos sexos e que, em decorrência disso, todos os elementos constitutivos ou de expressão dos sujeitos estão condicionados a essa determinação (Bento, 2017). Desta forma, a lógica hegemônica de sexo biológico como fator que determina a identidade de gênero torna estranho qualquer um que fuja da lógica binária e dicotômica (Popadiuk et al., 2017).

Uma pessoa transgênero é aquela que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer. Os termos “transgeneridade” / “transgênero” (ou a abreviação “Trans”) fazem referência à identidade de gênero de pessoas que não se identificam com o gênero designado ao nascer, utilizando o termo como “conceito guarda-chuva” – dentro do qual cabem muitas diferentes identidades (Bento, 2017). Ocorre situação de gênero fluido quando a identidade pessoal do indivíduo muda de expressão masculina para feminina para não-binária, podendo variar de dia para dia, fazendo com que se inicie e interrompa o tratamento hormonal e potencialmente aumentando riscos médicos. É importante validar a identidade desses indivíduos e discutir situações peculiares às suas vivências (Nisly et al., 2018).

A orientação sexual não foi conclusivamente determinada por fatores específicos, e o momento do surgimento, reconhecimento e expressão da orientação sexual de uma pessoa varia entre os indivíduos. Para muitas mulheres, a orientação sexual segue um continuum em que uma mulher pode não ser exclusivamente heterossexual ou homossexual (ACOG, 2021). Os termos homossexual e homoafetivo comumente são encarados como sinônimos, mas homoafetivo descreve a complexidade e a multiplicidade de relações

afetivas e/ou sexuais entre pessoas do mesmo sexo/gênero, enquanto homossexual conota também os aspectos emocionais e afetivos envolvidos na relação amorosa entre pessoas do mesmo sexo/gênero (Reis, 2018).

“Todo indivíduo possui direito de igualdade e liberdade no exercício da sexualidade; estes são: autonomia sexual, integridade sexual e segurança corpórea, privacidade, prazer, expressão, associação, escolhas reprodutivas e informação sexual livre de discriminação” (Ávila, 2003). Apesar de tais prerrogativas, no atendimento básico de indivíduos transgêneros e homoafetivos, essa parcela vulnerável da população ainda enfrenta diversos constrangimentos, como episódios transfóbicos e homofóbicos por profissionais ou demais usuários do serviço de saúde, incluindo o não uso do nome social e pronomes adequados em cadastros e prontuários, o que reduz a adesão aos sistemas de saúde.

No Brasil, ainda se fazem presentes manifestações de homofobia, transfobia e o preconceito inclusive nos serviços de saúde, sustentando e agravando o deficitário atendimento a ser ofertado no Sistema Único de Saúde, indo na contramão das políticas de cuidado humanizado preconizadas (Lovison et al., 2019). Nesse contexto, a recusa em considerar as especificidades em saúde dos transgêneros prejudica o reconhecimento das variações sociais, subjetivas e biológicas do ser humano (Lionço, 2009).

No que diz respeito a essas demandas e individualidades, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2012) assegura não só o preenchimento do nome social nos documentos de identificação do SUS (Cartão Nacional de Saúde/CNS) como também explicita o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do SUS, livres de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, vetando o uso de formas desrespeitosas e preconceituosas no atendimento.

Sob esse viés, as minorias sexuais e de gênero (MSG) são as que mais enfrentam dificuldades ao buscarem atendimentos nos serviços públicos de saúde – não só quando reivindicam serviços especializados, como o processo transexualizador, mas em diversas outras ocasiões nas quais buscam atendimento – pela enérgica trans/travestifobia que sofrem atrelada à discriminação por outros marcadores sociais – como pobreza, raça/cor,

aparência física – e pela escassez de serviços de saúde específicos (Mello et al., 2011).

É dentro dessa perspectiva, com a finalidade de discutir as possibilidades de ampliação de um conhecimento transdisciplinar que permita auxiliar profissionais no cuidado adequado à saúde das MSG, que se justificou o estudo das práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de transgêneros e homossexuais. Considera-se que essas relações sociais de desigualdade de gênero necessitam de um olhar holístico, centrado na promoção da saúde, com políticas públicas que assegurem qualidade na assistência, mas também considerando as facetas discriminatórias possivelmente presentes na atenção à saúde de dessa população. Esta revisão se concentra nas barreiras e necessidades clínicas da população transgênero e homoafetiva no cenário da ginecologia.

2. Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura teórica e empírica. Trata-se de uma abordagem metodológica mais ampla que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para obter uma melhor compreensão do fenômeno analisado. Seu impacto ocorre não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também pelo pensamento crítico de que a prática diária necessita (Souza et al., 2010).

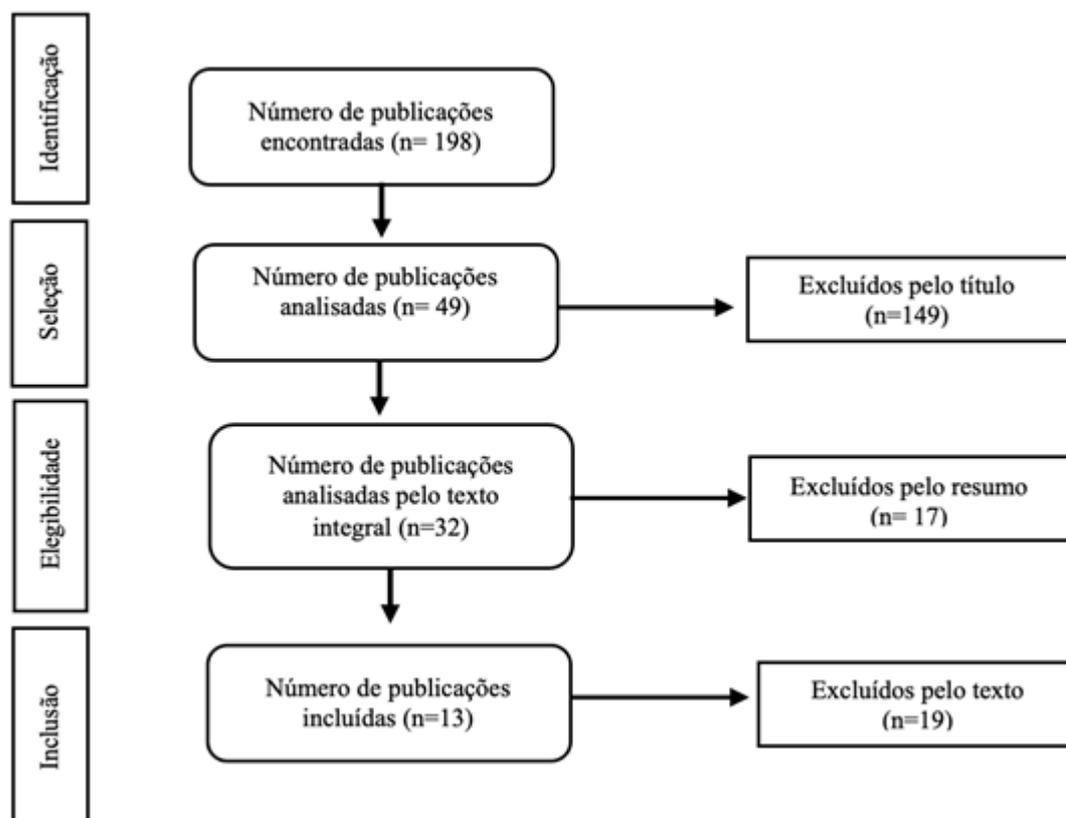
Foram utilizadas as seguintes etapas para sua elaboração: (1) delimitação do tema e construção da pergunta norteadora da pesquisa; (2) levantamento das publicações nas bases de dados selecionadas; (3) classificação e análise das informações achadas em cada manuscrito; (4) análise dos estudos escolhidos; (5) apresentação dos resultados encontrados e (6) inclusão, análise crítica dos achados e síntese da revisão da literatura (Souza et al., 2010).

A pergunta norteadora utilizada para coletar informações e delimitar os resultados foi: “Quais as recomendações atuais para o cuidado à saúde em ginecologia para pacientes de MSG, quanto à proteção à saúde e prevenção de doenças?”

Foi realizada amostragem na literatura de maneira ampliada e diversa, no período de agosto a novembro de 2021, utilizando-se os seguintes descritores: ((MINORIAS SEXUAIS E DE GÊNERO) OR (TRANSGÊNEROS) AND (HOMOSSEX*)) AND ((GINECOLOGIA) AND (SAÚDE)). Utilizaram-se as seguintes bases de dados on-line: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas Bases de Dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados Bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (MEDLINE), dos últimos 5 anos.

Na fase da coleta, utilizou-se um instrumento elaborado para garantir que fossem extraídos todos os dados relevantes, a fim de diminuir erros de transcrição, garantir precisão de informações e servir como registro (Souza et al., 2010) Utilizaram-se alguns critérios de inclusão: artigos completos, com assunto principal correspondendo em alguma medida à pergunta norteadora, independentemente do tipo de estudo, do idioma. Foram excluídos os trabalhos indisponíveis para acesso na íntegra, duplicados, e artigos que estavam fora da delimitação temporal pré-estabelecida ou que não respeitavam objetivo do estudo e a pergunta norteadora. Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos, em um segundo momento, a leitura dos resumos e posteriormente do artigo completo. O processo de seleção dos artigos, bem como os resultados, está apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA de seleção dos estudos que constituíram a amostra.



Fonte: Autores.

A análise crítica dos estudos selecionados e a síntese dos dados bibliográficos foram realizadas de forma descritiva, agrupados por tópicos pertinentes à saúde em Ginecologia de MSGs, com a intenção de colaborar com o processo de busca da temática principal deste trabalho.

Na etapa de discussão dos resultados, realizou-se síntese das evidências a partir da análise dos artigos com base na pergunta norteadora, de modo a tornar possível a delimitação de estudos e o apontamento de protocolos de recomendações.

3. Resultados e Discussão

Ao final das buscas, 13 publicações atenderam aos critérios de elegibilidade e foram selecionadas para compor o estudo. Os estudos foram

desenvolvidos nos Estados Unidos (n=11), Argentina (n=01), e Brasil (n=1). Houve somente um estudo brasileiro que inclui aspectos da pergunta norteadora, tratando especificamente de práticas sexuais e cuidado em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (Rufino et al., 2018). No Quadro 1 é possível observar a síntese de algumas informações referentes aos estudos incluídos na revisão integrativa.

Quadro 1: Distribuição dos artigos selecionados, Fortaleza, 2021.

Nº	Título	Autores	Objetivo	Metodologia	País da publicação
1	The Ob/Gyn and the transgender patient.	Jarin J.(2019)	Ajudar os ginecologistas a reconhecer seu papel no cuidado de pacientes transgêneros.	Revisão narrativa	EUA
2	Transgender patients: considerations for routine gynecologic care and cancer screening.	Labanca T, Mañero I, Pannunzio M. (2020)	Resumir as recomendações atuais para ginecologistas em relação a câncer em pessoas transgênero	Revisão narrativa	Argentina
3	Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling?	Everett BG, Higgins JA, Haider S, Carpenter E. (2019)	Investigar a saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres de minorias sexuais	Quantitativo	EUA
4	Care and Cancer Screening of the Transgender Population.	Puechl AM, Russell K, Gray BA (2019)	Descrever práticas apropriadas de triagem de câncer e considerações importantes sobre cuidados para o médico da atenção primária e o ginecologista que cuida de indivíduos transgêneros	Revisão narrativa	EUA
5	Routine Screening for Transgender and Gender Diverse Adults Taking Gender-Affirming Hormone Therapy: a Narrative Review.	Iwamoto SJ, Grimstad F, Irwig MS, Rothman MS. (2021)	Ajudar os profissionais de saúde no aconselhamento e triagem de pacientes transgêneros e com gêneros diversos	Revisão narrativa	EUA
6	Clinical needs for transgender men in the gynecologic oncology setting	Stenzel AE, Moysich KB, Ferrando CA, Starbuck KD. (2020)	Discutir as necessidades clínicas de homens transgêneros no cenário da oncologia ginecológica	Revisão narrativa	EUA
7	Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823	ACOG. (2021)	Fornecer informações clínicas sobre hormonioterapia e cuidados preventivos para pessoas transgênero e de gênero diverso	Revisão narrativa	EUA
8	Addressing the Needs of Transgender Patients: How Gynecologists Can Partner in Their Care	Dendrin ML, Budrys NM, Sangha R. (2019)	Identificar os principais problemas ginecológicos enfrentados por pacientes transgêneros	Revisão narrativa	EUA
9	Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist.	McCune KC, Imborek KL.(2018)	Discutir as disparidades de cuidados de saúde, bem como comportamentos em mulheres de minorias sexuais	Revisão narrativa	EUA
10	Sexual practices and health care of women who have sex with women: 2013-2014.	Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. (2018)	Descrever práticas sexuais e cuidados com a saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres	Quantitativo	Brasil
11	Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study.	Wingo E, Ingraham N, Roberts SCM. (2018)	Identificar prioridades de saúde reprodutiva de indivíduos LGBTQ	Revisão narrativa	EUA
12	Preventive Health for Transgender Men and Women.	Imborek KL, Graf EM, McCune K. (2017)	Revisar e sugerir melhores práticas para otimizar a saúde preventiva da população transgênero.	Revisão narrativa	EUA
13	Understanding Transgender Men's Experiences with and Preferences for Cervical Cancer Screening: A Rapid Assessment Survey.	Seay J, Ranck A, Weiss R, Salgado C, Fein L, Kobetz E. (2017)	Compreender experiências e preferências para o rastreamento do câncer do colo do útero entre homens transgêneros	Quantitativo	EUA

Há poucos estudos com detalhamento sobre o número de pessoas transexuais e travestis no Brasil, mas pesquisas realizadas em diversas

populações mundiais concluíram que correspondem a 0,5% a 1,3% da população geral (Winter et al., 2016).

Indivíduos brasileiros com qualquer diversidade de gênero parecem representar cerca de 2% da população adulta do país e estão distribuídos homogeneamente pelas 5 regiões (Spizzirri et al., 2021). Embora as estatísticas de prevalência variem nos Estados Unidos, dados apontam que 1,1% e 3,5% das mulheres se identificam como lésbicas ou bissexuais, respectivamente (Chandra et al., 2013). Cerca de 0,6% da população adulta americana se identifica como transgênero. Um quarto dos adultos transgêneros passaram por cirurgias de afirmação de gênero e outros 43% procuram se submeter a qualquer uma das várias cirurgias de afirmação de gênero (James et al., 2016).

Consulta Ginecológica

As MSG devem receber cuidados abrangentes à sua saúde, incluindo prevenção de doenças cardiovasculares, obesidade, câncer e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), além de atenção à saúde reprodutiva. As necessidades de cuidados em saúde reprodutiva nessa população incluem necessidades semelhantes a grupos cisgênero e heterossexuais (como tratamento da síndrome dos ovários policísticos, menstruação irregular e contracepção), bem como necessidades únicas (como histerectomias de afirmação de gênero e assistência à fertilidade) e desafios na busca de cuidados (Wingo et al., 2018).

Devido ao medo do constrangimento, humilhação e violência nas salas de espera ou até mesmo durante o atendimento ginecológico, homens transgêneros que não foram submetidos a cirurgia de redesignação sexual demonstram pouca adesão a essa área da saúde. Tal conjuntura preocupante pode ser concretizada pelo fato de homens trans terem seus testes de Papanicolau menos atualizados em relação a mulheres cisgênero (Stewart et al., 2020). Homens transgêneros, assim como mulheres cisgêneros, permanecem em risco de malignidades ginecológicas, mas são uma população carente de atenção à saúde sexual e reprodutiva. Segundo Coleman et al. (2012), o acolhimento inicial do usuário no serviço, seja ele quem for, mas em especial as MSG, é fator determinante e deve ser foco de capacitações.

Vale ressaltar que os pacientes devem ser chamados pelo nome de preferência. É importante que os homens transgêneros não sejam tratados como “mulheres cisgêneros”. É útil usar terminologia neutra em termos de gênero ou perguntar ao paciente que linguagem ele usa para se referir às partes do corpo, incluindo a genitália. Pode ser preferível, por exemplo, dizer que fará “exame de tórax” em vez de dizer “exame de mama” (Nisly et al., 2018).

As terapias de transição ou de “afirmação de gênero” incluem terapia hormonal e/ou procedimentos cirúrgicos que ajudam os indivíduos a alinhar seus corpos com seu senso interno, mas nem todos os membros da comunidade transgênero passarão por intervenção farmacológica ou cirúrgica. Algumas técnicas cirúrgicas disponíveis para transformação corporal logicamente afetam a fertilidade, bem como o uso de hormônios para transformação corporal (Hembree et al., 2017). Dentre as intervenções cirúrgicas, os homens transgêneros podem ser submetidos a mastectomia, histerectomia (com ou sem salpingooforectomia bilateral), vaginectomia e cirurgias reconstrutivas para criação de genitália externa. Dada a sua experiência cirúrgica e experiência na gestão hormonal, os ginecologistas-obstetras estão numa posição única para prestar cuidados de saúde de qualidade a esta população (Jarin, 2019).

O uso prolongado de estrógeno, assim como o uso de antiandrogênio, reduz a qualidade e a concentração de espermatozoides no sêmen, enquanto o uso prolongado de testosterona tende a causar atrofia endometrial, anovulação, e mesmo osteoporose (Iwamoto et al., 2021). A hormonização em pessoas transexuais e travestis, por outro lado, não pode ser considerada como contracepção efetiva (De Hoo et al., 2016). A terapia hormonal baseia-se principalmente em testosterona exógena, o que ajuda os pacientes a desenvolver características físicas masculinas (Coleman et al., 2012; Obedin-Maliver & de Haan, 2017; White Hughto et al., 2017). A extensão das mudanças adquiridas através da terapia depende da dosagem e da duração do uso, com possível aumento de pelos faciais/corporais, alterações vocais e na aparência genital e interrupção da menstruação. As opções contendo estrogênio geralmente são evitadas. Opções de progesterona podem ser utilizados para ajudar a interromper a menstruação, caso necessário (Obedin-Maliver & de Haan, 2017).

Ao buscarem suprir o desconforto de apresentarem um corpo não desejado por eles, pessoas transgênero procuram diariamente meios de reposição hormonal. No entanto, existe certa demora no acesso a esse processo, o que faz com que a maioria das pessoas transgênero que chegam ao médico já tenha feito alguma tentativa de transição por meio da automedicação, geralmente por métodos encontrados na internet ou por indicação de amigos (Arán et al., 2009). Em paralelo a esses dados, o medo de sofrer algum tipo de preconceito e discriminação ao buscarem o atendimento ginecológico ou agendarem uma consulta com um endocrinologista contribuem para essas práticas de automedicação, trazendo inúmeros risco a saúde do paciente (Fernandez et al., 2016). Esse contexto de desinformação contribui para a falta de orientação sobre as consequências da terapia de reposição hormonal na fertilidade dos indivíduos e na anticoncepção.

Prevenção de Câncer Ginecológico

Houve algum esforço na tentativa de identificar a prevalência de malignidades em pacientes de MSG, mas a evidência é severamente limitada (Urban et al., 2011). Atualmente, não existem diretrizes específicas nas sociedades endócrinas ou ginecológicas delineando a vigilância sugerida para malignidades hormonalmente sensíveis em homens transgêneros em terapia hormonal de afirmação de gênero. Geralmente, a vigilância de rotina apropriada para a idade é recomendada, mas dados adicionais nesta população são necessários para avaliar mais completamente o risco e as variações na apresentação (Stenzel et al., 2020).

A terapia com testosterona frequentemente induz amenorreia e aumenta a virilização, no entanto, faltam dados de segurança a longo prazo, pelo potencial mecanismo de aromatização para estrogênio. Isso poderia elevar o risco de cânceres hormonalmente responsivos, como o câncer de endométrio tipo I. Com base nos dados limitados, a testosterona não parece aumentar a hiperplasia endometrial em populações transmasculinas pré ou pós-menopáusicas; em muitos casos a testosterona induz atrofia semelhante ao que é visto em pacientes do sexo feminino cisgênero. Em uma revisão retrospectiva multi-institucional de 94 pacientes em terapia de afirmação de gênero com testosterona posteriormente submetidas à histerectomia, somente 1 paciente

(1,2%) apresentava hiperplasia endometrial sem atipia, e 24,5% apresentavam histopatologia atrófica. Além disso, a duração da terapia com testosterona não foi associada à espessura da proliferação endometrial. Não é possível determinar como avaliar o risco de forma mais eficaz; no entanto, ainda é importante que os profissionais revisem os sintomas preocupantes, como sangramento irregular ou pós-menopausa, com pacientes em uso de terapia com testosterona (Urban et al., 2011; Puechl et al., 2019; Grimstad et al., 2019; Stenzel et al., 2020). A testosterona também foi hipotetizada para contribuir para a carcinogênese ovariana em homens transgêneros, principalmente para os subtipos endometriode e mucinoso, mas com base em estudos limitados (Urban et al., 2011).

Quanto ao rastreamento de câncer de mama, a mamografia pode apresentar benefícios semelhantes aos das mulheres cisgênero para homens transgênero que não tiveram suas glândulas mamárias removidas e para mulheres trans em uso de hormônios. A oferta deve incluir informações de benefícios e riscos, como 0,1% de detecção precoce efetiva no rastreamento para população com baixo risco para câncer mamário (Gøtzsche & Jørgensen, 2013). Um estudo recente que investigou os riscos de câncer de mama em indivíduos transgêneros utilizando terapia hormonal encontrou um risco diminuído em homens transgêneros em comparação com homens e mulheres cisgênero. O estudo concluiu que as diretrizes de triagem de câncer de mama usadas para indivíduos cisgêneros são suficientes para pessoas transgênero que utilizam terapia hormonal.

Há uma escassez de evidências confiáveis sobre o rastreamento do câncer de mama para homens transgêneros submetidos à mastectomia bilateral resultando em recomendações variadas (Puechl et al., 2019). Homens transgêneros que se submeteram à mastectomia não precisam mais de mamografias, no entanto, ainda pode haver valor em autoexames regulares das mamas, pois o câncer de mama ainda foi relatado nesse cenário (de Blok et al., 2019).

Dados sobre as taxas de câncer de mama e endométrio em mulheres lésbicas e bissexuais são variáveis. Além de fumar, esse grupo tem taxas mais altas de obesidade, nuliparidade e hipertensão, fatores que podem contribuir

para neoplasias. Além disso, as MSGs são frequentemente menos propensas a fazer mamografia (McCune & Imborek, 2018).

Certos comportamentos sexuais podem ainda colocar MSG em risco aumentado para cepas de papilomavírus humano (HPV) associadas ao câncer, incluindo: idade mais precoce na primeira relação sexual, mais experiências com parceiros e menor frequência de uso de preservativo durante a relação sexual. Além disso, parcela significativa de homens transgêneros não realizam rastreamento de câncer do colo do útero periodicamente (Ceres et al., 2018). Aumentar os esforços para intervenções como a vacinação contra o HPV nessa população e a triagem entre aqueles com maior risco pode ser benéfico.

É importante notar que a terapia com testosterona induz atrofia nos tecidos do colo do útero, o que resulta em frequentes resultados de Papanicolau insuficientes. O teste de HPV de alto risco (hrHPV) é importante na triagem dessa população, devido aos resultados de citologia não confiáveis e à maior possibilidade de auto coleta, o que pode melhorar a aceitação da triagem. Muitos países já utilizam o teste primário de hrHPV para rastreamento do câncer do colo do útero, apoiando ainda mais essa prática (Fontham et al., 2020; Seay et al., 2017; McDowell et al., 2017). De qualquer forma, os exames clínicos ainda devem ser incentivados, pois podem detectar condições pré-malignas/malignas que de outra forma não seriam detectadas apenas por citologia ou teste de hrHPV.

Muitos profissionais de saúde concluem incorretamente que as pacientes lésbicas não precisam de rastreamento do câncer do colo do útero porque têm baixo risco de câncer do colo do útero. Isso se baseia na suposição errônea de que a paciente não fez sexo com homens anteriormente (ACOG, 2021).

MSG em geral apresentam taxas mais altas de uso de cigarro/tabaco e uso de álcool, fatores de estilo de vida relacionados ao câncer importantes a serem considerados, associam-se a neoplasia cervical, vulvar e de ovário epitelial mucinoso. Lésbicas apresentam mais baixa paridade e obesidade, associados a maior risco de mama e de ovário, além de diabetes e doenças cardiovasculares (ACOG, 2021). Mais esforços são necessários para entender a prevalência, bem como os resultados do câncer nessa população. Estudos epidemiológicos no grupo serão benéficos para identificar necessidades clínicas

específicas e necessidades potenciais para triagem avançada ou precoce de doenças ginecológicas (Stenzel et al., 2020).

ISTs

Faz parte do cuidado em saúde sexual oferecer espaço seguro para que a pessoa possa conversar e buscar esclarecimentos. Durante a consulta, os profissionais devem questionar o tipo de relacionamento das pacientes, considerando identidades e práticas sexuais diversas (Moscheta et al., 2016). A recomendação de uso de métodos de barreira, por exemplo, precisa considerar a realidade das práticas sexuais de cada pessoa. Camisinhas podem ser utilizadas para qualquer tipo de penetração, por pênis, dedos ou objetos. Luvas e dedeiras também podem servir para a penetração por mãos, que devem ser mantidas limpas e com as unhas bem aparadas para evitar lesões da mucosa penetrada ou rupturas da barreira utilizada (McCune & Imborek, 2018; São Paulo, 2020).

Infecções, incluindo vaginose bacteriana, candidíase, herpes e infecções por papilomavírus humano, podem ser contraídas por lésbicas. Mulheres bissexuais têm as maiores taxas de soropositividade para HIV em comparação com as lésbicas e mulheres heterossexuais. Práticas sexuais entre vulvas (como o tribadismo) também têm o potencial de transmitir ISTs. Métodos de barreira específicos para a prática de tribadismo ou para sexo oral em vulva são placas ou calcinhas com fundo de silicone ou látex resistentes, mas dificilmente são encontrados para comercialização e são pouco tolerados de modo geral. Filmes plásticos de uso culinário não devem ser utilizados por serem porosos e se romperem com facilidade. Uma alternativa viável é confeccionar uma placa de material seguro a partir de uma camisinha (interna ou externa): abrir o pacote da camisinha e desenrolá-la completamente, retirar o anel da extremidade, cortar ou rasgar a camisinha desde sua base e ao longo de todo seu comprimento, segurar a placa formada com ambas as mãos e mantê-la esticada para evitar o contato direto com a vulva (Pinto et al., 2005; Knight &, 2017).

Homens transgêneros podem se identificar exclusivamente como gays, bissexuais, pansexuais ou assexuais, ou podem, às vezes, praticar sexo anal com pessoas cujo sexo biológico é masculino, como homens cisgêneros ou

mulheres transgêneros e podem usar brinquedos sexuais compartilhados para penetração anal. Embora o exame de citologia anal juntamente com a triagem anal de HPV não sejam consensuais, tratam-se de testes de triagem comumente oferecido em programas especializados LGBTQ, especialmente para pessoas infectadas pelo HIV ou imunossuprimidas (Nisly et al., 2018; Imborek et al., 2017).

É importante reconhecer que identidade de gênero é independente da orientação sexual e do comportamento sexual. As decisões sobre os testes de triagem de IST devem ser baseadas em uma história completa que inclui anatomia atual, comportamento sexual e outras práticas (Imborek et al., 2017).

Planejamento Reprodutivo

Como a sexualidade e o comportamento podem ser muito diversos entre pessoas de todos os gêneros, a prevenção de gravidez indesejada deve ser abordada para todas as pessoas que têm útero e ovários. Everett et al. (2018) identificaram que as mulheres lésbicas eram menos propensas a receberem aconselhamento contraceptivo e sobre o uso de preservativo em consultas relacionadas a ISTs, em comparação com mulheres heterossexuais. Deve ser lembrado que a maioria das mulheres lésbicas tem prática sexual com homem em algum momento de suas trajetórias, uma evidência da fluidez de suas práticas (Rufino et al., 2018).

Indivíduos transgênero parecem ter menores taxas de contracepção e rastreamento de câncer do que a população geral (Stewart et al., 2020; Imborek et al., 2017). Como a reposição de testosterona por si só não é um método confiável para prevenir a gravidez, deve-se considerar planejamento reprodutivo em indivíduos que fazem sexo vaginal regular ou ocasionalmente.

Os dispositivos intrauterinos não hormonais muitas vezes são preferidos, para evitar o efeito hormonal. No entanto, os métodos hormonais podem ser utilizados com segurança. Pode haver preocupações com relação aos efeitos associados aos métodos contraceptivos contendo estrogênio ou progesterona quanto a redução do tamanho do clitóris ou aumento das mamas ou mesmo reversão da masculinização. Embora isso normalmente não seja visto em pacientes que recebem doses adequadas de testosterona enquanto recebem

formas hormonais de contracepção, uma discussão sensível e cuidadosa precisa ocorrer para abordar essas preocupações (Nisly et al., 2018).

O ginecologista deve também ser capaz de ajudar as pacientes a planejar a gravidez e alcançar concepção, além de fornecer encaminhamento para quaisquer opções de assistência à fertilidade necessárias, como preservação de fertilidade antes de hormonioterapia cruzada, barriga de aluguel e adoção, conforme indicado. MSGs frequentemente buscam essas informações on-line, o que muitas vezes perpetua a desinformação.

Treinamento Profissional

Considerando as barreiras ao cuidado vivenciadas por esses pacientes, é fundamental continuar as discussões sobre a redução do estigma das identidades sexuais e de gênero entre o campo da saúde e a população em geral. Atuar pelo conforto da pessoa inclui criar ambiente e sala de espera acolhedores, explicar o procedimento antes de realizá-lo, elucidar dúvidas, garantir o direito de ter uma pessoa acompanhante e compreender quais termos são mais bem aceitos pela pessoa para tratar de partes do seu corpo. Essas iniciativas terão como objetivo aumentar o conforto desses indivíduos no ambiente clínico, aumentar o conhecimento de necessidades específicas entre os profissionais de saúde e reduzir o potencial de violência e discriminação experimentado por indivíduos da comunidade transgênero. O respeito ao nome social entre transgêneros, por exemplo, gerou redução de 29% nas ideações suicidas e de 56% de comportamentos suicidas entre jovens dos EUA (Russell et al., 2018; Rocon et al., 2016; Dendrinis et al., 2019; McCune & Imborek, 2018).

A falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais de saúde sobre como cuidar de especificidades desses grupos minoritários também contribui para esse distanciamento. Os currículos médicos apresentam lacunas no atendimento aos pacientes de MSG. O aumento do treinamento entre gestores e profissionais de saúde, além de melhorias gerais no sentido de compreender as barreiras ao acesso à saúde podem reduzir algumas disparidades. Pesquisas adicionais para triagem e vigilância do câncer nesta comunidade serão necessárias para entender quaisquer riscos adicionais

potenciais e disparidades de sobrevivência experimentadas pelas MSG (Stenzel et al., 2020; Labanca et al., 2020).

Resultados dos exames laboratoriais e de imagem, por exemplo, podem mudar significativamente à medida que os pacientes recebem terapia hormonal. Dados normativos para exames laboratoriais e imagens radiológicas na população transgênero ainda não foram definidos. Alguns estudos preliminares mostram alterações comuns, como aumento nos níveis de hematócrito e hemoglobina em pacientes que recebem terapia com testosterona e alterações nos testes de função renal (Goldstein et al., 2017; Whitley & Greene, 2017). O conhecimento dessas alterações permite monitorar e tranquilizar os pacientes.

Ainda há muito o que ser feito para a redução das situações de discriminação nos serviços de saúde. Em primeira análise, ao se sentir reconhecido, compreendido em sua autodeterminação de identidade de gênero e, principalmente, respeitado, o usuário sente-se confortável para acessar os serviços e usufruir de seus direitos em saúde, possibilitando a adesão ao tratamento e o prosseguimento nas consultas e tratamentos necessários (Silva et al., 2017; Mello et al., 2011).

4. Considerações Finais

Os profissionais de saúde devem se familiarizar com as necessidades únicas de atenção à saúde de pessoas que se identificam como homens transgêneros e mulheres homoafetivas, em especial o ginecologista. Diversos determinantes sociais podem influenciar o atendimento ginecológico das minorias sexuais e de gênero, podendo gerar disparidades de saúde nesses grupos marginalizados. Tais barreiras podem incluir componentes psicossociais, discriminação social, falta de acesso a cuidados adequados e apropriados e falhas na formação de profissionais de saúde.

A partir dos resultados desse estudo, é importante destacar a relevância de pesquisas futuras que ampliem essa temática e envolvam melhorias na gestão do sistema de saúde e de formação de médicos, em especial ginecologistas, além de meios de promover um atendimento que aborde as particularidades de homens transgêneros e mulheres homoafetivas. Dessa

forma, poderá haver uma maior disseminação de conhecimentos e recomendações entre os profissionais de saúde, tendo como consequência a redução das hostilidades enfrentadas por essa parcela da população nos ambientes de atendimento, aumentando a adesão aos serviços de saúde e garantido o bem-estar.

Referências

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice; American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women. (2021). Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol*, 137(3), e75-e88.

Arán, M., & Murta, D. (2009). Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19, 15-41.

Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S465-S469.

Bento. B. (2017). *O que é transexualidade*. Taubaté, São Paulo: Brasiliense.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>.

Ceres, M., Quinn, G. P., Loscalzo, M., & Rice, D. (2018). Cancer screening considerations and cancer screening uptake for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 34, No. 1, pp. 37-51). WB Saunders.

Chandra, A., Copen, C. E., & Mosher, W. D. (2013). Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006–2010 National Survey of Family Growth. In *International handbook on the demography of sexuality* (pp. 45-66). Springer, Dordrecht.

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International journal of transgenderism*, 13(4), 165-232.

de Blok, C. J., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., van Engelen, K., Adank, M. A., Dreijerink, K. M., ... & den Heijer, M. (2019). Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *Bmj*, 365.

De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112-119.

Dendrinis, M. L., Budrys, N. M., & Sangha, R. (2019). Addressing the Needs of Transgender Patients: How Gynecologists Can Partner in Their Care. *Obstetrical & gynecological survey*, 74(1), 33-39.

Everett B.G., Higgins J.A., Haider S., Carpenter E. (2019). Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling? *J Womens Health (Larchmt)*, 28(1), 53-62.

Fernandez, J., & Tannock, L. (2016). Metabolic effects of hormone therapy in transgender patients. *Endocrine Practice*, 22(4), 383-388.

Fontham, E. T., Wolf, A. M., Church, T. R., Etzioni, R., Flowers, C. R., Herzig, A., ... & Smith, R. A. (2020). Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(5), 321-346.

Goldstein, Z., Corneil, T. A., & Greene, D. N. (2017). When gender identity doesn't equal sex recorded at birth: the role of the laboratory in providing effective healthcare to the transgender community. *Clinical chemistry*, 63(8), 1342-1352.

Gøtzsche, P. C., & Jørgensen, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).

Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., ... & Gray, M. (2019). Uterine pathology in transmasculine persons on testosterone: a retrospective multicenter case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(3), 257-e1.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903.

Imborek K.L., Graf E.M., McCune K. (2017) Preventive Health for Transgender Men and Women. *Semin Reprod Med*, 35(5), 426-433.

Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine Screening for Transgender and Gender Diverse Adults Taking Gender-Affirming Hormone Therapy: a Narrative Review. *Journal of General Internal Medicine*, 1-10.

James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. A. (2016). The report of the 2015 US transgender survey.

Jarin. (2019). The Ob/Gyn and the transgender patient. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 31(5), 298-302.

Knight, D. A., & Jarrett, D. (2017). Preventive health care for women who have sex with women. *American family physician*, 95(5), 314-321

Labanca, T., Mañero, I., & Pannunzio, M. (2020). Transgender patients: considerations for routine gynecologic care and cancer screening. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 30(12).

Lionço, T. (2009). Comprehensiveness and sexual diversity in the Brazilian norm in the process of health care for transsexuals: progress, dilemmas, challenges. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 43-63.

Lovison, R., Ascari, T. M., de Azambuja Zocche, D. A., Durand, M. K., & Ascari, R. A. (2019). Travestis e transexuais: despindo as percepções acerca do acesso e assistência em saúde. *Enfermagem em Foco*, 10(5).

McDowell, M., Pardee, D. J., Peitzmeier, S., Reisner, S. L., Agénor, M., Alizaga, N., ... & Potter, J. (2017). Cervical cancer screening preferences among trans-masculine individuals: patient-collected human papillomavirus vaginal swabs versus provider-administered pap tests. *LGBT health*, 4(4), 252-259.

McCune K.C., Imborek K.L. (2018) Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist. *Clin Obstet Gynecol*, 61(4), 663-673.

Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A. D., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 7-28.

Moscheta, M. S.; Fébole, D. S.; & Anzolin, B. (2016). Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 7(3), 71-83.

Nisly, N. L., Imborek, K. L., Miller, M. L., Kaliszewski, S. D., Williams, R. M., & Krasowski, M. D. (2018). Unique primary care needs of transgender and gender non-binary people. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(4), 674-686.

Obedin-Maliver, J., & de Haan, G. (2017). Gynecologic care for transgender adults. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 6(2), 140-148.

Pinto, V. M., Tancredi, M. V., Neto, A. T., & Buchalla, C. M. (2005). Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *Aids*, 19, S64-S69.

Popadiuk, G. S., Oliveira, D. C., & Signorelli, M. C. (2017). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1509-1520.

Puechl A.M., Russell K., Gray B.A. (2019). Care and Cancer Screening of the Transgender Population. *J Womens Health (Larchmt)*, 28(6), 761-768.

Reis, T. (2018). Manual de Comunicação LGBTI+. <https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>

Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., & Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2517-2526.

Rufino A.C., Madeiro A., Trinidad A., Santos R., Freitas I. (2018). Sexual practices and health care of women who have sex with women: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saude*, 27(4), e2017499.

Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503-505.

São Paulo (2020). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf.

Seay, J., Ranck, A., Weiss, R., Salgado, C., Fein, L., & Kobetz, E. (2017). Understanding transgender men's experiences with and preferences for cervical cancer screening: a rapid assessment survey. *LGBT health*, 4(4), 304-309.

Silva, L. K. M. D., Silva, A. L. M. A. D., Coelho, A. A., & Martiniano, C. S. (2017). Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 835-846.

Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8, 102-106.

Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific reports*, 11(1), 1-7.

Stenzel, A. E., Moysich, K. B., Ferrando, C. A., & Starbuck, K. D. (2020). Clinical needs for transgender men in the gynecologic oncology setting. *Gynecologic oncology*.

Stewart, T., Lee, Y. A., & Damiano, E. A. (2020). Do transgender and gender diverse individuals receive adequate gynecologic care? An analysis of a rural academic center. *Transgender health*, 5(1), 50-58.

Urban, R. R., Teng, N. N., & Kapp, D. S. (2011). Gynecologic malignancies in female-to-male transgender patients: the need of original gender surveillance. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(5), e9-e12.

White Hughto, J. M., Rose, A. J., Pachankis, J. E., & Reisner, S. L. (2017). Barriers to gender transition-related healthcare: Identifying underserved transgender adults in Massachusetts. *Transgender Health*, 2(1), 107-118.

Whitley, C. T., & Greene, D. N. (2017). Transgender man being evaluated for a kidney transplant. *Clinical chemistry*, 63(11), 1680-1683.

Wingo E., Ingraham N., Roberts S.C.M. (2018) Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. *Womens Health Issues*, 28(4), 350-357.

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390-400.

CAPÍTULO 3 – PRODUTO TÉCNICO - CIENTÍFICO

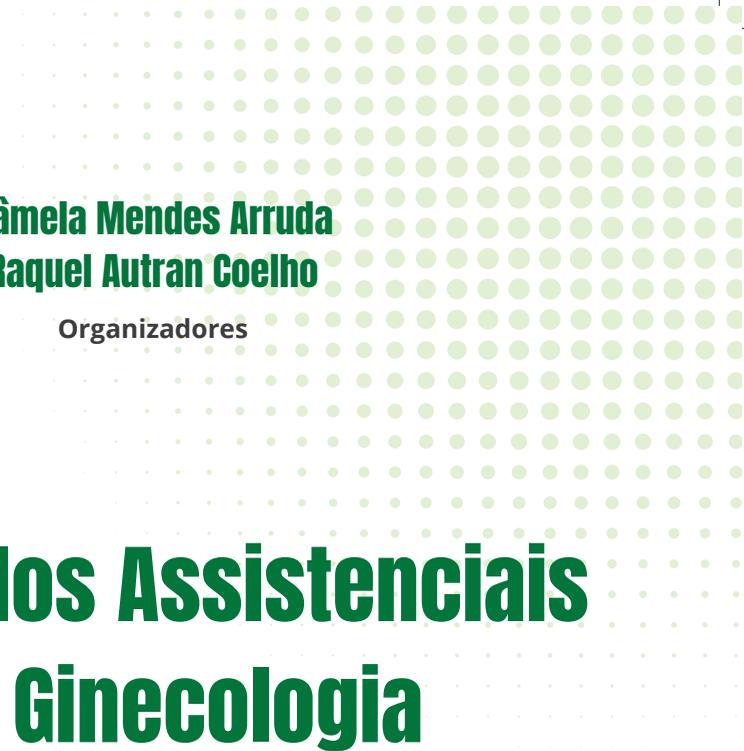
Protocolos Assistenciais em Ginecologia

Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Pâmela Mendes Arruda
Raquel Autran Coelho

Organizadores





Pâmela Mendes Arruda
Raquel Autran Coelho

Organizadores

Protocolos Assistenciais em Ginecologia

Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Fortaleza
2022

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM GINECOLOGIA

Maternidade Escola Assis Chateaubriand

© 2022 Copyright by **PÂMELA MENDES ARRUDA E RAQUEL**

AUTRAN COELHO PEIXOTO

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Diagramação eletrônica

Ravelle Gadelha

Capa

José Wesley Lima dos Santos

Impressão e acabamento

Expressão Gráfica e Editora

Rua João Cordeiro, 1285 - Aldeota - Fortaleza - Ceará

CEP: 60110-300 - Tel.: (085) 3464-2222

E-mail: arte@expressaografica.com.br

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORES

Adner Nobre de Oliveira

Médico preceptor em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestre em Saúde da Mulher e da Criança (UFC).

Alexia Araújo Ribeiro

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Alexsandra Braga Farias de Oliveira

Psicóloga Hospitalar na MEAC/EBSERH/UFC. Especialista em Psicologia Jurídica e Forense (Unileya), e em Neuropsicologia (UNIFOR).

Alice Alves de Moraes

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Aline Mota Alves

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Ana Beatriz Cavallari Monteiro

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Ana Larissa Pinheiro Muniz

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Andreisa Paiva Monteiro Bilhar

Professora Adjunta de Ginecologia do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Ginecologia (Universidade Federal de São Paulo).

Anna Patricia Mororó Xerez Silva Dias

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Bianca Cordeiro Nojosa de Freitas

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Cândida Mayara Rodrigues Carvalho

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Carolina de Alencar Ohio

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Especialista em Uroginecologia e cirurgia minimamente invasiva (Hospital do servidor estadual de São Paulo).

Carolina Dornellas Costa Lima

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Caroline de Sousa Andrade Rios

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Caroline Heimbecker Castelo Menezes

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Título Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e em Ultrassom em Ginecologia e Obstetrícia (Colégio Brasileiro de Radiologia).

Carlos Henrique Paiva Grangeiro

Médico Geneticista da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Especialista em Genética Médica (Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica).

Clarisse Uchoa de Albuquerque

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestre em Saúde da Mulher e da Criança (UFC). Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Claruzza Braga Holanda Lavor

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas (UFC). Especialista em Reprodução Humana Assistida- (FMJ-SP).

Christiane Barroso Façanha Lima

Assistente Social na MEAC/EBSERH/UFC. Especialista em Serviço Social, Trabalho e Ética profissional (UECE) e em Preceptoria em Saúde (UFRN).

Cristiane de Carvalho Coutinho

Médica preceptora em Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Daniel de Sousa Sobral

Médico residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Dayana Maia Saboia

Enfermeira especialista em saúde da mulher (UFC). Mestre em enfermagem na promoção da saúde (UFC).

Débora Fernandes Britto

Médica sexóloga da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Ginecologista e Obstetra com Área de Atuação em Sexologia (FEBRASGO).

Denise Vasconcelos de Moraes

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Especialista em Cirurgia Ginecológica (Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza).

Eclésia Fragoso Nogueira

Enfermeira na MEAC/EBSERH/UFC. Especialista em Saúde Pública (UFC). Especialista em Enfermagem do Trabalho (UECE).

Elfie Tomaz Figueredo

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Especialista em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia (Colégio Brasileiro de Radiologia).

Erika dos Santos Dantas

Médica residente de Endoscopia Ginecológica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Eugenia Carla Sousa Batista

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestrado em Ginecologia (UFC).

Eveline Gadelha Pereira Fontenele

Preceptora do Programa de Residência Médica em Endocrinologia e Metabologia. Coordenadora do Ambulatório de Gônadas e Desenvolvimento do CH-UFC.

Francisco das Chagas Medeiros

Professor Associado de Ginecologia do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestrado e Doutorado em Farmacologia (UFC).

Francisneide Correia de Lima Teixeira

Assistente Social na MEAC/EBSERH/UFC. Especialista Políticas Públicas e Direitos Sociais (UECE). Mestranda em Avaliação de Políticas Públicas (UFC).

Gabriel Cabral Alencar dos Santos

Médico residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Isabela Aragão Colares

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Ceará. Bolsista de extensão na Abordagem Multidisciplinar e Estudos em Sexualidade.

Isabella Parente Ribeiro Frota

Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Médico Cirúrgica (UFC). Especialista em Reabilitação do Assoalho Pélvico (UNIFESP)

Jade Saraiva Amorim Araújo

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

José Ananias Vasconcelos Neto

Professor adjunto do Departamento de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutor em ciências médico-cirúrgicas (UFC).

José Eleutério Júnior

Professor Associado de Ginecologia do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Tocoginecologia (UNICAMP).

Júlia Melo Pereira

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Juliana Alves Martins da Silva

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Kathiane Lustosa Augusto

Doutora e Mestre em Ciências Clínicas Cirúrgicas (UFC). Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Área de Atuação em Endoscopia Ginecológica (FEBRASGO).

Kátia Sofia Bandeira Silva da Moura

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Karinne Cisne Fernandes Rebouças

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade-escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestre em Saúde da Mulher e da Criança (UFC). Título de especialista em patologia do trato genital inferior (ABPTGIC).

Karla Maria Rêgo Leopoldo Melo

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade-escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestre em Saúde da Mulher e da Criança (UFC). Título de Especialista em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC).

Kézia de Oliveira Sombra

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Lais Feitosa Albuquerque Lima

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Larissa Gladya Viana Santos

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Laryssa Portela Ramos Magalhães Rêgo

Médica preceptora da Cirurgia Ginecológica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra

Professor Adjunto do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Ginecologia (Universidade Federal de São Paulo).

Leticia Nacle Estefan Sobral

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Lia Mesquita Lousada

Endocrinologista e médica pesquisadora na Universidade Federal do Ceará.

Lorena Rodrigues Ferreira Guimarães Santos

Psicóloga Hospitalar da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Especialista em Psicologia e Práticas em Saúde (Universidade de Fortaleza).

Louise Martins Nunes

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Luana Lóssio Carvalho

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Luciana Ayres de Oliveira Lima

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Luis Carlos Belmino Barreto

Endocrinologista preceptor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Título de Especialista (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia).

Luiza de Amorim de Carvalho

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Manuela Cavalcante Portela

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestre em ciências médico cirúrgicas (UFC). Título de especialista em Patologia do trato genital inferior (ABPTGI).

Manuela Gondim Lima Oliveira

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Ceará. Bolsista de extensão na Abordagem Multidisciplinar e Estudos em Sexualidade.

Marcelo Gondim Rocha

Médico preceptor em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestrado e Doutorado (USP - Ribeirão Preto).

Marcelo Praxedes Monteiro Filho

Doutorando em Urologia (USP). Residência em Ginecologia e Obstetrícia (Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto).

Maria Clara Boris

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Maria Lúcia Lustosa Farias

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Maria Tereza Pinto Medeiros Dias

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Mestre em Cirurgia (UFC).

Marinaldo Cavalcanti e Melo Junior

Médico preceptor da Cirurgia Ginecológica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Especialista em Ginecologia minimamente invasiva e Uroginecologia (Hospital Geral Cesar Cals / ESPCE).

Michelle Coelho Fontenele Sena

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Muse Santiago de Oliveira

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Título de Qualificação em Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDS). Mestre em Saúde da Mulher e da Criança (UFC).

Nadiejda Mendonça Aguiar Nobre

Professora substituta do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará (UFC).

Nathalia Patricio Rebouças

Nutricionista da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Pâmela Mendes Arruda

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança (UFC).

Priscila Fiusa Lyra Miná

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Discente do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança (UFC).

Raquel Autran Coelho Peixoto

Professora associada do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina -Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Ginecologia (Universidade Federal de São Paulo).

Raquel do Amaral Meireles Freitas

Enfermeira na MEAC/EBSERH/UFC. Especialista em Enfermagem Obstétrica (UECE).

Rebeca Brandão Pinheiro

Especialista em Reprodução Humana (USP-Ribeirão Preto).

Renata Cunha Lima Rodrigues

Médica preceptora em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Especialista em Videohisteroscopia (Instituto Fernandes Figueira).

Renato Mazon Lima Verde Leal

Cirurgião oncológico do serviço e cirurgia oncológica do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/EBSERH/UFC). Título de especialista (Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica).

Roberta Pontes Braga

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Samily Cordeiro de Oliveira

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Têmis de Castro Dias

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Verbena Paula Sandy Guedes

Assistente Social na MEAC/UFC. Especialista em Família pela Abordagem Sistêmica (UNIFOR). Especialista em Preceptoria em Saúde (UFRN).

Vivian Martins dos Santos Leite

Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC).

Zenilda Vieira Bruno

Professora Titular do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina -Universidade Federal do Ceará (UFC). Fundadora do Serviço de Adolescentes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/EBSERH/UFC.

AGRADECIMENTOS

Esse livro é um produto do Mestrado Profissional da Saúde da Mulher e da Criança, do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Ceará (UFC). Foi idealizado e planejado com etapas estruturadas de validação, em busca de boas práticas baseadas em evidências, segurança dos pacientes e uso racional de recursos com reconhecimento institucional. Sua realização só foi possível graças ao apoio e à confiança de muitas pessoas que ajudaram a torná-lo uma realidade. Por isso, fazemos questão de registrar aqui nossa gratidão.

Consideramos essencial agradecer, em primeiro lugar, aos nossos autores e a todos os professores, preceptores e residentes da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC), hospital universitário do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC), os quais represento em nome da Professora Titular de Ginecologia do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (UFC), Profa Dra Zenilda Vieira Bruno.

Especial foi também o apoio da Gerência de Atenção à Saúde da MEAC/EBSERH/UFC, em nome de todo o grupo gestor da instituição, que viabilizaram a sua execução, e cuja orientação foi decisiva para encaminhar o trabalho.

Queremos reconhecer também o suporte da equipe do Setor de Gestão da Qualidade do CH-UFC, o qual auxiliou na revisão do produto, ajudando na formatação e revisão de fluxogramas.

Agradecemos ao apoio incondicional da Superintendência do Complexo Hospitalar da EBSERH/UFC, da Coordenação

de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Universidade Federal do Ceará.

Enfim, aos demais que colaboraram para o êxito deste trabalho.

Os editores

SUMÁRIO

Prefácio	19
Abordagem da Sexualidade	21
Adenomiose.....	41
Amenorreia.....	49
Atenção Ginecológica à Criança e à Adolescente.....	61
Avaliação da Massa Óssea	71
Câncer de Colo de útero.....	79
Climatério	89
Colposcopia.....	103
Desejo Sexual Hipoativo	107
Doença Inflamatória Pélvica.....	119
Endometriose Profunda: Manejo e Tratamento Clínico.....	125
Hiperplasia Endometrial e Câncer de Endométrio	135
Infecções Sexualmente Transmissíveis: Corrimentos Genitais.....	147
Infecções Sexualmente Transmissíveis: Úlceras Genitais.....	161
Infertilidade: Propedêutica do Casal Infértil	169
Infertilidade: Tratamento de Baixa Complexidade	179
Inserção de Dispositivo Intrauterino no Pós-Parto Imediato	189
Lesão Intraepitelial Vulvar.....	195
Miomatose Uterina	201
Patologias Benignas da Mama.....	217
Patologias Benignas do Endométrio: Pólipos Endometriais.....	233

Patologias Ginecológicas Frequentes na Infância e na Adolescência ..	239
Perdas Gravídicas Recorrentes.....	253
Planejamento Reprodutivo	265
Puberdade Precoce.....	277
Puberdade Tardia.....	287
Rastreo e Interpretação de Laudo Citológico Cérvico-Vaginal....	295
Sangramento Uterino Anormal: Classificação e Investigação.....	309
Saúde Sexual e Reprodutiva de Pessoas Transgêneros e da População LGBTQIA +.....	319
Síndrome da Bexiga Hiperativa.....	327
Sinéquias de Pequenos Lábios	337
Síndrome dos Ovários Policísticos	341
Vídeo-Histeroscopia Ambulatorial: Indicações e Limitações.....	353
Protocolos Multiprofissionais	359
Distopia Genital.....	361
Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico	379
Linha de Cuidado das Diferenças do Desenvolvimento Sexual....	393
Violência Sexual	407

PREFÁCIO

O uso de protocolos clínicos em instituições de saúde permite uma padronização do atendimento. Dessa forma, torna-se mais fácil manter uma excelência no atendimento ao paciente, indiferente de qual profissional o atenda. É, portanto, com grande alegria que apresentamos os protocolos assistenciais em ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

A adoção de protocolos clínicos não visa apenas a redução de custos, mas antes de tudo, a garantia de resultados confiáveis e de alta qualidade. Isso o torna uma questão fundamental para instituições, médicos e demais pessoas envolvidas no processo de atendimento aos pacientes. Nossa instituição ainda se torna apta a monitorar resultados e identificar oportunidades de melhorias na assistência. A diminuição de solicitações de exames e procedimentos desnecessários está inserida nessa mudança, devido ao direcionamento que os protocolos clínicos dão ao tratamento médico.

Somos conhecedores que padronização do atendimento também permite mais agilidade em diagnósticos e mais assertividade em tratamentos. Porém, sua elaboração requer conhecimento, dedicação e união de uma equipe multidisciplinar da área de saúde. Mas, assim que concluído, possibilita que várias etapas de atendimento possam ser realizadas de forma mais ágil. Parabens a todos os autores envolvidos na elaboração de tão importante obra, em especial a Dra. Pamela Mendes e a Profa. Dra. Raquel Autran, as responsáveis por capitanear todo esse processo.

Estes protocolos nortearão condutas não apenas na MEAC, mas, com certeza, será utilizada por profissionais de outras instituições como balizadora de conduta assertiva e atualizada e servirá também

de guia para estudantes de graduação e pós-graduação de diversas instituições. Aproveitemos.

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/EBSRH/UFC

ABORDAGEM DA SEXUALIDADE

Cândida Mayara Rodrigues Carvalho

Débora Fernandes Britto

Isabella Parente Ribeiro Frota

Introdução

A sexualidade contempla uma das facetas da saúde e do bem-estar de qualquer indivíduo, integrando sua construção como pessoa, ser sexual e social. O conceito de saúde sexual integra os aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual. Isso implica na necessidade de uma abordagem positiva da sexualidade humana sendo o objetivo do cuidado a melhoria da vida sexual e dos relacionamentos e não apenas atenção à procriação e abordagem de doenças sexualmente transmissíveis.

A definição de comportamento sexual “normal” é difícil, mutável e reflete a cultura e os costumes do momento, não devendo trazer sentimentos inapropriados, culpa e/ou ansiedade. Portanto, os profissionais que lidam com esta temática, precisam ter uma visão ampla e multifacetada das linhas e entrelinhas que perpassam esse assunto.

Conceitos

Na avaliação da sexualidade, a compreensão de conceitos básicos é importante para atendimentos acolhedores e que deem visibilidade a especificidades:

- **Orientação Sexual:** Diz respeito ao comportamento e atração sexual. Muitas pessoas tendem a pensar nesse conceito compreendendo apenas três categorias: heterossexual, homossexual e bissexual.

No entanto, uma vez que sexualidade pode ser bastante complexa, algumas pessoas raramente se encaixam perfeitamente em um conjunto estreitamente definido de categorias. Assexualidade (falta de atração sexual ou nenhum interesse em atividade sexual em parceria) e pansexualidade (atração por membros de todos os sexos e identidades de gênero, incluindo pessoas trans) são, por exemplo, dois exemplos de variações de orientação sexual que podem não ser capturadas pela compreensão de apenas três categorias.

- **Identidade de gênero:** Refere-se à percepção psicológica que um indivíduo tem de si mesmo como sendo homem, mulher, nenhum, ambos, ou algo entre ambos.
- **Cisgênero:** Chama-se de cisgênero ou de “cis” as pessoas que identificam-se com o gênero atribuído ao nascimento.
- **Transgênero:** Nomeia-se de transgênero ou de “trans” as pessoas que não se identificam com o gênero atribuído ao nascimento.
- **Sexo biológico:** É o termo que usamos para categorizar se alguém é biologicamente masculino, feminino ou intersexual. Para tal são considerados: cromossomos, gônadas e hormônios.
- **Estereótipos de gênero:** Crenças generalizadas sobre as qualidades e características de homens e mulheres. Estereótipos sobre gênero se estendem a várias dimensões, incluindo traços psicológicos, comportamentos de papel e ocupações.

Resposta Sexual

Elementos da resposta sexual

- **Motivação sexual:** conjunto de fatores que interferem na probabilidade de um indivíduo desempenhar um comportamento sexual quando submetido a um estímulo.
- **Estimulação sexual:** conjunto de estímulos, seja pelo toque, palavras, gestos ou imaginado, que leva ao desejo sexual.

- Desejo sexual: sensação de vontade de ter relação sexual que gera bem-estar físico e mental em relação ao sexo. Pode ser espontâneo, pelo instinto sexual, deflagrado por estímulos sexuais da parceria ou ainda por meio de fantasias sexuais.
- Excitação sexual: excitação sexual feminina é mental e subjetiva, podendo ou não ser acompanhada por alterações vasoconstritoras na genitália e outras manifestações físicas.
- Orgasmo: compreende-se a uma descarga de imenso prazer, com grande vasocongestão e miotonia rítmica da região pélvica, seguida de relaxamento. É a “tensão que aumenta, atinge o auge, e é descarregada, gerando relaxamento corporal”, sendo experimentada por cada pessoa de forma única.

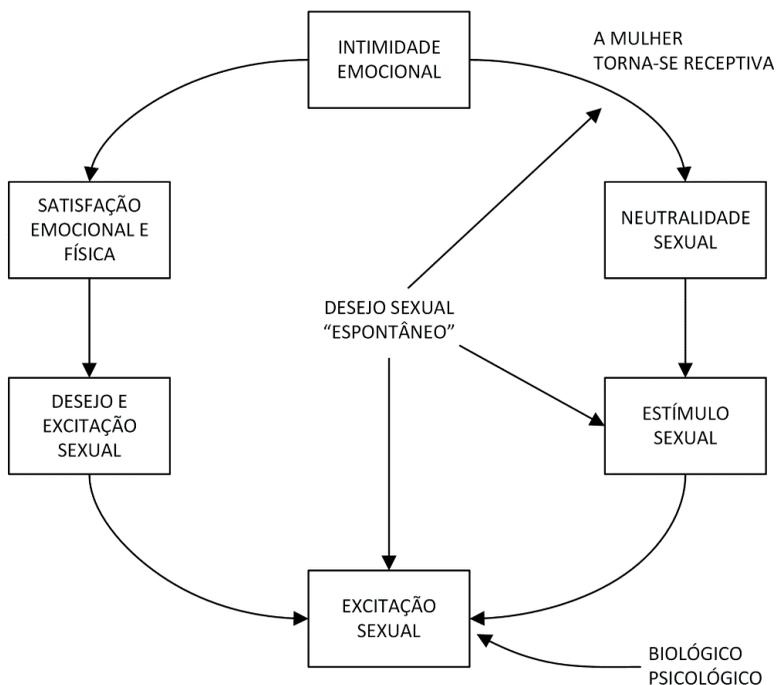
Modelos de Resposta Sexual

A sexualidade é regulada por uma interação complexa entre uma multidão de fatores biopsicossociais. Modelos de resposta sexual devem procurar identificar e descrever aspectos multifatoriais que coletivamente podem trazer expressão e resposta sexual.

No Modelo Circular de Resposta Sexual de Basson, a resposta sexual humana é conceituada como um ciclo baseado em motivação / incentivo que compreende fases de resposta fisiológica e experiência subjetiva. Tais fases se sobrepõem e sua ordem é variável.

Em mulheres que experimentam relacionamentos de longo prazo, a relação sexual iniciaria em “neutralidade sexual”, atingindo graus crescentes de desejo, a partir da estimulação da parceria, em contexto de intimidade e proximidade do casal.

FIGURA 1: Modelo Circular de Resposta Sexual de Basson, 2002.



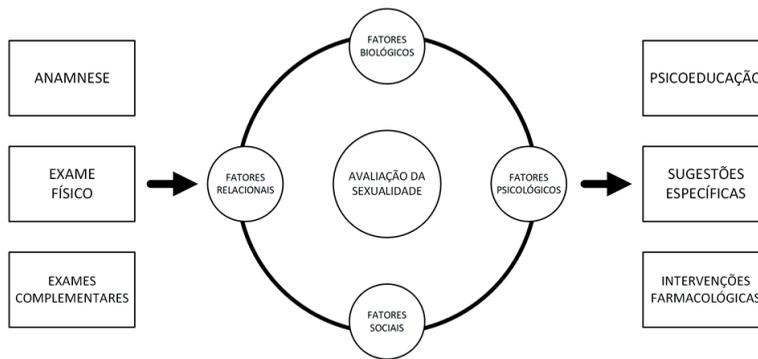
Avaliação clínica na abordagem das queixas de disfunção sexual

A identificação da demanda do usuário é um dos primeiros pontos a serem considerados para uma adequada avaliação e abordagem durante o atendimento, que deve levar em consideração as especificidades do sujeito que busca o cuidado.

Para isto, deve-se incluir uma anamnese com uma investigação ampla de possíveis preditores orgânicos, doenças ginecológicas, malformações, patologias clínicas, bem como, o entendimento de fatores psicossociais, incluindo características culturais, sociais e

religiosas, além de realização de exame físico direcionado e solicitação de exames complementares conforme cada caso, a fim de elaborar hipóteses diagnósticas e construir um projeto terapêutico individualizado. Portanto, seguindo-se um *script*:

FIGURA 2: Modelo de Avaliação da Sexualidade.



Anamnese

Sugere-se abordagem de forma cautelosa, utilizando-se perguntas abertas e validando a possibilidade de existirem dificuldades sexuais a serem cuidadas: “É comum que as mulheres em algum momento da vida possam enfrentar alguma dificuldade sexual. Como tem sido a vivência do sexo na sua vida ou no seu relacionamento?”, “O que você acredita que seja importante saber sobre a sua sexualidade e relacionamentos para ajudá-la?”.

Na investigação de queixas de disfunção sexual precisa-se avaliar a presença de fatores que atuem como predisponentes, precipitantes e/ou de manutenção da dificuldade. Uma história médica e psicossocial abrangente é altamente recomendada para qualquer uma das disfunções sexuais.

O melhor entendimento sobre a queixa, permite revelar aspectos que poderão ser alvos de intervenções desde psicoeducativas a

terapêuticas. Segue abaixo quadro com aspectos a serem abordados na história do paciente com atenção aos fatores biológicos, psicológicos e sexuais:

Quadro 1: Aspectos abordados na anamnese para investigação das queixas sexuais.

	BIOLÓGICOS	PSICOSSOCIAIS	SEXUAIS
SINTOMA / QUEIXA	Investigar o estado geral atual.	Investigar o humor e o estado de saúde mental no momento.	Investigar a dificuldade sexual de acordo com as palavras da própria paciente.
CONTEXTO ATUAL	Esclarecer uso de medicações, abuso de substâncias, nível de fadiga, presença de dor não sexual.	Identificar natureza e duração de relacionamento afetivo (se houver), valores e crenças sociais impactantes sobre as dificuldades sexuais.	Esclarecer o contexto em que a atividade sexual ocorre, incluindo tipo de estimulação sexual, os sentimentos da paciente pela parceria no momento, a segurança e a privacidade durante os momentos de intimidade sexual.
CONTEXTO PRÉVIO	Investigar história médica pregressa.	Particularmente para as queixas presentes desde o início da vida sexual, investigar o desenvolvimento ao longo da vida (relação com pais, cuidadores, irmãos, história de perdas e traumas).	Esclarecer história sexual prévia tanto sozinha quanto em parceria (incluindo as desejadas, as abusivas e as sob coerção).

INÍCIO	Documento detalhes médicos e psiquiátricos anteriores ou presentes no início do quadro.	Esclareça as circunstâncias incluindo o relacionamento no início do quadro.	Pergunte se houve um momento em que os problemas sexuais relatados não estavam presentes (quando foi esse momento e como era vivido o sexo).
PANORAMA DA RESPOSTA ATUAL DA PACIENTE NO MOMENTO	Se um aspecto médico for relevante no momento, obtenha detalhes acerca dos efeitos sobre a atividade sexual (por exemplo: doenças cardíacas, doenças neurológicas).	Avalie os fatores de personalidade, incluindo questões de controle e capacidade de expressar emoções não sexuais.	Esclareça o resto do ciclo de resposta sexual (interesse sexual, excitação, orgasmo, satisfação, e a ausência de dor nas práticas sexuais com estimulação sexual com ou sem penetração).
PAPEL DA PARCERIA	Investigue sobre o estado de saúde da parceria.	Investigue sobre o humor e a saúde mental da parceria, e como esta reage à dificuldade sexual.	Investigue sobre o ciclo de resposta sexual da parceria.
ESTRESSE	Nível de estresse acerca dos aspectos médicos.	Nível de estresse acerca dos aspectos psicossociais.	Reação às dificuldades sexuais, grau de estresse.

Ainda sobre a anamnese, fatores psicossociais são claramente fatores de risco para disfunção sexual. Mulheres e homens com disfunção sexual devem receber avaliação psicossocial e tratamento, se disponível, além de avaliação médica e tratamento.

Quadro 2: Fatores Biopsicossociais que podem influenciar a resposta e satisfação sexual.

FATORES CONSTITUCIONAIS	Puberdade precoce; desordens de diferenciação sexual.
EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS PRÉVIAS	Violência sexual prévia; início precoce de vida sexual; vivências negativas em relacionamentos anteriores.
REPRESSÃO SEXUAL	História de educação sexual repressora familiar; forte influência religiosa com visão repressora da sexualidade.
EVENTOS ESTRESSORES	Tentativas frustradas de engravidar (infertilidade); puerpério; menopausa; luto; separação conjugal; divórcio.
ESTADO DE SAÚDE PSICOLÓGICA/ MENTAL	Baixa autoestima; autoimagem negativa; medos relacionados ao comportamento sexual; humor ansioso ou depressivo; estresse pós-traumático; transtorno psiquiátrico.
FATORES INTERPESSOAIS/ FATORES RELACIONAIS	Falta de intimidade entre parceiros; comunicação disfuncional; baixa satisfação do relacionamento; violência doméstica; infidelidade conjugal; disfunção sexual da parceria; repertório sexual limitado.

Em casos de revelação de vitimização sexual, uma avaliação mais aprofundada da mulher é recomendada se ela revelar uma história violência sexual prévia. Isso inclui a avaliação de como se deu o processo de recuperação do trauma (com ou sem acesso a cuidados em saúde e psicoterapia), de episódios recorrentes de depressão, abuso de substâncias, automutilação, comportamento sexual de risco,

se ela for incapaz de confiar nas pessoas (especialmente aquelas do mesmo sexo que o agressor), se ela tem uma necessidade exagerada de controlar as situações ou de agradar (e incapacidade de dizer não). Os detalhes sobre a violência podem ser necessários, especialmente se eles não foram abordados anteriormente. Nesses casos, a avaliação das disfunções sexuais por se pode ser adiada temporariamente.

Exame Físico

O exame genital é muitas vezes informativo e em mulheres com queixas sexuais pode ser terapêutico. Sugere-se realizar uma breve explicação sobre anatomia e a importância da realização do exame físico (pode-se utilizar modelos e pranchas anatômicas). É importante que além da explicação de como, onde e de qual forma serão tocadas no exame pélvico, o profissional de saúde peça permissão e espere a resposta do paciente para dar início ao processo de avaliação física.

Compreender a anatomia e a função dos órgãos genitais para que possamos dar conselhos sobre aparência e propósito pode ser importante numa consulta médica. Embora a aparência física (cada vez mais sujeita a modificações cirúrgicas) e a imagem corporal estejam intimamente ligadas à autoconfiança sexual, a compreensão da mente sobre a funcionalidade do nosso corpo é mais forte do que qualquer alteração física será.

Existem poucas situações em que um exame clínico seria contraindicado. Em situação que se apresenta com atitude de aversão sexual costuma ser acompanhada por sintomas autonômicos com uma sensação de medo e angústia. Pode não ser evidente para o paciente ou médico até que um exame ginecológico de rotina seja tentado.

A avaliação da função do músculo do assoalho pélvico (MAP) envolve avaliação de tônus, força, resistência, coordenação e ativação reflexa durante aumentos da pressão intra-abdominal, bem como a capacidade de relaxar adequadamente essa musculatura e presença de trigger points (pontos de dor e tensão) nesta região.

Avaliação da presença de dor vulvar por meio de uma palpação suave ou realização do “teste de toque do cotonete” na vulva e introito é recomendada antes de qualquer exame interno. Recomenda-se observar como a paciente se comporta nesse primeiro momento, perceber sinais de ansiedade e/ou tensão (olhos apertados, ombros elevados, pernas fechadas) nesses casos não é recomendado que o toque vaginal seja realizado.

Segue abaixo roteiro para avaliação física:

Genitália Externa

- Avaliar o tônus muscular → dispareunia e vaginismo.
- Avaliar a cor, a textura da pele e a distribuição de pêlos púbicos → distrofia vulvar, dermatites, atrofia.
- Avaliar presença de úlceras genitais → ISTs, por ex: lesão herpética.
- Realizar teste de cotonete → vestibulite vulvar, vulvodínia, dor vulvar.
- Palpar glândulas de Bartholin → bartholinite.
- Avaliar a região da fúrcula vaginal posterior e das carúnculas himenais → cicatrizes de episiotomia, estenose, fissura.

Toque Vaginal

- Palpar superfície retovaginal → Doença retal.
- Palpar o elevador do ânus → mialgia, vaginismo, dispareunia.
- Palpar bexiga / uretra → Uretrite, cistite intersticial, infecção do trato urinário.
- Avaliar a sensibilidade à mobilização do colo uterino → Infecção, peritonite.
- Avaliar a profundidade vaginal → Alterações pós-operatórias, alterações pós-radiação, estenose.
- Palpar útero → Retroversão, miomas, endometrite.
- Avaliar a possibilidade de aderências e/ou endometriose.

Exame Especular

- Avaliar a mucosa vaginal, incluindo investigação de presença de corrimentos vaginais anormais → vaginite, atrofia.
- Avalie a presença de prolapso genitais → cistocele, retocele, prolapso uterinos.

É recomendado repetir o exame físico se houver novas queixas orgânicas, aproveitar o momento para junto do paciente explicar características anatômicas e esclarecer dúvidas.

Exames Complementares

Habitualmente, não são necessários exames laboratoriais de rotina para investigação de queixas relacionadas à disfunção sexual. No entanto, eventualmente faz-se necessário afastar alguma doença clínica. Nestes casos, pode-se solicitar avaliação complementar incluindo: hemograma a fim de afastar anemias, TSH, prolactina e testosterona total para mulheres peri e pós-menopausa natural e cirúrgica ou ainda as candidatas a terapia hormonal. É importante lembrar que não se deve dosar testosterona em mulheres em uso de anticoncepção hormonal. Ademais, testes para infecções sexualmente transmissíveis e outros patógenos vaginais também podem ser úteis na avaliação de queixas específicas.

Diagnóstico

O diagnóstico das disfunções sexuais baseia-se nos critérios clínicos do DSM – V/CID 10, lembrando que condições relacionadas a qualquer outro transtorno psiquiátrico ou em vigência do uso de alguma droga psicoativa, bem como causas orgânicas, devem ser excluídas, como pré-requisito diagnóstico. Ademais, faz-se importante definir se a disfunção ocorre de maneira generalizada ou em situações específicas. Ressalta-se que para cada diagnóstico existem critérios específicos que devem ser consultados e contemplados.

Quadro 3: Classificações das Distúrbios Sexuais pelo CID 10.

CID 10	
F52.0	Ausência ou Perda do Desejo Sexual
F52.1	Aversão sexual e Ausência de prazer sexual
F52.2	Fracasso de resposta genital
F52.3	Disfunção orgásmica
F52.5	Vaginismo não orgânico
F52.6	Dispaurenia não orgânica
F52.7	Impulso sexual excessivo
F52.8	Outras disfunções sexuais de origem não orgânica
F52.9	Disfunção sexual não especificada de origem não orgânica

Quadro 4: Classificação dos Distúrbios Sexuais pelo DSM - V.

DSM - V	
N 01	Transtorno do Orgasmo Feminino
N 04	Transtorno do interesse / Excitação sexual feminino
N 06	Transtorno da dor genitopélvica / penetração
N 07	Disfunção sexual induzida por substância / medicação
N 08	Disfunção sexual sem outra especificação

Tratamento

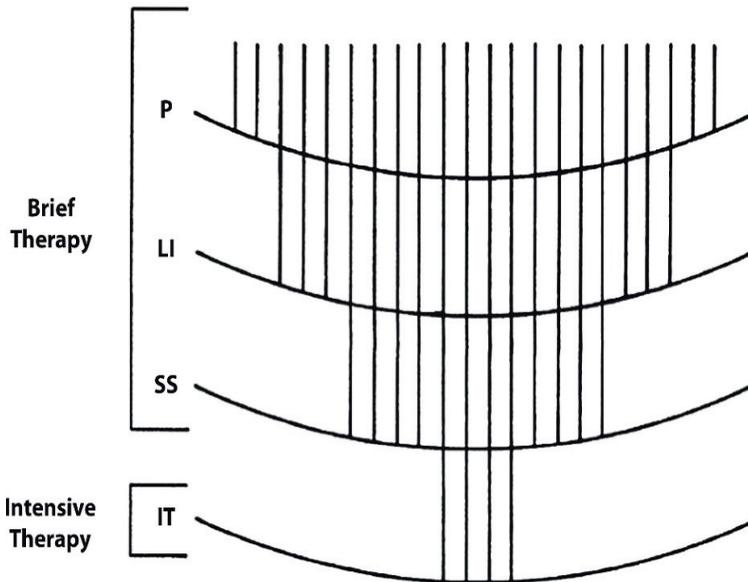
Vários modelos são propostos a fim de orientar o manejo das disfunções sexuais dos pacientes que buscam atendimento.

O modelo PILSET (tradução para o português do acrônimo PLISSIT em inglês), proposto por Jack S. Annon em 1976, baseia-se

nas iniciais: Permissão (P), Informação Limitada (LI), Sugestões Específicas (SE) e Terapia Intensiva (T). Foi desenvolvido para que profissionais de saúde desenvolvam o processo do cuidado em saúde sexual durante os atendimentos. São propostos quatro níveis de intervenção. Destaca-se que esse modelo é descrito em forma de pirâmide, uma vez que é necessário maior conhecimento e capacitação para cada nível seguinte.

- P = permitir a discussão sobre sexualidade abrindo espaço para a expressão das queixas sexuais em um ambiente de vínculo confidencialidade. Tal passo permite mergulhar mais fundo na etiologia das queixas dos pacientes, possibilitando inclusive a revelação fatores associados à queixa, além de percepções, sentimentos e crenças relacionadas ao exercício da sexualidade ou a queixa sexual apresentada.
- IL = informar sobre sexualidade considerando-se o tema trazido pelo paciente, ou seja, educar com foco na demanda percebida durante o atendimento. Nesta etapa, podem ser usados recursos educativos como modelos anatômicos, figuras, vídeos ou outros.
- SE = sugerir estratégias direcionadas a queixa levantada ou a fatores que necessitam ser modificados para um melhor exercício da sexualidade considerando sempre o tema levantado pela paciente, conforme suas necessidades individuais.
- T = promover o referenciamento para terapia intensiva com profissional especializado em casos de maior complexidade.

Figura 3: Modelo PLISSIT: uma proposta de esquema conceitual para o tratamento comportamental de problemas sexuais.



Fonte: Annon JS (1976)

Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico

Acerca do arsenal farmacológico, esclarece-se que o tratamento medicamentoso é limitado. Medicamentos isoladamente não resolvem disfunções sexuais femininas. As taxas de efeito placebo atribuídas ao tratamento farmacológico das disfunções sexuais femininas chegam a 67,7%. Abaixo seguem exemplos de estratégias farmacológicas e não farmacológicas que podem ser utilizadas como recursos terapêuticos.

Intervenção farmacológica:

- Terapia estrogênica tópica ou sistêmica: principalmente indicada nos casos de hipotrofia vaginal, ressecamento vaginal,

decorrente do hipoestrogenismo; existem várias formulações - avaliar individualmente.

- Terapia androgênica: a única indicação baseada em evidências é para o tratamento de mulheres na pós-menopausa que foram diagnosticadas com Transtorno do Déficit Sexual Hipoativo (TDSH) e passaram por avaliação biopsicossocial formal. Em caso de aventar-se o uso, deve-se conversar com a paciente e pesar riscos e benefícios, decidir em conjunto o início ou não da terapia androgênica, explicando inclusive que seu uso se faz de forma *off-label*. Quando indicada, preferir formulações em gel, creme ou adesivo transdérmico. Descontinuar se não houver benefício em 6 meses.
- Tibolona: é um esteróide sintético derivado da norestisterona que possui propriedades estrogênicas, progestínicas e androgênicas. É recomendado a pacientes com TDSH na pós-menopausa, dentro da janela de oportunidade.
- Bupropiona: inibidor de recaptção de dopamina e norepinefrina, além de bloquear os receptores da serotonina 5HT-2. Uso recomendado em mulheres com DSH devido a estados depressivos e no manejo de TDSH induzida por antidepressivos como “antídoto”. Utilizado na dose 150 - 300 mg/dia. É contraindicado a pacientes com epilepsia, bulimia e anorexia. Avaliar a necessidade de referenciamento a psiquiatria para melhor investigação da saúde mental.
- Flibanserina: é um agonista do receptor de serotonina 1A (5HT-1A), antagonista do receptor 2A (5HT-2A) e tem atividade agonista parcial sobre os receptores de dopamina. Indicado para tratamento do transtorno do desejo sexual hipoativo. Pode causar hipotensão e síncope e revela interação potencialmente grave com o álcool.

Intervenção não farmacológica:

- Mudança do estilo de vida: Medidas de gerenciamento da fadiga e do estresse na rotina de vida: atividade física, dieta equilibrada, higiene do sono.
- Lubrificantes (à base de água, óleo ou silicone): Usado para reduzir o atrito nas práticas penetrativas e aumentar o conforto na atividade sexual.
- Hidratantes vaginais: Usado regularmente para manutenção da umidade vulvar / vaginal.
- Terapia Sexual: Útil para todos os diagnósticos de disfunção sexual.
- Fisioterapia do Assoalho Pélvico: Para tratamento de disfunção do assoalho pélvico.
- Lasers Vaginais (laser fraccionado de dióxido de carbono, *lasers Erbium YAG*): Possibilidade nos casos de síndrome geniturinária da menopausa.
- Dispositivos mecânicos (vibradores, brinquedos eróticos): Usados para aumentar a estimulação vulvar, clitoriana e vaginal.

Ressalta-se que o manejo ideal das disfunções sexuais se dá de forma multidisciplinar, agregando habilidades e conhecimento de profissionais médicos (incluindo ginecologistas, psiquiatras, geriatras...), fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e outras categorias. A discussão aprofundada do tratamento de nível avançado está além do escopo deste protocolo.

Monitorização / Seguimento Clínico

A partir do momento em que se inicia o seguimento destes pacientes, deve-se acompanhá-los a fim de avaliar a resposta do tratamento. Sugere-se, quando possível, o acompanhamento multiprofissional com regularidade individualizada, direcionada a depender de cada caso. Os casos mais complexos e refratários às medidas terapêuticas e intervenções realizadas devem ser encaminhados para avaliação no ambulatório de sexologia.

Referências

ANNON JS. The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976;2(1):1- 15. doi: 10.1080/01614576.1976.11074483).

BANCROFT, J.; Graham, C.; Janssen, E.; Sanders, S. The dual control model: Current status and future directions. *J. Sex. Res.* 2009, 46, 121–142.).

BASSON R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet.* 2007; 369(9559):409-24.

BASSON, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., ... Wagner, G. (2004). Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 24–34. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10105.x).

BASSON, Rosemary. Human sexual response. *Handbook of clinical neurology*, v. 130, p.1-18, 2015.)

BASSON, R. A model of women´s sexual arousal, marital therapy.2002.

BRASIL, A. P. A.; ABDOII, C. H. N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 21, n. 2, p. 89, 2016.

DANG SS, Gorzalka BB, Brotto LA. Dual Control Model in a Cross-Cultural Context: Role of Sexual Excitation in Sexual Response and Behavior Differences Between Chinese and Euro-Caucasian Women in Canada. *Arch Sex Behav.* 2019 Nov;48(8):2519-2535. doi: 10.1007/s10508-019-01535-7.)

DSM-V. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

DAVIS SR, Baber R, Panay N, Bitzer J, Perez SC, Islam RM, Kaunitz AM, Kingsberg SA, Lambrinoudaki I, Liu J, Parish SJ, Pinkerton J, Rymer J, Simon JA, Vignozzi L, Wierman ME. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019 Oct 1;104(10):4660-4666. doi: 10.1210/jc.2019-01603. PMID: 31498871; PMCID: PMC6821450.

FEBRASGO. Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais. Ginecologia. Protocolos Febrasgo. 2021.

FEBRASGO. Tratamento das Disfunções Sexuais. Ginecologia. Protocolos Febrasgo. 2021.

FEBRASGO. Comissão Nacional Especializada em Sexologia. Protocolo Febrasgo. 2021 -Ginecologia, n. 59.

FERNANDES, Eduardo Siqueira.; FERREIRA, Pedro Raffael Farias. Uso de Testosterona em mulheres com diminuição ou perda de interesse/excitação sexual. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. 2019, 30(1); 66-72.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos Brasília,2012. Disponível em: <http://www.diversidade-sexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>

LARA, L.A et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(6):312-21

LARA L.A, Lopes GP et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo - Ginecologia, nº 11/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).

LEHMILLER, Justin J. The psychology of human sexuality. John Wiley & Sons, 2017.

LUZ, José Henrique Sousa et al. Sexualidade Humana: fundamentos clínicos e terapêuticos. Editora CRV. 2021

MARTINEZ L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. Fertil Steril. 2008;89(4):1035.

MITCHELL, Kirstin R. et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). The Lancet, v. 382, n. 9907, p. 1817-1829, 2013.

MCCABE, Marita P. et al. Risk factors for sexual dysfunction among

women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, v. 13, n. 2, p. 153-167, 2016.

PARISH, SJ et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc.* 2019 May;94(5):842-856. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.01.009.).

PARISH SJ, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc.* 2019 May;94(5):842-856. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.01.009.).

PHILLIPS, Nancy A. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American family physician*, v. 62, n. 1, p. 127-136, 2000.

SPIZZIRINI, G., Eufrásio, R., Lima, M.C.P. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 11, 2240 (2021). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>).

VELTEN, Julia. The dual control model of sexual response: Relevance of sexual excitation and sexual inhibition for sexual function. *Current Sexual Health Reports*, v. 9, n. 2, p. 90-97, 2017.

YEUNG, J., & PAULS, R. N. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 43(1), 27-44. doi: 10.1016/j.ogc.2015.10.011).2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Working definitions of sex, sexuality, sexual health and sexual rights. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: WHO; 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997

WEINBERGER, J. M., Houman, J., Caron, A. T., & Anger, J. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. *Sexual Medicine Reviews*. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.12.004). 2018

WYLIE, Kevan; MIMOUN, Sylvain. Sexual response models in women. *Maturitas*, v. 63, n. 2, p. 112-115, 2009.

WYLIE Kevan. Assessment & management of sexual problems in women. *Journal of the Royal Society of Medicine.*;100(12):547-550.2007. Disponível em: doi:10.1177/0141076807100012011).

ADENOMIOSE

*Daniel de Sousa Sobral
Kathiane Lustosa Augusto*

Introdução

A adenomiose é uma condição comum que afeta cerca de 20 a 35% das mulheres e é caracterizada pela presença de glândulas endometriais e estroma na camada miometrial do útero. Originalmente, tinha-se como uma entidade de diagnóstico necessariamente histopatológico, porém, com o avanço tecnológico na medicina, conseguimos que muitas mulheres tenham diagnóstico clínico-radiológico precoce para instalação de tratamento e acompanhamento adequados. Apesar de tais progressos, ainda há controvérsias quanto à propedêutica dessa doença.

A apresentação clínica é ampla, estando sangramento uterino anormal, dismenorreia e infertilidade entre os sintomas mais prevalentes. Tal heterogeneidade torna o diagnóstico ainda mais desafiador. Ademais, a adenomiose frequentemente está associada a outras doenças ginecológicas, como endometriose (até 80% de associação), miomatose (cerca de 20%) e pólipos endometrial (7%).

Classicamente, a adenomiose era considerada como uma doença típica de mulheres de meia-idade em torno de 40-50 anos, multíparas e com cirurgias uterinas anteriores. No entanto, a adenomiose é cada vez mais diagnosticada em pacientes jovens por meio de técnicas não invasivas.

História Clínica e Exame Físico

O sangramento uterino anormal e a dismenorreia são os sintomas mais frequentes, chegando a estar presente em 60% das mulheres. Também podem apresentar quadro de dor pélvica crônica e infertilidade. Ademais, aproximadamente 1/3 das pacientes são assintomáticas.

A adenomiose é uma das doenças estruturais presentes na classificação de PALM-COEIN da FIGO para causas de sangramento uterino anormal (conforme protocolo de Sangramento Uterino Anormal). Geralmente, apresenta-se com sangramento menstrual prolongado e abundante. A frequência e gravidade estão associados à extensão da doença.

O sintoma de dor é fortemente associado. Geralmente antecede até uma semana do início da menstruação. Estudos mostram que há relação entre a gravidade da dismenorreia e a profundidade e grau de invasão da adenomiose no miométrio. Em pacientes com miomatose coexistente, a propensão para dor é maior. Algumas séries também observaram que dor durante a menstruação, dispareunia e dor pélvica não cíclica são significativamente mais frequentes quando associada de comorbidades. Ademais, a adenomiose se relaciona com a endometriose de acometimento profundo. Dessa forma, disúria e disquezia podem estar presentes.

A adenomiose parece impactar de forma importante na fertilidade. Estudos mostram redução das taxas de gravidez em paciente submetidas a técnicas de reprodução assistida. No entanto, torna-se difícil precisar tal impacto, principalmente devido ao fato da comum coexistência com a endometriose, condição bastante associada à infertilidade. Quanto aos desfechos obstétricos, observa-se aumento de complicações como abortamento, parto prematuro e hemorragia pós-parto.

Ao exame pélvico, deve-se realizar especular e toque vaginal bimanual. Geralmente encontra-se útero aumentado de volume e

sensível à dor. Pode haver áreas de espessamento e útero com mobilidade comprometida, levando à suspeita de endometriose, e massas e abaulamentos que podem corresponder a leiomiomas.

Exames diagnósticos indicados

Exames laboratoriais de hemoglobina e hematócrito são importantes para avaliação da repercussão clínica do sangramento uterino anormal.

O exame de imagem se tornou uma ferramenta essencial na abordagem das pacientes com suspeita de adenomiose. O Ultrassom transvaginal é a primeira escolha para avaliação, ficando a ressonância magnética reservada para casos de diagnóstico duvidoso ou para programação cirúrgica, principalmente nos casos de adenomiose focal.

Em 2015, foi proposto um consenso para descrição ultrassonográfica dos achados miometriais, o protocolo *Morphological Uterus Sonographic Assessment* (MUSA). Este expõe sinais diretos e indiretos da adenomiose no USTV 2D e 3D.

Quadro 2: Critérios ultrassonográficos MUSA.

SINAIS DIRETOS	SINAIS INDIRETOS
Cistos intramiometriais Ilhas heterogêneas hiperecoicas Sombra acústica em forma de leque Linhas subendometriais ecogênicas Zona juncional irregular ou interrompida	Útero globular aumentado Assimetria de espessura das paredes uterinas

Na ressonância magnética, o diagnóstico de adenomiose está muito ligado ao estudo da zona juncional (ZJ). Um espessamento maior que 12 mm da ZJ geralmente é considerado como diagnóstico, enquanto um valor menor que 8mm exclui adenomiose. Outros protocolos também propõem o uso da razão ZJ máxima/miométrio

total acima de 40% e diferença entre a espessura máxima e mínima da ZJ maior que 5 mm como critérios para diagnóstico. Importante ter ciência que a zona juncional varia de acordo com a fase do ciclo menstrual (mais espessa entre 8-16 dia), estado reprodutivo (aumenta com a idade até a menopausa e depois diminui) e uso de medicamentos (afina com uso de anticoncepcionais ou análogos de GnRH). Portanto, a acurácia diagnóstica da ressonância pode ser prejudicada.

A histeroscopia não é exame de escolha, mas sinais endometriais podem ser sugestivos, como hipervascularização endometrial, “padrão de morango”, defeitos endometriais e cistos hemorrágicos submucosos.

Tratamento indicado e Plano terapêutico

Antigamente, o tratamento proposto para adenomiose era a histerectomia. No entanto, para a decisão terapêutica devemos avaliar idade, desejo reprodutivo, condições ginecológicas associadas e resposta a tratamentos clínicos.

Tratamento clínico

Objetiva aliviar sintomas de sangramento uterino anormal e dor pélvica. Tratamento não curativo indicado para mulher que não desejam gestar. Entre as opções estão os anticoncepcionais hormonais (combinados ou progestágenos isolados), análogos de GnRH e sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG). Importante salientar que para a escolha do método devem ser considerados critérios de elegibilidade, tolerância, efeitos colaterais, follow-up e custo.

Os anticoncepcionais orais e os análogos de GnRH atuam suprimindo o eixo hipotálamo-hipófise-ovário, melhorando sangramento e dismenorrea. O SIU-LNG é uma ótima opção terapêutica eficaz que age localmente causando atrofia do tecido.

Tratamento cirúrgico com preservação uterina

Considerado para mulheres sintomáticas que desejam gravidez. Para adenomiose focal, propõe-se a adenomiomectomia/cistectomia. Nos casos de doença difusa, é proposta a cirurgia citorrredutora ou adenomiomectomia parcial. Sabe-se que na adenomiose a camada muscular é heterogênea sem planos de clivagem definidos, portanto a ressecção é difícil e a recorrência passível.

Os resultados do tratamento conservador ainda são controversos, principalmente no que diz respeito à infertilidade e desfechos na gravidez. A maioria dos estudos mostra que nos casos de adenomiose focal, pelo fato de a cirurgia ser de mais fácil execução, conseguindo uma melhor excisão das lesões, os resultados reprodutivos são melhores. Apesar de que mais estudos são necessários, pois os desfechos parecem variar de acordos com características individuais da paciente e da técnica abordada.

No tocante a complicações na gravidez, há preocupação com risco de ruptura uterina após a cirurgia, com relatos esparsos na literatura, especialmente na cirurgia conservadora de adenomiose difusa.

Tratamento cirúrgico definitivo

A histerectomia está indicada em paciente que já apresentam prole definida e sintomáticas com SUA e dismenorreia refratárias ao tratamento clínico.

A via cirúrgica pode ser laparotômica, vaginal, laparoscópica ou robótica, devendo-se levar em consideração tamanho e mobilidade do útero, cirurgias prévias e condições associadas, como endometriose e miomatose.

Critérios de internação

Devem ser internadas as mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos. Também preenchem critérios de internação mulheres com sangramento uterino anormal com anemia importante.

Crêterios de mudança terapêutica

Em caso de sangramento ou outra sintomatologia persistente após tratamento conservador, indica-se mudança terapêutica, sendo a histerectomia o tratamento definitivo para adenomiose.

Crêterios de alta ou transferência

Mulheres com melhora do padrão de sangramento após tratamento clínico ou cirúrgico podem ter alta hospitalar.

Referências

CHAPRON C. et al. Diagnosing adenomyosis: An integrated clinical and imaging approach. *Hum Reprod Update* 2020, 26: 392–411.

CHAPRON C. et al. Relationship between the magnetic resonance imaging appearance of adenomyosis and endometriosis phenotypes. *Human reproduction* 2017; 32(7): 1393–1401.

GRG IA-SOLARES J. et al. Pathogenesis of uterine adenomyosis: invagination or metaplasia? *Fertility and sterility*, 2018; 109(3): 371–379.

GORDT S., GRIMBIZ G., CAMPO R. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. *Fertility and sterility*, 2018; 109(3): 380–388.

HORTON J. et al. Reproductive, obstetric, and perinatal outcomes of women with adenomyosis and endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2019; 25:592.

MUNRO MG. Classification and reporting systems for adenomyosis. *Journal of minimally invasive gynecology* 2020, 27(2): 296–308.

TAN J. et al. Reproductive outcomes after fertility-sparing surgery for focal and diffuse adenomyosis: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol* 2018; 25:608–621.

VAN DEN BOSCH T. et al. Terms, definitions and measurements to

describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 46: 284– 298.

VANNUCCINI S. et al. Role of medical therapy in the management of uterine adenomyosis. *Fertility and sterility* 2018, 109(3): 398-405.

VANNUCCINI S., PETRAGLIA F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. *F1000Research* 2019, 8: 283.

AMENORREIA

Claruzza Braga Holanda Lavor Lustosa

Larissa Gladya Viana Santos

Introdução

Amenorreia é a ausência ou suspensão anormal da menstruação em mulheres em idade reprodutiva. É dividida em primária e secundária, definidas como amenorréia antes ou após a menarca, respectivamente.

Classificação

Amenorreia Primária

Devem ser avaliadas para amenorreia primária:

- Adolescentes que não tiveram menarca até os 15 anos.
- Adolescentes que não tiveram menarca após 3 anos do surgimento da telarca.
- Adolescentes que não tiveram menarca até 13 anos e não apresentam desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.
- Adolescentes que não tiveram menarca até os 14 anos e:
 - ✓ Há suspeita de desordem alimentar ou excesso de atividade física.
 - ✓ Há sinais de hirsutismo.
 - ✓ Há suspeita de obstrução genital.

As causas mais comuns são: disgenesia gonadal (50%), hipogonadismo hipogonadotrófico (20%), ausência de útero ou vagina (15%), hímen imperfurado (5%) e doença hipofisária (5%).

Os aspectos mais importantes a serem avaliados são:

- Presença ou ausência de caracteres sexuais secundários, principalmente o desenvolvimento de mamas (telarca), presença uterina e níveis de gonadotrofinas.
- Ausência de telarca: conclui-se que a paciente não tem ação estrogênica ovariana, e faz-se o diagnóstico diferencial entre atraso funcional do desenvolvimento (FSH normal ou baixo) e disgenesia gonadal (FSH elevado).
- Presença de telarca: existe ação estrogênica ovariana; o próximo passo é avaliar se existe útero e vagina.
- Presença de telarca, ausência de útero e vagina, ou vagina curta: os prováveis diagnósticos são agenesia Mulleriana e insensibilidade androgênica. Deve ser realizado o cariótipo; caso seja normal (46XX), estamos diante da síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser; se cariótipo 46 XY, trata-se de insensibilidade androgênica (síndrome de Morris).
- Presença de telarca, útero e vagina: má formação do trato útero vaginal, como ausência de colo, septo transversal de vagina ou hímen imperfurado. Nestes casos haverá hematométrio com ou sem hematocolpo.

Amenorreia Secundária

Devemos investigar as pacientes com amenorreia há 3 meses (ciclos regulares) ou há 6 meses (ciclos irregulares), sempre após excluir gestação. Entre as principais causas têm-se: anovulação (40%), disfunção hipotalâmica (35%), disfunção hipofisária (20%) e patologias uterinas (5%).

A anamnese e o exame físico orientam possíveis etiologias, como: relato de vida sexual ativa sem uso de contraceptivos; presença de sintomas de deficiência estrogênica (fogachos, ressecamento vaginal, diminuição da libido, alterações do sono); sinais de hiperandrogenismo (acne, alopecia, hirsutismo); histórico de procedimentos

como curetagem uterina; distúrbios da dieta; práticas de atividades físicas extenuantes; uso de medicamentos (contraceptivos, andrógenos ou drogas que possam cursar com aumento da prolactina); avaliação do índice de Massa Corpórea (IMC).

Testes que podem ser utilizados no processo de investigação:

Teste da Progesterona

Verifica a permeabilidade do trato genital e a presença de estrogênio. É oferecido o acetato de medroxiprogesterona 10mg/dia, por 5 a 10 dias:

- Teste positivo: caso ocorra sangramento de privação, podendo-se sugerir que:
 - ✓ O trato genital é patente.
 - ✓ O ovário é funcionante, pois o endométrio prolifera em resposta ao estrogênio secretado ($E_2 \geq 40\text{pg/mL}$).
 - ✓ O eixo hipófise-hipotálamo-ovariano atua adequadamente.
 - ✓ O diagnóstico da amenorreia é anovulação.
- Teste negativo: caso não ocorra o sangramento de privação, e pode ocorrer por alguns motivos:
 - ✓ Gravidez.
 - ✓ Obstrução do trato genital ou sinequia uterina.
 - ✓ Ausência de atividade estrogênica (hipogonadismo).

Teste do Estrogênio somado a Progesterona

Realizar após um teste de progesterona negativo e já excluída gravidez. Pode-se realizar com a intenção de determinar se o fluxo menstrual é ausente por falha dos órgãos alvo ou por ausência de proliferação endometrial induzida por estrogênio. Administram-se estrogênios conjugados 1,25mg/dia ou estradiol 2mg/dia por 21 dias, com adição de medroxiprogesterona 10mg/dia nos últimos 5 dias.

- Teste negativo: amenorreia de causa uterina (S. Asherman).
- Teste positivo: cavidade endometrial normal; seguir investigação para causa central, com exames de neuroimagem ou

investigação de alterações de dieta, atividades físicas extenuantes, estresse.

É importante ressaltar que o teste acima tem taxas de falso-negatividade e positividade consideráveis. Portanto, tal ferramenta não deve substituir história clínica direcionada, exame adequado e avaliação laboratorial e de imagem, evitando-se atrasos diagnósticos.

Diagnóstico

Exames laboratoriais

BhCG:

- Descartar gravidez, causa mais comum de amenorreia.

FSH (excluir falência ovariana):

- Se FSH elevado: indica hipogonadismo hipergonadotrófico, ou seja, falência ovariana precoce. Deve-se considerar a realização de cariótipo nas pacientes com menos de 30 anos, além de buscar causas autoimunes.
- Se FSH baixo ou normal: indica hipogonadismo hipogonadotrófico, ou seja, causa central. Quando se suspeita de causa central o teste da progesterona é uma boa conduta, e neste caso ele é negativo. Passamos então para o próximo passo, que é o teste estrogênio somado a progesterona e a realização de exames de imagem do SNC, para excluir lesões orgânicas no crânio que possam causar disfunção no hipotálamo ou hipófise.

Prolactina (excluir hiperprolactinemia):

- Se prolactina elevada: recomenda-se sempre repetir a dosagem de prolactina caso venha alterada, pois ela pode estar transitóriamente elevada devido a estresse, alimentação e atividade física. Solicitar macroprolactina, função renal e hepática, investigar

gravidez e uso de medicamentos relacionados. Seguir abordagem apropriada para hiperprolactinemia.

TSH (excluir doenças tireoidianas):

- Se TSH aumentado ou diminuído: seguir abordagem e tratamento para tireoidopatias.

SDHEA (excluir hiperplasia adrenal) e testosterona:

- Caso haja sinais de hiperandrogenismo.

Manejo

Causas Hipotalâmicas

Causas disfuncionais (desordens alimentares, excesso de exercícios físicos, estresse psicogênico), deficiência isolada de gonadotrofinas (Síndrome de Kallmann) e tumores são frequentemente associados a amenorreia hipotalâmica. Os mecanismos fisiopatológicos não são claros.

A anorexia nervosa é mais comum em adolescentes entre 15-19 anos e neste caso a amenorreia deve-se a um distúrbio na regulação dos neurotransmissores na liberação pulsátil de GnRH. Conseqüentemente, os níveis de FSH, LH e estradiol são baixos. A reabilitação nutricional e a restauração do peso são associadas a retorno dos ciclos em cerca de 70% das pacientes após um ano de tratamento, e em 95% após dois anos.

A amenorreia induzida por excesso de exercícios físicos geralmente resulta da liberação de endorfinas e supressão dos pulsos de GnRH, levando a um quadro de hipoestrogenismo secundário. O estresse psicogênico promove uma resposta adaptativa que envolve a ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, com aumento do hormônio liberador de corticotrofina (CRH) e estimulação do sistema nervoso simpático. A secreção de CRH é responsável pela

atividade opioide endógena central, inibindo a liberação de GnRH pelo hipotálamo.

A síndrome de Kallmann consiste em uma associação de hipogonadismo - hipogonadotrófico e anosmia. Os neurônios olfatórios e os de GnRH possuem a mesma origem, no placoide olfatório. No período embrionário os neurônios de GnRH migram desta região até a área pré-óptica do hipotálamo. Nesta síndrome ocorre um defeito de migração destes neurônios, e as meninas que apresentam esse defeito só serão identificadas na adolescência, quando apresentarem falha no desenvolvimento sexual secundário e amenorréia primária. Ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser solicitada para excluir doenças orgânicas no SNC, hipotálamo e hipófise.

Para o tratamento, a abordagem multidisciplinar é fundamental. Aconselhar acompanhamento psicológico e nutricional, assim como mudança no estilo de vida, onde a chave é a redução dos níveis de cortisol. Dessa forma, acredita-se que a liberação hipotalâmica do GnRH volte a ser pulsátil e retorne o bom funcionamento do eixo hipotalâmico-hipofisário.

Estas mulheres são mais susceptíveis a perda óssea, a menos que a causa primária possa ser tratada com terapia cíclica de estrogênio-progesterona. Se for desejada gravidez, é importante uma boa nutrição. A indução da ovulação com citrato de clomifeno ou gonadotrofinas exógenas pode ser oferecida.

Causas Hipofisárias

Hiperprolactinemia

Aproximadamente 10-40% das mulheres com hiperprolactinemia apresentam amenorreia. Seu efeito é sobre a pulsatilidade de GnRH e, conseqüentemente, ocorre supressão das gonadotrofinas e diminuição dos níveis de estrogênio. Existem várias causas de hiperprolactinemia: fisiológicas (gravidez e lactação); uso de algumas medicações (antieméticos, anti-hipertensivos, antidepressivos

tricíclicos); endocrinopatias (hipotireoidismo primário e SOP) e tumores hipofisários.

Prolactinomas

São tumores da hipófise anterior, tipicamente classificados em microadenomas (< 10mm) ou macroadenomas (>10mm). Os adenomas são a causa mais comum de disfunção hipofisária anterior, e estão presentes em 50-60% das mulheres com hiperprolactinemia. Resultam em uma deficiência de estrogênio, resultado da inibição da pulsatilidade do GnRH e subsequente diminuição da liberação de FSH e LH. A baixa relação entre os níveis de prolactina e a presença de tumor indica que RNM deve ser solicitada sempre que os níveis forem persistentemente elevados. Na ausência de outra condição orgânica, os agonistas da dopamina (cabergolina; bromoergocriptina) são o tratamento de escolha da hiperprolactinemia, com ou sem tumor.

Causas Ovarianas

Disgenesia gonadal

Condição em que ocorre um desenvolvimento anormal da gônada. Os níveis de estrogênio são baixos e os de FSH e LH são elevados. A forma mais comum é a Síndrome de Turner (45, X cariótipo), mas podem existir outras formas, como a disgenesia gonadal pura (cariótipo normal – 46, XX) e a Síndrome de Swyer (disgenesia gonadal - XY). Os tumores gonadais ocorrem em 25% das mulheres com cromossomos Y. Estas gônadas não secretam hormônios e devem ser removidas ao tempo do diagnóstico.

Insuficiência ovariana prematura (IOP)

Caracterizada por amenorreia, hipoestrogenismo persistente e níveis elevados de FSH antes dos 40 anos. É uma condição que afeta 1 – 5% das mulheres. Mulheres abaixo dos 30 anos devem ser investigadas com cariótipo para descartar translocações cromossômicas,

deleções ou presença de cromossomo Y, o qual está associado a aumento no risco de tumores gonadais. Cerca de 40% das mulheres com IOP apresentam anormalidade autoimune (ooforite autoimune), mais comumente tireoidite autoimune. Algumas causas como as iatrogênicas (quimioterapia e/ou radioterapia para doenças malignas), têm potencial para recuperação.

Pacientes com insuficiência ovariana devem ser tratadas com estrogênio e progesterona para promover e manter os caracteres sexuais secundários e reduzir o risco de osteoporose. Em adolescentes o objetivo é estimular o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários com baixas doses de estrogênio, evitando progesterona até o desenvolvimento completo das mamas. Raramente mulheres com falência ovariana podem apresentar ovulação espontânea de algum folículo remanescente, e a concepção é possível.

Causas uterinas / defeitos anatômicos

Agenesia Mulleriana

Malformação congênita do trato genital, resultando em ausência de vagina e útero, com ovários normais. Como consequência, a menina será 46XX, porém apresentará agenesia/hipoplasia severa uterina associado à ausência dos 2/3 superiores da vagina. Malformações renais e esqueléticas podem estar presentes.

Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser

É a segunda causa mais comum de amenorreia primária, com uma prevalência estimada em 1: 4.000 nascidos vivos do sexo feminino. Estas pacientes apresentam desenvolvimento normal dos caracteres sexuais secundários e função ovariana normal, mas com amenorreia primária e, devido a falta do terço superior da vagina, terão queixa relacionada com a penetração vaginal. O tratamento consiste em melhorar qualidade de vida, quando a paciente desejar iniciar sua vida sexual, realizando cirurgia de neovagina.

Insensibilidade androgênica (Síndrome de Morris)

Tem uma incidência de 1: 20.000 – 1: 99.000, e é devida a uma herança recessiva ligada ao X. Os níveis de testosterona são normais, e deve-se mais comumente a um defeito completo na ligação dos androgênios aos seus receptores. O cariótipo é XY, mas as pacientes apresentam fenótipo feminino. Tipicamente irão ter desenvolvimento mamário normal, pelos pubianos, vagina curta e útero ausente. Os testículos estão presentes, mas são, em geral, criptorquídicos, sem espermatogênese.

Síndrome de Asherman

É a causa mais comum de amenorrea secundária por obstrução do fluxo. Consiste na presença de sinequias intrauterinas, tipicamente resultantes de infecções/endometrite ou de procedimentos de curetagem. Em adição à amenorrea, estas pacientes podem apresentar abortamentos recorrentes ou infertilidade. O tratamento consiste da lise de aderências através de vide histeroscopia, associada à estrogênio-terapia para reepitelização endometrial.

Síndrome dos ovários policísticos

Desordem endócrina que pode afetar 4 a 19% das mulheres em idade reprodutiva, caracterizada por hiperandrogenismo, oligo/anovulação e morfologia ovariana policística ao ultrassom. O consenso atualmente mais utilizado para o diagnóstico da SOP é o proposto por Teede et al., publicado em 2018, no qual a presença de pelo menos dois dos três critérios diagnósticos - oligomenorrea, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial e morfologia ovariana policística ao ultrassom - determina o diagnóstico, desde que excluídas outras endocrinopatias: hiperplasia adrenal congênita (17OH progesterona), hiperprolactinemia (prolactina sérica), tireoidopatias (TSH).

O tratamento consiste em mudança do estilo de vida (prática de exercícios e acompanhamento nutricional). Além disso, deve-se

considerar contraceptivos orais combinados (progesterona com característica antiandrogênica, como a ciproterona e a drospirenona), podendo-se associar drogas sensibilizadoras da insulina (metformina) e drogas antiandrogênicas (espironolactona, finasterida) dependendo do fenótipo da paciente. Caso a paciente esteja tratando infertilidade associada à anovulação da SOP, deve-se fazer uso de indutores da ovulação (clomifeno, letrozol).

Hiperplasia adrenal congênita

Cerca de 90% dos casos são causados por deficiência da 21-hidroxilase, que catalisa a conversão de progesterona a desoxicorticosterona, de 17OH progesterona a 11 desoxicortisol. Há uma interrupção nessa via, conseqüentemente há acúmulo de 17 OH progesterona e um desvio para a via de androgênios. A secreção de CRH aumenta em resposta à diminuição do cortisol, aumentando o ACTH, que estimula a produção androgênica adrenal.

A forma não clássica de HAC é a mais frequente, ocorrendo em 0,2% da população em geral. Geralmente apresenta-se na infância e é caracterizada por pubarca prematura, e na adolescência por hirsutismo e amenorreia. O quadro pode ser revertido com tratamento adequado do excesso de androgênio adrenal. As duas outras causas menos frequentes de HAC são deficiência da 11- hidroxilase e 3 B hidroxisteróide.

Referências

AZZIZ R. et al. Polycystic ovary syndrome. *Nat Rev Dis Primers*, p. 2:16057, 2016.

FRITZ M.A.; Speroff L. *Clinical gynecologic, endocrinology and infertility*. 8ª edition. Philadelphia, Wolters Kluwer Heath; 2011.

GIBSON M. E. S. et al. Where have the periods gone? The evaluation and management of functional hypothalamic amenorrhea. *J Clin Res Pediatr. Endocrinol*, 12 (1):18-27, 2020.

JABEEN S. et al. Causes of primary amenorrhea at tertiary level hospital. JAMC, 30(3), 2018.

KLEIN D. A. et al. Amenorrhea: A systematic approach to diagnosis and management. American Family Physician, vol 100, n.1, 2019.

REBAR R. et al. Evaluation of amenorrhea, anovulation, and abnormal bleeding. yGnec Reprod Biol, Michigan State University College of Human Medicine, - Chapter 4. Grand Rapids, MI. October 1, 2014.

ROBERTS R. E. et al. Current understanding to hypothalamic amenorrhea. Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism, col 11, 1-12, 2020.

TEEDE H. J. et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril., v. 110, n. 3, p. 364-379, 2018.

ATENÇÃO GINECOLÓGICA À CRIANÇA E À ADOLESCENTE

*Gabriel Cabral Alencar dos Santos
Zenilda Vieira Bruno*

Introdução

O atendimento médico ginecológico da criança e da adolescente possui diversos pontos que diferem quando comparados ao da mulher na vida adulta.

O bom preparo do profissional ao atender, mostrando empatia, sensibilidade e segurança é essencial para que ocorra êxito na consulta, tanto do ponto de vista da criança/adolescente quanto dos pais/acompanhantes. Conversar diretamente com a paciente, não somente com os pais, pode causar empatia e melhorar a relação médica com a pequena paciente. Cada fase deve ser tratada de maneira individualizada.

Diretrizes clínicas

Criança

A consulta não deve se concentrar apenas nas queixas ginecológicas, como também a situações próprias da infância, principalmente ao crescimento e desenvolvimento e a higiene íntima. É provável que as informações sejam repassadas pela mãe/acompanhante, porém incluir a criança nesse momento pode deixá-la mais confortável.

Queixas mais frequentes:

- Corrimento e/ou prurido vulvar, coalescência de ninfas, sangramento vaginal, puberdade precoce, traumatismo genital, suspeita de abuso.

Anamnese:

- História da gestação e parto – se houve alguma complicação, escolaridade, vacinação, comorbidades, desenvolvimento e crescimento, relações interpessoais, hábitos higiênicos e alimentares.

Local do Exame:

- Claro, arejado e aconchegante. A presença da mãe é importante para garantir à criança tranquilidade e confiança. Dependendo da idade da criança a abordagem deve ser feita através de brincedos que lhe distraiam a atenção ou, em crianças maiores, através de diálogo claro, simpático e direto que lhes fará sentir importantes e participativas. Quando necessário, pode-se deixar o exame físico para uma visita posterior.

Exame físico:

- Geral: Visão geral do desenvolvimento pondero-estatural além de sinais de obesidade ou desnutrição. Observar sinais sindrômicos. Avaliar a presença de marcas e cicatrizes, que podem acabar refletindo maus tratos.
- Abdome: Iniciar o exame pelo abdome para a criança se sentir mais segura. Observar abaulamentos, massa palpáveis, pontos dolorosos ou vascularização aumentada.
- Mamas: Observar desenvolvimento prematuro da glândula ou anomalias congênitas.

Quadro 1: Estágios de Tanner - Mamas.

ESTÁGIO DE TANNER – MAMAS	
M1	Pré-púbere (Somente elevação da papila, ausência completa de desenvolvimento mamário).
M2	Broto mamário.

ESTÁGIO DE TANNER – MAMAS	
M3	Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos.
M4	Projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da mama.
M5	Aréola volta ao contorno da mama, saliência somente da papila. Mama adulta.

- Exame Ginecológico:

Aqui o ginecologista deve ser tranquilo e persuasivo para garantir um bom exame. Aproveitar a presença da mãe para orientá-la sobre os cuidados higiênicos e tranquilizá-la a respeito da inocuidade do exame quanto ao hímen. A posição da criança para o exame da genitália é o decúbito dorsal com as pernas dobradas e os calcanhares juntos.

Às vezes, a paciente pode se sentir mais confortável no colo da responsável. Com a criança bem-posicionada, os grandes lábios são afastados, mantidos com o indicador e o dedo médio e puxados suavemente para fora e para trás para visualizar o hímen, o orifício uretral e o clitóris. Observar a integridade himenal, que pode se apresentar de formas variadas.

Os pelos pubianos também devem ser avaliados, bem como estadiados de acordo com os estágios de Tanner.

Quadro 2: Estágios de Tanner - Pelos pubianos.

ESTÁGIO DE TANNER – PELOS	
P1	Pré-púbere (ausência de pelos).
P2	Pelos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios.
P3	Pelos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis.
P4	Pelos mais escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas.

ESTÁGIO DE TANNER – PELOS

P5	Pelos estendendo-se até as raízes das coxas.
-----------	--

Algumas características anatômicas da vulva da criança propiciam a contaminação genital e a instalação de infecções: a vulva é mais anteriorizada, os grandes lábios desprovidos de coxim gorduroso, o que faz com que o vestibulo fique entreaberto; além de ausência de pelos (fator protetor). Uma vez iniciado a puberdade, o aumento do número de camadas epiteliais da mucosa vulvar, por ação dos estrogênios e a modificação dos fatores acima, diminui esta predisposição.

A coleta de material para pesquisa de conteúdo vaginal à fresco e bacterioscopia é feita com um cotonete. Esta colheita deve ser feita em caso de vulvovaginite que não respondeu ao tratamento com higiene ou há suspeita de agente etiológico específico. Deve-se colher da parte mais interior da vagina para evitar contaminação do meio externo e aproveita-se para ver profundidade da vagina. É importante que o ginecologista explique tudo que vai fazer, mostre o que tem na mão e que nada vai machucá-la ou provocar dor.

O exame retal está praticamente proscrito do exame ginecológico na criança e quando feito, deverá ser realizado sob sedação ou em crianças maiores com seu consentimento.

- Exame especular e vaginoscopia:

É rara a necessidade de um exame interno. Devem ser realizados em caso de sangramento vaginal, suspeita de corpo estranho, traumatismo, corrimentos persistentes ou suspeita de tumor vaginal, este deve ser feito sob sedação.

Adolescente

A adolescência é uma fase que ocorrem modificações biológicas e psicossociais que influenciarão no desenvolvimento da personalidade do adulto. Segundo a Organização Mundial de Saúde vai de 10 a 20 anos de idade.

Geralmente a adolescente chegará à consulta acompanhada de sua mãe/responsável, o que pode gerar de certa forma constrangimento. Ambas deverão ser acolhidas, porém sempre deverá haver prioridade para atender aos anseios da adolescente.

A jovem tem o direito de ser atendida sem a presença de terceiros, a confidencialidade deverá ser resguardada, desde que não traga risco de vida para a adolescente ou terceiros. Esse direito deverá ser claro desde a primeira consulta. Cabe ao profissional médico agir como facilitador no envolvimento e comunicação entre a adolescente e seus familiares.

Há casos em que a quebra de sigilo é justificável, como: déficit intelectual importante, drogadição, suspeita ou confirmação de abuso sexual, ideação suicida, HIV positivo, atividade sexual em menores de 14 anos. Em todos os casos deve ser comunicado a adolescente que este sigilo será quebrado, o porquê e de preferência, conversar junto com a adolescente.

Queixas mais frequentes:

- Sangramento uterino anormal, dismenorreia, vulvovaginite (leucorreia e/ou prurido), acne facial, pilificação aumentada, retardo puberal, busca de informações sobre anticoncepção, atraso menstrual e gravidez.
- A orientação da sexualidade e sobre os métodos contraceptivos, prevenção de IST, devem sempre ser feita, mesmo que o motivo principal da consulta não seja claramente este.

Anamnese:

- História da gestação e parto: Se houve alguma complicação, vacinação, principalmente HPV, comorbidades, escolaridade, uso de álcool ou drogas ilícitas, perfil nutricional (anorexia/obesidade).
- Avaliar ciclo menstrual: Se não ocorreu menarca, como encontra-se os caracteres sexuais secundários. Nas que já possuem ciclo, volume, duração e intervalo.

- A atividade sexual da adolescente deverá ser indagada. O profissional deverá avaliar se já é sabido pela família ou não. Uma hora adequada para a paciente ser indagada é durante o exame ginecológico, onde ficará apenas o profissional médico, a paciente e o auxiliar.
- Caso a adolescente já tenha engravidado, deve-se detalhar a história obstétrica.
- Outro fato importante é o uso de medicamentos, visto que alguns podem ter interação com anticoncepcionais.

Exame físico:

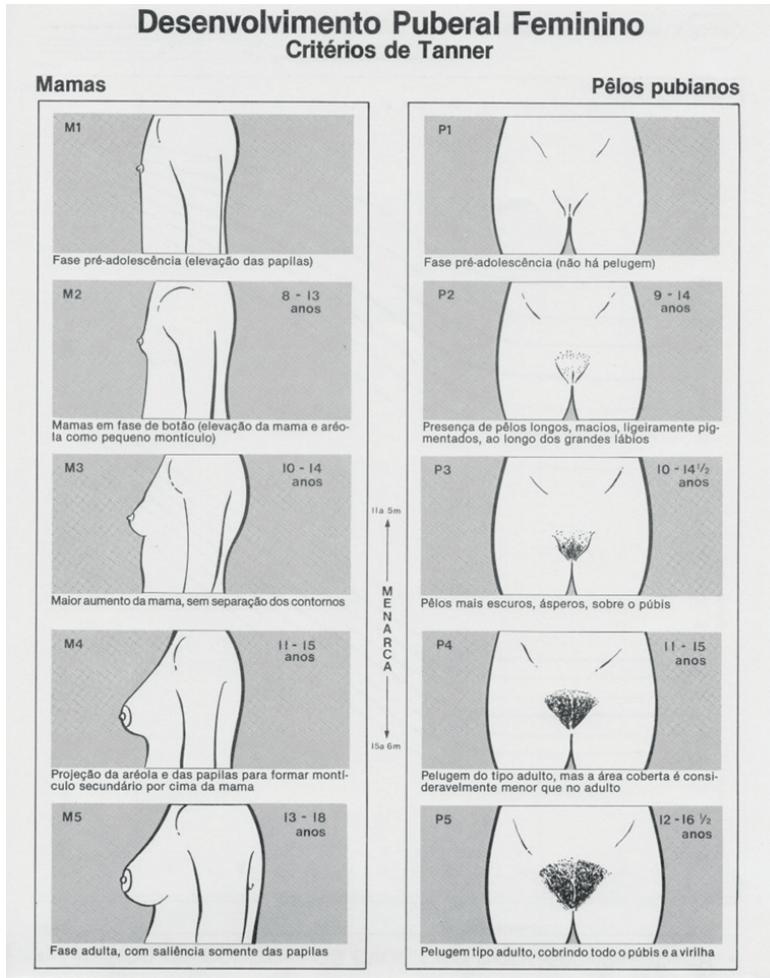
Esse momento é de grande importância na construção da relação médico paciente, visto que, em geral, a adolescente ficará desacompanhada de seus pais, exceto quando a paciente mostra interesse que sua mãe esteja presente. É o momento que pode relatar suas dúvidas e angústias, que porventura não fizera anteriormente, sobretudo sobre sua atividade sexual. Portanto, criar um ambiente que a deixe à vontade é essencial para o sucesso da consulta e assistência.

- Observar peso e altura: IMC, sinais de virilização, hiperandrogenismo (acne, aumento e distribuição dos pelos da face, periareolares, abdome), acantose nigricans ou caracteres síndrômicos.
- Mamas: Inspeção cuidadosa observando estágio de crescimento, alteração de parênquima, assimetria acentuada. Fazer expressão em caso de queixa de descarga mamilar.
- Abdome: Inspeção e palpação semelhante ao adulto. Observar abaulamentos, massas palpáveis, hérnias ou pontos dolorosos.
- Ginecológico: Informar a jovem paciente da inocuidade do exame, mostrando tudo que vai fazer. A paciente normalmente assume a posição ginecológica, decúbito dorsal com as pernas flexionadas. Observar atentamente os pelos (distribuição e quantidade), a coloração das mucosas e qualquer alteração

anatômica (hipertrofia do clitóris, hímen imperfurado, septado ou cribriforme, principalmente na menina que ainda não menstruou). Chamar a atenção para os cuidados de higiene e orientar sobre a aparência das secreções fisiológicas. Em caso de hipertrofia de ninfas (pequenos lábios), não chamar à atenção, exceto se a paciente fizer referência.

- Exame especular e toque vaginal: Na adolescente que tem atividade sexual, o exame pode ser feito da mesma maneira que na mulher adulta, podendo ser colhido material para exame à fresco ou bacterioscópico e pesquisa de clamídia. Na adolescente virgem, como na criança, quando necessário, deve ser feita a vaginoscopia sob sedação, nas infecções recorrentes, refratárias ao tratamento ou associada a mau odor e descarga sanguinolenta, para excluir corpo estranho ou tumor. A permeabilidade e comprimento da vagina podem ser constatados na ocasião da colheita da secreção com o cotonete, normalmente mede de 8 a 10 cm.
- Toque retal: Cada vez é menos utilizado. A ultrassonografia pélvica informa as condições do útero, ovários ou alguma massa pélvica.

Figura 1: Desenvolvimento puberal feminino - Critérios de Tanner.



Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, Committee on Adolescent Health Care. The Initial Reproduc-

tive Health Visit: ACOG Committee Opinion, Number 811. *Obstet Gynecol.* 2020 Oct;136(4):e70-e80. doi: 10.1097/AOG.0000000000004094. PMID: 32976378.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0856-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. CD ROM; 43/4 pol. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1500-3.

CABRAL, Z.A.F. A consulta da Criança e Adolescente in: *Tratado de Ginecologia*. Febrasgo. Editores: Fernandes, C.E; Sá, M.F.S; Cord Silva Filho, A.L. et al. 1ª. ed. Rio de Janeiro; Elsevier, 2019, cap 17; pág. 563 -586.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília (DF), 2008.

REHME, M.F.B. et al. Abordagem das Queixas Ginecológicas mais Comuns na Infância; in: *Tratado de Ginecologia*. Febrasgo. Editores: Fernandes, C.E; Sá, M.F.S; Cord Silva Filho, A.L. et al. 1ª. ed. Rio de Janeiro; Elsevier, 2019, Cap 20, pag 680 – 704.

AVALIAÇÃO DA MASSA ÓSSEA

Júlia Melo Pereira

Michelle Coelho Fontenele Sena

Introdução

A osteoporose constitui uma patologia caracterizada por fragilidade óssea responsável por acometer mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a principal causa de fraturas na população acima de 50 anos.

Trata-se de uma doença silenciosa que afeta especialmente as mulheres na pós-menopausa e idosos, tendo elevada taxa de morbimortalidade.

No Brasil, cerca de 10 milhões de brasileiros são acometidos, entretanto apenas uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento. Em nível nacional, estima-se a ocorrência de aproximadamente 24 milhões fraturas a cada ano e 200 mil mortes como consequência direta de suas fraturas.

Diagnóstico

A propedêutica inicial para pacientes com suspeita clínica de osteoporose deve ser iniciada com a avaliação dos fatores de risco por meio de história clínica detalhada e exame físico minucioso. Em casos de suspeita clínica de causas secundárias, testes laboratoriais de rotina devem ser solicitados antes de ser iniciado o tratamento. Exames específicos devem ser feitos, apenas, em pacientes com suspeita clínica de doenças associadas.

Quadro 1: Exames de Rotina

EXAMES DE ROTINA	
Hemograma completo	TSH e T4L
Cálcio, fósforo e fosfatase alcalina	Vitamina D (25OH)
Calciúria de 24 horas	DMO
Creatinina	RX lateral de coluna torácica e lombar

A quantificação da massa óssea é avaliada por meio da DMO. A densitometria óssea (DXA) constitui o principal exame na prática clínica para diagnóstico, monitorização e investigação de pacientes com suspeita de osteoporose. Nela, os sítios ósseos investigados são coluna lombar (L1-L4) e o quadril (colo do fêmur). Os resultados obtidos podem ser comparados com a DMO esperada para um adulto jovem saudável (T-score) ou com a média da população considerando a idade e o sexo (Z-score). Atualmente, o diagnóstico de osteoporose é feito pela avaliação do T-score conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 1: Diagnóstico de osteoporose pela densitometria óssea.

CATEGORIA	ESCORE T
Normal	Até -1
Osteopenia	Entre -1 e -2,5
Osteoporose	≤ -2,5
Osteoporose estabelecida	≤ -2,5 + fratura por fragilidade óssea

** Critérios estabelecidos para coluna lombar, colo do fêmur ou terço médio do rádio.

Fatores de risco

Os fatores de risco para o desenvolvimento da osteoporose incluem características intrínsecas como idade, sexo feminino, etnia branca ou oriental, baixo índice de massa corporal, história prévia pessoal e familiar de fraturas e baixa DMO do colo de fêmur.

Os fatores extrínsecos são representados pelo uso crônico de glicocorticoides em dose igual ou superior a 5mg/dia de prednisona por um período maior que três meses, análogos de GnRH, inibidores da aromatase, anticonvulsivantes, anticoagulantes, tabagismo, ingestão abusiva de bebidas alcoólicas (\geq três unidades ao dia), inatividade física e baixa ingestão dietética de cálcio.

Critérios de inclusão

- Mulheres \geq 65 anos.
- Mulheres na pós-menopausa com idade \geq 50 anos + um ou mais dos fatores de risco:
 - ✓ Menopausa precoce (<45 anos)
 - ✓ IMC <21 kg/m²
 - ✓ Tabagismo ou etilismo
 - ✓ Artrite reumatoide
 - ✓ Fratura por fragilidade em quadril em parente de 1º grau
- Fratura de baixo impacto de fêmur, quadril ou vértebra comprovada radiologicamente;
- Tratamento com glicocorticóides em dose superior a 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.
- Adultos com doença ou condição associada à perda de massa óssea.

Critérios de exclusão

Paciente que não preenchem os critérios de inclusão ou apresentam contraindicações ao tratamento farmacológico.

Casos especiais

Frente ao cenário pandêmico enfrentado desde os primeiros diagnósticos de infecção por COVID-19 e ao conseqüente colapso dos sistemas de saúde, surge a dificuldade de manter acesso ao cuidado de pacientes com doenças crônicas como osteoporose.

É importante ressaltar o risco aumentado de hipovitaminose D no contexto atual visto que as medidas de isolamento social têm restringido a exposição solar. Da mesma forma, um número crescente de evidências científicas tem associado à deficiência de vitamina D com maiores riscos de contágio por COVID-19, bem como desfechos piores, destacando-se a importância da prevenção nesse grupo de pacientes.

Tratamento

Não farmacológico

Atividade Física

Estudos demonstram que a atividade física através de exercícios físicos regulares e supervisionados resultam em melhorias da capacidade funcional, força muscular, equilíbrio, coordenação, flexibilidade e qualidade de vida atuando duplamente na prevenção de quedas e na promoção de aumento na DMO.

Recomenda-se para pacientes na pós-menopausa com diagnóstico de osteoporose ou osteopenia, a realização de exercícios de resistência que envolvam, principalmente, o fortalecimento do quadríceps e exercícios com suporte do próprio peso.

Prevenção de quedas

Medidas de segurança ambiental, revisão de medicamentos depressores do SNC e outros que possam estar associados ao risco de quedas, bem como atentar para a avaliação de problemas neurológicos e para a correção de distúrbios visuais e auditivos.

Fumo e álcool

Como já mencionado anteriormente, o tabagismo e a ingestão excessiva de álcool constituem fatores de risco importantes na fisiopatologia da osteoporose, devendo ser rigorosamente desencorajados.

Farmacológico

Vitamina D

A vitamina D tem papel fundamental na absorção do cálcio e na saúde óssea, bem como atua diretamente no desempenho da musculatura periférica, no equilíbrio e no risco de queda.

Recomenda-se dosar concentrações plasmáticas da 25-hidróxi-vitamina D antes de iniciar sua suplementação. Concentrações séricas abaixo de 20 ng/mL (50 nmol/L) são consideradas deficientes para a população geral, mas valores entre 20 e 29 ng/mL (50 e 74 nmol/L) são insuficientes para indivíduos que apresentando fatores de risco.

Assim, em pacientes com deficiência confirmada a reposição deve ser iniciada com uma dose semanal de 50.000 UI por oito semanas, seguida de reavaliação laboratorial. Como dose de manutenção para adultos com até 70 anos recomenda-se 600 UI/dia de vitamina D associada a uma alimentação rica em laticínios, cereais, ovos, peixe de água salgada e fígado. Para pacientes acima de 70 anos a dose ideal corresponde 800 UI/dia.

Cálcio

Para menores de 50 anos a dose preconizada de cálcio corresponde a 1.000mg/dia. Já para maiores de 50 anos, recomenda-se

uma ingestão equivalente a 1.200mg de cálcio elementar por dia, preferencialmente pela via oral. Quando os níveis preconizados não forem atingidos pela dieta, preconiza-se a suplementação com carbonato de cálcio (500 a 600 mg/dose.) ingerido com as refeições para maior biodisponibilidade.

Bisfosfonatos (1a linha)

Os bisfosfonatos orais são os medicamentos de primeira escolha no tratamento da osteoporose, não havendo evidência de superioridade entre um bisfosfonato em relação a outro.

Os efeitos adversos mais comuns são alterações gastrointestinais (náusea e esofagite), sintomas *flu-like*, e artralgias / mialgias leves.

- Alendronato de Sódio (70mg): 1cp, 1x/semana, VO, em jejum, 30 a 60 minutos antes do café da manhã e com 200ml de água. Evitar decúbito por 30 minutos. Contraindicações: Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, hipocalcemia, gravidez e lactação e insuficiência renal grave (ClCr < 30 ml/min).
- Risedronato de Sódio (35mg): 1cp, 1x/semana, VO, em jejum, 30 a 60 minutos antes do café da manhã e com 200ml de água. Evitar decúbito por 30 minutos. Contraindicações: Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, hipocalcemia, gravidez e lactação e insuficiência renal grave (ClCr < 30 ml/min).
- Pamidronato dissódico (30mg): Reconstituir 1FA + 10ml de AD e diluir em 500ml de SF0,9%, EV, em 2 horas, a cada 3 meses. Indicado para pacientes que apresentam intolerância à ingestão oral. Contraindicações: Hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

Raloxifeno (60mg)

Modulador seletivo de receptores de estrogênios, tem efeito antirreabsortivo ósseo. Uso indicado em mulheres pós-menopausa sem sintomas climatéricos e na redução do risco de câncer de mama.

- Dose: 60mg, 1cp, 1x/dia, via oral.
- Contraindicações: História prévia de tromboembolismo.

Terapia Hormonal

Indicada para mulheres com sintomas climatéricos, antes dos 60 anos ou com menos de 10 anos de pós-menopausa sem fatores de risco próprios ou familiares ao uso.

- Dose: Individualizada e pelo menor tempo possível.

Calcitonina

Alternativa para pacientes com intolerância ou contraindicação aos bifosfonatos, estrógenos conjugados e raloxifeno.

- Dose: 200 UI/dia, 1 puff, intranasal ou 100 UI/dia injetável, via subcutânea.
- Contra-indicações: Hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

Monitorização

A DXA deve ser repetida em intervalos de 2 a 3 anos para pacientes que apresentam resposta ao tratamento instituído após o primeiro ano. Pacientes em uso de glicocorticoides ou osteoporose secundária a um processo patológico devem ser reavaliados anualmente através da densitometria óssea.

Acompanhamento pós-tratamento

Após o tratamento, recomenda-se continuidade à realização de avaliações médicas periódicas, através de história clínica e exame físico minucioso com periodicidade de 6 a 12 meses, a fim de detectar e prevenir fatores de risco modificáveis.

Referências

GIRGIS, C. M.; CLIFTON-BLIGH, R. J. Reply to Comment on “Osteoporosis in the Age of COVID-19”. *Osteoporosis International*, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 795-795, 4 mar. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-021-05901-x>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Osteoporose. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

RADOMINSKI, Sebastião Cezar; BERNARDO, Wanderley; PAULA, Ana Patrícia de; ALBERGARIA, Ben-Hur; MOREIRA, Caio; FERNANDES, Cesar Eduardo; CASTRO, Charles H.M.; ZERBINI, Cristiano Augusto de Freitas; DOMICIANO, Diogo S.; MENDONÇA, Laura M.C. Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Reumatologia*, [S.L.], v. 57, p. 452-466, 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2017.06.001>.

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.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Karla Maria Rêgo Leopoldo Melo
Karinne Cisne Fernandes Rebouças
Priscila Fiusa Lyra Miná
Raquel Autran Coelho Peixoto
Renato Mazon Lima Verde Leal

Introdução

O câncer de colo uterino é o terceiro tumor maligno mais frequente no sexo feminino no Brasil, perdendo em prevalência apenas para o câncer de mama e colorretal. Apesar dos avanços na saúde pública brasileira para detecção precoce através do exame preventivo (Papanicolau), é responsável pela quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil.

A infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) de alto risco persistente está associada ao câncer de colo uterino, por resposta imune do hospedeiro inadequada e interferência no ciclo celular. A prevenção do câncer primária (vacinação contra o HPV) ou secundária (rastreamento/tratamento de lesões pré-cancerosas) é a melhor estratégia. Quando diagnosticado em estágios precoces, o câncer de colo é curável na quase totalidade dos casos.

Epidemiologia

Tipos histológicos:

- 80% dos tumores são do tipo escamoso e 20% são adenocarcinomas.

Sintomas

Nos estágios iniciais, o tumor costuma ser assintomático, podendo haver, entretanto, queixa de corrimento aquoso, sinusiorragia ou sangramento intermenstrual.

Diagnóstico

- Anamnese e exame físico geral e ginecológico.
- Citopatologia: o diagnóstico precoce pode ser suspeitado em até 90% dos casos.
- Colposcopia: realizada em caso de exame citopatológico anormais ou achados anormais em exame físico.
- Biópsia: deve ser feita ao julgamento do colposcopista.
- Conização: permite diagnóstico definitivo de lesão pré-invasiva ou de microinvasão;
- Observação: considerar teste de HIV e outras sorologias.

Estadiamento

O câncer de colo uterino espalha-se por extensão direta ao paramétrio, vagina, útero e órgãos adjacentes, bexiga e reto. Dissemina-se também ao longo dos vasos linfáticos para os linfonodos pélvicos e para-aórticos. Metástases a distância para os pulmões, fígado e esqueleto são tardias e normalmente por via hematogênica.

A partir de 2018, o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para câncer cervical, que até então baseava-se principalmente no exame clínico, passou a considerar exame de imagem e histopatológico (quando disponíveis).

O exame clínico inclui o exame físico ginecológico: exame especular, toque vaginal e retal.

A avaliação por imagem pode ser usada sempre que os recursos permitirem. Os exames auxiliares no estadiamento são: Ressonância Magnética, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Tomografia de

Emissão de Positrões (PET) e Raio X de tórax. Tais exames fornecem informação sobre o tamanho tumoral, acometimento linfonodal, propagação local ou metástase à distância.

Não existe necessidade de investigação laboratorial. Bexiga e reto devem ser avaliados por cistoscopia e retossigmoidoscopia em pacientes sintomáticas. Cistoscopia também é recomendada nos casos de crescimento endocervical em forma de barril e em acometimento da parede vaginal anterior. A suspeita de envolvimento vesical ou retal deve ser confirmada por biópsia.

Quadro 1: Estadiamento câncer de colo uterino (FIGO, 2018).

ESTÁGIOS	DESCRIÇÃO
I	Carcinoma confinado ao colo uterino (extensão ao corpo uterino deve ser ignorada)
IA	Carcinoma invasivo diagnosticado apenas por microscopia, com profundidade de invasão estromal < 5,0 mm. ^a
IA1	Invasão estromal < 3,0mm de profundidade.
IA2	Invasão estromal ≥ 3,0mm e < 5,0mm de profundidade.
IB	Carcinoma invasivo com ≥ 5,0 mm de profundidade de invasão (maior que estágio IA), limitado ao colo uterino. ^b
IB1	Carcinoma invasivo com ≥ 5,0 mm de profundidade de invasão e < 2cm na sua maior dimensão.
IB2	Carcinoma invasivo com ≥ 2 cm e < 4cm na maior dimensão.
IB3	Carcinoma invasivo com ≥ 4cm na maior dimensão.
II	Carcinoma cervical invade além do útero, mas não a parede pélvica ou terço inferior da vagina.
IIA	Envolvimento limitado aos dois terços superiores da vagina, sem envolvimento parametrial.
IIA1	Carcinoma invasivo < 4cm em sua maior dimensão.
IIA2	Carcinoma invasivo ≥ 4cm em sua maior dimensão.
IIB	Envolvimento parametrial, mas não parede pélvica.
III	Carcinoma envolve o terço inferior da vagina e/ou parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou rim não funcionante e/ou envolve linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos.
IIIA	Tumor envolve o terço inferior da vagina sem extensão à parede pélvica.

ESTÁGIOS	DESCRIÇÃO
IIIB	Extensão à parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionante.
IIIC	Envolvimento de linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos (com anotações r ou p). ^c
IIIC1	Apenas metástases para linfonodos pélvicos.
IIIC2	Metástases para linfonodos para-aórticos.
IV	O carcinoma estendeu-se para além da pelve verdadeira ou envolveu (biópsia comprovada) a mucosa da bexiga ou do reto.
IVA	Envolvimento de órgãos pélvicos adjacentes.
IVB	Metástases para órgãos distantes.

Fonte: FIGO (2018).

a. Imagem e histopatológico podem ser usados, sempre que possível, para complementar os achados clínicos no que diz respeito ao tamanho e extensão do tumor, em todas as fases.

b. Invasão do espaço linfovascular (IVL) não altera o estadiamento. A extensão lateral da lesão já não é considerada.

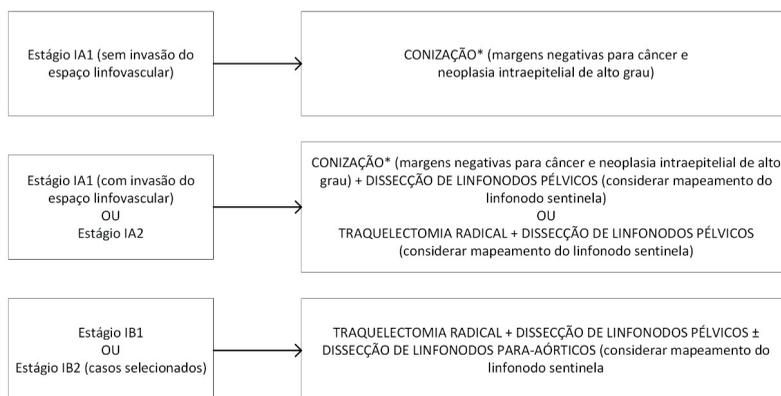
c. Adicionar anotação de r (imagem) e p (patologia) para indicar os achados utilizados para atribuir ao estágio IIIC. Exemplo: Se a imagem indicar metástase do nódulo linfático pélvico, a atribuição do estágio IIIC1r, e se confirmada por descobertas patológicas, seria fase IIIC1p. O tipo de modalidade de imagem ou técnica de patologia utilizada deve ser sempre documentado.

Tratamento

O tratamento do câncer cervical é primariamente por cirurgia ou radioterapia. A cirurgia é adequada para os estágios iniciais, em que a conização cervical, a histerectomia simples total ou a histerectomia radical podem ser selecionadas de acordo com o estágio da doença e a extensão da disseminação do câncer cervical. A quimioterapia é um adjuvante em estágios avançados.

O tratamento cirúrgico nos estágios iniciais (IA1, IA2) também é definido com base no desejo de preservação da fertilidade.

Fluxograma 1: Tratamento em estágios iniciais com desejo de preservação da fertilidade

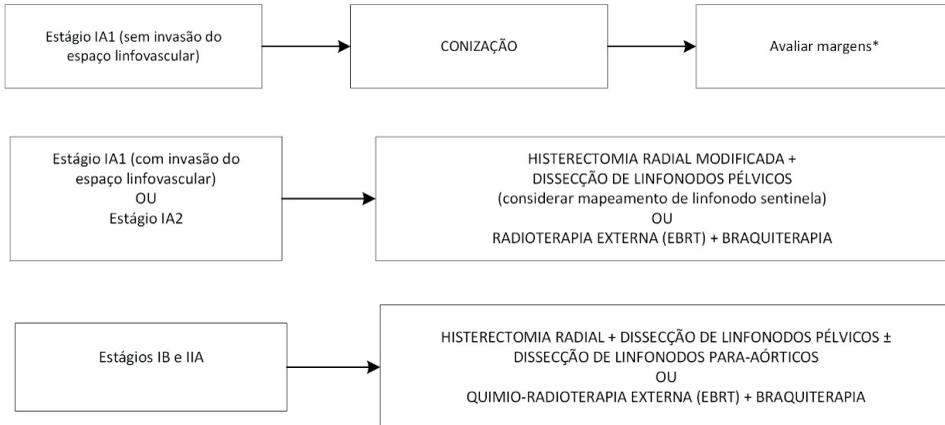


* Nos casos de conização:

- Preferência para uma amostra não fragmentada com margens negativas de 3mm.
- Cone a frio de preferência, mas pode ser por cirurgia de alta frequência, se margens adequadamente negativas.
- Se as margens forem positivas, após a conização por câncer repetir conização ou realizar traquelectomia.

Após completar a prole, oferecer histerectomia simples se sinais de infecção persistente por HPV, citologias anormais ou desejo da paciente.

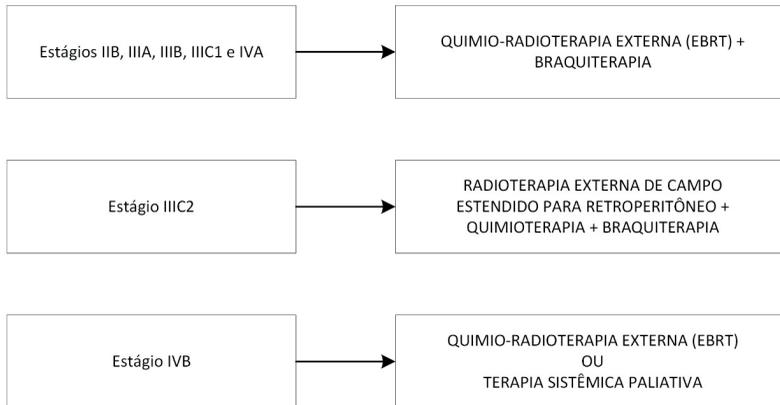
Fluxograma 2: Tratamento em estágios iniciais sem desejo de preservação da fertilidade:



* Margens:

- Se margens negativas e inoperável – observação.
- Se margens negativas e operável – realizar histerectomia simples extra-fascial.
- Se margens positivas:
 - ✓ Para neoplasia intraepitelial de alto grau: realizar histerectomia simples extra-fascial.
 - ✓ Para carcinoma: histerectomia radical modificada + dissecação de linfonodos pélvicos (considerar mapeamento de linfonodo sentinela) OU repetir conização para melhor avaliar a profundidade da lesão.

Fluxograma 3: Tratamento em estágios avançados



Tratamento após recidiva ou persistência da doença após tratamento inicial

Recorrências devem ser confirmadas histologicamente antes de planejar o tratamento da recidiva ou recorrência. O tratamento depende do local da recidiva e de qual tratamento foi realizado previamente e pode ser desde exenteração pélvica com radioterapia intraoperatória; radioterapia externa com terapia sistêmica ou terapia sistêmica isolada, a depender do tipo de recorrência.

Ressecção cirúrgica

Quadro 2: Modalidades cirúrgicas para tratamento do câncer de colo uterino.

	Histerec- tomia simples / extrafascial (Tipo A)	Histerec- tomia radical modificada (Tipo B)	Histerec- tomia radical (Tipo C)	Traquelec- tomia simples	Traquelec- tomia radical
Indicação / Estágio	IA1	IA1 com ILV* ou IA2	IB1, IB2 ou IB3, IIA1 (casos seleciona- dos)	Carcinoma in situ ou IA1	IA2, IB1 ou IB2 (casos seleciona- dos)
Útero	Removido	Removido	Removido	Preservado	Preservado
Ovários	Remoção opcional	Remoção opcional	Remoção opcional	Preservado	Preservado
Colo do útero	Removido	Removido	Removido	Removido a maioria (deixado 5mm proximal para cerclagem)	Removido a maioria (deixado 5mm proximal para cerclagem)
Margem vaginal	Mínima	Margem de 1-2 cm	1/4 a 1/3 superior de vagina	Mínima	Margem de 1-2 cm
Abor- dagem cirúrgica	Vaginal, laparotomia ou minima- mente invasiva	Laparoto- mia	Laparoto- mia	Vaginal, laparotomia ou mini- mente invasiva	Vaginal, laparotomia ou mini- mente invasiva

* IVL: invasão do espaço linfovascular.

Fonte: NCCN, 2020

Conduta no achado incidental de câncer de colo após histerectomia simples:

- Ia1 sem invasão do espaço linfovascular → acompanhamento
- Ia1 com invasão do espaço linfovascular → anamnese e exame físico; hemograma, função hepática e renal.
- Exames de imagem (Radiografia de tórax, tomografia de tórax, abdome e pelve e/ou PET/CT, ressonância de pelve) opcionais se estágio \leq Ib1.
- Se margens negativas e imagens negativas → reoperar (completar parametrectomia, vaginectomia de 1/3 superior, linfadenectomia pélvica com ou sem amostragem de linfonodo paraórtico) OU quimioterapia a base de cisplatina associada a radioterapia pélvica externa e braquiterapia.
- Se margem positiva, imagem positiva ou doença residual grosseira → Radioterapia pélvica somado a quimioterapia (com ou sem braquiterapia).

Acompanhamento

- Anamnese e exame físico a cada 3-6 meses por 2 anos, seguido de a cada 6 -12 meses por 3 a 5 anos, depois anualmente com base no risco de recorrência da doença da paciente.
- Citologia cervical/vaginal anualmente.
- Diagnóstico por imagem (radiografia torácica, TC, PET-TC, RNM) se suspeita de recidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico).
- Avaliação laboratorial (hemograma, uréia, creatinina) se suspeita de recidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico).
- Educação da paciente sobre os sintomas de possível recorrência, estilo de vida, obesidade, exercício e aconselhamento nutricional.
- Educação da paciente em relação à saúde sexual, uso de dilatador vaginal e lubrificantes/hidratantes vaginais (ex. creme de estrogênios).

- Se tratamento preservando fertilidade, no estágio I, considerar RM de pelve com contraste 6 meses após o procedimento e anual por 2 a 3 anos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Informações sobre câncer de colo do útero. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao. > Acesso em: 05 Dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer do colo do útero. Revista Brasileira de Cancerologia, 2000, 46(4): 351-54.

BHATLA, N.; AOKI, D.; SHARMA, D. N. et al. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet, v. 143, p. 22–36, out, 2018.

BHATLA, N.; BEREK, J.S.; CUELLO FREDES, M. et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet. v. 147(2), p.279-280. Nov, 2019.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2.2020. July 24, 2020.

CLIMATÉRIO

Bianca Cordeiro Nojosa de Freitas

Michelle Coelho Fontenele Sena

Raquel Aufran Coelho Peixoto

Introdução

Climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo.

A menopausa é a interrupção permanente da menstruação, determinada pelo o último sangramento menstrual seguido de doze meses de amenorreia, afastadas as causas patológicas ou fisiológicas. A média etária da menopausa no Brasil é de 51,2 anos, ocorrendo geralmente entre os 40 e 55 anos. Ela pode ocorrer de forma natural ou de forma induzida que levem a parada da produção dos hormônios ovarianos.

Esse período da vida é marcado por sintomas que podem afetar consideravelmente a saúde das mulheres. Por isso, os profissionais que trabalham na assistência de saúde à mulher devem estar bem preparados para orientar e fornecer alternativas para melhorar a qualidade de vida dessas pacientes.

Definições

Quadro 1: Definições de termos utilizados na fase do climatério.

Menopausa	Diagnóstico retrospectivo, sendo o último sangramento seguido de 12 meses de amenorreia.
Menopausa espontânea	Menopausa que ocorre sem intervenção cirúrgica ou medicamentosa.
Perimenopausa	Período que precede a menopausa, caracterizada por alterações no ciclo menstrual relacionadas as alterações hormonais específicas do estágio reprodutivo tardio.
Climatério	Fase referente a transição do período reprodutivo para o período não reprodutivo feminino.
Síndrome climatérica	Elenco de sintomas e sinais que podem ocorrer no climatério
Menopausa induzida	É a parada da menstruação causada por intervenção médica (quimioterapia ou terapia de irradiação pélvica) ou intervenção cirúrgica.
Insuficiência ovariana prematura	É a ocorrência da menopausa na idade inferior a 40 anos.

Diagnóstico

O diagnóstico de menopausa é clínico. Não é necessário dosagem sérica de hormônios esteroides, gonadotrofinas, inibina B ou hormônio anti-Mülleriano, visto que não são critérios diagnósticos e nem interferem na conduta. Em pacientes que realizaram histerectomia sem ooforectomia, níveis séricos de FSH acima de 30 UI/ml associado ao nível de estradiol abaixo de 20pg/ml podem sugerir o diagnóstico, porém, não o confirma.

Quadro clínico

O climatério geralmente é associado a alterações físicas e emocionais que quando surgem são caracterizadas como síndrome

climatérica. Os sintomas do climatério sofrem influência de inúmeros fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dentre eles, destacam-se os sintomas vasomotores, síndrome geniturinária e os transtornos psicológicos, como transtornos de humor e do sono. Estes sintomas podem provocar prejuízo pessoal e implicação social de grande importância.

A sintomatologia geralmente tem início alguns anos antes da menopausa e pode durar por anos. Os fogachos (ou ondas de calor) geralmente começam como uma sensação repentina de calor centrada na parte superior do tórax e na face que rapidamente se generaliza. A sensação de calor costuma durar de dois a quatro minutos, está associada a transpiração abundante, palpitações, e às vezes é seguida por calafrios, tremores e uma sensação de ansiedade. As ondas de calor podem variar de uma média de menos de uma por dia a até uma por hora – durante o dia e a noite, têm um impacto negativo na qualidade de vida, bem como uma associação com indicadores de saúde adversos (aumento do risco cardiovascular e maior perda óssea / aumento da renovação óssea). Os sintomas vasomotores normalmente iniciam 2 anos antes e persistem por 4 anos, mas pode ser variável.

A síndrome geniturinária da menopausa é consequência do hipoenstrogenismo, característico do período pós-menopáusicos e caracteriza-se por alterações histológicas e funcionais dos órgãos geniturinários, levando a atrofia, ressecamento e ardência genital, diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia, além de sintomas urinários, como disúria, infecções urinárias de repetição, incontinência de urgência.

Em relação a sexualidade da mulher no climatério, as alterações que ocorrem na mulher que vivencia o climatério, mesmo com sintomas de intensidades diferentes, geram consequências que podem afetar o seu bem-estar geral. Essas modificações não necessariamente irão provocar a diminuição do prazer, mas poderão influenciar diretamente na sua resposta sexual, tornando-a mais lenta e menos prazerosa podendo causar insatisfação sexual.

Tratamento

A escolha da terapia deve ser individualizada a partir dos riscos e benefícios que a mesma trará para a paciente. Podem ser utilizados métodos hormonais ou não hormonais, disponíveis em diversas apresentações. Uma vida saudável, com mudança dos hábitos de vida prejudiciais à saúde, prática regular de exercícios e alimentação apropriada deve ser considerada como objetivos primários no manejo terapêutico dessas pacientes.

Terapia hormonal (TH)

O objetivo principal da TH é o tratamento de sintomas vasomotores associados ao climatério. No entanto, existem evidências que demonstram o efeito benéfico da TH no controle da perda de massa óssea e da osteoporose, nos sintomas da síndrome geniturinária, em distúrbios do humor e do sono, na resistência insulínica, no diabetes, na demência, na melhora da qualidade de vida, inclusive na prevenção de doenças cardiovasculares.

O uso de TH geralmente é indicado para pacientes abaixo de 60 anos e que tiveram a menopausa há menos de 10 anos, critérios conhecidos como janela de oportunidade. A duração do tratamento hormonal continua sendo um dos assuntos mais controversos na literatura. Apesar de os dados de segurança não indicarem aumento de risco com até cinco anos de utilização de TH estroprogestativa, a manutenção do tratamento pode ser feita e deve ser sustentada nas indicações propostas e no melhor juízo clínico, avaliando-se os riscos e benefícios (nível de evidência: A). No caso da terapia somente com componente estrogênico, parece haver maior flexibilidade no tempo de utilização visto que não houve associação entre risco de câncer de mama e uso de estrogênio isoladamente por até sete anos (nível de evidência: A).

A abordagem atual é começar com doses mais baixas, como estradiol transdérmico (0,025 mg) ou estradiol oral (0,5 mg/dia),

sendo aumentada a dose para aliviar os sintomas. Esta abordagem não se aplica a mulheres com insuficiência ovariana primária, que requerem uma dose diária mais elevada.

Todas as mulheres com útero precisam de um progestágeno para ser adicionado ao estrogênio para prevenir a hiperplasia endometrial, que pode ocorrer após seis meses de estrogênio sem oposição. Mulheres que se submeteram à histerectomia não devem receber progesterona, pois não há outros benefícios à saúde além da prevenção de hiperplasia endometrial e carcinoma. Uma exceção seria em casos de mulheres com endometriose, patologia que é definida como a presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina com tendência à invasão e infiltração. Preparações contínuas ou cíclicas combinadas ou tibolona seriam as melhores escolhas. TH melhora a qualidade de vida em mulheres pós-menopáusicas sintomáticas, não devendo ser negada apenas devido ao seu histórico de endometriose.

Indicações de tratamento hormonal: sintomas vasomotores, osteoporose, síndrome geniturinária da menopausa e insuficiência ovariana prematura.

O tratamento dos sintomas vasomotores intensos e moderados permanece como a indicação primária da TH. Essa terapia é o tratamento mais efetivo para os sintomas vasomotores na peri e pós-menopausa, sendo especialmente indicada a mulheres sintomáticas abaixo dos 60 anos e com menos de dez anos de menopausa (nível de evidência: A).

Terapia estrogênica é efetiva para tratar sintomas isolados da atrofia vaginal e dispareunia, sendo a via vaginal preferível (nível de evidência: A).

O estrogênio não é recomendado como um agente de primeira linha para controle da osteoporose, no entanto, se a decisão for tomada para uso desse hormônio para o tratamento dos sintomas neurovegetativos, reduções na perda óssea e no risco de fratura serão benéficas (nível de evidência: A). Como tratamento de primeira linha utilizamos

os bisfosfonatos ou raloxifeno para prevenção e de bisfosfonatos para o tratamento de osteoporose estabelecida.

Quadro 2: Contraindicações à terapia hormonal.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
Doença hepática descompensada	Tromboembolismo prévio
Câncer de mama e/ou endométrio	Diabetes mellitus
Lesão precursora para o CA de mama	Hipertensão arterial
Porfíria	Mioma uterino e endometriose
Sangramento transvaginal de origem indeterminada	Lúpus eritematoso sistêmico
Doenças coronariana e cerebrovascular	Tabagismo
Doença trombótica ou tromboembólica venosa (levar em conta a via de administração)	
Lúpus eritematoso sistêmico com elevado risco tromboembólico	
Meningioma (apenas para o progestagênio)	

Os principais estrogênios e progestagênios empregados em TH na perimenopausa e na pós-menopausa podem ser observados, respectivamente, nos quadros 3 e 4.

Quadro 3: Estrogênios: doses e vias de administração comumente utilizadas.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
Via Oral	
17 beta estradiol micronizado (E2)	1-2mg/dia
Valerato de estradiol (VE)	1-2mg/dia
Estriol (E3)	2-6mg/dia
Via Transdérmica	
Estradiol transdérmico (E2)	25 - 37,5 - 50 - 75 - 100 mcg/dia cada 3 dias e meio
Estradiol gel (E2)	1,5 - 3,0 mg/dia
Via Vaginal	
Estriol (E3)	1-2 mg/dia
Promestrieno	10mg/dia

Quadro 4: Progestagênios: doses e vias de administração comumente utilizadas.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
Via Oral	
Acetato de Medroxiprogesterona (AMP)	1,5 - 2,5 - 5,0 - 10 mg/dia
Acetato de ciproterona (AC)	1 - 2 mg/dia
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35 - 0,5 - 0,7 - 1,0 mg/dia
Acetato de nomegestrol (ANG)	2,5 - 5,0 mg/dia
Didrogesterona	5,0 - 10 mg/dia
Drospirenona	2,0 mg/dia
Norgestimato	90 mcg 3 dias sim / 3 dias de pausa
Gestodeno	25 mcg/dia

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE
Progesterona micronizada	100 - 200 - 300 mg/dia
Trimegestona	0,25 - 0,5 mg/dia
Via Transdérmica	
Acetato de noretisterona (NETA)	140 - 170 - 250 mcg/dia cada 3 dias e meio
Via Vaginal	
Progesterona micronizada	50 -100 -200 -300 mg

Tibolona

A tibolona é um esteróide sintético, derivado do progestagênio noretinodrel. Após sua absorção, origina três metabólitos com funções estrogênica, progestacional e androgênica. Ela reduz os sintomas vasomotores quando comparada ao placebo, mas é menos eficaz que a terapia com estrogênio. Também tem um efeito benéfico na densidade mineral óssea (DMO) e pode ter um efeito modesto nos sintomas de disfunção sexual. No entanto, a tibolona aumenta o risco de recorrência em mulheres com histórico pessoal de câncer de mama e pode aumentar o risco de acidente vascular cerebral em mulheres com mais de 60 anos. É iniciado o tratamento na dose de 1,25 mg/dia.

Androgênios

A terapia androgênica na mulher após a menopausa ainda é um assunto longe de um consenso e constitui-se em um dos temas mais controversos da endocrinologia feminina. Ainda não se têm bem definidos quais os níveis fisiológicos de testosterona na mulher após a menopausa ou os seus limites mínimos para se estabelecer o diagnóstico de insuficiência de testosterona.

A indicação primária para o uso de testosterona é o tratamento de queixas sexuais (desejo excitação e orgasmo), excluídas outras causas (nível de evidência A). A terapia androgênica deve ser

preferencialmente por via transdérmica, com a finalidade de se evitar metabolismo de primeira passagem hepático e suas consequências e na menor dose suficiente para a resposta clínica adequada (nível de evidência A).

A literatura a respeito do uso de androgênios em mulheres na pós-menopausa com o objetivo de tratar alterações na função sexual é vasta e, na maioria, o efeito é favorável com melhora dos parâmetros estudados.

Terapêutica não hormonal

Quando não se pode empregar a TH, a exemplo de pacientes com contraindicações e naquelas que não desejam fazer seu uso, ou em casos mais raros, onde existem sintomas de fogachos a despeito de se ter atingido boas doses de TH, pode-se considerar a indicação de terapia não hormonal.

Acupuntura

A acupuntura mostra-se como um tratamento complementar ou isolado, podendo ter alguma eficácia na redução de sintomas vasomotores e melhora da qualidade de vida (nível de evidência: B).

Fitoterápicos

Os fitomedicamentos atualmente aprovados pela ANVISA para o tratamento dos sintomas do climatério são os derivados de *Glycine max* L. Merr. (soja), *Trifolium pratense* L. e *Actaea racemosa* L. ou Black cohosh.

Há uma grande quantidade de estudos sobre a eficácia desses produtos, porém os dados têm pouco poder estatístico em razão de amostras pequenas, diferentes formulações, dosagens e duração de seguimento variada. Os processos de fabricação são múltiplos e a composição é variável. Em razão da grande variedade de compostos, estudos sobre a eficácia dos fitoestrogênios apresentam

resultados controversos para tratar os sintomas vasomotores (nível de evidência: A)

Farmacoterapia não hormonal

Para mulheres com ondas de calor moderadas a graves com contraindicação a TH e para aqueles que optam por não tomar TH, sugerimos agentes não hormonais. Os agentes mais bem estudados com resultados positivos incluem IRSS (inibidores da recaptção de serotonina), inibidores da recaptção de serotonina-norepinefrina (IRSNs), antiepilépticos, clonidina e oxibutinina e drogas de ação central. Essas drogas também são frequentemente experimentadas em mulheres que apresentam ondas de calor recorrentes após suspenderem a TH. A escolha do medicamento depende se a paciente está tomando tamoxifeno, do padrão de ondas de calor, da presença de um transtorno de humor ou de sono. Embora nenhum teste *head-to-head* tenha sido realizado, comparações indiretas sugerem que venlafaxina, desvenlafaxina, paroxetina, citalopram e escitalopram têm um benefício similar modesto para ondas de calor.

Como primeira escolha, pode ser usado paroxetina (7,5 mg/dia a 25mg/dia), uma vez que este é o único agente que recebeu aprovação do FDA para o tratamento de ondas de calor. Contudo, a paroxetina deve ser evitada em mulheres que fazem uso de tamoxifeno, pois a paroxetina bloqueia a conversão de tamoxifeno em metabólitos ativos por meio do CYP2D6. Outra escolha, seria o citalopram, na dose de 20mg/dia, com efeitos colaterais mínimos e semelhantes aos dos outros IRSS / IRSNs. Sugerimos contra o uso de sertralina e fluoxetina, pois nenhum dos dois possui efeito importante nas ondas de calor.

Em relação aos sintomas de ressecamento vaginal, podem ser usados hidratantes vaginais a base de água até 3 vezes por semana, podendo ou não ser associados ao uso de lubrificantes durante o ato sexual. O uso está relacionado a melhora na dispareunia e na satisfação sexual das pacientes.

Ginecologista como clínico geral na mulher climatérica

Toda paciente no período do climatério deve ser orientada em relação a uma dieta saudável, realização de atividade física, cessação do tabagismo e etilismo e *screening* para neoplasias (ginecológicas, do trato gastrointestinal e de pulmão) e doenças cardiovasculares, além de investigação para diabetes mellitus, doenças da tireóide e osteoporose.

Perfil lipídico

Com a queda no nível de estrogênio ocorre queda no nível de HDL e elevação no nível de colesterol total, LDL e triglicerídeos. Níveis desejáveis: HDL acima de 60; LDL abaixo de 120; colesterol total abaixo de 200 e triglicerídeos abaixo de 150. Estimular mudança no estilo de vida e encaminhar para cardiologista e/ou endocrinologista.

Avaliação tireoidiana

Avaliação tireoidiana é feita com dosagem de TSH recomendado a cada 5 anos em indivíduos a partir dos 35 anos e anualmente quando presença de fatores de risco (história prévia de doença tireoidiana, bócio, história prévia de cirurgia tireoidiana, radioterapia cervical, história pessoal de outras doenças autoimunes, história familiar de doenças tireoidianas ou autoimunes, uso de medicações como lítio, amiodarona, citocinas). Solicitar ultrassom de tireóide se alterações no exame físico da paciente, disfunção tireoidianas ou alto risco para câncer de tireóide.

Prevenção e tratamento da osteoporose

A partir dos 40 anos, o volume de massa óssea começa a diminuir lentamente, mas, por volta dos 49 anos, na mulher, a queda é acelerada pelo hipoestrogenismo, responsável pela perda de massa óssea num percentual que atinge cerca de 2 a 3 % ao ano, nos 10 primeiros anos após a menopausa. O rastreio da doença é realizado através da densitometria óssea em mulheres a partir dos 65 anos e

antes disso quando fatores de risco para osteoporose. A definição operacional de osteoporose, sugerida pela OMS, indica que valores da DMO iguais ou inferiores a 2,5 desvios padrão (DP) da média de valor de pico em adultos jovens (escore $T \leq 2,5DP$) são compatíveis com o diagnóstico, devido ao alto risco de fraturas.

Câncer colorretal

No Brasil segundo câncer mais frequente entre as mulheres. Uma pessoa em 20 terá câncer de intestino durante sua vida e 90% dos casos são diagnosticados em pessoas a partir dos 50 anos. Rastreamento pode ser feito com pesquisa de sangue oculto nas fezes anual com retossigmoidoscopia a cada 5 anos ou colonoscopia a cada 5 anos.

Rastreio para Diabetes Mellitus

O rastreamento deve ser feito em todo adulto acima de 45 anos. Se rastreio normal realizar novo teste em 3 anos e mais frequente quando pacientes em alto risco para Diabetes Mellitus (DM) como adulto em sobrepeso e fator de risco adicional como sedentarismo, familiar de primeiro grau com DM, mulher com diabetes gestacional prévio ou histórico de macrossomias, mulher com SOP entre outros. Rastreamento é feito com glicemia de jejum. Os exames que podem ser usados para diagnóstico são glicemia de jejum, teste de tolerância oral a glicose 75g e/ou hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Quadro 5: Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM, adotados pela SBD.

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso (mg/dL)	HbA1c (%)
Normoglicemia	< 100	< 140	-	< 5,7
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200	-	≥ 5,7 e < 6,5
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5

OMS: Organização Mundial da Saúde; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes mellitus. * Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.

Referências

ALVES, Estela Rodrigues Paiva et al. Climacteric: intensity of symptoms and sexual performance. *Texto contexto-enferm*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 64-71, Mar. 2015.

CASPER, Robert F. Clinical manifestations and diagnosis of menopause. *UpToDate*. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?search=menopausa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 29/05/2021

LUI FILHO, Jeffrey Frederico et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste

do Brasil: inquérito populacional domiciliar. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, [s.l.], v. 37, n. 4, p.152-158, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/so100-720320150005282>.

POMPEI, Luciano de Melo; Machado, Rogério Bonassi; Wender, Maria Celeste Osório; Fernandes, César Eduardo. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC) – São Paulo: Leitura Médica, 2018.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – OSTEOPOROSE. PORTARIA Nº 224, DE 26 DE MARÇO DE 2014. Ministério de Saúde.

SANTEN, Richard J. Menopausal hot flashes. UpToDate. 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/menopausal-hot-flashes?csi=c92f9565-b1d6-4e9e-9034-08d951f48d0d&source=contentShare>>. Acesso em: 29/05/2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). São Paulo: AC Farmacêutica, 2019.

STUENKEL, Cynthia A. et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism, [s.l.], v. 100, n. 11, p.3975-4011, nov. 2015. The Endocrine Society. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2015-2236>.

ZANELLO, Margherita; BORGHESE, Giulia; MANZARA, Federica; ESPOSTI, Eugenia Degli; MORO, Elisa; RAIMONDO, Diego; ABDULLAHI, Layla Omar; ARENA, Alessandro; TERZANO, Patrizia; MERIGGIOLA, Maria Cristina. Hormonal Replacement Therapy in Menopausal Women with History of Endometriosis: a review of literature. Medicina, [S.L.], v. 55, n. 8, p. 477, 14 ago. 2019. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55080477>.

COLPOSCOPIA

Karla Maria Rego Leopoldo Melo

Karine Cisne Fernandes Rebouças

Manuela Cavalcante Portela Marinho

Raquel Autran Coelho Peixoto

Introdução

Método que permite a identificação da área acometida, sua extensão, e orienta o local de biópsia, contribuindo para planejar o tratamento adequado. Além disso é eficaz no diagnóstico das lesões precursoras e nas fases mais incipientes do câncer invasor.

Indicações de colposcopia

- Sinusiorragia.
- Teste de Schiller iodo negativo.
- Lesões em colo ou vagina perceptíveis ao exame especular.
- Anormalidades citológicas.*
- Controle pós-tratamento de lesões intraepiteliais ou câncer.

*Ver detalhes no capítulo de condutas em laudos citológicos alterados.

Técnica

- Visualização panorâmica de paredes vaginais e colo em um pequeno aumento e em seguida em um maior aumento.
- Focalização do colposcópio através do ajuste da distância entre a lente e o colo uterino.
- Coleta de citologia e de testes microbiológicos.
- Remoção de muco e sangue obscurecedores da região cervical, com algodão seco ou embebido em soro fisiológico.

- Procura de leucoplasias ou vasos sanguíneos anormais.
- Aplicação de ácido acético de 3 a 5%, sendo necessário aplicações frequentes e repetidas.
- Identificação do epitélio escamoso e glandular, da JEC e da zona de transformação; avaliação de achados visuais; reconhecimento de lesões precursoras ou neoplásicas e a estimativa da extensão linear, do tamanho e da gravidade das lesões.
- Aplicação de solução de lugol.
- Realização de Biópsia ou procedimento excisional, se necessários.
- Hemostasia, se necessária.
- Realizar descrição da colposcopia, utilizando terminologia atualizada e recomendada (Rio, 2011).

Indicações de conização utilizando cirurgia de alta frequência (CAF)

- Ver e tratar (pacientes maiores que 25 anos):
 - ✓ Citologia com LIE-AG e achado maior em colposcopia.
 - ✓ Citologia com ASC-H e achado maior em colposcopia.
- Após biópsia:
 - ✓ NIC 2 em pacientes maiores que 25 anos.
 - ✓ NIC 3.
 - ✓ Suspeita de microinvasão com JEC visível.
- Conização diagnóstica:
 - ✓ Citologia com LIE-AG e colposcopia normal, porém com JEC não visível.
 - ✓ Citologia com ASC-H e colposcopia normal, porém com JEC NÃO visível. **
 - ✓ Citologia com LIE-AG persistente por 6 meses com colposcopia normal, mesmo com JEC visível.

- ✓ Citologia com ASC-H persistente por 6 meses com colposcopia normal, mesmo com JEC visível.
- ✓ Citologia com Atipias de células glandulares, confirmada por escovado do canal e colposcopia normal.
- ✓ Citologia com atipias de células de células glandulares, confirmada por escovado do canal, em colposcopia anormal com biópsia negativa ou compatível com NIC 1.

**Essa recomendação difere do que recomenda o manual do ministério da saúde, com a finalidade de se adequar a realidade do serviço.

Indicações de conização a frio. ***

- Adenocarcinoma in situ.
- Suspeita citológica ou histopatológica de microinvasão, em casos de ZT tipo 3 ou lesão adentrando o canal.

***A literatura não contraindica conização por CAF para as situações acima. Trata-se de uma opção do serviço para evitar fragmentação da peça e artefatos térmicos.

Indicações de cauterização

- Condilomatose cervical.
- LIE-BG persistente por 24 meses ou mais, em mulheres acima de 21 anos, com colposcopia em que a JEC é visível.

Tipos de excisão

A nova Terminologia de 2011 inclui a normatização para a descrição dos tipos de tratamento excisional do colo uterino. São considerados três tipos de excisão: tipo 1, tipo 2 e tipo 3, de acordo com os tipos de ZT. Quando a excisão é feita com cirurgia de alta frequência, na excisão tipo 1, destinada a tratar a doença ectocervical

ou que não se estende mais de 1 cm no canal endocervical, a alça de tamanho 2 x 1,5 cm é apropriada. Na excisão tipo 2, é necessário retirar maior porção do canal endocervical, o suficiente para ultrapassar a JEC. Em geral usa a alça de 2 x 2 cm ou maior e, na excisão tipo 3, uma alça ainda maior é necessária, entre 2-2,5 cm.

Referências

Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero Rio de Janeiro; INCA; 2 ed. rev., atual; 2016.

Roteiro para laudo colposcópico do colo, vagina e tratamento excisional do colo uterino. Disponível em: colposcopia.org.br/files/laudos/roteiro-para-laudo-1180138663.pdf.

Terminologia colposcópica 2011 da Federação Internacional de patologia Cervical e colposcopia. Bornstein J et al. *Obstet Gynecol* 2012 Jul; 1:166-72. Disponível em: <http://www.ifcpc.org/pt/healthcare-professionals-3/recurso-material/nomenclaturaifcpc-2011>.

Tratado e Atlas Colposcopia Moderna. E.J Mayeux, J Thomas Cox. ASC-CP.

DESEJO SEXUAL HIPOATIVO

*Alexia Araújo Ribeiro
Débora Fernandes Britto*

Introdução

O desejo sexual compreende aspectos fisiológicos objetivos, psicológicos subjetivos e comportamentais, e pode ser definido como uma presença de desejo e fantasia sobre a atividade sexual, sendo impulsionado pela expectativa de prazer sexual. A manutenção do desejo sexual da mulher adulta requer uma interação funcional positiva entre os fatores citados. Cada um desses componentes biológicos, relacionais e cognitivos pode se sobrepor e influenciar mudanças em qualquer um dos outros. Quando os três componentes estão funcionalmente intactos, então provavelmente o desejo sexual feminino estará sadio.

O desejo sexual diminuído (DSD), muitas vezes referido como baixo desejo sexual ou baixa libido, pode ser um sintoma de disfunção sexual feminina (DSF). Para os fins didáticos, neste protocolo, desejo sexual diminuído (DSD) será usado como um termo geral para cobrir todos os termos clínicos e leigos para o sintoma (queixa de diminuição do desejo sexual), e o termo transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) será usado para referência à disfunção sexual de acordo com os critérios diagnósticos que serão estabelecidos posteriormente.

O TDSH é uma das disfunções sexuais mais comuns em mulheres, podendo trazer impacto negativo no bem-estar, na qualidade de vida e na satisfação no relacionamento. Segundo o estudo PRESIDE, que avaliou aproximadamente 31.500 mulheres americanas, 8.9% das participantes entre 18 e 44 anos apresentaram TDSH

e na faixa etária entre 45 e 64 anos, 12.3%. Está associado a baixo desejo e angústia sexual. Mulheres de idade mais avançada são mais propensas a sofrer desse transtorno em comparação às mais jovens, porém mulheres jovens geralmente apresentam maior sentimento de sofrimento relacionado.

As mulheres muitas vezes não mencionam espontaneamente as queixas de baixo desejo sexual ou de problemas sexuais angustiantes aos profissionais de saúde. Por isso, cabe aos prestadores de serviço ginecológico abordar o assunto com suas pacientes. No entanto, muitos não conseguem iniciar uma discussão sobre a saúde sexual das pacientes, citando razões que incluem tempo limitado, desconforto com o tópico e uma percepção da falta de terapias eficazes.

Conceitos

Resposta Sexual Feminina

Existem vários modelos para compreensão da resposta sexual. Resumidamente, apresentamos três desses modelos que colaboram para compreensão do porquê essa queixa ser tão prevalente.

Modelo Circular de Resposta Sexual de Basson

A resposta sexual feminina pode ser iniciada por diversas razões. A receptividade a estímulos sexuais, em um contexto apropriado, permite a excitação sexual (subjetiva ou objetiva). Uma vez que a excitação é experimentada, se continuar por tempo suficiente e for positiva, o desejo sexual pode ser percebido (desejo sexual responsivo). Nem sempre o desejo é inato ou espontâneo, como reflexo de pensamentos, ou fantasias.

Quadro 1: Fatores avaliados em paciente com queixa de DSD.

PATOLOGIAS ASSOCIADAS	Diabetes, hipertensão arterial, incontinência urinária, artrites, tireoidopatias, distúrbios neuromusculares.
MEDICAÇÕES	Antipsicóticos, benzodiazepínicos, barbitúricos, lítio, inibidores da MAO, ISRS, beta-bloqueadores, clonidina, digoxina, metildopa, agonistas do GnRh, tamoxifeno, inibidores da aromatase, contraceptivos combinados.
ASPECTOS PSICOLÓGICOS	Estresse, ansiedade, dismorfia corporal, histórico de violência sexual ou experiências humilhantes.
DINÂMICA DO RELACIONAMENTO	Disfunções sexuais da parceria, relação conflituosa, traição, dificuldade na comunicação/expressão das necessidades sexuais, desejos e medos; repertório sexual limitado.
ASPECTOS CULTURAIS E SOCIOECONÔMICOS	Valores, costumes, mitos, repressão sexual social, familiar ou religiosa.

Fonte: Adaptado de (FEBRASGO, 2018).

Modelo de Controle Dual

O modelo de controle duplo propõe que as respostas sexuais envolvem uma interação entre os processos excitatórios e inibitórios sexuais. O modelo postula que os indivíduos variam em sua propensão tanto para a excitação sexual quanto para a inibição sexual, e que tais variações nos ajudam a compreender muito da variabilidade na sexualidade humana.

Diagnóstico

Anamnese

As mulheres apresentam uma variedade de razões e incentivos para se engajar numa atividade sexual. A estimulação sexual adequada é parte integrante de uma resposta sexual e deve sempre ser avaliada

ao considerar a queixa de diminuição do desejo, antes de formular-se um diagnóstico de disfunção.

A sensação de desejo pode ser percebida de maneira prazerosa em três situações: espontaneamente, pelo instinto sexual, que é natural do ser humano; recebendo estímulo sexual de sua parceria ou por meio de fantasias sexuais. O desejo sexual torna a mulher receptiva e pode conduzi-la à busca por uma relação prazerosa.

Para diagnóstico de TDSH, o quadro deve ter duração mínima de seis meses e impactar negativamente a qualidade de vida, desencadeando sensação de frustração, culpa ou tristeza. Alterações de curto prazo no interesse ou na excitação sexual são comuns e podem ser respostas adaptativas a eventos na vida de uma mulher e não representam uma disfunção sexual.

O contexto interpessoal deve ser levado em conta nas avaliações do transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Uma “discrepância de desejo”, em que a mulher sente menos desejo para a atividade sexual que sua parceria, não é suficiente para o diagnóstico de transtorno do interesse/excitação sexual feminino. Deve-se considerar desde a idade, experiências sexuais pessoais e interpessoais, eventos de vida e possíveis problemas de relacionamento, sem esquecer de avaliar os possíveis componentes orgânicos, como status de saúde, comorbidades, efeitos colaterais de medicações, entre outros.

A descrição do TDSH como uma diminuição do desejo assume que ocorre em situações que seriam apropriadas para a sua expressão. Deve ser levado em consideração o contexto de vida da pessoa. O diagnóstico não deve, por exemplo, ser dado a alguém que perde o desejo de sexo em um relacionamento abusivo. Em resumo, o profissional deve avaliar a complexa interação dos fatores biológicos, psicossociais, interpessoais, culturais e ambientais, como esta interação pode afetar e perpetuar a disfunção sexual do paciente.

Exame Físico

Muitas dessas mulheres terão exame físico normal, mas em alguns casos o exame ginecológico pode ser particularmente informativo. Uma atrofia vulvovaginal pode estar causando dispareunia e interferindo no desejo sexual. Outros achados, como vulvodínia, vaginismo ou até mesmo prolapso de órgãos pélvicos também podem contribuir para a disfunção sexual.

Avaliação Complementar

Geralmente, exames laboratoriais não são necessários para o diagnóstico. Em mulheres jovens com queixa de amenorreia ou irregularidade menstrual sem quadro clínico esclarecedor é indicada dosagem de FSH e estradiol. A dosagem de testosterona não é recomendada. A depender do quadro clínico e da presença de comorbidades associadas a investigação deve prosseguir com demais exames complementares individualizados caso a caso.

Tratamento

O tratamento de TDSH pode envolver estratégias psicossociais e biológicas. Compreender e orientar sobre a resposta sexual e identificar fatores associados a inibição do comportamento sexual podem ser ferramentas valiosas para psicoeducar sobre as diferenças no interesse sexual e problemas psicogênicos no funcionamento sexual.

Além disso, a partir da compreensão do modelo de resposta circular de Basson, do grau de comprometimento e de quais são fatores associados à inibição do desejo, o planejamento da abordagem terapêutica pode ser individualizado. É de suma importância que se identifique os fatores causais e realize o tratamento direcionado. É importante também que sejam estabelecidas metas e expectativas realistas e que a paciente seja esclarecida sobre a necessidade de assumir um papel ativo em seu tratamento. Algumas pacientes

necessitarão de estratégias mais abrangentes e intensivas que podem incluir farmacoterapia, psicoterapia e terapia sexual e/ou de casal.

A partir do modelo PILSET, ferramenta que pode auxiliar profissionais de saúde a abordar queixas sexuais trazidas durante a consulta com técnicas de terapia sexual, abordado no capítulo de avaliação da sexualidade, propomos:

- Permissão: Abertura de espaço durante a consulta para percepções em relação aos possíveis fatores relacionados ao quadro, bem como seus sentimentos e crenças relacionadas ao quadro.
- Informação limitada: Informações sobre a resposta sexual e o componente do desejo sexual a partir dos modelos propostos, proporcionando melhor compreensão acerca da sexualidade para construção da educação sexual.
- Sugestão específica: Aconselhamento e estratégias específicas para resolução da queixa. Considerar os possíveis fatores levantados pela paciente e identificados durante a consulta é importante para individualização do processo de cuidado.
- Terapia intensiva: Casos mais complexos podem necessitar de seguimento por profissional especializado, sendo orientado o referenciamento do caso.

Tratamento farmacológico

A farmacoterapia para disfunção sexual feminina é bastante restrita.

Estrogenioterapia

É indicada quando há associação da queixa de redução do desejo a manifestações clínicas de menopausa (sintomas vasomotores, síndrome urogenital).

Uso de testosterona

A única indicação baseada em evidências para o uso de testosterona em mulheres é para o tratamento de mulheres na pós-menopausa

que foram diagnosticadas como tendo TDSH após avaliação biopsi-
cossocial formal. Porém, não há relatos sobre sua segurança e eficácia a
longo prazo, não tendo uso aprovado pelo FDA. Os potenciais efeitos
virilizantes da testosterona exógena incluem acne, hirsutismo, alopecia,
disfonia e estão relacionados a doses elevadas, com níveis séricos
acima da referência fisiológica feminina. A segurança a longo prazo
da terapia com testosterona em relação ao câncer de mama e o risco
cardiovascular são limitados. Mulheres com prescrição off-label de
testosterona para TDSH devem ser cuidadosamente monitoradas. A
eficácia pode não surgir para várias semanas, e o tratamento não deve
ser continuado além de 6 meses se nenhum benefício for percebido.

Flibanserina

Esta droga é agonista do receptor de serotonina 1A (5HT-
1A), antagonista do receptor 2A (5HT-2A) e tem atividade agonista
parcial sobre os receptores de dopamina (D4). O mecanismo de ação
dá-se pelo aumento da liberação de noradrenalina e dopamina e
diminuição de serotonina no córtex cerebral, restaurando o controle
do córtex pré-frontal sobre as estruturas de motivação/recompensas
do cérebro, assim, permitindo o início do desejo sexual. Está aprovada
pela FDA, sendo recomendada para tratamento do DSH em mulheres
na pré-menopausa, para promover o equilíbrio de neurotransmissores
cerebrais, melhorando o funcionamento da resposta sexual. Não está
disponível no Brasil.

Bupropiona

Inibe a recaptação de dopamina e norepinefrina, além de
bloquear os receptores da serotonina 5HT-2. Tem um efeito pró-se-
xual leve a moderado. Seu uso é recomendado em mulheres com
DSH devido a estados depressivos e no manejo de DSF induzida por
antidepressivos como “antídoto”.

Quadro 2: Opções Terapêuticas para abordagem de DSD e TDSH.

MODIFICAÇÕES DE ESTILO DE VIDA
<ul style="list-style-type: none">✓ Parar de fumar.✓ Evitar o abuso de álcool e / ou qualquer abuso de drogas ilícitas, quando possível.✓ Incentivo à atividade física diária.✓ Dieta adequada.✓ Técnicas de higiene do sono.✓ Técnicas de gerenciamento do nível de estresse no cotidiano.✓ Sugestões para melhorar a interação conjugal (por exemplo, melhorar a afetividade no relacionamento, a comunicação diádica, o diálogo sobre sexualidade).
MULHERES NA PRÉ-MENOPAUSA
<ul style="list-style-type: none">✓ Tratar qualquer problema médico que possa estar afetando o desejo (por exemplo, hipotireoidismo, diabetes mellitus, depressão).✓ Para mulheres no pós-parto ou lactantes, avaliar transtornos do humor, considerar uso de lubrificantes para as relações sexuais.✓ Após avaliar os sinais e sintomas devido a medicamentos específicos que podem estar afetando o desejo sexual (por exemplo, pílulas anticoncepcionais orais, antidepressivos), considerar mudar para outros medicamentos com menos efeitos adversos sexuais ou adicionar um antídoto (por exemplo, bupropiona no caso dos antidepressivos).
MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA
<ul style="list-style-type: none">✓ Avaliar os sinais e sintomas de deficiência de estrogênio e iniciar a reposição de estrogênio, se indicado.✓ Tratar qualquer problema médico que possa estar afetando o desejo (por exemplo, hipotireoidismo, diabetes mellitus, depressão).✓ Avaliar os sinais e sintomas devido a medicamentos específicos (por exemplo, anti-hipertensivos, antidepressivos, tamoxifeno, cimetidina) e considere mudar para outros medicamentos com menos efeitos adversos sexuais ou adicione um antídoto.

Fonte: Adaptado de (Warnock JK, 2002).

Referências

ALMEIDA NG et al. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm.* 2019 Aug 19;72(4):1109-1113. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0525. PMID: 31432972.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.

ANNON JS. The PLISSIT Model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976;2(1):1- 15. doi: 10.1080/01614576.1976.11074483.

BANCROFT J et al. The dual control model: current status and future directions. *J Sex Res.* 2009 Mar-Jun;46(2-3):121-42. doi: 10.1080/00224490902747222. PMID: 19308839.

BASSON R. et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2010 Jan;7(1 Pt 2):314-26. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01617.x. PMID: 20092441.

BROTTO L. et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 2016 Apr;13(4):538-71. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.019. Epub 2016 Mar 25. PMID: 27045257.

CLAYTON, AH. KINGSBERG SA. GOLDSTEIN I. Evaluation and Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexual medicine*, 2018. 6(2), 59-74. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.01.004>.

CLAYTON AH et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clin Proc.* 2018 Apr;93(4):467-487. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.11.002. Epub 2018 Mar 12. PMID: 29545008.

DAVIS SR et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019 Oct 1;104(10):4660-4666. doi: 10.1210/jc.2019-01603. PMID: 31498871; PMCID: PMC6821450.

DENNERSTEIN L. et al. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med*, 2006; 3: 212–22.

GOLDSTEIN et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc*. 2017 Jan;92(1):114-128. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27916394.

KINGSBERGSA. Woodard T. Disfunción Sexual Femenina Con Enfoque en la Disminución del Deseo. *Obstet Gynecol*, 2015. 125:477-86. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000620.

KIRANA E. Sexual desire disorders in women. In: Reisman Y. Porst H. Lowenstein L. Tripodi F. Kirana PS. *The ESSM syllabus of sexual medicine*. Amsterdam: Medix, 2012.

LARA LA et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas [The assessment and management of female sexual dysfunction]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008 Jun;30(6):312-21. Portuguese. doi: 10.1590/s0100-72032008000600008. PMID: 19142510.

LARA LA et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no 11/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).

PFAUS JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med*. 2009 Jun;6(6):1506-1533. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01309.x. Epub 2009 Apr 30. PMID: 19453889.

PFAUS JG, JONES SL. Central nervous system anatomy and neurochemistry of sexual desire. In: *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2018. p. 25-51.

WARNOCK JK. Female hypoactive sexual desire disorder. *CNS drugs*. v. 16. n. 11. 2002. p. 745-753. <https://doi.org/10.2165/00023210-200216110-00003>.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

*Aline Mota Alves
Muse Santiago de Oliveira*

Introdução

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é processo inflamatório de natureza polimicrobiana que pode comprometer endométrio, tubas uterinas, ovários e/ou estruturas contíguas. Deve-se à ascensão de microorganismos do trato genital inferior de forma espontânea ou devido a procedimentos como inserção de dispositivo intrauterino (DIU), biópsia de endométrio e curetagem. Essa condição pode levar a complicações significativas na saúde reprodutiva da mulher, como gestação ectópica, dor pélvica crônica e infertilidade tubária.

A prevalência no Brasil é desconhecida já que a doença inflamatória pélvica não é de notificação compulsória. Além disso, os casos oligossintomáticos passam despercebidos. Estudo realizado nos Estados Unidos obteve uma estimativa no período de 2013 a 2014 de 2,5 milhões de casos de doença inflamatória pélvica.

Fatores de risco

- Faixa etária: adolescentes e adultas jovens apresentam risco 3 vezes maior do que mulheres acima de 25 anos.
- Condições socioeconômicas desfavoráveis.
- IST prévias ou atuais.
- Parcerias múltiplas ou recentes: em mulheres com mais de um parceiro ou com parceiro que tenha outras parceiras, a probabilidade de ocorrer salpingite aumenta 4 a 6 vezes.
- DIP prévia.

- Inserção do DIU: caso a paciente seja portadora de cervicite o risco aumenta 3 a 5 vezes.
- Manipulação inadequada do trato genital: uso de tampões e duchas vaginais.

Etiologia

A infecção geralmente é polimicrobiana, sendo 85% causada por agentes patogênicos sexualmente transmissíveis. Os habitualmente reconhecidos como principais agentes etiológicos, *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*, têm mostrado incidência decrescente. Menos de 15% não são transmitidos sexualmente, como os germes entéricos (*Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae*), respiratórios (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*), colonizadores do trato genital inferior (*Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum*).

Por haver dificuldade na diferenciação clínica e diagnóstico microbiológico exato, os esquemas de tratamento devem ser eficazes contra essa vasta gama de agentes patogênicos.

Diagnóstico

O diagnóstico da DIP aguda pode ser difícil devido à larga variação nos sinais e sintomas. Muitas mulheres têm sintomas leves, inespecíficos ou são assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento e acaba contribuindo para o surgimento de sequelas inflamatórias. Toda mulher sexualmente ativa que apresenta queixa de dor abdominal baixa ou pélvica deve ser investigada e ter a DIP como diagnóstico diferencial.

O manual do Ministério da Saúde (Brasil, 2020) – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – estabelece que para o diagnóstico de DIP é necessário:

- 3 critérios maiores associado a 1 menor OU
- Apenas 1 critério elaborado

Critérios maiores:

- Dor no hipogástrio
- Dor à palpação anexial
- Dor à mobilização do colo uterino

Critérios menores:

- Temperatura axilar $>37,5$ °C
- Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
- Massa pélvica
- Mais de 5 leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice
- Leucocitose em sangue periférico
- PCR ou VHS elevados
- Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasma

Critério elaborado:

- Evidência histopatológica de endometrite
- Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem
- Laparoscopia com evidência de DIP

A laparoscopia é considerada exame padrão-ouro, podendo ser usada para obter maior acurácia no diagnóstico. Entretanto, o uso dessa ferramenta não é facilmente justificável quando os sintomas são vagos e não possibilita a detecção de endometrite e inflamações sutis na trompa.

Exames complementares

- Hemograma (leucocitose com desvio à esquerda).
- Teste de gravidez (diagnóstico diferencial com gravidez ectópica).

- PCR ou VHS elevados.
- Sumário de urina e cultura (diagnóstico diferencial com infecção do trato urinário).
- Ultrassom transvaginal: não é necessário na maioria das vezes; o principal achado é a presença de uma fina camada líquida preenchendo a trompa).
- Radiografia simples do abdome (diagnóstico diferencial de abdome agudo cirúrgico).
- Exame bacterioscópico para vaginose bacteriana.
- Cultura de material de endocérvice com antibiograma.
- Pesquisa de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* por biologia molecular no material de endocérvice, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior.
- Sorologias para HIV, sífilis e hepatites.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial de DIP deverá ser feito com todas as condições clínicas e cirúrgicas que poderão causar abdome agudo, tais como:

- Apendicite
- Gravidez ectópica
- Torção ovariana
- Cisto ovariano hemorrágico ou roto
- Endometriose
- Infecção ou litíase do trato urinário
- Síndrome do intestino irritável

Tratamento

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite e que não estejam incluídas nos critérios para tratamento hospitalar.

São critérios para internação e antibioticoterapia endovenosa:

- Gravidez
- Abscesso tubo-ovariano
- Estado geral grave com náuseas, vômitos e febre
- Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial
- Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (apendicite, gravidez ectópica)
- Ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento oral.

Quadro 1: Tratamento ambulatorial.

PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO
Ceftriaxona 500mg IM dose única + Doxiciclina 100mg 1 comprimido VO 12/12h por 14 dias + Metronidazol 250mg 2 comprimidos VO 12/12h por 14 dias.	Cefotaxima 500mg IM dose única + Doxiciclina 100mg 1 comprimido VO 12/12h por 14 dias + Metronidazol 250mg 2 comprimidos VO 12/12h por 14 dias.

Quadro 2: Tratamento hospitalar.

PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ceftriaxona 1g IV 1x ao dia + Doxiciclina 100mg 1 comprimido VO 12/12h + Metronidazol 400mg IV 12/12h	Clindamicina 900mg IV 8/8h + Gentamicina 3-5mg/kg IV 1x ao dia	Ampicilina/sulbactam 3g IV 6/6h + Doxiciclina 100mg 1 comprimido VO de 12/12h

O esquema endovenoso deve ser suspenso 24h após melhora clínica e a continuação terapêutica antimicrobiana deve seguir por via oral completando 14 dias. O regime de tratamento com doxiciclina é contraindicado durante a gravidez.

Parcerias sexuais

As parcerias sexuais dos 60 dias que precederam o início dos sintomas, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Recomenda-se o tratamento com ceftriaxona 500mg IM associada a azitromicina 1g VO, ambas em dose única.

Usuárias de DIU

Em vigência de DIP, não há necessidade de remoção do DIU, devendo a paciente seguir o tratamento padrão. Caso exista indicação ou desejo da paciente, a remoção não deve ser anterior à administração de pelo menos 2 doses da antibioticoterapia.

Referências

CARVALHO NS et al. Doença inflamatória pélvica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/protocolos>. Acesso em: 22 mai. 2021.

CURRY, Amy; WILLIAMS, Trace; PENNY, Melissa. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. American Family Physician. Kansas, 2019. 8 p. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31524362/>. Acesso em: 2 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2020. 250 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>. Acesso em: 20 mai. 2021.

RAVEL, Jacques; MORENO, Inmaculada; SIMON, Carlos. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2021. 7 p. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)31193-5/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)31193-5/fulltext). Acesso em: 1 jun. 2021.

ENDOMETRIOSE PROFUNDA: MANEJO E TRATAMENTO CIRÚRGICO

Erika dos Santos Dantas

Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra

Marinaldo Cavalcanti e Melo Junior

Introdução

A endometriose, que se caracteriza por implantes endometriais fora da cavidade endometrial, é uma doença crônica que acomete as mulheres em idade reprodutiva. As decisões de tratamento são individualizadas e consideram a apresentação clínica prevalente (dor e/ou infertilidade, fenômenos obstrutivos). Assim sendo, antes de uma indicação cirúrgica, todas as pacientes devem passar por uma anamnese detalhada, exame físico, exame de imagem e, iniciar um tratamento conservador.

Devemos considerar e individualizar alguns fatores como gravidade dos sintomas, extensão da doença, desejos reprodutivos, idade da paciente, efeitos colaterais das medicações, taxas de complicações cirúrgicas e custo. É válido salientar que a doença pode apresentar eventual incongruência entre tamanho de lesões e intensidade de sintomas. Sendo eventualmente até assintomática em alguns casos, onde a infertilidade seria o único sintoma de apresentação.

As pacientes devem ser avaliadas, criteriosamente, para os diagnósticos diferenciais de dor pélvica crônicas e podem coexistir com a patologia em foco. Por exemplo, 10% das pacientes com síndrome do intestino irritável cursam, concomitantemente, com endometriose. Inclusive, por possuírem sintomas semelhantes, ambos podem ficar subdiagnosticados. Portanto, além do tratamento cirúrgico, as mulheres

com sintomas de dor crônica podem se beneficiar de modalidades de tratamento direcionadas às síndromes de dor crônica, incluindo medicamentos, fisioterapia, medicina comportamental e neuromodulação.

Tratamento

O ato cirúrgico, quando bem indicado, promove benefícios para a paciente como: diagnóstico histológico, avaliação de cistos ou massas pélvicas e redução da dor ao destruir os implantes endometrióticos. Indicações de tratamento cirúrgico:

- Dor persistente apesar da terapia médica
- Contra-indicações ou recusa de terapia médica
- Necessidade de um diagnóstico tecidual de endometriose
- Exclusão de malignidade em uma massa anexial
- Obstrução do intestino ou do trato urinário
- Infertilidade e endometriose

As desvantagens da cirurgia incluem risco de lesão (especialmente intestino e bexiga), possível redução da reserva ovariana (por exemplo, após a excisão do cisto ovariano) e formação de aderências, além do risco cirúrgico padrão inerentes à cirurgia ginecológica. Geralmente, tende-se a evitar cirurgia em mulheres nas seguintes situações:

- Dor pélvica avaliada de forma incompleta
- Mulheres com dor pélvica persistente após cirurgias repetidas
- Mulheres se aproximando da menopausa (Alguns autores, inclusive, pontuam a indicação de antecipar a menopausa, caso a paciente se encontre próximo a idade média desta ou com sintomas climatéricos.

Uma vez indicada a cirurgia, deve-se prosseguir com o planejamento cirúrgico, o qual é sempre individualizado. Este passo envolve explicar sobre as possibilidades cirúrgicas, desejo e percepção

do resultado cirúrgico da paciente e, aconselhamento de possíveis complicações inerentes ao procedimento. Além disso, visa avaliar a necessidade multidisciplinar cirúrgica.

Cirurgia conservadora versus definitiva

A cirurgia conservadora envolve a excisão das lesões de endometriose. Ela está indicada em mulheres que desejam preservar o útero e o máximo da reserva ovariana possível. Menos invasiva e mórbida, possui eficácia a curto prazo. A desvantagem é a maior taxa de recidiva da dor, além de provável aumento no número de reoperações.

A cirurgia definitiva inclui histerectomia, com ou sem ooforectomia, além da exérese dos nódulos endometrióticos. A cirurgia definitiva é oferecida a mulheres com sintomas debilitantes, de provável origem endometriótica, com prole constituída e falha em outras opções de tratamento. Apesar de um maior risco cirúrgico e, conseqüentemente, de complicações, além do impacto corporal em algumas mulheres, perda da fertilidade e sintomas da menopausa cirúrgica, esta modalidade possui um menor número de reoperações quando comparado à cirurgia conservadora.

A inclusão da ooforectomia bilateral deve ser sempre individualizada, visto que os efeitos deletérios à saúde da mulher secundário à menopausa cirúrgica, a longo prazo, são maiores quanto mais jovem for a paciente. Quando os benefícios superam os riscos, é provável que a ressecção ovariana aumente a eficácia da cirurgia definitiva.

Via cirúrgica

A via cirúrgica laparoscópica é a via de escolha, pois esta permite a visualização de lesões não visíveis na via laparotômica (ampliação de 40x), menos dor, menor tempo de internação, recuperação mais rápida, além de melhor resultado cosmético. Essa via é realizada na grande maioria dos procedimentos de tratamento da endometriose, independentemente da gravidade da doença. É descrito que em pacientes com

lesões em sítios anatômicos complexos (por exemplo, lesões retrocervicais), uma abordagem robótica pode fornecer melhor articulação do instrumento em comparação com a laparoscopia convencional, embora não haja muitos dados disponíveis e disponibilidade da via em nosso serviço.

Endometriose profunda

Se houver suspeita de doença profunda com base na sintomatologia (por exemplo, disúria, disquezia, hematoquezia) e / ou exame físico (por exemplo, sensibilidade do ligamento útero-sacro com nódulos densos, útero imóvel), a avaliação pré-operatória inclui testes direcionados ao sintoma específico. Os exemplos incluem cistoscopia para avaliação ou sintomas urinários ou colonoscopia para avaliação de hematoquezia. As aderências pélvicas extensas são difíceis de diagnosticar por imagem. No entanto, a ressonância magnética ou a ultrassonografia retal podem sugerir um fundo de saco pélvico obliterado. Da mesma forma, se houver suspeita de doença extrapélvica (por exemplo, lesões umbilicais, inguinais, diafragmáticas), deve-se realizar uma avaliação pré-operatória adequada. O mapeamento de toda a doença possível é imprescindível para o planejamento multidisciplinar cirúrgico.

Excisão

A excisão das lesões endometrióticas deve ser iniciada no peritônio normal e de forma ampla, pois a doença não visualizada foi relatada até 27 mm da lesão em peritônio de aparência normal.

Adesiólise

Consiste da ressecção das aderências relacionadas à endometriose e/ou decorrente de cirurgias prévias. Dentre os tipos de lesões endometrióticas, as vermelhas são as mais relacionadas com a formação de bridas. Sua prática não deve ser rotineira, sendo reservada para os

casos nos quais esse tempo cirúrgico gere benefício para paciente. Por exemplo, casos de infertilidade, melhora da dor ou de sintomas obstrutivos.

Endometriose retovaginal

O tratamento cirúrgico da endometriose retovaginal envolve a dissecação do espaço retovaginal e a remoção dos nódulos endometrióticos. Se houver infiltração das paredes retais ou vaginais, a ressecção e o reparo dessas estruturas podem ser necessários. Além disso, como a doença retovaginal está frequentemente associada à obliteração do fundo de saco posterior ou com lesões dos ligamentos uterossacrais, esses locais podem exigir adesiólise do fundo de saco posterior e / ou ablação ou ressecção dos ligamentos uterossacrais.

É importante salientar que o tratamento cirúrgico da endometriose profunda requer dissecação nas proximidades do trajeto do nervo hipogástrico, plexo hipogástrico inferior e nervo pélvico esplâncnico, todos contribuindo para a inervação autônoma dos órgãos pélvicos. Danos iatrogênicos a essas estruturas neurais podem causar retenção urinária pós-operatória, constipação e redução da excitação sexual. Sempre que possível, usar a técnica com preservação nervosa. Algumas vezes, esta técnica é limitada, quando a infiltração neural endometriótica e o comprometimento funcional resultante já estão presentes.

Endometriose intestinal

A endometriose intestinal ocorre em locais diferentes do retosigmoido e é tratada cirurgicamente por meio da excisão da lesão. Não há diretrizes universais sobre qual técnica de excisão é ideal e o manejo cirúrgico da endometriose intestinal é um ponto controverso. No entanto, deve-se realizar a menor ressecção necessária para excisão da lesão.

A extensão da ressecção depende da profundidade de infiltração e do tamanho da lesão, bem como da preferência do cirurgião. As técnicas incluem ressecção intestinal ou excisão do nódulo:

- *Shaving*: Pode ser realizada apenas para lesões que não invadem além da serosa. Técnicas eletrocirúrgicas ou a laser são normalmente usadas para este tipo de procedimento. A integridade do intestino deve ser avaliada após a raspagem / excisão superficial. Danos à musculatura intestinal requerem reparo ou ressecção da área danificada.
- Ressecção discóide: A lesão e a espessura total da parede intestinal circundante são excisadas. A parede intestinal é então fechada com sutura manual em duas camadas.
- Ressecção e anastomose intestinal segmentar: A lesão e o segmento intestinal são ressecados, seguidos pela anastomose intestinal. As indicações para ressecção intestinal incluem estenose, lesões multifocais, envolvimento sigmóide e lesões > 3 cm ou envolvendo mais de 50 por cento da circunferência da parede intestinal. Mais de 90 por cento das ressecções intestinais segmentares realizadas em mulheres com endometriose são do retossigmóide, corroborando com a distribuição anatômica da doença.

Após a ressecção cirúrgica inicial da endometriose retovaginal ou intestinal, aproximadamente 20 por cento das mulheres necessitarão de cirurgia conservadora ou definitiva adicional devido à recidiva da dor. Os fatores de risco para a repetição da cirurgia incluem idade mais jovem, índice de massa corporal elevado e margens positivas para endometriose no momento da ressecção intestinal inicial. Para mulheres que não desejam uma gravidez imediata, a terapia médica pós-operatória para suprimir a endometriose é geralmente recomendada, embora os dados de apoio sejam limitados. Um efeito benéfico da terapia hormonal prolongada após a cirurgia para endometriose profunda foi sugerido. Além disso, como a endometriose profunda frequentemente ocorre com outras formas da doença, a terapia pós-operatória prolongada deve ser fortemente considerada

para a prevenção da formação de endometriomas e recorrência da dismenorria. Para mulheres com desejo de gestar, devem engravidar o mais precoce possível após o ato cirúrgico.

Endometriose vesical

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento da endometriose da bexiga incluem *shaving* laparoscópico das lesões serosas e ressecção de espessura total de lesões profundamente infiltrantes. A maioria das cirurgias é realizada por laparoscopia, inclusive com assistência robótica. Além da dissecação do espaço vesicouterino, a ressecção do miométrio subjacente parece prevenir sintomas recorrentes quando a bexiga está coaptada ao útero. Para mulheres com lesões na bexiga que estão a menos de 2 cm da crista interuretérica, a ureteroneocistostomia pode estar indicada a fim de evitar obstrução ou estenose ureteral. A sutura vesical deve ser realizada em duas camadas transversais.

As complicações potenciais da ressecção da bexiga incluem hematoma vesical e fístula vesicovaginal. A remoção cirúrgica completa da endometriose da bexiga está associada ao controle dos sintomas em longo prazo (em torno de 5 anos).

Endometriose ureteral

O tratamento da endometriose ureteral (intrínseca e extrínseca) é principalmente cirúrgico. Embora sejam relatados casos de tratamento conservador, esta conduta não resolve o componente fibrótico da lesão, que é amplamente responsável pela distorção anatômica e obstrução. Os objetivos do tratamento cirúrgico são remover a(s) lesão(ões) endometriótica (s), restaurar a anatomia ureteral e prevenir a perda da função renal.

A escolha do (s) procedimento (s) é determinada pela gravidade e localização da doença. Os principais procedimentos incluem:

- Ureterólise - Dissecação cirúrgica do ureter do tecido circundante, incluindo fibrose.

- Ureterectomia com anastomose ureteroureteral - Remoção do segmento estenótico (ureterectomia) e recolocação das extremidades ureterais de corte proximal e distal entre si (anastomose ureteroureteral).
- Ureteroneocistostomia - Ressecção do segmento estenótico seguida de reimplante do ureter proximal na cúpula da bexiga.

As principais complicações incluíram persistência ou recorrência de estenose ureteral exigindo cirurgia repetida (taxa mais baixa é encontrada na ureteroneocistostomia, fístula ureteral ou ureterovaginal e hemoperitônio.

Endometriose e infertilidade

O tratamento clínico utilizado para dor relacionada à endometriose não se mostrou efetivo para aumentar a fecundidade em mulheres com endometriose. As pacientes com endometriose e infertilidade são candidatas a tratamento para fertilidade, como hiperestimulação ovariana controlada, inseminação intrauterina e FIV. Outros trabalhos mostram que a exérese laparoscópica de endometriomas com diâmetro > 4 cm melhora a fertilidade, caracterizada pelo aumento nas taxas de gestação espontânea após a intervenção cirúrgica, se comparada à drenagem e coagulação da pseudocápsula. A ESHRE recomenda exérese laparoscópica de endometriomas com diâmetro > 4 cm previamente ao início da estimulação ovariana controlada. O objetivo da recomendação seria obter material para diagnóstico anatomopatológico, reduzir o risco de infecção, facilitar o acesso técnico aos folículos durante a captação oocitária e, possivelmente, melhorar a resposta ovariana à administração de gonadotrofinas endógenas. Contudo, esta decisão deve ser individualizada e reconsiderada, particularmente nos casos de pacientes com intervenções cirúrgicas prévias. Há também uma preocupação com o impacto cirúrgica na reserva ovariana. O maior uso de eletrocirurgia se relaciona com a queda imediata do hormônio antimulleriano e menores números de

foliculos antrais no pós-cirúrgico. Assim sendo, a preferência é sempre da técnica da tração com contra tração.

Por fim, é válido lembrar que, na falha do tratamento clínico e cirúrgico, ainda se pode tentar a neuromodulação sacral para o alívio dos sintomas.

Check-list pré-operatório

- Planejamento cirúrgico: tipo de cirurgia, material e equipes necessárias.
- Tromboprofilaxia: deve ser analisada como as outras cirurgias ginecológicas.
- Antibiótico profilático: a laparoscopia é considerada uma cirurgia limpa. Logo, o uso está melhor indicado quando houver manipulação intestinal e/ou cirurgia vaginal.
- Preparo intestinal: não há evidência que diminua os índices de infecções, deiscência do sítio cirúrgico, entre outras complicações.
- Terapia supressiva pré cirúrgica: Não há evidências de que a intervenção hormonal pré-operatória diminua a extensão da dissecação cirúrgica necessária para remover implantes, prolongue a duração do alívio da dor, aumente as taxas de gravidez futura ou diminua as taxas de recorrência.
- Termo de consentimento (TCLE).

Referências

BERLANDA, N. et. al. Endometriosis of the bladder and ureter. Up to date 2020. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-of-the-bladder-and-ureter?search=deep%20endometriosis&-source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H30390295.

BERLANDA, N. et. al. Endometriosis: Treatment of rectovaginal and bowel disease. Up to date, 2020. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-treatment-of-rectovaginal-and-bowel-dis>

ease?search=deep%20endometriosis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H1577169896>

PODGAEC S. Endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2014.

SCHENKEN, R., N. et. al. Endometriosis: Treatment of pelvic pain. Up to date 2020. Disponível em < https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-treatment-of-pelvic-pain?search=deep%20endometriosis&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5>.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL E CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

*Renato Mazon Lima Verde Leal
Roberta Pontes Braga*

Introdução

O câncer de endométrio (CE) configura-se como o 4º tipo mais comum de câncer em mulheres nos EUA, sendo o principal tumor ginecológico nos países desenvolvidos. No Brasil, apresenta-se como a 3ª neoplasia ginecológica mais incidente, estimando-se, segundo dados do INCA, 6500 casos novos-ano para o triênio 2020-2022. Com aumento significativo do número de casos novos associados ao envelhecimento populacional e ao aumento da prevalência de obesidade na população nos últimos anos.

Mais de 70% dos casos estão em estádios iniciais ao diagnóstico; com idade média do diagnóstico aos 63 anos nos EUA. A maioria dos casos ocorre na pós-menopausa, com apenas 25% dos casos na pré-menopausa e 4% em pacientes menores que 40 anos.

Diagnóstico

Sangramento uterino anormal se apresenta em 75-90% das mulheres com HE e CE, comumente na pós-menopausa, sendo recomendado USG transvaginal para avaliação da espessura endometrial nessas mulheres, e, caso alterada, determinada pela maioria das diretrizes como uma espessura endometrial maior que 4mm nas mulheres na pós-menopausa sem uso de terapia de reposição hormonal, prosseguimento da investigação com biópsia endometrial.

Fatores de risco

O CE, assim como a hiperplasia endometrial (HE), lesão precursora do CE na maioria dos casos, possui relação direta com a alta exposição ao estrogênio sem oposição da progesterona, assim como com a obesidade e síndrome metabólica. São fatores de risco importantes:

- Nuliparidade
- Obesidade
- Anovulação crônica
- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Diabetes
- HAS
- RT pélvica prévia
- Tamoxifeno
- Idade avançada
- Predisposição hereditária em 5% dos casos associados a Síndrome de Lynch: história familiar de tumores de endométrio, mama, ovários e cólon.

Precusores

A maioria dos casos de CE surge com a progressão de lesões hiperplásicas. De fato, HE é o único precursor direto conhecido da doença invasiva.

Hiperplasia endometrial

Quadro 1: Classificação histológica da hiperplasia endometrial (OMS, 1994).

	HISTOLOGIA	RISCO DE PROGRESSÃO	TRATAMENTO
SIMPLES	Proliferação glandular	1%	Terapia hormonal
COMPLEXA	Proliferação glandular com arquitetura revelando adensamento glandular	3%	Terapia hormonal ou cirurgia
SIMPLES COM ATIPIA	Arquitetura de HE simples com células individuais com atipias nucleares	8%	Cirurgia ou hormonioterapia para preservar fertilidade ou baixa condição cirúrgica
COMPLEXA COM ATIPIA GLANDULAR	Arquitetura de HE complexa com células individuais com atipias nucleares	9%	Cirurgia ou hormonioterapia para preservar fertilidade ou baixa condição cirúrgica

*Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol. 19, September/October 2012.

Quadro 2: Classificação neoplasia intraepitelial endometrial (NIE 2002).

ALTERAÇÃO	TOPOGRAFIA	CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	CATEGORIA	RISCO DE MALIGNIDADE	TRATAMENTO
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL BENIGNA	Difuso	Não avaliável	Benigno	0,6%	Terapia hormonal ou nenhum
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ENDOMETRIAL	Focal, progressão para difuso	- Glândulas excedendo estroma, amontoadas e citologicamente diferentes. - Lesões > 1mm. - Ausência de carcinoma.	Pré-cancerígeno	19%	Terapia hormonal ou cirurgia
ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO	Focal, progressão para difuso	Não avaliável	Câncer	Não avaliável	Cirurgia

*Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol. 19, September/October 2012.

Manifestações clínicas

A maioria das mulheres com CE e HE se apresenta com sangramento uterino anormal como queixa clínica. Nos casos avançados outras queixas podem existir como dor e distensão abdominal, saciedade precoce e mudança do padrão intestinal e/ou de diurese. O exame físico pode revelar massa abdominal fixa e aderida à pelve, devido aumento do volume uterino, apesar de a maioria dos casos se

apresentar com exame físico normal devido quadro inicial da doença à apresentação. O exame citopatológico do colo pode revelar células glandulares atípicas devido à extensão do tumor do endométrio até o colo do útero, assim como presença de células endometriais, merecendo investigação endometrial nesses casos a depender do quadro clínico da paciente.

Classificação

Câncer de endométrio

O CE se divide em subtipos histológicos, sendo agrupados de acordo com seu comportamento biológico em:

- Tipo I: mais comuns, com comportamento indolente, associados a história de exposição estrogênica sem oposição de progesterona e síndrome metabólica, além da presença de receptores hormonais, podendo ser alvo da terapia medicamentosa; tendo como exemplo o carcinoma endometrióide, o subtipo mais comum entre todos os grupos, representando 75-80% dos casos. O adenocarcinoma endometrióide ainda se subdivide segundo o grau histológico, sendo o grau 1: bem diferenciado; grau 2: moderadamente diferenciado e grau 3: pouco diferenciado. O grau histológico é considerado um bom indicador de agressividade em relação à invasão do miométrio, metástases e resposta à terapêutica.
- Tipo II: mais indiferenciados, agressivos e com pior prognóstico, representando 10-30% dos casos, sendo mais comum em mulheres com faixa etária ainda mais avançada; tendo como exemplos: O Carcinoma Mucinoso, corresponde a cerca de 5% dos carcinomas endometriais. As células com mucina intracitoplasmática compõem mais de 50% do tumor. Esse tipo apresenta bom prognóstico, semelhante ao do carcinoma endometrióide. O Carcinoma Papilar Seroso representa 3 a 4%

das neoplasias malignas do endométrio. É composto por células de padrão tubário, com alto grau de atipia nuclear, arquitetura complexa e necrose proeminente. Comporta-se agressivamente, promovendo metástases via linfática e hematogênica, comprometendo precocemente o miométrio. O Carcinoma de células claras ocorre em menos de 5% dos casos. Compõe-se de células com núcleos extremamente atípicos e citoplasma abundante e claro. Seu comportamento é agressivo, tendendo a comprometer o espaço perivascular linfático e invadir o miométrio. O Carcinoma Misto é composto por 2 ou mais componentes não escamocelulares com cada um ocupando 10% do tumor. O Carcinoma indiferenciado é bastante raro, não possui diferenciação glandular, escamosa ou sarcomatosa. Caracteriza-se por um prognóstico muito desfavorável. O carcinosarcoma, representa um subtipo de tumor que apresenta um componente epitelial e um componente mesenquimal, tendo caráter agressivo e prognóstico reservado.

Tabela 1: Subtipos histológicos

SUBTIPOS HISTOLÓGICOS DO CÂNCER DE ENDOMÉTRIO
Carcinoma endometrióide e suas variantes
Carcinoma mucinoso
Carcinoma seroso
Carcinoma de células claras
Carcinoma de células escamosas
Carcinosarcoma
Tumores neuroendócrinos
Adenocarcinoma misto
Carcinoma indiferenciado

*Manual do grupo brasileiro de tumores ginecológicos, 2021.

Estadiamento do câncer de endométrio

O estadiamento do câncer de endométrio é cirúrgico. Os exames de imagem, como USG, TC e RNM (padrão-ouro), auxiliarão na definição do estadiamento, avaliando profundidade de invasão miometrial, invasão linfonodal, extensão cervical, extensão da doença além do útero (anexos uterinos, cavidade peritoneal, linfonodos e órgãos a distância).

Tabela 2: Estadiamento do carcinoma de endométrio segundo a FIGO 2009.

ESTÁDIO	DESCRIÇÃO
I	Tumor restrito ao corpo uterino
IA	Invasão de menos de metade do endométrio
IB	Invasão de no mínimo metade do endométrio
II	Tumor invade o estroma do colo uterino, mas não se estende além do útero^b
III	Disseminação local e/ou regional do tumor
IIIA	Tumor invade a serosa do corpo uterino e/ou os anexos ^c
IIIB	Envolvimento de vagina e/ou paramétrios ^c
IIIC	Metástases para linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos ^c
IIIC1	Linfonodos pélvicos positivos
IIIC2	Linfonodos para-aórticos positivos com ou sem linfonodos pélvicos positivos
IV	Tumor invade bexiga e/ou intestino e/ou metástase à distância
IVA	Invasão tumoral de mucosa vesical e/ou intestinal
IVB	Metástases à distância, incluindo metástase intra-abdominal e/ou para linfonodos inguinais

^a G1, G2 ou G3.

^b O envolvimento glandular endocervical deve ser considerado estágio I e não mais estágio II.

^c Citologia positiva deve ser relatada separadamente sem alterar o estadiamento.

*Invasão glandular do colo deve ser considerado Estádio I.

*Ginecologia de WILLIAMS. 2 ed.

Figura 1: Estadiamento do carcinoma de endométrio segundo a FIGO 2009.

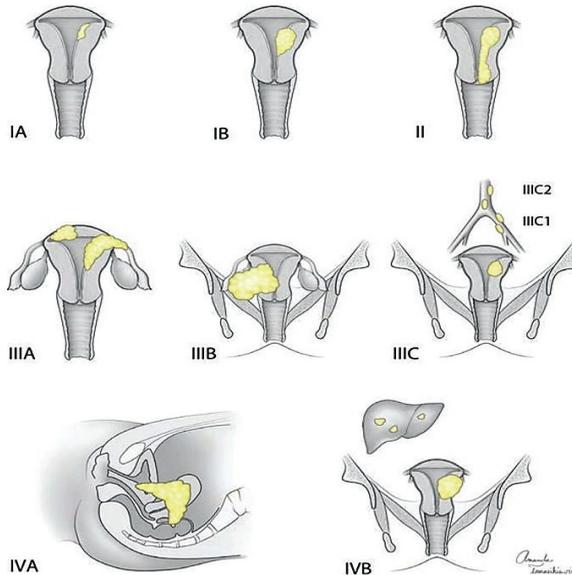


FIGURA 33-12 Estadiamento do câncer de endométrio segundo a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia).

*Ginecologia de WILLIAMS. 2 ed.

Recentemente a compreensão da biologia molecular dos carcinomas de endométrio a partir do sequenciamento genético do Tumor Comprehensive Genome Atlas (TDGA) propôs uma nova classificação, distribuindo os carcinomas de endométrio em quatro grupos:

- Grupo POLE ultramutado: taxas mutacionais elevadas do gene POLE. Carcinomas endometrióides de alto e baixo grau. Melhor prognóstico.
- Grupo hipermutado/instabilidade de microssatélites: mutações dos genes de reparo (MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2), PI3K, PTEN, KRAS. Carcinomas endometrióides de alto e baixo grau. Grupo de baixo número de cópias/estabilidade de

microssatélites: PI3K. Carcinomas endometrióides de baixo grau, alto grau, mistos e serosos em menor número.

- Grupo de elevado número de cópias/seroso-símile: mutação do TP53. Pior prognóstico. Carcinomas serosos na sua maioria, Carcinomas endometrióides de baixo grau, alto grau e mistos

Testes para estudo molecular e classificação dos carcinomas de endométrio (ProMisE):

- Imunoistoquímica para pesquisa de enzimas de genes de reparo do DNA (MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2).
- Análise mutacional do gene POLE.
- Imunoistoquímica para p53.

Tratamento

Câncer de endométrio

O tratamento do câncer de endométrio é cirúrgico, devendo as mulheres acometidas serem submetidas a histerectomia, salpingo-ooorectomia bilateral e pesquisa de linfonodo sentinela, de preferência por via laparoscópica. No ato cirúrgico é realizado o estadiamento do câncer, sendo realizado lavado peritoneal e coleta para exame citológico. A linfadenectomia pélvica e para-aórtica sistemática, ainda é motivo de controvérsias sobre seu uso rotineiro ou voltado apenas para subtipos histológicos de alto risco, não havendo consenso na literatura. A omentectomia infracólica é indicada naquelas pacientes com variantes tumorais específicas agressivas e de pior prognóstico, como carcinoma de células claras. Em geral, se faz necessário o tratamento complementar com braquiterapia no EC IB, radioterapia externa no EC II e radioterapia e quimioterapia no EC III-IVa ou histologia desfavorável independente do estágio clínico (endometrióide G3, seroso, células claras, carcinossarcoma). Os casos com metástases a distância (EIVb) e tumor inoperável podem ser tratados com QT ou hormonioterapia, de forma paliativa.

Em casos específicos pode ser avaliado a possibilidade de tratamento conservador nas mulheres com desejo de preservar fertilidade, desde que se enquadrem nos seguintes critérios: subtipo adenocarcinoma endometriode grau 1, doença limitada ao endométrio confirmada por RNM da pelve e ausência de envolvimento linfonodal ou suspeita de metástase à distância. Esclarecimento da paciente de que o padrão-ouro de tratamento é a histerectomia, que deve ser realizada após término da gestação. Nesses casos, o tratamento será realizado com progestágenos + histeroscopia com biópsia a cada 3-6 meses.

O tratamento das recidivas depende da localização, do volume tumoral e das terapias anteriormente administradas.

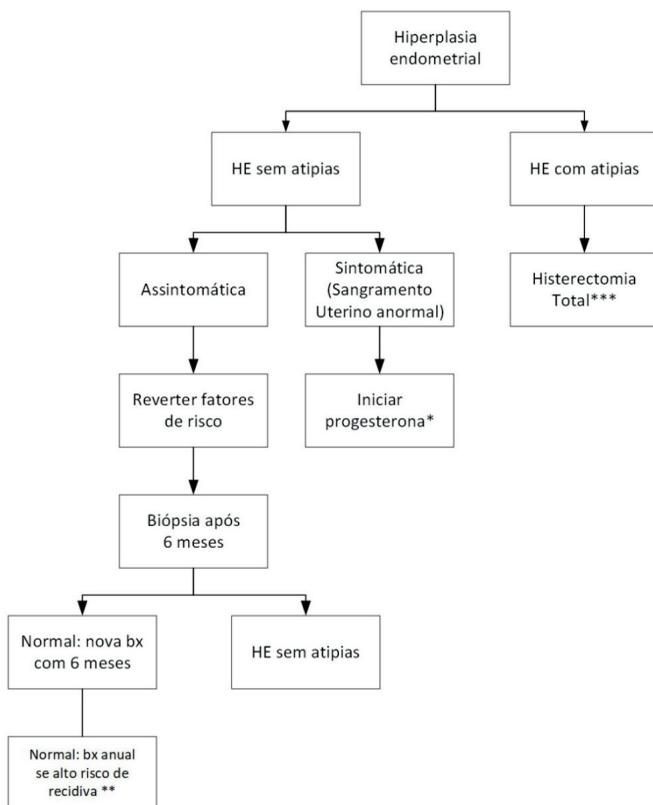
Hiperplasia de endométrio

Algoritmo: Conduta recomendada de acordo com classificação histológica da hiperplasia endometrial.

*1a linha: DIU de levonorgestrel

*2a linha (contínuo): medroxiprogesterona 10-20mg/dia ou norestiterona 10-15mg/dia **Indica-se histerectomia em mulheres que não desejam preservar fertilidade quando há progressão para hiperplasia atípica, não há regressão histologia após 12 meses de tratamento, há persistência de sangramento ou há impossibilidade de seguimento. 1***Se paciente pós menopausa, oferecer salpingooforectomia bilateral. Se paciente pré-menopausa, individualizar, mas sempre pensar em salpingectomia.

Obs.: Algoritmo baseado nas recomendações do *Guideline do Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2016*.



Monitoramento

As pacientes com câncer de endométrio tratadas cirurgicamente podem ser acompanhadas com exame pélvico a cada 3-4 meses nos dois primeiros anos e a cada 6 meses por mais 3 anos, após isso, serão avaliadas anualmente. Nos casos de doença avançada, o seguimento será individualizado.

Prognóstico

Os fatores definidores de prognóstico da doença são estadia-mento clínico; subtipo histológico; grau histológico; grau de invasão

miometrial; presença de invasão angiolinfática e idade > 60 anos (pior prognóstico).

Referências

ARMSTRONG AJ, HURD WW, ELGUERO S, NICHOLE M. Diagnosis and Management of Endometrial Hyperplasia. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2012; 19(5):562-571.

CREASMAN W. Revised FIGO staging for carcinoma of the endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 105:109.

HOFFMAN BL, et al: *Ginecologia de WILLIAMS*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

KAREN HL, RUSSEL RB. Endometrial Cancer. *N Engl J Med* 2020; 383:2053-64.

RODRIGUES AN, et al: *Manual do Grupo Brasileiro de Tumores Ginecológicos*. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2021.

S. IMBODEN et al., Implementation of the 2021 molecular ESGO/ESTRO/ESP risk groups in endometrial cancer, *Gynecologic Oncology*, <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.05.026>.

WASHINGTON CR, HAGGERTY A, RONNER W, NEFF PM, Ko EM. Knowledge of endometrial cancer risk factors in a general gynecologic population. *Gynecol Oncol* 2020; 158:137-42.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CORRIMENTOS GENITAIS

Ana Larissa Pinheiro Muniz

José Eleutério Júnior

Karinne Cisne Fernandes Rebouças

Raquel Autran Coelho Peixoto

Introdução

Quadros clínicos de corrimento e prurido genital ocorrem com grande frequência nos serviços de ginecologia e traduzem desde distúrbios de uma complexa microbiota, como nas vaginoses, até infestação por parasitas (por exemplo, *Trichomonas vaginalis*).

Vulvovaginites e vaginoses são as causas mais comuns da queixa de corrimento vaginal, diferenciando-se das cervicites, que acometem a endocérvice e são causadas principalmente por infecções por clamídia e gonococo. Os agentes etiológicos mais frequentes nas vulvovaginites e vaginoses são fungos, bactérias anaeróbicas em número aumentado, *Trichomonas*, e até mesmo um aumento exacerbado de lactobacilos.

As cervicites em sua maioria são assintomáticas. Aspectos, embora inespecíficos, que podem indicar o quadro seriam: 1) saída de um exsudato purulento ou mucopurulento do canal endocervical e 2) endocérvice edemaciada e friável à manipulação com espátula ou escova. Além destes achados sangramento uterino anormal intermenstrual, sinusiorragia e dispareunia podem ser referidos.

Vaginose bacteriana (VB)

Traduz um desequilíbrio da microbiota vaginal, onde passa a haver um predomínio de bactérias anaeróbias vaginais sobre as

aeróbias. Está associada a ausência ou redução significativa de espécies normais de *Lactobacillus* produtores de peróxido de hidrogênio. É a desordem mais frequente do trato genital inferior, entre mulheres em idade reprodutiva, e a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido.

Essa síndrome não é considerada pelo grupo de consenso do Centers for *Disease Control and Prevention* (CDC) como Infecções Sexualmente Transmissível (IST) e tem sido observado em mulheres sem experiência sexual prévia, porém mais raramente.

A VB está associada a múltiplos parceiros sexuais, novo parceiro sexual, uso de duchas vaginais, falta de uso de preservativo, tabagismo, uso de diafragmas e falta de Lactobacilos vaginais. A causa da alteração microbiana não é totalmente compreendida. No entanto, as mulheres com VB têm risco aumentado para a aquisição de algumas infecções sexualmente transmissíveis (IST) (por exemplo, HIV, HPV *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e HSV-2), complicações após cirurgia ginecológica ou da gravidez.

Diagnóstico

O diagnóstico é dado através dos critérios de Amsel (1983), sendo necessário para o diagnóstico a observação de três dos seguintes achados:

- pH vaginal maior que 4.5.
- Teste do KOH a 10% positivo (liberação de odor fétido pela alcalinização).
- Identificação de bacilos supra-citoplasmáticos em exame microscópico de conteúdo vaginal.

Outro método diagnóstico é o escore de Nugent, que consiste na contagem em esfregaço corado pelo método de Gram de morfotipos bacterianos de lactobacilos, *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus sp.* Escores: 0-3 (normal); 4-6 (condição intermediária); 7-10 (vaginose bacteriana). (Tabela 1).

Quadro 1: Escore de Nugent à bacterioscopia pelo GRAM.

ESCORE	LACTOBACILUS	GARDNERELLA, BACTERÍOÍDES	BACILOS CURVOS
0	4+	0	0
1	3+	1+	1+ ou 2+
2	2+	2+	3+ ou 4+
3	1+	3+	
4	0	4+	

Tratamento

O objetivo da terapia é aliviar os sintomas vaginais, havendo também redução do risco de adquirir algumas ISTs. O índice de recorrência, mesmo com tratamento adequado, é de cerca de 50%. Não há necessidade de tratar o parceiro.

Regimes Recomendado (CDC, 2015; Brasil, 2015):

- Metronidazol 500 mg, via oral, 2 vezes ao dia, por 7 dias.
- Metronidazol gel 0,75%, um aplicador cheio (5 g) via vaginal, uma vez ao dia, durante 7-10 dias.
- Clindamicina creme 2%, um aplicador completo (5 g) via vaginal, na hora de dormir, por 7 dias.

Regimes Alternativos (CDC, 2015; Brasil, 2015):

- Tinidazol 2g via oral uma vez por dia durante 2 dias.
- Tinidazol 1g via oral uma vez por dia durante 5 dias.
- Clindamicina 300 mg por via oral duas vezes por dia durante 7 dias.

Estudos têm avaliado a eficácia da utilização de formulações de lactobacilos orais ou intravaginais para VB, visando restaurar

a flora normal, com alguns ensaios demonstrando melhora de quadros de recidiva.

A VB é dita recorrente quando há 3 ou mais diagnósticos confirmados no último ano. Considera-se que ocorra por conta da capacidade das bactérias de se organizarem na forma de uma trama que recobre a mucosa vaginal (biofilme). Em relação ao seu tratamento, gel de metronidazol vaginal a 0,75%, duas vezes por semana, durante 4-6 meses, tem se mostrado eficaz para reduzir recorrências, embora este benefício possa não persistir quando a terapêutica é interrompida. Dados limitados sugerem também um esquema em 3 etapas, que seria um tratamento da fase aguda com Nitroimidazol (metronidazol ou tinidazol oral 500 mg duas vezes ao dia por 7 dias) seguido de ácido bórico intravaginal 600 mg por dia por 21 dias, para quebrar o biofilme vaginal, com uso de metronidazol 0,75% creme ginecológico, 2 vezes por semana, por mais 4 a 5 meses.

Candidíase vaginal

Os fungos fazem parte do microbioma vaginal normal e vivem em harmonia com os lactobacilos produtores de peróxido. No entanto, estes agentes podem passar a agredir o epitélio vaginal causando um quadro inflamatório (vaginite). O patógeno mais associado ao quadro é a *Candida albicans*, que pode ser encontrado na vagina de pacientes assintomáticas e é comensal da boca, vagina e reto. Ocasionalmente outras espécies de *Candida* estão envolvidas como a *C. Tropicalis* e a *C. Glabrata*, entre outras.

Diversos fatores, incluindo fator imunológico local e genética do hospedeiro, são importantes tanto no desencadeamento do quadro, quanto na sua persistência e recidiva. É comum a vulvovaginite por *Candida* (VVC) ser observada em climas quentes e em pacientes obesas. Além disso, imunossupressão, diabetes mellitus, gravidez e uso recente de antibióticos de amplo espectro predispõem as mulheres a infecção clínica.

Estima-se que 75% das mulheres terão pelo menos um episódio de VVC e 40% a 45% terão dois ou mais episódios. Com base na apresentação clínica, microbiologia, fatores de hospedeiro e resposta terapêutica, a VVC pode ser classificada como não complicada ou complicada (recorrente ou acentuada), está ocorrendo em cerca de 10% a 20% das mulheres.

O quadro clínico é representado por corrimento branco com aspecto de “leite coalhado”, com prurido vulvovaginal. A observação de hiperemia vulvar e colpíte pode ser associada a presença de um conteúdo branco aderido a colo e paredes vaginais. Isto pode ser sugestivo, mas não prescinde dos exames complementares para o adequado diagnóstico. Os sinais e sintomas característicos são eritema e fissuras vulvares, edema vulvar, escoriações, além de dor vaginal, dispareunia e disúria externa.

O diagnóstico pode ser feito em mulheres que tenham sinais e sintomas de vaginite, utilizando um dos seguintes métodos:

- Exame de conteúdo vaginal a fresco: exame direto (solução salina ou KOH a 10%) – identifica os morfotipos da *Candida* (blastoconídios, pseudo-hifas e pseudomicélios).
- Exame de conteúdo vaginal corado por método de Gram demonstra pequenas esferas Gram (+) (blastoconídios) ou estruturas filamentosas Gram (+) (pseudo-hifas e pseudomicélios).
- Cultura: meio de Saboraud - Indicada apenas em casos complicados de repetição para identificação da espécie de *Candida*.

Tratamento

Candidíase vulvovaginal não complicada - Regime recomendado (CDC, 2015; Brasil, 2015):

- ✓ Agentes tópicos – via vaginal:
- Miconazol creme 2% - 5 g intravaginalmente diariamente durante 7 dias.

- Creme de Butoconazol 2% (produto bioadesivo), 5 g intra-vaginal numa única aplicação.

✓ Agentes Orais:

- Fluconazol 150 mg por via oral, 1 comprimido em dose única.
- Outros: Nistatina creme: 100.000 U uma a duas vezes ao dia por 10 dias; Itraconazol 200 mg, via oral, 2x dia em um dia.

Candidíase vulvovaginal recorrente

- Definida como 4 ou mais episódios sintomáticos por ano.
- Afeta menos que 5% das mulheres sintomáticas.
- Em cerca de 20% das vezes é causada por espécies não albicans.
- 30 a 40% das mulheres terão recorrência após o fim do tratamento

Tratamento

Para manter o controle clínico e micológico, especialistas recomendam uma maior duração da terapia inicial, mantendo, por exemplo, 7-14 dias de terapia tópica ou uma dose de 150 mg de fluconazol, oral, a cada três dias em um total de 3 doses (dia 1, 4 e 7) para tentar a remissão micológica antes de iniciar um regime antifúngico de manutenção. Fluconazol oral (150 mg) semanalmente durante 6 meses é o primeiro regime de manutenção da linha. Uma terapia alternativa é ácido bórico 600 mg; aplicar 2 vezes ao dia por 14 dias (não usar em gestantes).

Candidíase vulvovaginal acentuada

- Quadro de intensa vulvovaginite com eritema, edema vulvar e escoriações.
- Não responde bem a terapias curtas.

Tratamento

Agentes tópicos de 7 a 14 dias ou com Fluconazol 150mg, via oral, em duas doses sequenciais (segunda dose 72 horas após a dose inicial).

Candidíase vulvovaginal não albicans

Podem apresentar resistência a terapia convencional, requerem terapia mais demorada (7 a 14 dias). Outra opção terapêutica é o uso de ácido bórico 600mg intravaginal diariamente por duas semanas.

Candidíase vulvovaginal em gestantes

Recomendado somente o tratamento tópico por período prolongado (7 dias).

Tricomoniase

A tricomoníase é a infecção sexualmente transmissível não viral com maior prevalência nos Estados Unidos, afetando 3,7 milhões de pessoas. A maioria das pessoas infectadas (70% -85%) apresentam sintomas mínimos ou inexistentes e, se não tratados, a infecção pode persistir por meses ou anos. É causada por um protozoário, o *Trichomonas vaginalis*; que é unicelular, piriforme, móvel, flagelado, com núcleo excêntrico, que tem predileção pelo epitélio escamoso e cujas lesões podem facilitar o acesso para outras infecções sexualmente transmissíveis. O quadro clínico normalmente é representado por corrimento de cor levemente esverdeada, espumoso, com odor fétido quando em contato com meios alcalinos (sangue menstrual e esperma). Ocasionalmente prurido pode ser referido, bem como disúria. Quando ocorre inflamação intensa, pode haver sinusiorragia e dispareunia. Ao exame clínico, o colo pode ter intensa colpíte (antigamente dito como “em framboesa”, devido à acentuada distensão dos capilares e micro-hemorragias, pelo processo inflamatório).

O método mais viável e utilizado para o diagnóstico é o exame do conteúdo vaginal a fresco (direto) com solução salina, onde pode ser possível ver o movimento do protozoário, que é flagelado. O pH vaginal está comumente elevado. A cultura tem uma sensibilidade de 75% -96% e uma especificidade de até 100%, no entanto é extremamente trabalhosa e está em desuso. Existem as técnicas de biologia molecular, com sensibilidade de 90% e especificidade de 99,8%. Estas técnicas podem ser rápidas (Affirm VPIII) ou do tipo de amplificação de ácido nucleico (NAAT). O custo ainda é um fator limitante e devem ser utilizadas em situações de difícil diagnóstico.

Tratamento

- Oral:

Metronidazol: 2 g dose única.

Tinidazol: 2 g dose única.

Metronidazol: 500 mg, 2 vezes ao dia, por 7 dias.

- Na gravidez: Metronidazol oral 2 g dose única.
- Pacientes HIV positivo: Metronidazol 500 mg, 2 vezes ao dia, oral, por 7 dias.
- Tricomoníase resistente ou recorrente: Tinidazol 500mg, 3 vezes ao dia por 7 dias.

O tratamento do parceiro é obrigatório.

Chlamydia trachomatis

Como exames disponíveis para o diagnóstico temos a cultura, de baixo custo-benefício por ter que trabalhar com células vivas; ensaios imunoenzimáticos; técnica direta de fluorescência para anticorpos e, mais recentemente, captura de híbridos e testes de amplificação de ácido nucléico (NAAT). A alternativa mais sensível são os testes NAAT, sendo o método diagnóstico recomendado pelo CDC.

Tratamento

Regimes recomendados (CDC, 2015; Brasil, 2015):

- Azitromicina 1 g oral numa dose única.
- Doxiciclina 100 mg por via oral duas vezes por dia durante 7 dias.

Regimes alternativos (CDC, 2015):

- Eritromicina base 500 mg por via oral quatro vezes por dia durante 7 dias.
- Levofloxacina 500 mg por via oral uma vez por dia durante 7 dias.
- Ofloxacina 300 mg por via oral duas vezes por dia durante 7 dias.

Os parceiros sexuais devem ser encaminhados para avaliação e tratamento presuntivo se tiver havido contato sexual durante os 60 dias que antecederam o início dos sintomas ou diagnóstico de clamídia.

Neisseria gonorrhoeae

Das mulheres infectadas com *Neisseria Gonorrhoeae*, 85% são assintomáticas. Pacientes em grupo de risco devem ser rastreadas periodicamente. Os fatores de risco são os seguintes: mulheres sexualmente ativas com idade abaixo de 25 anos ou aquelas com novo parceiro sexual, mais de um parceiro sexual, um parceiro sexual com parceiros concorrentes ou um parceiro sexual que tenha uma IST, sexo sem uso de preservativo, histórico de infecções sexuais prévias ou coexistentes, profissional do sexo.

Um número estimado de 15 a 20% das mulheres com doença do trato inferior, desenvolvem doença do trato genital superior, com salpingite, abscesso tubo-ovariano e peritonite, gravidez ectópica e infertilidade são consequências a longo prazo.

Diagnóstico microbiológico específico da infecção por *N. gonorrhoeae* deve ser realizada em todas as pessoas em risco ou suspeitas de ter gonorreia. A cultura e os testes de NAAT estão disponíveis para a detecção da infecção. NAAT permite uma variedade mais ampla de tipos de espécimes de amostras, incluindo *swabs* endocervicais, *swabs* vaginais, *swabs* uretral (homens) e urina (de homens e mulheres).

Devido à sua alta especificidade (> 99%), uma coloração de Gram de secreções uretrais que demonstra leucócitos polimorfonucleares com diplococos Gram negativos intracelulares pode ser considerada diagnóstico de infecção por *N. gonorrhoeae* em pacientes sintomáticos. No entanto, devido a sensibilidade mais baixa, uma coloração negativa de Gram não pode excluir a infecção em pacientes assintomáticos.

Tratamento

Infecções Gonocócicas não Complicadas do colo do útero, uretra e reto - Regime recomendado (CDC, 2015):

- Ceftriaxona 500mg IM numa dose única + azitromicina 1g oralmente numa dose única.
- Ciprofloxacino 500mg 1 comprimido via oral em dose única + Azitromicina 1g via oral em dose única.

As quinolonas não são mais recomendadas devido a disseminação de gonococos resistentes a esses fármacos. Todas as pessoas que recebem um diagnóstico de gonorreia devem ser testadas para outras IST's, incluindo clamídia, sífilis e HIV.

Vaginose citolítica

Trata-se de uma situação de desequilíbrio da microbiota vaginal, em que um super desenvolvimento das bactérias aeróbias, mais especificamente, dos *Lactobacillus* residentes na vagina leva a uma destruição de células escamosas ricas em glicogénio, com fenómenos irritativos, associados a um mais baixo pH vaginal e ação de

enzimas lisossomais liberadas pela destruição das células epiteliais. Esta alteração no microambiente pode levar a sintomas irritativos como prurido, sensação de queimação e corrimento esbranquiçado abundante, semelhante ao quadro de vaginite por *Candida*. No exame microscópico, observa-se grande quantidade de lactobacilos, fragmentos de citoplasma de células epiteliais devido a citólise e grande número de núcleos desnudos associada a pobreza de leucócitos.

Critérios de Cibley (1986) para o diagnóstico:

- Corrimento associado a prurido ou ardor
- pH < 4,5
- Superpopulação de bacilos
- Intensa citólise
- Ausência de *Candida*, *Trichomonas*, *Gardnerella* e *Mobiluncus*.

Tratamento

Asseios com solução de bicarbonato de sódio (30 a 40 gramas em um litro de água) ou em óvulos a 2 ou 3%, duas a três vezes por semana.

Vaginite descamativa

A vaginite inflamatória descamativa (VID) é uma forma incomum de vaginite crônica ainda não adequadamente definida em sua etiopatogenia. Ocorre principalmente em caucasianas com um pico na perimenopausa. Os sintomas e sinais são inespecíficos. VID é um diagnóstico de exclusão e outras causas de vaginite purulenta devem ser excluídas. Os principais sintomas incluem secreção purulenta e espessa, que recobre a vagina; irritação vestibulo-vaginal; dispareunia e disúria. A aderência de ambas as paredes vaginais com estenose gradual é uma complicação comum.

Através da microscopia do conteúdo vaginal (direta ou corada), DIV é definida por um aumento de células inflamatórias e células epiteliais parabasais (células escamosas imaturas). A flora vaginal é

anormal e o pH é acima de 4,5. Embora a etiologia e a patogênese permaneçam desconhecidas, a resposta favorável aos agentes anti-inflamatórios sugere que a etiologia é imune mediada.

Em relação ao tratamento, é sugerida a administração intravaginal de Clindamicina 2%, 5g/dia, durante 7 dias, seguida de cremes contendo hidrocortisona. Recentemente também foi sugerido a aplicação de creme de Tacrolimo, com boa resposta.

Vaginite atrófica

Afeta mulheres, tanto na pré-puberdade, lactantes e na pós-menopausa, devido ao hipoestrogenismo. O epitélio vaginal torna-se mais fino e com isso mais susceptível a infecções e traumas. Predominam os cocos no microbioma vaginal, embora em pequena quantidade.

As pacientes devem ser tratadas com estrogênio terapia (terapia hormonal sistêmica, se houver outras indicações e não existirem contraindicações) ou estrógenos vaginais em esquemas individualizados (primeira opção), como promestrieno ou o estriol.

Referências

CERIKCIOGLU AND BEKSAC, Cytolytic vaginosis: misdiagnosed as candidal vaginitis, *Infect Dis Obstet Gynecol* 2004;12:13 – 16.

DECHERNEY, A.H.; A NATHAN, L.; LAUFER, N.; ROMAN, A.S. *Current – Ginecologia e Obstetrícia* 11ed: Diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: McGraw Hill Brasil, 2016.

HOFFMAN, B. L.; SCHORGE, J. O.; SCHAFFER, J. I. *Ginecologia de Williams*. 2º ed., Porto Alegre: AMGH, 2014.

JACYNTHO C AND SAY J. Vaginitis: How difficult to manage. *Clinical Obstet Gynecol*. 2005. 48:4, 753-768.

RAHN et al., vaginal Estrogen for Genitourinary Syndrome of Menopause: A Systematic Review, *Obstet Gynecol*. Author manuscript; available in PMC 2016 May 04.

REICHMAN et al., Addition of Boric Acid to Suppress Antimicrobial Therapy, Sexually Transmitted Diseases, Volume 36, Number 11, November 2009.

REICHMAN E SOBEL. Desquamative inflammatory vaginitis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014 Oct;28(7).

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015, Centers for disease control and prevention, MMWR / June 5, 2015 / Vol. 64 / No. 3.

SOBEL JD. Desquamative inflammatory vaginitis: a new subgroup of purulent vaginitis responsive to topical 2% clindamycin therapy. Am J Obstet Gynecol. 1994 Nov;171(5):1215-20.

SOBEL JD. Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis. Obstet Gynecol. 2011 Apr;117 (4):850-5.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: ÚLCERAS GENITAIS

*Jade Saraiva Amorim Araújo
Muse Santiago de Oliveira
Raquel Autran Coelho Peixoto*

Introdução

As úlceras genitais são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que se manifestam de forma sindrômica como lesão ulcerativa, precedida ou não por pústulas ou vesículas, acompanhadas ou não por dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento e linfadenopatia regional. Os agentes etiológicos mais comuns são:

- *Treponema pallidum* (sífilis primária)
- HSV – 1 e HSV – 2 (herpes perioral e genital)
- *Haemophilus ducreyi* (cancroide)
- *Chlamydia trachomatis* sorotipos L1, L2 e L3 (linfogranuloma venéreo)
- *Klebsiella granulomatis* (donovanose)

A presença de úlceras genitais está associada a um elevado risco de transmissão e aquisição do HIV sendo, portanto, seu diagnóstico e tratamento imediato uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.

Os tratamentos propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em especial a abordagem sindrômica, têm sido insuficientes para seu controle, resultando em excesso de tratamento bacteriano e quase ausência de tratamento para o agente viral, levando ao alto custo e baixa eficácia da terapia.

Os aspectos clínicos das úlceras genitais têm baixa relação de sensibilidade e especificidade com o agente etiológico. Embora estejam fortemente relacionadas a IST, especialmente na população sexualmente ativa, essa queixa pode estar associada a infecções inespecíficas por fungos e bactérias, ou mesmo a doenças sistêmicas. Em pelo menos 25% dos pacientes com úlceras não há confirmação laboratorial.

Sífilis

Doença infecciosa sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, que no seu estágio primário se apresenta em forma de úlcera genital única, arredondada, indolor, com base limpa, endurecida, conhecida como cancro duro. Pode ser acompanhada por adenopatia inguinal, não dolorosa, sem flutuação. A lesão pode passar despercebida, sobretudo na mulher. O período de incubação dura entre duas a seis semanas.

Diagnóstico

Microscopia de campo escuro (mobilidade em saca rolha), imunofluorescência direta. Esses exames positivos, permitem diagnóstico definitivo, porém resultado negativo não exclui o diagnóstico. O diagnóstico de sífilis primária também pode basear-se em testes sorológicos, que permitem apenas diagnóstico presuntivo e podem ser negativos até 3-4 semanas.

- Testes treponêmicos (FTA-ABS, Elisa, Westernblot, TPHA): utilizam o antígeno *T. pallidum* para detectar anticorpos contra seus componentes celulares. São testes de alta especificidades, por isso usados como testes confirmatórios. A sororeversão destes testes é rara.
- Testes não-treponêmicos (VDRL; RPR): tornam-se positivos cerca de 1 – 4 semanas após o aparecimento da úlcera. De sensibilidade alta, são ideais para rastreio e monitorização terapêutica. A sororeversão ocorre, geralmente, após cerca de 6 meses após a terapêutica adequada. Tem como desvantagem

a possibilidade de originar falsos positivos (gravidez, lúpus, hanseníase dependência química).

Tratamento

O tratamento recomendado para a sífilis primária (fase de úlcera genital) e a administração intramuscular de Penicilina Benzatina 2,4 milhões de unidades em dose única. Para pacientes alérgicos, pode ser usada a Doxiciclina 100mg duas vezes ao dia por 15 dias, exceto em gestantes. Os pacientes devem ser avaliados clinicamente e por meio de testes não-treponêmicos periódicos 3º, 6º e 12º mês no primeiro ano.

Considerar repetir tratamento se sinais e sintomas de sífilis persistirem ou recorrerem, ou ainda, aumento do título de testes não treponêmicos.

Tratar todos os parceiros que tiveram contato sexual nos 90 dias que precederam o aparecimento da úlcera.

Herpes genital

A principal causa de úlceras genitais em países desenvolvidos, o Herpes Genital é causado principalmente pelo vírus *Herpes simplex* tipo 2 (HSV-2), sendo o restante causado pelo *Herpes simplex* tipo 1 (HSV-1), associado ao herpes labial. As manifestações clínicas podem ser divididas em primo-infecção e surtos recidivantes.

As manifestações na primo-infecção, em geral, são mais severas, caracterizada pelo surgimento de lesões eritematosas de 1 a 3 mm e que evoluem rapidamente para vesículas sobre bases eritematosas, muito dolorosas de conteúdo citrino, raramente turvo.

A linfadenomegalia inguinal bilateral está presente em até 50% dos casos. O quadro pode durar de 2-3 semanas. Na maioria das vezes, esse quadro é acompanhado por sintomas gerais, como febre, mal-estar, mialgia, disúria, cervicite e uretrite. Até 90% dos pacientes desenvolverão novos sintomas nos próximos 12 meses, por reativação

viral, causada por infecções, exposição à radiação ultravioleta, traumas locais, menstruação, estresses físicos ou emocionais, antibioticoterapia prolongada ou imunodeficiência. Nas recorrências, o quadro clínico é menos intenso, com regressão espontânea em 7 a 10 dias.

Os surtos tendem a se tornar menos intensos e menos frequentes. A maioria dos pacientes que adquirem infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações.

Herpes na gravidez

Maior risco de infecção neonatal se infecção ocorrer no terceiro trimestre. Recomenda-se a administração contínua de antivirais nas últimas quatro semanas da gravidez (a partir da 36ª semana), se houver lesões herpéticas, para diminuir recorrências e evitar cesárea. O parto cesariano deve ser considerado apenas em mulheres com lesões ativas no momento do parto.

Tratamento

Não existe tratamento curativo. Os antivirais permitem o controle de sinais e sintomas da doença, mas não alteram a frequência ou severidade das recorrências (exceto em uso diário profilático). Não se aconselha o uso de antivirais tópicos por sua baixa eficácia.

Primo-infecção (Iniciar assim que possível):

- Aciclovir 400mg, 3 vezes por dia por 7 dias.
- Aciclovir 200mg 5 vezes por dia por 7 dias.
- Valaciclovir 1g 2 vezes por dia por 7 dias
- Famciclovir 250mg 3 vezes por dia por 7 dias.

Recorrência (Iniciar nos pródromos):

- Aciclovir 200mg 5 vezes por dia por 5 dias.
- Aciclovir 400mg 3 vezes por dia por 5 dias.
- Aciclovir 800 mg duas vezes por dia por 5 dias.

- Valaciclovir 500 mg duas vezes por dia por 5 dias.
- Valaciclovir 1g 1vez por dia por 5 dias.
- Famciclovir 125mg 2 vezes por dia por 5 dias.

Terapia de supressão:

- Aciclovir 400mg, 2 vezes por dia.
- Valaciclovir 1g 1 vez por dia.
- Famciclovir 250mg 2 vezes por dia.

O tratamento deve durar 1 ano com a suspensão da terapia de supressão para reavaliar recorrência. Esse tratamento está indicado para pacientes com surtos repetidos (mais de 6 vezes ao ano).

NOTA: Pomadas antibióticas podem ser associadas em caso de infecção secundária. Analgésicos orais devem ser usados, se necessário. Os pacientes devem ser reavaliados até que haja resolução clínica das lesões.

Cancroide

Tem como agente o gram negativo *Haemophilus ducreyi*, doença também denominada como Cancro Mole e se apresenta como múltiplas úlceras dolorosas com exsudato purulento e hemorrágico na base, associada a eritema e adenomegalias inguinais (mais frequente no sexo masculino), uni ou bilaterais dolorosas com flutuação com drenagem espontânea tipicamente por orifício único, sendo contraindicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos. Tem um período de incubação de 2 a 10 dias.

O diagnóstico definitivo é dado por isolamento em cultura a partir da úlcera ou aspirado ganglionar.

Tratamento

- 1ª opção: Azitromicina 1g oral em dose única ou ceftriaxona 250mg IM, dose única.

- 2ª opção: ciprofloxacino 500mg, oral duas vezes ao dia por 3 dias.

Tratar os parceiros sexuais contactantes dos 10 dias anteriores ao surgimento das úlceras, mesmo assintomáticos. Manter úlceras secas e higienizadas. As flutuações devem ser aspiradas, sem realizar drenagem cirúrgica o que dificulta a cicatrização.

Linfogranuloma venéreo (LGV)

Doença rara causada pela *Chlamydia trachomatis* sorotipos L1, L2 e L3, apresentando-se inicialmente como uma pápula ou pústula anogenital, que evolui para úlcera de pequenas dimensões, que cicatriza espontaneamente. Nessa fase pode haver corrimento mucopurulento uretral ou cervical. Após 2 a 6 semanas da lesão inicial surgem adenomegalias inguinais ou femorais, unilaterais, dolorosas, com flutuação e que podem ter rotura espontânea, com o sem fístulas por orifícios múltiplos, essa fase pode ser acompanhada de sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar, anorexia, artralgia, sudorese noturna e meningismo. A obstrução linfática crônica leva a elefantíase genital (estiomene na mulher). Pode ocorrer formação de fístulas genitais, vaginais, vesicais e estenose retal, a depender do local da inoculação.

É recomendada a pesquisa de *C. trachomatis* em praticantes de sexo anal que apresentem úlceras anorretais. O período de incubação varia de 3 a 30 dias.

Tratamento

- 1ª opção: Doxiciclina 100mg oral, 2x/ dia por 21 dias.
- 2ª opção: Azitromicina 1g 1x/semana por 21 dias.

As parcerias que tiveram contato sexual até 30 dias antes do surgimento dos sintomas devem ser examinadas e tratadas. Se

sintomáticas com o mesmo esquema do caso índice; se assintomáticas com Azitromicina 1g, dose única ou Doxiciclina 100mg, 2x/dia por 7 dias.

Donovanose

Tem como agente *Klebsiella granulomatis* (previamente conhecido por *Calymmatobacterium granulomatis*), que se apresenta clinicamente como nódulos subcutâneos ou pápulas que evoluem para úlceras não dolorosas, progressivas, que ao confluírem podem causar destruição extensa da região anogenital. São úlceras extremamente vascularizadas, sangrantes ao toque. Há dificuldade de diagnóstico clínico e evolução lenta das lesões pela grande variabilidade de apresentação clínica que podem ser úlceras-granulomatosas, hipertróficas, nodulares, necróticas ou com esclerose. O período de incubação é de 1 a 12 semanas.

Tratamento

- 1ª opção: Doxiciclina 100mg, 2x/dia por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento das lesões.
- 2ª opção: Azitromicina 1g 1x/semana por pelo menos 3 semanas ou até desaparecimento das lesões ou Ciprofloxacino 750 mg 2x/dia por pelo menos 21 dias ou até desaparecimento das lesões ou Sulfametoxazol-trimetoprim, 2 comprimidos 2x/dia por no mínimo 3 semanas.

Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias.

Referências

A COSTA, JB. Úlceras Genitais Causadas por Infecções Sexualmente Transmissíveis. Atualização do Diagnóstico e Terapêuticas e a sua Importância na Pandemia do VIH. Acta

Med Port19, 335-342.Lisboa, 6 de janeiro de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas infecções sexualmente transmissíveis: Relatório de Recomendação. Brasília, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the Management of sexually Transmitted Infections. Suíça, 2013.

INFERTILIDADE: PROPEDEÚTICA DO CASAL INFÉRTIL

Francisco das Chagas Medeiros

Maria Clara Boris

Priscila Fiusa Lyra Miná

Introdução

A infertilidade é definida pela incapacidade do casal de obter uma gestação bem sucedida após 12 meses de relações sexuais frequentes sem uso de contracepção em casais em que a mulher tem menos de 35 anos, e após 6 meses em casais em que a mulher tem 35 anos ou mais. Ela pode ser dividida em primária, quando nunca houve gestação prévia, ou secundária, quando já houve. Acomete milhões de pessoas em idade reprodutiva ao redor do mundo, segundo a OMS.

Diversos fatores podem associar-se à infertilidade. Além da idade, o estilo de vida é um fator diretamente relacionado ao sucesso reprodutivo do casal. Álcool, tabaco, cafeína, estresse e obesidade podem cursar com disfunção ovulatória.

Quadro 1: Fatores que levam à infertilidade:

FATORES QUE LEVAM À INFERTILIDADE	PORCENTAGEM
Fator masculino	35%
Fatores tuboperitoneais	35%
Fator ovariano	15%
Inexplicado	10%
Outros	5%

Fator ovariano:

Distúrbios ovulatórios são a principal causa, e podem ter inúmeras etiologias. Dentre elas estão disfunção do eixo hipotalâmico-hipofisário, distúrbios endocrinológicos (síndrome dos ovários policísticos, hipo ou hipertireoidismo, doença de Cushing, hiperprolactinemia), tumores produtores de hormônios (adrenal ou ovariano), medicamentos e outros. O envelhecimento do oócito também contribui, com perda tanto quantidade quanto qualidade ao passar dos anos.

Fator tuboperitoneal:

A doença inflamatória pélvica, causada principalmente por Clamídia e Gonorreia, é a principal etiologia de aderência tubária. Endometriose, aderências cirúrgicas ou doenças inflamatórias intestinais também se apresentam como diagnósticos diferenciais. As aderências formadas dificultam ou até mesmo impossibilitam a migração do espermatozoide até as trompas, havendo assim uma menor taxa de fecundação.

Fator uterino:

Miomas de componente submucoso ou intracavitário; anomalias mullerianas ou estruturais; ou aderências intrauterinas (causadas por procedimentos como curetagem) podem prejudicar a implantação.

Outros:

- Endometriose: Pela possibilidade de distorção anatômicas geradas pela formação de aderências e de endometriomas.
- Doença celíaca
- Anomalias cromossômicas: Síndrome de Turner em mulheres, e Síndrome de Klinefelter em homens.

Não explicado:

Após avaliação completa das possíveis etiologias, alguns casais apresentam infertilidade de causa desconhecida.

Diagnóstico

O diagnóstico de infertilidade é clínico, podendo ser feito em qualquer nível de atenção à saúde. O início da avaliação é feito a partir de 1 ano de tentativa sem gestação, sendo indicado já após 6 meses de tentativas para mulheres a partir dos 35 anos de idade. Aos 40 anos, o início pode ser ainda mais cedo, antes mesmo dos 6 meses. Alguns fatores causais podem ser diagnosticados e tratados com procedimentos simples, como tratamento medicamentoso.

História clínica e exame físico

Diversos fatores podem estar presentes em um mesmo casal. Por isso, a avaliação inicial deve ser completa, englobando tanto pesquisa de alterações femininas quanto masculinas.

O primeiro passo é realizar anamnese e exame físico completos no casal.

Anamnese

Informações pertinentes da história são:

- Tipo da infertilidade de ambos (primária ou secundária), duração, resultado de exames prévios, uso de terapias prévias.
- Histórico menstrual, menarca, pubarca, presença e características da dismenorrea.
- Histórico médico, cirúrgico e ginecológico. IST's, prostatite, caxumba, exames citológicos, passado de criptorquidia e sua correção.
- Histórico medicamentoso e alérgico. Medicações e suplementos em uso.
- Histórico obstétrico e suas complicações.

- Histórico sexual, frequência das relações sexuais e presença de disfunção.
- Histórico familiar, incluindo de problemas reprodutivos, idade de menopausa materna.
- Histórico social e hábitos de vida, incluindo uso de drogas lícitas e ilícitas.

Exame físico

- Peso, altura e IMC.
- Avaliação dos caracteres sexuais secundários, incluindo exame das mamas e procura de sinais de hiperandrogenismo.
- Pesquisa de estigmas de cromossomopatias (Ex. Síndrome de Turner).
- Avaliação da tireoide.
- Exame físico ginecológico, com exame especular, toque vaginal, palpação de anexos e volume uterino.
- Avaliação testicular.

Muitos fatores já podem ser suspeitados apenas com anamnese e exame físico, não devendo ser subestimado pela equipe assistente.

Exames complementares

O próximo passo é a realização de exames complementares direcionados após anamnese e exame físico:

Exames complementares:

- Análise do sémen (Espermograma)
- Análise hormonal na mulher. Os exames irão variar dependendo das queixas clínicas e exame físico. Em geral, podem ser úteis: TSH, T4, Prolactina, FSH, estradiol e 17-OH-progesterona. Na suspeita clínica de anovulação com hiperandrogenismo, podem-se solicitar DHEA-S e testosterona.

- Histerossalpingografia (avaliar permeabilidade tubária).
- Análise hormonal do homem (LH, FSH, testosterona, prolactina e estradiol).
- Avaliação de reserva ovariana (hormônio antimülleriano, FSH ou contagem de folículos antrais).
- Avaliação da cavidade uterina (ultrassonografia transvaginal ou histeroscopia, se necessário).
- Sorologias do casal: VDRL, Anti-HIV, Anti-HTLV I e II, HbsAg e Anti-HBc, Anti-HCV, Rubéola IgM e IgG, Toxoplasmose IgM E IgG.

A escolha dos exames a serem solicitados deve ser individualizada para cada casal, a partir dos dados obtidos na consulta.

Análise do sêmen:

Deve ser realizada após 48 a 72 horas de abstinência sexual, com no mínimo de duas amostras coletadas com intervalo de 15 dias entre elas. Deve-se colher em um frasco amplo, para que não haja perda de material, não havendo assim comprometimento do resultado final. Na análise é observado o volume e o pH. Microscopicamente observa-se morfologia, contagem, concentração e motilidade dos espermatozoides, detritos e aglutinação, contagem de leucócitos e células germinativas imaturas. No caso de exame anormal o mesmo deve ser repetido.

Quadro 2: Análise do sêmen.

PARÂMETRO ANALISADO	VALORES NORMAIS
Volume ejaculado	2 - 5 ml
PH	7,2 - 8,0
Concentração de espermatozoides	20 milhões/mL
Motilidade A +B	> 50%

PARÂMETRO ANALISADO	VALORES NORMAIS
Morfologia	> 14% (Kruger) > 30% (OMS)
Concentração de leucócitos	< 1 milhão/mL

Caso seja identificado azoospermia, o material deve ser novamente centrifugado. Se houver presença de espermatozoide no centrifugado, diagnostica-se criptozoospermia. Em paciente com azoospermia e volume ejaculado <1 mL, deve levantar a hipótese de ejaculação retrógrada.

Volume ejaculado baixo e pH ácido direcionam o diagnóstico para obstrução do ducto ejacatório ou agenesia de vesículas seminais. Já volume aumentado, pH alcalino e aumento do número de leucócitos direcionam para infecção.

Apesar de todos esses dados, não há correlação comprovada com o prognóstico reprodutivo. Apenas quando a concentração é abaixo de 5 milhões/mL, ou a motilidade é abaixo de 40% ou a morfologia de Kruger é abaixo de 4% que se estabelece um prognóstico ruim.

A azoospermia obstrutiva ou obstrução parcial dos ductos ejacatórios pode ser congênita (atrevia, estenose ou lesões císticas) ou adquiridas (trauma, inflamação ou formação de cálculo). O exame padrão-ouro é a ultrassonografia transretal. O tratamento consiste na cateterização do(s) ducto(s) obstruído(s).

A varicocele é uma causa que pode ser identificada ao exame físico, mas varicoceles subclínicas necessitam de exames complementares, como ultrassonografia com Doppler. O tratamento não é consenso, sendo indicado apenas quando foi palpável clinicamente.

Biópsia de testículo:

Pode ser útil para diferenciar o tipo de azoospermia, se por obstrução ou se por falência germinativa. Se tiver achado de espermatozoides, estes podem ser coletados para criopreservação, para serem utilizados nas técnicas de reprodução assistida.

Análise hormonal do homem:

Indicada em caso de oligozoospermia, disfunção sexual ou clínica de endocrinopatia. Em caso de ginecomastia, solicitar estradiol. Se houver queixa de disfunção sexual, dosar LH, FSH, prolactina e testosterona.

A interação mucosseminal pode comprometer a ascensão do espermatozoide. O teste pós-coito pode avaliar a motilidade dos espermatozoides, mas vem sendo pouco usado desde o desenvolvimento das técnicas de reprodução.

Avaliação dos fatores ovarianos:

- A avaliação da função ovulatória pode ser feita com o histórico menstrual da paciente. Em caso de ciclos regulares, não há necessidade de exames complementares. Conhecendo as características do muco cervical é possível identificar as fases do ciclo menstrual. O estrógeno, característico da primeira fase, faz do muco um conteúdo transparente e filante. Já a progesterona, característica da segunda fase, torna o muco espesso e opaco.
- Mulheres que se apresentam com ciclos regulares e sem queixas clínicas devem ser avaliadas apenas com a dosagem de prolactina e TSH, para afastar doenças da tireoide ou da hipófise subclínicas.
- Havendo clínica de hiperandrogenismo, deve-se adicionar a dosagem de DHEA, 17-hidroxi-progesterona e testosterona sérica.
- A dosagem de progesterona sérica no dia 21 do ciclo menstrual pode ser útil para avaliar se o ciclo foi ovulatório ou não. Valores acima de 3ng/mL indicam que houve ovulação.
- O acompanhamento do folículo dominante através da USG seriada é capaz de presumir ovulação, uma vez que registra o crescimento progressivo até a atresia do folículo, além das alterações da fase lútea. É importante ser levado em conta os custos e a logística desse método para a paciente.

Avaliação da reserva ovariana:

- Não deve ser realizado de rotina na propedêutica inicial. Está indicada para mulheres a partir de 35 anos, ou menos, a depender a história médica da mesma.
- Pode-se lançar mão da dosagem do hormônio antimulleriano, do FSH e estrógeno no terceiro dia do ciclo menstrual, e da contagem do número de folículos antrais para avaliar a reserva ovariana e prever a resposta da paciente a terapias de estímulo ovariano.
- A contagem do número de folículos antrais por USG transvaginal é um bom preditor de resposta ovariana às técnicas de estímulo. Avalia-se o tamanho e a quantidade dos folículos. Contagem ≥ 10 reflete boa resposta ovariana aos tratamentos e altas taxas de gravidez.
- Dosagem do hormônio antimulleriano para avaliar a reserva ovariana reflete apenas a quantidade de folículos. Valores abaixo de 0,7 ng/mL predizem uma resposta ovariana modesta ao uso de gonadotrofinas, durante o tratamento da infertilidade.
- Na dosagem de FSH e estradiol no 3o dia do ciclo, valores de FSH acima de 10 a 15 mUI/mL retratam declínio significativo das taxas de gravidez. O estradiol serve como complemento na avaliação do resultado de FSH. Os níveis basais devem ser abaixo de 60 – 80 pg/mL e quando estão elevados podem suprimir o FSH. Em mulheres em amenorreia, a dosagem do FSH no terceiro dia pode ser usada para diferenciar falência ovariana de disfunções hipotalâmicas.

Avaliação dos fatores uterinos:

A identificação de fatores que comprometem a implantação pode ser feita com USG transvaginal, histerossonografia, histerossalpingografia e histeroscopia (considerada o padrão-ouro). Exemplo desses fatores são pólipos, sinéquias, alterações mullerianas e miomas submucosos.

Avaliação dos fatores tuboperitoneais:

Consiste passo fundamental na avaliação da fertilidade. Usualmente avaliado por meio da histerossalpingografia, realizada idealmente no período pós-menstrual imediato. Se o contraste percorrer pelas tubas e até atingir a cavidade abdominal, tem-se um exame normal. Diante de um exame anormal, a histeroscopia com canulação seletiva pode ser usada para confirmar o diagnóstico e até mesmo para tentar uma recanalização.

Através da laparoscopia é possível a visualização direta da anatomia, podendo identificar aderências e focos de endometriose que não foram identificados por métodos não invasivos. A correção dos achados também pode ser feita no mesmo tempo cirúrgico. Está indicada quando há clínica de endometriose, achados passíveis de correção nos exames já realizados e após investigação completa sem identificação de uma causa para a infertilidade.

Apesar dos esforços de identificar um fator causal para a infertilidade do casal, algumas vezes não é possível identificá-lo. Apesar disso, as estratégias para atingir o sucesso reprodutivo não limitam esses pacientes.

Tratamento

Inicialmente, uma orientação quanto à mudança de estilo de vida faz-se necessária, a fim de contornar possíveis fatores ambientais já mencionados anteriormente.

Após a avaliação da etiologia da infertilidade seguimos para a elaboração de um plano direcionado para medidas que podem aumentar as chances de gestação.

As modalidades terapêuticas são várias, dentre elas opções comportamentais, clínicas ou cirúrgicas, com detalhamento em protocolo específico. Cabe à equipe assistente discutir com o casal as possibilidades e suas eventuais complicações, para que a escolha seja compartilhada por todos os envolvidos.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Infertility workup for the women's health specialist: ACOG Committee Opinion, Number 781. *Obstet Gynecol* 2019; 133 (06) e377-e384.

ANAWALT, Bradley D; PAGE, Stephanie T. Approach to The male with infertility. UpToDate. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-male-with-infertility?sectionName=Semen%20analysis&search=infertilidade&topicRef=5445&anchor=H2564207924&source=see_link#H2564207924> (Acesso em 07/08/2021).

HORNSTEIN, Mark D; GIBBONS, William E; SCHENKEN, Robert S. Optimizing natural fertiliza in couples planning pregnancy. UpToDate. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/optimizing-natural-fertility-in-couples-planning-pregnancy?search=infertilidade&topicRef=7396&source=see_link> (Acesso em 07/08/2021).

KUOHUNG, Wendy, HORNSTEIN, Mark. Causes of female infertility. UpToDate. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-infertility?search=infertilidade&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4> (Acesso em 07/08/2021)

KUOHUNG, Wendy, HORNSTEIN, Mark D. Evaluation of female infertility. UpToDate. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-female-infertility?search=infertilidade&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2> (Acesso em 07/08/2021).

KUOHUNG, Wendy; HORNSTEIN, Mark D. Overview of infertility. UpToDate. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility?search=infertilidade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1> (Acesso em 07/08/2021)

INFERTILIDADE: TRATAMENTO DE BAIXA COMPLEXIDADE

*Alice Alves de Moraes
Marcelo Gondim Rocha*

Introdução

A infertilidade é uma situação complexa que envolve aspectos médicos, psicológicos, sociais e econômicos. Ao identificarmos a causa da infertilidade, dirigimos a terapia para corrigir fatores reversíveis e superar fatores irreversíveis. Os distúrbios ovulatórios são uma causa comum de infertilidade feminina e ocorrem em 18 a 25% dos casais com queixa de infertilidade. Os distúrbios ovulatórios são uma das principais indicações do uso de indutores da ovulação.

Diagnóstico

A infertilidade é uma condição que envolve o casal e não apenas um dos pares. A suspeita de disfunção na ovulação ocorre em mulheres com oligomenorreia, ou seja, com ciclos menstruais que podem durar mais de 35 dias, sem uso de hormonioterapia. Entre os distúrbios ovulatórios mais comuns, encontramos a síndrome dos ovários policísticos.

Indução da ovulação

Critérios de inclusão

- Permeabilidade tubária (comprovada por histerossalpingografia ou laparoscopia).
- Cavidade uterina normal.

- Análise de sêmen normal (Espermograma com morfologia normal e processamento seminal com mais de cinco milhões de espermatozoides móveis).
- Reserva adequada de ovócitos ovarianos (Concentrações séricas do hormônio antimülleriano).

Critérios de exclusão

- Pacientes que não se enquadram nos critérios citados no tópico anterior.
- Pacientes gestantes (beta-HCG positivo).
- Pacientes com alterações endocrinológicas que podem levar a anovulação ainda não tratadas.

Casos especiais

Qualquer casal que deseje fertilidade deve receber aconselhamento pré-concepção. O casal deve ser informado também sobre riscos e custos de um tratamento para fertilidade. O estado civil, a orientação sexual e o status sorológicos de HIV dos pais não devem ser usados para negar o tratamento de fertilidade. Limitar a terapia de infertilidade por outras razões, como capacidade dos pais de criar os filhos, obesidade severa, questões de estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool), são controversas e estão além do interesse do presente protocolo.

Tratamento

O método de indução a ovulação deve ser baseado na causa da disfunção ovulatória, levando em consideração aspectos como custos, riscos e potenciais complicações, sendo importante individualizar o método para cada paciente.

Mudança no estilo de vida

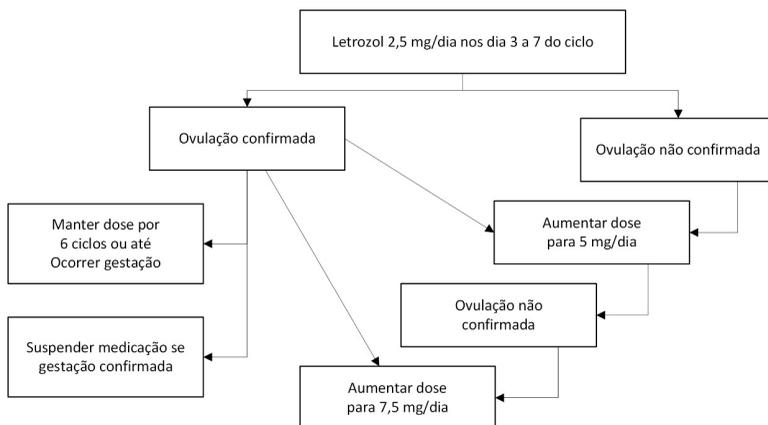
A obesidade pode promover distúrbios ovulatórios. Mulheres com infertilidade anovulatória que apresentam IMC > 27kg/m² são aconselhadas a perder peso, pois a perda de 5 a 10% do peso corporal já pode ser suficiente para restaurar a ovulação em 55 a 100% dessas mulheres em até 6 meses e, mesmo as que não ovulam espontaneamente após perda de peso, apresentam benefícios nas taxas de sucesso ao iniciar terapia de indução da ovulação.

Indução da ovulação com letrozol

O letrozol é um inibidor da aromatase que bloqueia a conversão de testosterona em estradiol e de androstenediona em estrona. Isso reduz o feedback estrogênico negativo na hipófise, aumentando, assim, a produção de FSH. O letrozol induz o desenvolvimento de menos folículos em comparação com o citrato de clomifeno, reduzindo, assim, o risco de gestações múltiplas, além de ter uma meia-vida curta (cerca de 48h), resultando em menos efeitos antiestrogênicos no endométrio e muco cervical e, também, reduzindo a possibilidade de teratogenicidade. Atualmente, o letrozol é indicado como tratamento de primeira linha em pacientes oligoovulatórias com síndrome dos ovários policísticos, independente do IMC, pois estudos mais recentes relataram taxas mais altas de nascidos vivos com o uso de letrozol em comparação com o citrato de clomifeno.

Inicialmente, o letrozol é administrado via oral na dose de 2,5mg/dia, nos dias 3 a 7 do ciclo, após menstruação espontânea ou induzida por progestágenos. Caso seja documentada a ovulação com essa dose, a mesma é mantida no próximo ciclo. Caso não seja identificada ovulação, a dose é aumentada no próximo ciclo para 5mg/dia nos mesmos dias já descritos. A dose pode ser aumentada até uma dose máxima de 7,5mg/dia. Após a ovulação ocorrer, podemos manter a mesma dose por até 6 ciclos.

Figura 1: Indução de ovulação com Letrozol.



O casal deve ser informado que o uso do letrozol como indutor da ovulação ainda não foi liberado no Brasil pelos órgãos reguladores.

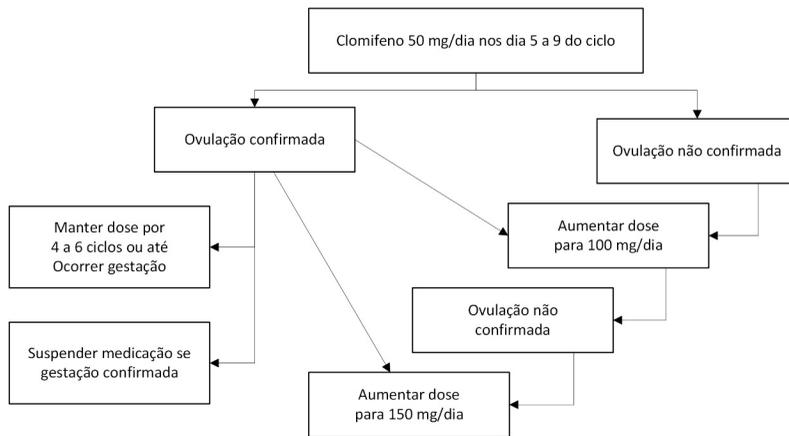
Indução da ovulação com citrato de clomifeno

O clomifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio, inibindo, competitivamente, a ligação de estrogênio aos seus receptores por um período prolongado, aumentando, assim, a liberação de gonadotrofina pelo hipotálamo, o que acarreta aumento nas concentrações séricas de FSH e LH, além de ter ação anti-estrogênica no útero, no colo e na vagina. O clomifeno tem sido o agente indutor de ovulação mais amplamente usado nos últimos 40 anos, mas, como descrito no tópico anterior, tornou-se terapia de segunda linha na indução da ovulação em paciente oligoovulatórias, sendo preferido, atualmente, a terapia com letrozol.

A terapia com clomifeno tem risco aumentado, em comparação com letrozol, de gestações múltiplas e síndrome da hiperestimulação ovariana. O tratamento não deve ser mantido por mais de 12 ciclos por possível risco aumentado de neoplasias ovarianas. A terapia de

indução da ovulação com clomifeno é normalmente iniciada no quinto dia do ciclo, após sangramento espontâneo ou induzido com progesterona. A dose inicial é de 50mg/dia, por via oral, por 5 dias. Caso ocorra a ovulação, a dose é mantida por quatro a seis ciclos. Caso não ocorra a ovulação, a dose é aumentada para 100mg/dia no próximo ciclo. A dose pode ser aumentada com incrementos de 50mg até dose máxima 150mg/dia. Caso a ovulação não ocorra após o terceiro ciclo, é improvável que o tratamento com clomifeno venha a surtir efeito nos próximos ciclos.

Figura 2: Indução de ovulação com citrato de clomifeno.



Metformina

A metformina é um hipoglicemiante oral, que age aumentando a sensibilidade à insulina, diminuindo o hiperandrogenismo ovariano. Indicado para pacientes com resistência periférica à insulina. Seu uso isolado é menos eficaz do que em combinação com citrato de clomifeno. A dose indicada varia entre 1500 a 2550mg/dia, divididas em três tomadas diárias.

Gonadotrofinas

A terapia com gonadotrofinas exógenas age induzindo o amadurecimento folicular. Pode ser usada em pacientes que não responderam à indução com letrozol ou clomifeno.

A terapia com gonadotrofinas deve ser iniciada logo após o sangramento espontâneo ou induzido pela progesterona e continua até que o folículo dominante seja visto pela ultrassonografia transvaginal. A dose inicial do FSH deve ser de 37,5 a 75UI/dia, via subcutânea, no caso do FSH recombinante, ou intramuscular, no caso do FSH urinário purificado. O recomendado é que a dose seja aumentada apenas após 14 dias, se nenhuma resposta for documentada. A dose pode ser aumentada com incrementos de 25 a 37,5UI a cada 7 dias, até uma dose máxima de 225UI/dia, até o início do crescimento folicular. Ao obter resposta documentada, crescimento de 12mm de um folículo, a dose deve ser mantida até atingir maturidade folicular, 18mm. Nesse momento, é administrado hCG 250mcg para desencadear a ovulação.

A terapia com gonadotrofinas tem uma maior taxa de gravidez múltipla com doses acima de 150UI/dia em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. Quando ocorre documentação de três ou mais folículos, o hCG é suspenso e é orientado uso de método anti-concepcional de barreira. Além do maior risco de gestação múltipla, o maior risco de síndrome da hiperestimulação ovariana faz com que a terapia com gonadotrofinas não seja preferida em relação ao uso de letrozol ou clomifeno, mas é uma alternativa para pacientes que não responderam à indução com esses medicamentos.

Monitorização

A ultrassonografia transvaginal, realizada na fase folicular tardia, é usada tanto para identificar o crescimento e maturação dos folículos, quanto para medir a espessura endometrial. O exame é repetido a cada dois ou três dias e seu foco é a identificação de folículos intermediários.

O folículo é considerado maduro ao ultrassom quando atinge um diâmetro de 18mm. A ultrassonografia é útil também para identificar risco de gestação múltipla, quando se formam vários folículos dominantes, e síndrome da hiperestimulação ovariana.

Outro critério para identificação de maturidade folicular é a concentração de estradiol sérica num valor de 200pg/mL, ou 734pmol/L, por folículo dominante. Valores pré-ovulatórios acima da faixa normal podem sugerir síndrome da hiperestimulação ovariana.

O monitoramento do LH urinário através dos Kits de LH urinário é útil para identificação do momento provável da ovulação. A ovulação ocorre de 14 a 48 horas após o pico de LH urinário.

Uma concentração de progesterona sérica média maior que 3ng/mL (idealmente maior que 10ng/mL) uma semana após a possível ovulação, confirma que a ovulação ocorreu.

Referências

BART CJM, FAUSER MD, Visão geral da indução da ovulação – UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-ovulation-induction?search=indu%C3%A7%C3%A3o%20da%20ovula%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=1~97&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em 26/05/2021.

CASPER RF, MITWALLY MFM, Ovulation induction with letrozole – UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ovulation-induction-with-letrozole?search=indu%C3%A7%C3%A3o%20de%20ovula%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=2~97&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em 26/05/2021.

COMITÊ DE ÉTICA DA SOCIEDADE AMERICANA DE MEDICINA REPRODUTIVA. Acesso a tratamentode fertilidade por gays, lésbicas e pessoas solteiras: uma opinião de comitê. Fertil Steril2013; 100: 1524.

COMITÊ DE ÉTICA DA SOCIEDADE AMERICANA DE MEDICINA REPRODUTIVA. Vírus daimunodeficiência humana (HIV) e tratamento da infertilidade: uma opinião de comitê. Fertil Steril 2015; 104: e1.

COMITÊ DE ÉTICA DA SOCIEDADE AMERICANA DE MEDICINA REPRODUTIVA. Definições de infertilidade e perda recorrente de gravidez. *Fertil Steril* 2008; 90: S60.

ESHRE Task Force on Ethics and Law, incluindo, Dondorp W, de Wert G, et al. Fatores relacionados ao estilo de vida e acesso à reprodução medicamente assistida. *Hum Reprod* 2010; 25: 578.

FRISCH RE. O peso certo: gordura corporal, menarca e ovulação. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1990; 4: 419.

GUZICK DS, et al. Consequências endócrinas da perda de peso em mulheres obesas, hiperandrogênicas e anovulatórias. *Fertil Steril* 1994; 61: 598.

HULL MG, et al. Estudo populacional das causas, tratamento e resultado da infertilidade. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291: 1693.

KIDDY DS, et al. Melhoria na função endócrina e ovariana durante o tratamento dietético de mulheres obesas com síndrome dos ovários policísticos. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1992; 36: 105.

KUOHUNG WMD, HORNSTEIN MD. Overview of infertility – UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility?search=infertilidade&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em 26/05/2021.

KUOHUNG WMD, HORNSTEIN MD. Treatments for female infertility – UpToDate, 2020. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/treatments-for-female-infertility?search=infertilidade&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5>. Acesso em 26/05/2021.

LEGRO RS, et al. Letrozol versus clomifeno para infertilidade na síndrome dos ovários policísticos. *N Engl J Med* 2014; 371: 119.

MITWALLY AMF, CASPER RF. Uso de um inibidor da aromatase para indução da ovulação em pacientes com resposta inadequada ao citrato de clomifeno. *Fertil Steril* 2001; 75: 305.

PANDEY S, MAHESHWARI A, BHATTACHARYA S. O acesso ao tratamento de fertilidade dever ser determinado pelo índice de massa corporal feminina? Hum Reprod 2010; 25: 815.

TSO LO, BUSSO CE, BUSSO NE. Indução da Ovulação – Protocolos Febrasgo – Ginecologia – nº 47 – 2018 Seli E, Arici A, Ovulation induction with clomiphene citrate – UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ovulation-induction-with-clomiphene-citrate?search=indu%C3%A7%C3%A3o%20de%20ovula%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=3~97&usage_type=default&display_rank=3>. Acesso em 26/05/2021.

WANG R, et al. Indução da ovulação de primeira linha para síndrome do ovário policístico: uma meta-análise de dados de um participante individual. Atualização Hum Reprod 2019; 25: 717.

INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Clarisse Uchoa de Albuquerque

Carolina de Alencar Ohio

Raquel Autran Coelho Peixoto

Introdução

O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre é um método contraceptivo reversível de longa ação (*LARC-Long-acting reversible contraceptives*) com elevada efetividade – superior a 99%, boa relação custo – benefício, não hormonal, sem efeito sistêmico, com rápido retorno a fertilidade após descontinuação do seu uso. Age provocando mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, secundárias a um processo inflamatório local devido a liberação de íons de cobre.

Baseado no tempo após a dequitação ocorrida no parto vaginal ou cesárea, a introdução do DIU pode ser classificada em:

- Pós-placentária ou Pós-parto imediato: até 10 minutos após delivramento.
- Pós-parto Precoce: mais de 10 minutos e até 48hr pós parto.
- Pós-parto Tardio: 1 semana até 6-8 semanas pós-parto.
- Intervalo: após 6-8 semanas pós-parto.

A inserção pós-placentária do DIU é uma opção segura, conveniente e eficaz para a contracepção pós-parto.

Comparado a outros métodos contraceptivos, a inserção precoce do DIU pós-parto tem várias vantagens: fornece contracepção imediata sem interferir com a amamentação, pode evitar o desconforto

relacionado à inserção, garante a certeza de que a paciente não estar gestante e diminui a chance de uma gestação não planejada que ocorre no intervalo da consulta pós-parto.

O procedimento não aumenta o índice de infecção, perfuração uterina, hemorragia pós-parto, ou involução uterina. A taxa de expulsão é mais elevada (cerca de 12% no primeiro ano pós-parto) quando a inserção se dá no pós-parto em comparação com 6 semanas após o mesmo (cerca de 6 a 8%), e as taxas de continuidade são relativamente elevadas (87,6% e 76,3%, em 6 e 12 meses, respectivamente).

Para mulheres com acesso limitado aos cuidados médicos, a possibilidade de inserção precoce é uma boa oportunidade para abordar a necessidade de contracepção, visto que a maioria das mulheres retoma a atividade sexual dentro de 1 a 2 meses pós-parto e as que não amamentam tem um retorno médio da ovulação com 45 dias. Uma paciente que retorna à Unidade Básica de Saúde (UBS) para a inserção do DIU 4 a 8 semanas após o parto está, portanto, colocando-se em risco de uma gravidez indesejada. Além disso, o elevado índice de absenteísmo a estas consultas pós-parto constitui uma barreira significativa para o uso de contraceptivos pós-parto.

Tabela 1: Critérios de Elegibilidade para uso do DIU de cobre pós-parto/aborto.

CONDIÇÕES	DIU DE COBRE
< 48h do delivramento	Categoria 1
Entre 48h e 4 semanas do parto	Categoria 3
>4 semanas pós parto	Categoria 1
Sepse puerperal ou aborto séptico	Categoria 4

Aconselhamento e documentação

Idealmente, as opções de planejamento familiar pós-parto devem ser discutidas durante o pré-natal da paciente. A inserção do

DIU no pós-parto imediato ainda não é uma prática comum em nosso meio, portanto aconselhamento sobre este método pode ser oferecido se a paciente fizer alguma visita à maternidade, ao pronto-atendimento ou enquanto aguarda uma internação para cesárea eletiva ou caso esteja no início de trabalho de parto. O método também pode ser oferecido no centro obstétrico logo após a internação.

As pacientes elegíveis identificadas na admissão assinarão um termo de consentimento informado padrão para a inserção, que deve indicar a taxa de expulsão de cerca de 12%.

O responsável deve documentar em prontuário a colocação do DIU, incluindo descrição do procedimento, modelo do dispositivo, data de inserção, lote e quaisquer desvios do protocolo normal, além de fornecer à paciente o cartão padrão que acompanha a embalagem com as informações preenchidas em letra legível.

Indicações

Critérios de inclusão

- Qualquer idade (inclusive adolescentes).
- Desejo da paciente em utilizar DIU de cobre como método anticoncepcional.
- Consentimento informado assinado.
- Expectativa de parto (vaginal ou cesárea) na atual internação.

Critérios de exclusão

- História de doenças sexualmente transmissíveis adquiridas durante a gravidez (sífilis e HIV descobertas e tratadas durante o pré-natal não são contraindicações, desde o que o HIV esteja no estágio clínico 1 e 2).
- Infecção intrauterina recente ou ativa.
- Cavidade uterina anormal (mioma submucoso, malformações müllerianas).
- Câncer de colo uterino.

Serão excluídos, após inclusão, os seguintes casos:

- Febre (temperatura superior a 37.8°C) durante o trabalho de parto.
- Hipotonia ou Atonia uterina pós dequitação.
- Rotura das membranas ovulares durante mais de 24 horas antes do parto.
- Retenção placentária exigindo sua remoção manual ou cirúrgica.

Técnicas de inserção

A embalagem do DIU não deve ser aberta até que ele esteja pronto para a inserção. Caso a paciente tenha alguma intercorrência descrita acima e não possa receber o dispositivo, o mesmo deve ser devolvido ao estoque.

Técnica pós-parto vaginal

- Necessidade de caixa de revisão de canal de parto.
- Ocitocina 10UI IM deve ser administrada de rotina.
- Não há necessidade de antibioticoterapia específica para o procedimento.
- Remover DIU do insertor.
- Apreender o DIU com a pinça de Foerster/ De Lee/ Winter/ Cheron, com o cuidado de não acionar a cremalheira (“dentes”) para não danificar o cobre, de modo que a esfera da haste e os fios estejam paralelos à pinça; a ponta superior do DIU deve estar nivelada com a extremidade da ponta da pinça. Importante: os fios devem ficar longe do eixo da pinça para evitar que fiquem enrolados ou presos ao instrumento quando o mesmo for removido do útero.
- Usando um espéculo, expor e visualizar o lábio anterior do colo do útero.
- Apreender delicadamente o lábio anterior do colo do útero com outra pinça de Foerster. Tracionar delicadamente o colo

do útero e sob visão direta, introduzir o DIU através dele até que sua extremidade inferior não seja mais visualizada.

- Soltar a mão que estava tracionando o colo e coloca-la no abdome para estabilizar o fundo uterino (Lembrar que geralmente o mesmo encontra-se desviado para direita no pós parto).
- Avançar o DIU ao fundo uterino.
- Confirmar o posicionamento fúndico tanto com a mão abdominal quanto com a mão de inserção.
- Soltar o DIU da pinça, abrindo-a o máximo possível.
- Girar a pinça cerca de 45 graus e move-la lateralmente para evitar a retirada o DIU.

Técnica pós-cesárea

- Após a dequitação e limpeza manual da cavidade uterina, coloca-se o DIU no fundo uterino com uso de pinça de Lee, Foerster, com o aplicador ou manualmente, com a apreensão do DIU entre o dedo indicador e médio.
- Posicionar o fio do DIU em direção ao orifício interno do colo do uterino. A posição pode ser ajustada com auxílio de uma pinça de dissecação.
- Certificar-se de que o DIU permanece no fundo do útero antes de proceder a histerorrafia.

Acompanhamento

Antes da alta, a paciente deve ser instruída sobre efeitos colaterais, possíveis complicações e sinais de alerta. Ela deve ser educada para reconhecer sinais de expulsão do DIU e retornar para reinserção ou um método contraceptivo alternativo. Quase todas as expulsões ocorrem nos primeiros três meses após a inserção. Deve ainda ser informada de que dentro de algumas semanas, os fios do DIU podem sobressair através do introito, e os mesmos serão aparados em um retorno.

Deve-se programar acompanhamento ambulatorial em cerca de 40 dias, no ambulatório de Revisão de Parto, no qual os fios serão

cortados. E a avaliação da localização do DIU será realizada ambulatoriamente através da ultrassonografia, agendada pela Unidade Básica de Saúde, que deverá ser levada para a consulta (a paciente sairá com o pedido do exame na ocasião da alta médica).

A não visualização dos fios do dispositivo são mais comuns após a inserção pós-parto do que após a inserção com intervalo habitual. Os cordões podem frequentemente ser extraídos do canal cervical rotando-se uma citoescova cervical de esfregaço de Papanicolaou no canal endocervical. Caso este procedimento não resolva a situação, deve ser feita a verificação ultrassonográfica da localização do DIU na cavidade uterina, e a paciente deve ser orientada sobre a não necessidade da remoção e manutenção da eficácia do método.

As pacientes devem ser instruídas sobre a necessidade de uma outra forma de contracepção em casos de expulsão do dispositivo. E devem ser informadas que só podem contar com o DIU como método anticoncepcional após a confirmação de que ele está normalmente inserido.

Em caso de expulsão, a paciente deve ser orientada de que pode ser realizada uma nova inserção imediatamente caso desejar.

Caso ocorra uma gestação com o DIU in situ, a paciente deve ser informada e encaminhada para acompanhamento pré-natal: a taxa de aborto espontâneo após este procedimento é de 30%.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para profissionais de Saúde – DIU com cobre TCu 380A. 1ª Edição. Brasília – DF, 2018.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. Immediate Postpartum Long-Active Reversible Contraception. Committee on Obstetric Practice, Nº. 670. August 2016.

WHITAKER, A.K; CHEN, B.A. Society Family Planning Guidelines: Postplacental insertion of intrauterine devices. J. Contraception 97, 2017.

LESÃO INTRAEPITELIAL VULVAR

Luiza de Amorim de Carvalho

Manuela Cavalcante Portela

Raquel Autran Coelho Peixoto

Introdução

Lesão intraepitelial (LIE) escamosa vulvar (previamente denominada de neoplasia intraepitelial da vulva - NIV) é um grupo de condições pré-malignas da vulva quando associadas a lesões de alto grau. Não existem métodos de rastreamento de rotina para LIE vulvar ou carcinoma vulvar. A terminologia das LIE vulvares vem apresentando modificações ao longo do tempo. A classificação mais recente foi publicada em 2015 pela *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD)*:

- Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG/LSIL) da vulva (condiloma ou efeito do papilomavírus humano [HPV]) – entidade previamente chamada de NIV 1.
- Lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG/HSIL) da vulva (NIV usual) – previamente chamada de NIV 2 ou 3.
- Neoplasia intraepitelial vulvar do tipo diferenciada (NIV diferenciada/NIVd) – Lesões não associadas ao HPV, mas, sim, com dermatoses vulvares.

A LIEBG vulvar é mais frequentemente associada aos subtipos de HPV de baixo risco oncogênico e não é considerada uma lesão pré-maligna da vulva. Em contraste, a LIEAG vulvar está associada aos subtipos de HPV de alto risco oncogênico e é uma lesão pré-maligna da vulva.

Epidemiologia e história natural

A prevalência da LIE vulvar é mais alta em mulheres na pré-menopausa do que na pós menopausa. Mulheres abaixo de 50 anos respondem por cerca de 75% dos casos. Pacientes na pré-menopausa são mais propensas a ter a LIEAG associada ao HPV, enquanto as pacientes na pós-menopausa são mais propensas a ter a LIE não associada ao HPV (NIV diferenciada). De uma maneira geral, a NIV diferenciada é menos comum que a LIEAG vulvar, sendo responsável por cerca de 2 a 29% das lesões pré-malignas da vulva. Apesar disso, a NIV diferenciada é encontrada adjacente a maioria dos carcinomas escamosos da vulva e está associada a uma mais rápida progressão ao câncer.

Fatores de risco

Os principais fatores de risco associados a LIEAG são as lesões associadas ao HPV em outros sítios do trato genital inferior, o tabagismo e a imunodeficiência.

Os principais fatores de risco associados a NIV diferenciada são as dermatoses vulvares, em especial o Líquen escleroso vulvar, cujo risco de desenvolvimento de carcinoma escamoso vulvar é de aproximadamente 5%.

Em relação ao risco de recorrência de lesão após tratamento inicial, além dos fatores já citados, temos: idade de diagnóstico maior que 50 anos, presença de lesões multifocais (várias lesões em um mesmo órgão) ou multicêntricas (lesões coexistentes em órgãos diferentes), tamanho superior a 3 cm de extensão e margens positivas a excisão.

Prevenção

- Uso das vacinas quadrivalente (ativa contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18) ou nonavalente (ativa adicionalmente contra os tipos 31, 33, 45, 52 e 58), que comprovadamente diminuem o risco de LIE vulvar.

- Cessação do tabagismo.
- Detecção precoce e manejo adequado do líquen escleroso.

A vacinação também pode ser considerada em pacientes com lesão comprovada por HPV caso não tenha sido realizada anteriormente, especialmente naquelas portadoras de imunodeficiências ou imunossupressão, como HIV-positivas, visto que essas pacientes possuem tendência a lesões extensas, multifocais e multicêntricas por diferentes tipos de HPV e a exposição ao HPV não parece garantir imunidade de longo prazo.

Diagnóstico e avaliação

As LIE vulvares podem ser assintomáticas ou podem cursar com prurido vulvar (sintoma mais comum), dor, queimação ou disúria. Além da pesquisa dos fatores de risco específicos, deve ser coletada história detalhada a respeito de lesões vaginais, vulvares e/ou cervicais anteriores, quaisquer que sejam (úlceras, verrugas, discromias, dentre outras).

O exame físico deve incluir inspeção e palpação cuidadosa da região vulvar e vaginal até região interglútea a procura de lesões palpáveis, úlceras, discromias ou massas. As lesões vulvares não possuem achados patognomônicos específicos para NIV, podendo se apresentar de diversas formas. Em geral, localizam-se em região vulvar sem pilificação, com aspecto hipocrômico, mas podem apresentar-se de com aparência acinzentada, avermelhada ou escurecidas.

A vulvosopia pode identificar lesões não detectáveis a olho nu.

Indicação de biópsia

Qualquer lesão vulvar não caracterizada como claramente benigna ou não neoplásica, deve ser biopsiada e caso haja múltiplas lesões, múltiplas biópsias devem ser realizadas. Também biopsia-se lesões com aspecto benigno, mas refratárias ao tratamento clínico

ou persistentes além de seu curso esperado. Em situações nas quais há sintomas locais persistentes (prurido ou dor), pode-se considerar biopsiar a região para esclarecimento diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Muitas lesões vulvares podem mimetizar NIV, sendo muitas vezes necessária a avaliação histopatológica para diferenciação específica (câncer vulvar, condilomas, líquen plano ou escleroso). Lesões que associadas a prurido e/ou dor local podem simular NIV, tais como candidíase, dermatites, molusco infeccioso, psoríase e herpes simples vulvar.

Tratamento

O tratamento específico varia conforme grau, localização, número, extensão das lesões, possibilidade de lesão invasiva e preferência da paciente. A conduta deve ser individualizada caso a caso, e incluem excisão, terapia ablativa e tratamentos tópicos.

Lesões Intraepiteliais de Baixo Grau (LIEBG/LSIL)

Não necessitam de tratamento específico, exceto se presença de sintomas. Há diversas opções para a abordagem de verrugas vulvares, como ácido tricloroacético, imiquimode, eletrocauterização e excisão cirúrgica no caso de lesões extensas ou que possam comprometer a anatomia e funcionalidade da vulva. *

(* existem outras opções terapêuticas, porém não disponíveis em nosso serviço.)

Lesões Intraepiteliais de Alto Grau (LIEAG/HSIL)

O principal objetivo do tratamento de LIEAG é prevenir o desenvolvimento de carcinoma escamoso vulvar bem como preservar a anatomia e funcionalidade vulvar dentro do possível. Em nosso serviço, dispomos de métodos de excisão e o uso do Imiquimode e 5-Fluoracil.

Excisão

A excisão da lesão fornece recurso tanto terapêutico quanto diagnóstico, e é o tratamento de escolha para quando existe suspeita de invasão ou quando a localização e extensão da lesão permitem o procedimento sem maiores prejuízos anatômicos e funcionais.

Trata-se da excisão local da epiderme com 1 cm de margem, podendo incluir parte da derme como forma de garantir margens livres, já que a presença de margens positivas para doença é um fator de risco para doença recorrente. Dada a natureza multifocal das lesões HSIL, vale notar que a margem livre diminui a recorrência de lesão naquele sítio específico, porém não impede recorrência em outros locais da vulva.

- Vulvectomia simples (ou total): remoção de toda a vulva juntamente com parte do tecido subcutâneo e tecidos perineais, podendo incluir ressecção do clítoris bem como outros procedimentos associados, linfadenectomia inguinal. Está indicada quando há lesão extensa e multifocal não manejável por excisão simples ou tratamento tópico e, em geral, é reservada a pacientes mais idosas.
- Vulvectomia de descamação: remoção da pele vulvar com posterior enxertia e preservação de tecidos subcutâneos. Está indicada em falhas de tratamento anterior em lesões multifocais e/ou confluentes extensas.

Tratamento Tópico

O imiquimode é o tratamento tópico mais amplamente utilizado nos casos de HSIL vulvar associada ao HPV. Tem como mecanismo o estímulo da resposta imune local. É aplicado em fina camada sobre as lesões 3 vezes por semana, por 16 semanas.

Deve-se reavaliar a cada 30 dias, a procura de reações inflamatórias locais intensas, o que indica a pausa ou suspensão do tratamento. É comum o aparecimento de eritema local e erosões.

Em situações de exceção (por exemplo, recorrências), podemos optar pelo uso do Fluorouracil, cujo mecanismo de ação leva a uma erosão local do HSIL. Seu uso é limitado devido aos proeminentes efeitos colaterais locais, que incluem eritema, descamação, ulcerações, edema, dentre outros.

Lesões pela via das dermatoses

Nesses casos, os procedimentos excisionais são preferíveis, devido ao alto risco de associação com doença invasora. Os tipos de excisão seguem a mesma abordagem proposta no HSIL vulvar induzido por HPV.

Seguimento

Em geral, a taxas de recorrência são variáveis conforme a população estudada bem como os fatores de risco de cada paciente. Devemos seguir semestralmente por 5 anos e em seguida anualmente por tempo indefinido. A avaliação deve cobrir avaliação de colo, vulva e vagina, de preferência, com colposcopia associada.

Referências

BORNSTEIN J, et al. The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions. *J Low Genit Tract Dis* 2016; 20:11.

HOLSCHNEIDER, C. H. Vulvar squamous intraepithelial lesions (vulvar intraepithelial neoplasia). Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/vulvar-squamous-intraepithelial-lesions-vulvar-intraepithelial-neoplasia?search=neoplasia%20intraepitelia%20vulvar&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 20 de maio de 2021.

WILKINSON, E.J.; STONE, I.K. Atlas d doenças da vulva. Pp. 94 a 98 – Capítulo 06. REVINTER, 2ª ed; 2011.

MIOMATOSE UTERINA

*Adner Nobre de Oliveira
Eugenia Carla Sousa Batista
Denise Vasconcelos de Moraes
Luana Lóssio Carvalho*

Introdução

Leiomiomas são neoplasias benignas do músculo liso que, com frequência, originam-se no miométrio. São tumores sensíveis ao estrogênio e à progesterona, desenvolvendo-se durante o menacme. A atividade mitótica é rara, sendo um ponto-chave na diferenciação de leiomiossarcoma. Suas características podem ser alteradas quando tecido muscular normal é substituído por várias substâncias degenerativas após hemorragia ou necrose. Esse processo é chamado de degeneração. A incidência varia grandemente na população mundial (de 5% a 80%), de acordo com o método diagnóstico utilizado.

Quadro 1: Fatores de risco associados a leiomiomas.

FATOR	EFEITO SOBRE O RISCO	PROVÁVEL MECANISMO
Menarca precoce	Aumenta	Maior tempo de exposição ao estrogênio.
Obesidade	Aumenta	Maior conversão de androgênio em estrogênio.
Herança genética	Aumenta	Diferenças genéticas na produção ou no metabolismo hormonal.

FATOR	EFEITO SOBRE O RISCO	PROVÁVEL MECANISMO
Raça negra	Aumenta	Incerto. Influência de fatores genéticos, dieta, estilo de vida e exposições ambientais.
SOP	Aumenta	Estrogênios sem oposição em razão da anovulação.
Pós-menopausa	Diminui	Hipoestrogenismo
Paridade	Diminui	Interrupção da exposição crônica ao estrogênio, além da remodelação uterina durante involução após o parto.
Progestágenos de uso prolongado	Diminui ou não influencia	Exposição ao estrogênio antagonizada pela progesterona.
Tabagismo	Diminui	Redução dos níveis séricos de estrogênio pela inibição da aromatase.

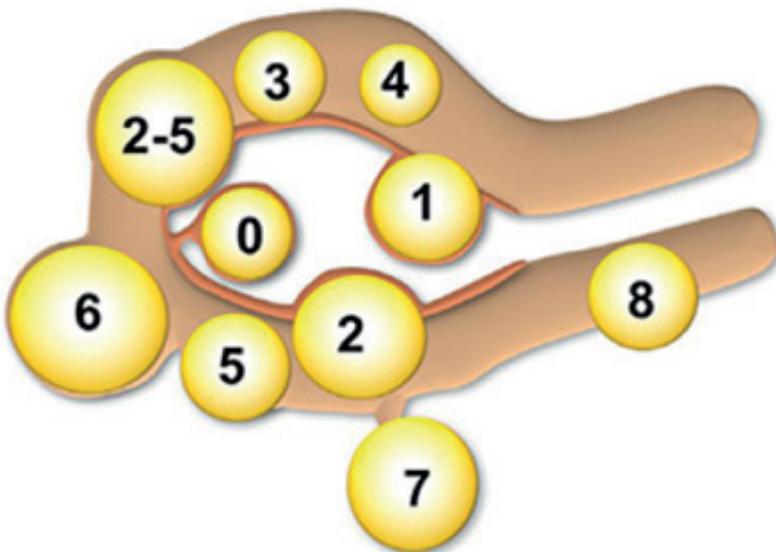
Fonte: Ginecologia de Williams.

Os miomas são costumeiramente descritos de acordo com sua localização:

- Intramurais: desenvolvem-se dentro da parede uterina e podem distorcer a cavidade uterina e a superfície serosa.
- Submucosos: derivam de células miometriais localizadas imediatamente abaixo do endométrio e frequentemente crescem para a cavidade uterina.
- Subserosos: originam-se na superfície serosa do útero e podem ter uma base ampla ou pedunculada e ser intraligamentares.

Figura 1: Sistema de subclassificação de miomas adaptado da FIGO.

Submucoso	0	Intracavitário pediculado
	1	<50% intramural
	2	>50% intramural
	3	Contato com o endométrio; 100% intramural
Outros	4	Intramural
	5	Subseroso \geq 50% intramural
	6	Subseroso <50% intramural
	7	Subseroso pediculado
	8	Outro (ex: cervical)



Fonte: Sistema de subclassificação de miomas adaptado da FIGO.

História clínica e exame físico

A maioria das mulheres com leiomioma é assintomática (50 a 80%), mas, dependendo do número, do tamanho e da localização dentro do útero, podem provocar diversos sintomas, principalmente ao longo da 4ª e 5ª décadas de vida. Tais sintomas podem ser divididos em três principais grupos:

- Sangramento menstrual excessivo: é o sintoma mais comum, provavelmente devido a aumento da área de superfície do endométrio, desregulação vascular e interferência com a hemostasia endometrial. Sangramento fora do período menstrual não é comum e indica investigação complementar.
- Sintomas decorrentes do efeito de massa (pressão ou dor pélvica): é incomum e pode significar degeneração, torção ou, possivelmente, adenomiose e / ou endometriose associadas. Em casos de degeneração ou torção, pode haver a concomitância de febre e sinais de irritação peritonal. Disfunção intestinal e sintomas vesicais podem estar presentes com tumores maiores. Leiomiossarcoma deve ser considerado na mulher que apresenta início da dor e/ou sangramento associado a miomas no período pós-menopausa.
- Disfunção reprodutiva: miomas que distorcem a cavidade uterina podem levar à infertilidade e perda gravídica. Preocupação com possíveis complicações relacionadas a mioma na gravidez não é indicação para miomectomia, exceto em mulheres que tiveram gravidez prévia com intercorrências relacionadas aos miomas.
- Outros: ainda que incomum, miomas podem acarretar compressão venosa, sobretudo de veia cava, quando útero muito volumoso, o que favorece a ocorrência de fenômenos tromboembólicos. Além disso, podem ainda ocorrer efeitos endócrinos causados por produção hormonal ectópica, como

policitemia, resultante de secreção autônoma de eritropoetina, e hipercalcemia, secundária à liberação de paratormônio.

Exame Físico

- Exame abdominal: deve incluir sobretudo palpação, com o intuito de buscar massas abdominais. É importante, durante a avaliação, procurar identificar a altura do fundo uterino. Miomas uterinos volumosos podem ser palpados durante o exame do abdome.
- Exame pélvico: avaliar, ao toque bimanual, tamanho, contorno e mobilidade uterina. Nesse contexto, achados, como útero móvel e com contorno irregular são compatíveis com a presença de miomas.

Exames Diagnósticos Indicados

Exames de imagem são fundamentais para confirmação diagnóstica e definição da localização do tumor.

- Ultrassonografia: O método transvaginal apresenta alta sensibilidade (95%-100%) para detectar miomas em úteros com tamanho menor ao equivalente a 10 semanas de gestação. Não é invasivo, tem baixo risco e custo, com acurácia adequada em relação aos demais.
- Histerossonografia: Caracteriza melhor a extensão para a cavidade endometrial.
- Histerossalpingografia: útil especialmente na avaliação de infertilidade.
- Histeroscopia: permite avaliação de miomas intra-cavitários. Nesse contexto, foi elaborada, em 2003, a classificação de Lasmar. Uma classificação para a miomectomia histeroscópica baseada no grau de dificuldade técnica para a realização do procedimento, recomendando a conduta mais indicada em cada situação.

- Tomografia Computadorizada (TC): Tem baixa resolução para avaliar a arquitetura interna dos órgãos pélvicos, sendo superada pela ultrassonografia transvaginal.
- Ressonância Magnética (RM): Adequado para a visualização do tamanho e localização dos tumores, podendo distinguir entre leiomiomas, adenomiose e leiomiossarcoma.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial de leiomiomas inclui condições que causam aumento do volume uterino, sangramento uterino anormal, dor pélvica ou infertilidade, como: adenomiose, leiomiossarcoma, pólipos endometriais, carcinoma ou hiperplasia endometrial, hematométrio.

Tratamento indicado e plano terapêutico

O tratamento leva em consideração a presença de sintomas (dor ou sangramento são os mais frequentes); idade da mulher e desejo reprodutivo, e, quanto aos miomas, número, tamanho e localização. Mulheres assintomáticas, em sua maioria, não necessitam de um tratamento específico, apenas de seguimento periódico com exames de imagem. Geralmente opta-se por tratamento clínico inicial para sintomas de sangramento anormal.

Quadro 2: Tratamento Clínico para sangramento uterino decorrente de miomatose.

MEDICAMENTO	MECANISMO DE AÇÃO	EFEITO ADVERSO	CONTRA INDICAÇÃO	TEMPO DE USO
Contraceptivo oral combinado	Induzem atrofia endometrial e reduzem ação de prostaglandinas (amenorreia)	Cefaleia, náuseas, alteração na libido, mastalgia, varicosidade	Enxaqueca com aura, doenças cardiovasculares, câncer de mama, história de trombose, hepatopatia grave ativa	Contínuo
Progestagênios	Atrofia endometrial (amenorreia)	Cefaleia, náuseas, aumento de retenção hídrica, spotting	Hepatopatia grave em atividade, câncer de mama ou hepático	Contínuo prolongado
DIU- LNG	Atrofia endometrial (amenorreia)	Spotting	Cavidade endometrial distorcida	Troca a cada 5 anos
Análogos do GnRH	Regulam função hipofisária, geram hipoestrogenismo (amenorreia, redução do volume uterino, facilitando abordagem cirúrgica)	Semelhante à menopausa: redução da massa óssea, sintomas vasomotores	Hiperssensibilidade aos componentes	Em média, máximo até 6 meses (melhor efeito em 12 semanas)
AINES	Redução da síntese de prostaglandinas (reduz dor e sangramento)	Hemorragia digestiva, úlcera gástrica	Insuficiência renal, hepática ou cardíaca, úlcera gástrica ou duodenal ativas	Curto

MEDICAMENTO	MECANISMO DE AÇÃO	EFEITO ADVERSO	CONTRA INDICAÇÃO	TEMPO DE USO
Antifibrinolítico (ácido tranexâmico)	Bloqueio da fibrinólise na superfície endometrial (reduz sangramento)	Fenômenos tromboembólicos, principalmente se uso prolongado	Alergia, evento tromboembólico ativo	Curto

O tratamento definitivo para leiomiomas é cirúrgico. A histerectomia e a miomectomia são os tratamentos mais eficazes para a maior parte dos casos. Ablação endometrial e embolização das artérias uterinas são procedimentos alternativos.

Histerectomia

Realizada por via abdominal, vaginal, laparoscópica ou robótica.

Via vaginal

Em geral, é a via preferencial por ter baixa taxa de complicação, dor pós-operatória similar à da histerectomia laparoscópica e baixo custo. Recomenda-se realizar a via vaginal, salvo haja contraindicação para tal.

Contraindicações absolutas:

- Hímen inviolado
- Útero com baixa mobilidade
- Doença maligna
- Patologias anexiais associadas
- Estenose do canal vaginal.

Contraindicações relativas:

- Volume uterino: recomenda-se volumes uterinos < 300 cm. Úteros maiores também podem ser extraídos com segurança

utilizando-se da técnica de morcelamento, a depender da experiência do cirurgião.

- Cirurgias pélvicas prévias (cesarianas, por exemplo).
- Nuliparidade
- Obesidade
- Radioterapia pélvica.

Via Laparoscópica

Via preferencial para casos que não podem ser realizados por meio da via vaginal, haja vista dificuldade técnica ou risco cirúrgico aumentado, conforme contraindicações acima citadas.

Pode ser um procedimento mais longo a depender da habilidade do profissional. Para úteros maiores que 500 cm³, pode ser necessário o uso do morcelador uterino para sua extração.

Via Abdominal

Indicada nos casos de úteros muito volumosos ou com distúrbios associados, tais como endometriose ou aderências extensas, resultantes, por exemplo, de cirurgia anterior; pacientes com vagina longa e estreita; pacientes, em geral, para os quais uma abordagem vaginal ou laparoscópica está associada a um aumento significativo do risco de complicações.

Michelle Louie e colaboradores mostraram, em um estudo de Coorte com 20.167 casos, que a histerectomia abdominal é o procedimento com maior risco de complicações, como perda sanguínea importante, risco de infecções, eventos tromboembólicos, febre, dor intensa no pós-operatório e maior tempo de internação, quando comparado a outras vias.

Quadro 3: Comparação das técnicas cirúrgicas de histerectomia.

MODALIDADE	TEMPO CIRÚRGICO	PERDA SANGÜÍNEA	COMPLICAÇÕES	TEMPO DE INTERNA-MENTO	RE-TORNO AO TRABALHO	CUS-TO
Histerectomia vaginal	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Histerectomia Vaginal videoassistida	++	+++	+++	+++	+++	++
Histerectomia laparoscópica	++	+++	+++	+++	+++	++
Histerectomia Laparoscópica subtotal	++	+++	+++	+++	+++	++
Histerectomia abdominal	++	++	++	+	+	++

Legenda: quanto mais “+”, mais vantajoso o método.

Fonte: Neis et al., 2015.

Miomectomia

Opção para mulheres que desejam preservar o útero ou engravidar. Pode ser histeroscópica, laparotômica ou laparoscópica.

Miomectomia histeroscópica

Para pacientes que desejam preservar fertilidade e apresentam sangramento menstrual volumoso associado a miomas submucosos

(FIGO tipo 0, 1 e, em alguns casos, 2). A miomectomia histeroscópica leva a redução dos sintomas e otimiza a fertilidade, por meio de uma abordagem minimamente invasiva.

Quadro 4: Critérios para classificação histeroscópica de cada mioma.

PARÂMETRO	0 PONTOS	1 PONTO	2 PONTOS
S – Tamanho	<= 2cm	2-5cm	>5 cm
T – Topografia	Inferior	Média	Superior
E – Extensão da base	< 1/3	1/3 – 2/3	>2/3
P- Profundidade	0	<=50%	>50%
W – Parede	Anterior/Posterior	Lateral	-

Fonte: Lasmar, 2003.

Quadro 5: Grupo no qual a paciente se encaixa e conduta sugerida de acordo com o escore obtido.

ESCORE	GRUPO	MIOMECTOMIA HISTE-ROSCÓPICA
0 a 4	I	Baixa complexidade
5 a 6	II	Alta complexidade
7 a 9	III	Contraindicada

Fonte: Lasmar, 2003.

Miomectomia Laparoscópica

É uma opção para pacientes com volumes uterinos de até aproximadamente 500cm³ e que apresentam miomas subserosos ou intramurais. A miomectomia laparoscópica oferece várias vantagens em comparação à miomectomia aberta, incluindo diminuição da morbidade e recuperação mais curta. No entanto, a ampla aplicação da miomectomia laparoscópica é limitada pelas características dos miomas e pela experiência cirúrgica necessária.

Miomectomia aberta

Para pacientes com numerosos e/ou grandes miomas, levando a grandes volumes uterinos, a laparotomia para miomectomia pode ser necessária.

Ablação Endometrial

Para mulheres com prole definida, a ablação endometrial, a qual usa calor, frio ou meios mecânicos para destruir o endométrio, é outra opção para reduzir o sangramento menstrual. Em mulheres com mioma submucoso classificado como FIGO tipo 0 a 2, ablação pode ser combinada com miomectomia histeroscópica, com um tempo de recuperação semelhante a da miomectomia histeroscópica sozinha, mas com eficácia aumentada. A contracepção é necessária após ablação, uma vez que gestações subsequentes entre mulheres que se submeteram ao procedimento podem gerar um risco aumentado de complicações, como gravidez ectópica, placentação anormal e prematuridade.

Embolização da Artéria Uterina (EAU)

Embolização da artéria uterina é uma técnica angiográfica minimamente invasiva a qual usa infusão de substâncias para interromper o fluxo sanguíneo uterino, causando necrose dos miomas. A EAU é uma opção para pacientes com leiomiomas sintomáticos que tem preferência por tratamento não cirúrgico. Achados clínicos, objetivos terapêuticos e condições clínicas da paciente influenciam na escolha do método. O procedimento trata, de forma geral, todo o útero, não especificamente o mioma, e pode permanentemente interromper a função uterina e ovariana. Gravidez, suspeita de câncer e infecções pélvicas ativas são exemplos de contraindicações ao procedimento. Mulheres submetidas à EAU apresentam, em 3 meses, redução aproximada de 42% do tamanho dos miomas, bem como redução da duração da menstruação e melhora dos sintomas compressivos.

Critérios de internação

Devem ser internadas as mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos de miomectomia e histerectomia, exceto casos raros de miomectomia realizada por histeroscopia ambulatorial. Também preenchem critérios de internação mulheres com sangramento uterino anormal com anemia importante.

Critérios de mudança terapêutica

Em caso de sangramento ou outra sintomatologia persistente após tratamento conservador, indica-se mudança terapêutica, sendo a histerectomia o tratamento definitivo para miomatose uterina.

Critérios de alta ou transferência

Mulheres com melhora do padrão de sangramento após tratamento clínico ou cirúrgico podem ter alta hospitalar.

Referências

BULLETINS-GYNECOLOGY. ACoP. ACOG practice bulletin. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. Number 16, May 2000 (replaces educational bulletin number 192, May 1994). Int J Gynaecol Obstet. 2001;73 (3):285-93.

COHEN LS, VALLE RF. Role of vaginal sonography and hysterosonography in the endoscopic treatment of uterine myomas. Fertil Steril. 2000;73 (2):197-204.

CORONADO GD, MARSHALL LM, SCHWARTZ SM. Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. Obstet Gynecol. 2000;95 (5):764-9.

DE LA CRUZ MS, BUCHANAN EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2017 Jan 15;95(2):100-107. PMID: 28084714.

DOUCETTE RC, et al. Challenging generally accepted contraindications to vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Jun;184(7):1386-9; discussion 1390-1. doi: 10.1067/mob.2001.115047.

DOWNES E, et al. The burden of uterine fibroids in five European countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 152:96–102.

DUEHOLM M, et al. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186 (3):409-15.

FERRARI MM, et al. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. *BJOG.* 2000; 107(5): 620-5.

GIULIANI E, et al. Epidemiology and management of uterine fibroids. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2020; 149: 3–9.

HOFFMAN at al. *Ginecologia de Williams – 2. Ed.- Porto alegre; AMGH, 2014.*

ISLAM MS, et al. Uterin Leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98(3); 921-34.

LASMAR RB, et al. Miomectomia. *Tratado de videoendoscopia ginecológica.* São Paulo: Ateneu; 2003. P. 1003-20.

LOUIE M, et al. Uterine weight and complications after abdominal, laparoscopic, and vaginal hysterectomy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2018). doi:10.1016/j.ajog.2018.06.015.

MUNRO MG, et al. The FIGO Classification System (“PALM-COEIN”) for causes of abnormal uterine bleeding in non-gravid women in the reproductive years, including guidelines for clinical investigation. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113:3–13.

NEIS KJ, et al. Indications and Route of Hysterectomy for Benign Diseases. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3 Level, AWMF Registry No. 015/070, April 2015).

Overview of treatment of uterine leiomyomas (fibroids) [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~HHEANJaWoFaJ>

PÉREZ-LÓPEZ FR, et al. EMAS position statement: management of uterine fibroids. *Maturitas* 2014; 79: 106-16.

ROCK JOHN A, JONES III HOWARD W. *TE LINDE'S OPERATIVE GYNECOLOGY*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott/Wolters Kluwer Health; 2008.

SESTI F, et al. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus vaginal hysterectomy for enlarged uterus. *JSLs*.2008; 12(3):246-51.

STEWART EA. Uterine fibroids. *Lancet*. 2001;357 (9252):293-8.

STEWART EA. Uterine Fibroids. *The New England Journal of Medicine*. April 23, 2015.

The Management of Uterine Leiomyomas. *SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE*. *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37(2):157–178. (Replaces, No. 128, May 2003).

Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history>.

Uterine fibroids (leiomyomas): Laparoscopic myomectomy and other laparoscopic treatments [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-laparoscopic-myomectomy-and-other-laparoscopic-treatments?search=leiomioma%20uterino&topicRef=5478&source=see_link#H2968903

Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview [Internet]. 2021. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=Uterine%20fibroids%20\(leiomyomas\):%20Treatment%20overview&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=Uterine%20fibroids%20(leiomyomas):%20Treatment%20overview&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

PATOLOGIAS BENIGNAS DA MAMA

Cristiane de Carvalho Coutinho

Juliana Alves Martins da Silva

Introdução

As doenças mamárias compreendem um importante assunto para o médico que lida com a saúde feminina. É necessário que o Ginecologista e Obstetra domine certos conhecimentos em Mastologia para uma correta orientação às suas pacientes, bem como para que possam encaminhar ao mastologista no momento oportuno.

As lesões mamárias benignas têm maior incidência nas pacientes jovens havendo um aumento de casos de câncer de mama pós o período da menopausa.

As doenças benignas da mama compreendem um espectro de lesões que frequentemente são diagnosticadas no exame físico, exames radiológicos de rotina ou relacionados à mastalgia. O câncer de mama é, sem dúvida, a patologia mamária mais temida pelas mulheres. E o achado de nódulo palpável ao exame físico ou em exames de imagem costumam estar associados à angústia e ansiedade da paciente até a sua completa resolução e elucidação diagnóstica.

Classificação

Quadro 1: Tipos de patologias benignas da mama.

LESÕES BENIGNAS DA MAMA	Fibroadenoma Tumor filóides Lipoma Ectasia ductal Necrose gordurosa Hamartoma Descarga mamilar
MASTALGIA	Cíclica Acíclica
LESÕES MAMÁRIAS NÃO PROLIFERATIVAS	Cistos mamários
LESÕES PROLIFERATIVAS SEM ATIPIAS	Hiperplasia ductal Adenose esclerosante Cicatriz radiada ou Lesão Esclerosante Complexa Papiloma intraductal e papilomatose
LESÕES PROLIFERATIVAS COM ATIPIAS	Hiperplasia atípica

Lesões benignas da mama

Fibroadenoma

Neoplasia benigna constituída por proliferação dos tecidos epitelial e estromal da mama. Corresponde e 25% de todos os nódulos mamários benignos, sendo mais prevalente entre 20 e 30 anos de idade.

São tumores firmes e elásticos que se apresentam como: um nódulo móvel, bem

delimitado, oval ou lobulado. De crescimento lento e autolimitado, costumam ter de 1 até 2-3cm. Nas lesões com mais de 5 cm

desconfia-se de tumor filoides, fibroadenoma gigante ou fibroadenoma juvenil. Costumam ser indolores, não provocam alterações em pele ou linfonodomegalia reacional e podem ser múltiplos em até 15% das pacientes.

Diante uma paciente com descoberta de nódulo mamário no exame clínico faz-se necessário exames de imagem como a ultrassonografia e mamografia, esta última se a paciente tiver mais de 40 anos.

Ao ultrassom, o nódulo apresenta-se com aspecto oval ou macrolobulado, margens circunscritas hipocogênico ou isoecogênico, sendo seu maior eixo paralelo à pele, podendo haver reforço acústico posterior e sombra lateral filiforme, sendo classificado como BI-RADS 3.

Perante um nódulo de mama com características benignas, mas que necessite de uma avaliação mais detalhada é aconselhável a realização de uma PAAF (Punção Aspirativa por Agulha Fina). É um procedimento de baixo custo de fácil realização.

A PAAF não deixa cicatriz na pele da paciente e costuma ser bem tolerada à dor na sua realização.

As lesões suspeitas para câncer de mama, com classificações BIRADS 4 ou 5 devem ser submetidas à biopsia por agulha grossa (core biopsy). Esse procedimento possibilita a coleta de material para histopatológico e posterior imuno-histoquímico quando do diagnóstico de câncer de mama.

Quanto à mastotomia (Biopsia à vacuo), nenhum serviço vinculado ao SUS realiza esse procedimento diagnóstico.

Não são encontradas evidências de associação entre fibroadenoma e o uso de contraceptivos hormonais, mas observa-se uma involução dos mesmos com a menopausa.

A indicação cirúrgica é, em geral, para fibroadenomas palpáveis ≥ 2 cm e/ou paciente com idade ≥ 35 anos.

Em fibroadenomas múltiplos e pequenos, opta-se pelo controle, evitando-se assim múltiplas incisões. O seguimento é realizado por em intervalos de 6 meses durante 2 anos.

Caso estabilidade das lesões neste período, passa a ter seguimento anual.

Tumor filóides

Apresentam similaridade morfológica com os fibroadenomas e correspondem a menos de 1% dos tumores primários da mama. A incidência é maior nas mulheres entre 40 e 50 anos. Apresenta-se como tumor único, em geral volumoso e unilateral. Tem crescimento rápido e progressivo, apresentando superfície bocelada. Não invade a pele, porém, pelo grande volume, pode gerar estase venosa na pele. A linfonodopatia axilar é comum pois frequentemente o tumor pode sofrer necrose central e processo inflamatório secundário gerando uma adenomegalia reacional. O diagnóstico é feito com ultrassonografia mamária (tumor volumoso sólido, entremeado por áreas císticas em seu interior), a mamografia é muitas vezes dificultada.

Procedimentos diagnósticos invasivos, com PAAF e biópsia percutânea, muitas vezes se mostram insuficientes para o diagnóstico do tumor, por seu grande volume. E por muitas vezes ter componente cístico/sólido. Mesmo assim, é preferível a biópsia percutânea por esta obter maior quantidade de amostra. Segundo a OMS o Tumor Filóides apresenta 3 classificações histológica: Benigno, borderline e maligno.

Quadro 2: Classificação histológica do tumor filóides.

	BENIGNO	BODERLINE	MALIGNO
Margem tumoral	Bem definida	Bem definida, podendo ser focalmente infiltrativa	Infiltrativa
Celularidade estromal	Usualmente leve, podendo ser não-uniforme ou difusa	Usualmente moderada, podendo ser não-uniforme ou difusa	Marcada
Atipia estromal	Ausente a leve	Leve a moderada	Marcada
Atividade mitótica	Geralmente pouca (<5 por 10 campos de grande aumento)	Geralmente frequente (5-9 por 10 campos de grande aumento)	Geralmente abundante (10 ou mais por 10 campos de grande aumento)
Crescimento estromal	Ausente	Ausente ou muito focal	Usualmente presente
Elementos heterólogos malignos	Ausente	Ausente	Podem estar presentes

O tratamento é cirúrgico, com excisão da lesão com pelo menos 1cm de margem de segurança, para evitar recidivas locais, em tumores benignos e borderline. As taxas de recidivas variam de 10 à 30% e uma nova exérese deve ser realizada.

Lipoma

É um tumor constituído de células adiposas maduras e pode ocorrer em qualquer faixa etária. Apresenta-se como um nódulo móvel, indolor, amolecido e compressível.

Em exames de imagem como à mamografia apresenta-se nódulo radiotransparente circundado por fina cápsula radiodensa. Na ultrassonografia pode apresentar-se como nódulo oval, circunscrito, isoecogênico e relação à gordura adjacente.

Não é necessária a retirada cirúrgica, a não ser em casos de nódulos que incomodem a paciente ou que apresentem crescimento progressivo.

Ectasia Ductal

Caracterizada pela dilatação dos ductos principais da região subareolar. Ocorre mais comumente na peri e pós-menoapusa.

O cigarro é um fator de risco associado. Sem evidência de associação com aumento no risco de câncer de mama.

Apresenta-se como massa retroareolar palpável, associado a sensibilidade dolorosa durante a palpação, podendo provocar inversão do mamilo e fluxo papilar.

A PAAF geralmente é inconclusiva. Nas pacientes com descarga mamilar e nas com lesão palpáveis é necessário a excisão dos ductos terminais para descartar carcinoma. Nas ectasias puras podem ser conduzidas de forma conservadora.

Necrose gordurosa ou esteatonecrose

Condição benigna associada à trauma ou cirurgias prévias e até radioterapia. Apresentam exames radiológicos preocupantes, pois podem apresentar imagens densas e espiculadas, retração da pele, equimose, eritema e pele grossa.

O diagnóstico é feito de acordo com a história clínica das pacientes e faz-se necessário, em casos selecionados, a realização de biópsia de fragmento para diferenciação entre a necrose ou neoplasia mamária.

O tratamento de escolha é o conservador, mas em caso de lesão no mesmo local da cirurgia de um tratamento anterior de câncer de

mama pode ser necessária a exérese cirúrgica para tranquilidade da paciente, além da completa elucidação diagnóstica.

Hamartoma

Conhecido como fibroadenolipoma, trata-se de uma lesão pseudotumoral bem circunscrita, composta por lóbulos e ductos normais, separados por tecido adiposo e fibroso.

A maioria das pacientes é assintomática, mas podem apresentar nódulo móvel, amolecido ou fibroelástico, de dimensões variadas, podendo atingir grandes volumes e causar assimetria mamária.

Na mamografia, apresenta nódulo bem delimitado, com halo hipotransparente e densidade mista. Apresenta aspecto mamográfico e ultrassonográfico bem típico, considerado BI-RADS 2.

Não há necessidade de acompanhamento específico ou remoção cirúrgica, com exceção dos casos de hamartomas de grandes volumes.

Descarga papilar

Saída de secreção pela papila fora do ciclo gravídico puerperal ou da lactação. É queixa frequente das pacientes e que gera grande preocupação para elas. Mais prevalente durante a menacme e em cerca de 95% tem origem benigna.

Quadro 3: Classificação da descarga papilar.

FLUXO PAPILAR	CARACTERÍSTICAS	TRATAMENTO
Fisiológico	Multiductal, coloração variável. Representa secreção apócrina da glândula mamária e pode ser secundário à manipulação do mamilo.	Orientações gerais e tranquilização

FLUXO PAPILAR	CARACTERÍSTICAS	TRATAMENTO
Patológico	Secreção aquosa sanguinolenta	Biópsia cirúrgica aberta (ressecção parcial ou total do sistema ductal)
Galactorréia	Secreção láctea profusa, geralmente bilateral, relacionada à manipulação do mamilo, exercício, estresse, tumores produtores de prolactina, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo e drogas psicotrópicas	Afastar causa farmacológica: Microadenoma de hipófise (<1cm): bromocriptina/cabergolina Macroadenoma de hipófise (>1cm): cirurgia
Pseudoderame	Secreção oriunda de mamilos invertidos, infecção de glândulas sebáceas, lesões eczematosas e maceração da pele.	Orientações e tratamento individualizado

O tratamento vai depender da causa e das características do derrame. A maioria necessita somente de orientação e tranquilização da paciente. Quando uma lesão suspeita for identificada deve ser operada. E em algumas pacientes pode ser necessária a cirurgia de exérese dos ductos terminais devido ao desconforto que o derrame ocasiona.

Mastalgia

É uma das queixas mais comuns em consultórios com o mastologista. Costuma acometer mais de 40% das mulheres em alguma fase da vida, chegando aos 65% entre os 40 e 50 anos.

Pode ser classificada verdadeira, quando tem origem no tecido mamário, sendo cíclica ou acíclica. Também pode ter origem na da parede torácica, sendo assim extra-mamária, não tendo relação com o ciclo menstrual. Pode ter inúmeros fatores e estar relacionada a esforço local, infarto, tendinites, fasciíte, neurite intercostal, fibromialgia. É menos comum que as demais e necessita tratamento específico.

A mastalgia não tem relação com o câncer de mama. O diagnóstico é feito com uma história clínica, exame físico e de imagens.

Mastalgia cíclica

A mastalgia cíclica é a causa mais comum de dor mamária, também chamada de mastodínea. É uma dor bilateral, difusa e em peso; relacionada ao processo fisiológico e tem relação com o período pré-menstrual.

Por ser uma importante queixa em consultório de mastologista, a mastalgia cíclica merece algumas considerações:

- Ocorre mais comumente nas mulheres entre 30 e 50 anos.
- Os níveis hormonais parecem ter influência na mastalgia cíclica, com altos níveis de prolactina e de estradiol no período pré-menstrual.
- A anticoncepção hormonal parece diminuir a queixa da dor mamária. Enquanto a terapia hormonal promove aumento da densidade hormonal mamária levando ao processo doloroso mamário.
- O estresse também está associado com o agravamento dos sintomas, pois a tensão emocional estimula a liberação central de opióides. E ainda alterações relacionadas com o metabolismo dos ácidos graxos saturados que, em níveis elevados, ampliam a resposta hormonal da prolactina no tecido mamário, resultado em dor e incômodo.

Tratamento

Diante de um sintoma tão prevalente e considerando não haver associação com aumento do risco de câncer de mama, deve-se evitar medicamentos. A orientação verbal de benignidade é suficiente para o alívio dos sintomas na maioria das pacientes. O uso de sutiã adequado, firme, a diminuição de ingestão de gorduras, prática de atividade física, chegam a melhorar em até 80% dos sintomas.

Para mulheres ainda com dor, mesmo após as orientações, pode-se associar alguns medicamentos como:

- Anti-inflamatórios tópicos como o diclofenaco gel ou o piroxicam.
- Ácido gamalinoleico (Óleo de Prímula).
- Agentes antigonadotropinas – Danazol.
- Análogos do GnRH.
- Moduladores seletivos do receptor de estrógeno (SERM) – Tamoxifeno.

Mastalgia acíclica

A mastalgia acíclica costuma ser unilateral e não tem relação com o ciclo menstrual. É bem menos comum e pode ter relação com cirurgias anteriores, traumas, cistos, infecções e inflamações na mama.

Lesões mamárias não proliferativas

Cistos mamários

Os cistos simples são benignos e incidem em cerca de 7 a 10% da população feminina, sendo mais comum entre 35-50 anos. Não tem risco de malignização.

O cisto de conteúdo espesso ou cisto complicado apresenta risco de 0,3% de malignidade, enquanto os cistos complexos podem apresentar taxa de malignidade de 23- 31%.

Clinicamente, manifestam-se como nódulos palpáveis, de aparecimento súbito, contorno regular, móveis e dolorosos. Podem ser únicos ou múltiplos, unilaterais ou bilaterais. Muitas mulheres descobrem a existência de cistos mamários devido aos exames ultrassonográficos realizados de rotina.

A ultrassonografia mamária fornece avaliação rápida e precisa do conteúdo do cisto (líquido, sólido ou misto) e da sua complexidade (ecogenicidade, presença de debris, espessura da cápsula, presença de

septos e fluxo vascular). Os cistos simples são bem circunscritos, de conteúdo anecoico, sem componente sólido e apresentam sombra acústica posterior. Cistos complexos são definidos por tumorações com conteúdo sólido (ecogênico) e cístico (anecoico) com paredes e septos espessos, ausência de sombra acústica posterior com achados intracísticos.

Se confirmado cisto simples ou microcistos simples agrupados a rotina é a realização de seguimento da paciente, especialmente se esta for assintomática. Caso apresente dor e lesão palpável, pode-se realizar a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do cisto. A punção pode ser diagnóstica e terapêutica.

O aspecto do líquido aspirado deve ser claro, amarronzado ou esverdeado. Caso observemos um líquido hemático deve-se encaminhar o material à citologia e a exérese da lesão é recomendada.

A recorrência é vista em 40% dos casos, sendo mais comum em pacientes com cistos múltiplos e bilaterais.

Lesões proliferativas sem atipias

Hiperplasia ductal

A hiperplasia ductal simples é uma lesão benigna da mama, onde há uma proliferação desordenada no número de células no espaço ductal central, mas que mantém as características citológicas de células benignas.

É a lesão mamária proliferativa mais comum e frequentemente diagnosticada como achado incidental em biopsias ou mamografias. Classificada em leve, moderada ou florida, de acordo com a intensidade da proliferação celular intraductal.

Não há uma apresentação radiológica específica e também não há necessidade de tratamento adicional pois estas lesões têm demonstrado baixo risco relativo no desenvolvimento de câncer de mama.

Adenose esclerosante

É um processo proliferativo benigno que afeta a unidade lobular, caracterizada pelo aumento no número ou no tamanho dos componentes glandulares. Possui como subtipos mais importantes: adenose simples, esclerosante, apócrina, de ductos cegos e microglandular.

A maioria não está associada a um risco aumentado para o câncer de mama, mas nos subtipos apócrino e microglandular recomendam-se biópsia excisional e estudo anátomo-patológico dessas lesões para diferenciá-las dos carcinomas.

Cicatriz radial ou lesão esclerosante complexa

A cicatriz radial/lesão esclerosante complexa é uma doença benigna da mama, que pode ser confundida com neoplasia invasora da mama.

São precursores do desenvolvimento de hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobular atípica e carcinoma ductal ou lobular invasivos.

A avaliação das lesões por ressonância magnética é bastante útil para delimitar componentes benignos e malignos das cicatrizes radiais.

A recomendação é para a excisão da cicatriz radial, pois esta apresenta um risco de diagnóstico de lesão invasiva de 8 a 16% após a excisão. Após a excisão o risco de câncer é menor e não é necessário nenhum tratamento adicional.

Papiloma intraductal

Papilomas são lesões epiteliais hiperplásicas do sistema ductal. Histologicamente eles são compostos de papilas múltiplas e ramificadas, dispostas em torno do núcleo fibromuscular e crescem a partir da parede em direção ao seu lúmen. Podem ocorrer como lesões centrais (solitárias) ou periféricas (múltiplas).

Apresenta-se mais como uma descarga papilar espontânea (serosa ou sanguinolenta) e menos comumente como massa palpável. Apresenta lesão de imagem típica de massa retroareolar circunscrita em um ducto dilatado. O diagnóstico é realizado por meio da core biopsy. Por apresentar risco de malignização e atipia a recomendação é a de exérese cirúrgica da lesão.

Lesões proliferativas com atipias

Hiperplasia atípica

As hiperplasias ductais atípicas são lesões proliferativas constituídas em parte por células neoplásicas semelhantes às dos carcinomas ductais in situ de baixo grau. É diagnosticada mais comumente como um achado incidental após core biopse de microcalcificações visualizadas na mamografia. Este achado tem aumentado devido aos programas de rastreamento e a associação desta lesão com microcalcificações.

Confere um aumento substancial no risco de câncer de mama bilateralmente. Paciente com hiperplasia ductal atípica diagnosticadas pela core biopsy necessitam realizar uma biopsia excisional (15-50% evoluem para carcinoma ductal in situ).

Paciente com hiperplasia lobular atípica tem um risco 4,3 vezes maior de câncer de mama e é 3 vezes mais provável de surgir na mama afetada do que o contralateral.

Neste caso, este grupo de pacientes deve ser referenciado a um serviço especializado em câncer de mama para que sejam aconselhadas quanto a estratégias para redução do risco para câncer, pode-se considerar a quimioprevenção primária com tamoxifeno/raloxifeno ou inibidores de aromatase.

Diagnóstico clínico e/ou laboratorial

O diagnóstico das lesões mamárias benignas ocorre muitas vezes por queixas das pacientes de alteração no exame físico com a

percepção de um nódulo palpável, inflamação, mastalgia ou mesmo uma descarga mamilar.

Devido ao aumento das políticas de rastreamento do câncer de mama, atualmente, muitas mulheres são assintomáticas e descobrem a presença dessas lesões benignas em exames de ultrassom e mamografia.

Existe uma padronização internacional para classificar as imagens mamárias de ultrassom, mamografia e ressonância magnética chamada BIRADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*). Essa classificação vai do zero ao 6 de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1: Classificação BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data System) das imagens mamárias.

CATEGORIA	SIGNIFICADO	RISCO DE MALIGNIDADE	CONDUTA
0 – Avaliação incompleta	Necessita novo exame de imagem para elucidação Diagnóstica	Não se aplica	Fazer estudo adicional com imagem
1 – Negativo	Exames sem achados	---	Rastreamento de rotina
2 – Benigno	Achados benignos - cistos simples, linfonodos, calcificações esparsas	---	Rastreamento de rotina
3 – Provavelmente benigno	Lesões com baixa probabilidade de malignidade. Nódulos regulares.	< 0% a 2%	Acompanhar com exames seriados em 6, 12 e 24 meses.
4 – Suspeito	São lesões que necessitam de biópsia para esclarecimento diagnóstico.	4A- >2% e <10% 4B- >10% e <50% 4C- >50% e <95	Biópsia
5 – Altamente suspeito	Elevada probabilidade de malignidade.	>95%	Biópsia
6 – Diagnóstico já estabelecido de câncer de mama	Lesões já biopsiadas.	Não se aplica	Tratamento

Referências

BAGNOLI, F; BRENELI, F.P.; PEDRINI, J.L.; FREITAS JUNIOR, R.; OLIVEIRA, V.M; Mastologia do Diagnóstico ao Tratamento, Goiânia – Goiás – Brasil; Conexão Propaganda e Editora, 2017.

LARONGA, CHRISTINE; TOLLIN, SHARON; MOONEY, BLAISE. Breast cyst: Clinical manifestations, diagnosis, and management. Feb 2020. in: Up toDate [internet] – Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/breast-cysts-clinicalmanifestations-diagnosis-and-management#H1>

ORR, B.; KELLEY III, J.L.; Benign Breast Diseases: Evaluation and Management. Clinial Obstetrics and Gynecology. v.59, n. 4, p.710-726, 2016. 5. F. ANTONIO. Doenças de mama: Guia de Bolso Baseado em Evidencias. 2ª edição. Atheneu, 2017.

SABEL, Michael S. Overview of benign breast disease. Feb 2020. in: Up toDate [internet] – Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-benign-breast-disease>.

PATOLOGIAS BENIGNAS DO ENDOMÉTRIO: PÓLIPOS ENDOMETRIAIS

Elfie Tomaz Figueredo

Lais Feitosa Albuquerque Lima

Laryssa Portela Ramos Magalhães Rêgo

Introdução

Pólipos endometriais são a principal causa de sangramento uterino anormal em mulheres na pré-menopausa e pós-menopausa. São causados por crescimento hiperplásico de glândulas e estroma endometrial com núcleo vascular que formam uma projeção na superfície do endométrio com base sésil ou pediculada, único ou múltiplos e de tamanhos variados.

Podem ser assintomáticos, sendo suspeitados através de espessamento endometrial em exame de ultrassonografia transvaginal. A grande maioria dos pólipos endometriais são benignos, mas apresentam chances de 0-13% de evoluir para malignidade.

A prevalência de pólipos endometriais aumenta com a idade, sendo mulheres perimenopausa e pós-menopausa as mais acometidas, com pico de incidência entre 40 e 49 anos. Em mulheres submetidas a histerectomia ou biópsia endometrial, a prevalência dos pólipos é de 10-24%. A conduta diante de pólipos endometriais pode variar desde histerectomia radical a conduta expectante a depender da faixa-etária, de fatores de risco para malignidade e da sintomatologia.

História clínica e exame físico

A história clínica deve ser bem feita, associando sintomas característicos e fatores de risco. São sintomas mais comuns:

- Sangramento uterino anormal (SUA), podendo variar de 64-88%. Integra a nomenclatura recomendada pela FIGO para investigação de SUA, PALM-COEIN.
- Sangramento pós-coital.
- Infertilidade.

Também podem ser assintomáticos, sendo diagnosticados por achado incidental em exames de ultrassonografia, videohisteroscopia, biópsia endometrial ou até mesmo em resultado de citologia oncológica contendo células endometriais. Dentre os fatores de risco:

- Uso de tamoxifeno: associação com o desenvolvimento de pólipos com incidência de 20-35% .
- Diabetes Mellitus (DM)
- Idade avançada
- Hipertensão arterial sistêmica (HAS)
- Obesidade: devido a condição hiperestrogênica
- Terapia de reposição hormonal: principalmente tibolona. Não sendo fator de risco para malignidade.
- Síndrome de Lynch

Ao exame físico podem ser visualizadas através do canal cervical, podendo estes serem diagnóstico diferencial com pólipos cervicais a depender da origem do pedículo, além do mais, 25,9% dos pólipos endometriais coexistem com pólipos cervicais.

Exames diagnósticos

- Ultrassonografia pélvica: de preferência transvaginal, a ser realizada durante a fase proliferativa do ciclo (4ª ao 14ª dia). Possibilita também fazer diagnóstico diferencial com outras causas de sangramento, como leiomiomas e adenomiose. Os achados ultrassonográficos incluem: lesão polipoide com espessamento endometrial e imagem hiperecogênica no interior da

cavidade uterina, com contorno regular e rodeado por um halo hiperecogênico fino.

- Histerossonografia
- Vídeohisteroscopia: indicada em casos de suspeição de pólipos endometrial e permite a visualização direta da lesão sendo possível analisar suas características macroscópicas, além de biopsiar diretamente a lesão e até mesmo realizar exérese simultânea. Características macroscópicas que sugerem malignidade incluem: vascularização aumentada, tamanho >1,5cm e 3 ou mais pólipos.

Curetagem deve ser evitada para diagnóstico e manejo de paciente com suspeita de pólipos endometrial, uma vez que sem a visualização direta do endométrio, pode-se negligenciar lesões focais.

O diagnóstico definitivo será somente pela análise histopatológica da lesão através de biópsia ou polipectomia, o que também permitirá diagnosticar casos malignidade, sendo assim mandatário que todo pólipo seja analisado histopatologicamente. Tipos histológicos:

- Funcionais (20%)
- Hiperplásicos (35%)
- Atróficos (44%)
- Malignos (1%)

Tratamento indicado e plano terapêutico

Considerar a necessidade de excluir malignidade, verificar a presença de sangramento ou a suspeita de infertilidade. As opções terapêuticas incluem:

- Tratamento conservador
- Ressecção cirúrgica por histeroscopia
- Histerectomia como uma opção terapêutica radical.

A tabela 1 mostra indicações de polipectomia de acordo com a faixa etária:

Tabela 1: Indicações de remoção de pólipos endometriais.

INDICAÇÕES NA PRÉ – MENOPAUSA	
SUA	SUA é o sintoma de apresentação mais comum; algumas pacientes são assintomáticas e pólipos são achados incidentais ao exame físico, exames de imagens ou no laudo da citologia oncótica ou biópsia endometrial.
Infertilidade	Dados que reportam o impacto da polipectomia na infertilidade são limitados e não há evidência suficiente para recomendação de remoção. Entretanto, a maioria dos especialistas realizam polipectomia em casos de infertilidade.
Fatores de risco para HE e câncer de endométrio	Fatores de risco para HE e carcinoma incluem: anovulação crônica, obesidade, DM, HAS, menarca precoce, menopausa tardia, aumento da idade (>60 anos), uso de tamoxifeno, síndrome de Lynch e Cowden.
Tamanho > 1,5cm em sua maior medida	Dados em relação ao tamanho do pólipo são inconsistentes. Alguns estudos relatam associação com pólipos >1,5cm com aumento do risco para HE e câncer.
Outras indicações	Múltiplos pólipos Pólipos prolapsados Pólipos recorrentes
INDICAÇÕES NA PÓS MENOPAUSA	
Fatores de risco para HE e CE Sangramento transvaginal Pólipos >1,5cm Pólipos múltiplos	

SUA= sangramento uterino anormal; HE= hiperplasia endometrial. DM= diabetes mellitus; HAS= hipertensão arterial sistêmica © 2021 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Se paciente assintomática e/ou pólipo <1,5cm pode-se adotar conduta expectante realizando controle com exame de ultrassonografia periodicamente para avaliar crescimento ou resolução espontânea do pólipo.

As taxas de recorrência de pólipos confirmados histologicamente são de 2,5-3,7%. Pode-se diminuir essa recorrência se a

polipectomia histeroscópica for associada com ablação endometrial ou à inserção do DIU de levonorgestrel, porém evidências são insuficientes para recomendação. Paciente em uso crônico de tamoxifeno com recorrência de pólipos benignos histologicamente, tem-se diminuído recorrência após o uso de DIU de levonorgestrel.

Critérios de internação

A polipectomia pode ser realizada em ambiente ambulatorial ou em centro cirúrgico a depender das características do pólopo, material utilizado e expertise do cirurgião. (Tabela 2).

Tabela 2: Técnicas de polipectomia.

TIPO DE PÓLIPO	TÉCNICA PARA POLIPECTOMIA
<0,5cm	Pinça grasping
0,5-2cm pediculado	Pinça grasping ou tesoura
Médio com base >2cm	Técnica de fatiamento com tesoura ou ressectoscópio
Grande com base >2cm	Técnica de fatiamento ou ressectoscópio
Grande que ocupa cavidade uterina ou pólopo cervical	Técnica de fatiamento com ressectoscópio

Referências

AMERICAN ASSOCIATION OF GYNECOLOGIC LAPAROSCOPISTS. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol. 2012 Jan-Feb;19(1):3-10.

BAKOUR SH, KHAN KS, GUPTA JK. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Apr;79(4):317-20.

BUELONI-DIAS FN, et al. Metabolic syndrome as a predictor of endometrial polyps in postmenopausal women. Menopause 2016; 23:759.

GU F, et al. High number of endometrial polyps is a strong predictor of recurrence: findings of a prospective cohort study in reproductive-age women. *Fertil Steril* 2018; 109:493.

LIENG M, et al. Prevalence, 1-year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross-sectional study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009 Jul-Aug;16(4):465-71.

MANSOUR T, CHOWDHURY YS. Endometrial Polyp. 2021 Jun 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 32491756.

ROBERTS H, HICKEY M. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen: A cochrane review summary. *Maturitas*. 2016 Jul; 89:1-2.

RUNOWICZ CD, et al. Gynecologic conditions in participants in the NS-ABP breast cancer prevention study of tamoxifen and raloxifene (STAR). *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Dec;205(6): 535.e1-5.

TANOS V, et al. The management of polyps in female reproductive organs. *Int J Surg*. 2017 Jul; 43:7-16.

WONG M, et al. The natural history of endometrial polyps. *Hum Reprod* 2017; 32:340.

VAN HANEGEM N, et al. Diagnostic workup for postmenopausal bleeding: a randomised controlled trial. *BJOG* 2017; 124:231.

VITALE SG, et al; From the Global Community of Hysteroscopy Guidelines Committee. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 May; 260:70-77. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.03.017. Epub 2021 Mar 13. PMID: 33756339.

PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS FREQUENTES NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Ana Beatriz Cavallari Monteiro

Maria Lúcia Lustosa Farias

Renata Cunha Lima Rodrigues

Assuntos abordados

- Distúrbios do ciclo menstrual
- Vulvovaginites
- Infecções sexualmente transmissíveis
- Contracepção na adolescência

Distúrbios do ciclo menstrual

Irregularidade menstrual

A irregularidade menstrual é uma queixa muito comum entre as adolescentes e ocorre devido à imaturidade fisiológica do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano presente nos primeiros dois anos após a menarca, levando cerca de 50% dos ciclos a serem anovulatórios. A tendência, com o passar dos anos, é a regularização dos ciclos menstruais. Adolescentes sem pistas diagnósticas e com menarca há mais de 2 anos requerem investigação. A principal causa de anovulação persistente na adolescência é a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP).

Outras condições que podem levar a oligomenorreia em adolescentes estão listadas no quadro 1.

Quadro 1: Condições que podem levar a oligomenorreia em adolescentes.

DISTÚRBIOS DO EIXO HIPO-TÁLAMO - HI-PÓFISE	Transtornos alimentares: anorexia, bulimia Exercício físico intenso Doenças crônicas Imaturidade do eixo Tumores do SNC Pseudociese
DISTÚRBIOS DO OVÁRIO	Insuficiência ovariana precoce (Digenesia das gônadas, doenças auto-imunes, fármacos antineoplásicos, radioterapia...) Tumores hormoniossecretores
HIPERPROLACTINEMIA	Lactação Fármacos Adenoma de hipófise Hipotireoidismo
HIPERANDROGENISMO	Doença dos ovários policísticos Doença da supra-renal
OUTROS	Gravidez Contracepção

A anorexia e a bulimia são distúrbios alimentares que podem levar a alteração no eixo hipotalâmico, condição em que a secreção de gonadotrofinas tem um padrão pré-puberal e pode haver anovulação persistente mesmo após recuperação do peso. A prática de exercícios físicos extenuantes é outra condição que pode levar a uma possível anovulação em adolescentes.

Diante de um quadro de oligomenorreia em adolescente, uma gravidez deve ser sempre descartada. Nessas condições, quando houver um teste positivo de gravidez associado a sangramento transvaginal, hipóteses como gravidez ectópica e abortamento devem ser aventadas.

Tratamento

A maioria das adolescentes com sangramento uterino ovulatório responde a terapia hormonal. Entre aquelas que não o fazem, um diagnóstico alternativo deve ser considerado, como distúrbio

hemorrágico, SOP, infecção ou patologia uterina, necessitando de consulta adicional.

Para meninas com sangramento uterino anovulatório moderado que não apresentam sangramento ativo, sugerimos terapia hormonal. Para as meninas que estão sangrando ativamente, podemos usar o seguinte regime de contraceptivos combinados:

- Um comprimido a cada oito horas até que o sangramento pare (geralmente dentro de 48 horas), depois;
- Um comprimido a cada 12 horas por 2 dias, então;
- Um comprimido uma vez por dia por um total de pelo menos 21 dias.

Enquanto os comprimidos estão sendo tomados de 2-3x por dia, é importante um acompanhamento rigoroso. A terapia com doses altas de estrogênio pode causar náuseas levando a diminuição da adesão. Pode-se lançar mão de drogas antieméticas.

O ácido tranexâmico de uso cíclico pode ser uma opção para as pacientes com sangramento anovulatório moderado nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual.

Sangramento menstrual intenso que requer hospitalização ou transfusão pode ser a apresentação inicial de um distúrbio de coagulação, particularmente a Doença de Von Willebrand. Estima-se que até 20% das adolescentes com sangramento menstrual intenso têm Doença de Von Willebrand ou disfunção plaquetária.

Dismenorreia primária

Outra queixa bastante frequente na consulta da adolescente é a dismenorreia primária, caracterizada como cólicas recorrentes em região de hipogástrio durante o período menstrual, na ausência de doença pélvica. O quadro normalmente se inicia após o estabelecimento dos ciclos ovulatórios e parecem estar relacionados ao excesso de produção de prostaglandinas. Náuseas, vômitos, diarreia e dor na

região lombossacra podem estar associados às cólicas e os sintomas podem se iniciar várias horas antes do início da menstruação e durar cerca de um a três dias.

Em uma paciente com dismenorrea primária, o exame abdominal costuma ser inocente quando a paciente não está menstruada e pode incluir dor abdominal inferior generalizada durante a menstruação. Nos casos de dor moderada a intensa, ou refratária, é importante a realização de um ultrassom pélvico para exclusão de dismenorrea secundária. Considera-se a realização de ressonância pélvica nos casos refratários

O tratamento de primeira linha durante as crises é com anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), que podem ser administrados um a dois dias antes do início da menstruação. Se uma paciente não responder a um AINE de uma classe, trocar para um de classe diferente. Algumas opções são: Ácido Mefenâmico, Ibuprofeno, Diclofenaco e Naproxeno. Os anticoncepcionais são considerados efetivos no tratamento pois suprimem a ovulação e inibem os níveis de prostaglandinas uterinas. São indicados em casos de falha com uso de AINEs e em adolescentes com vida sexual ativa. Pode-se usar ainda analgésicos, antiespasmódicos ou associar o uso dos AINEs com anticoncepcionais; e lançar mão de medidas físicas como compressas mornas, massagens e banhos relaxantes para alívio dos sintomas.

No período entre crises são recomendadas mudanças alimentares como redução do consumo de sódio, carboidratos e gorduras na dieta. Estudos mostraram que o uso de gengibre, ômega 3, ou vitamina B1 mostraram-se superiores ao placebo. Exercícios físicos são recomendados.

Quando as queixas são refratárias ao uso de anticoncepcionais ou anti-inflamatórios, deve-se pensar na possibilidade de dismenorrea secundária associada a diagnósticos diferenciais como adenomiose, endometriose, malformações do sistema geniturinário, doença inflamatória pélvica, cistos ovarianos, doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino irritável, dentre outros.

Sangramento vaginal

Em neonatas pode acontecer sangramento vaginal de pequena quantidade na primeira semana de vida devido a privação de estrogênio após o nascimento. Em crianças pré-pubescentes, a presença de sangramento vaginal deve ser investigada, sendo que a maioria das causas pode ser identificada com base na anamnese e exame físico. Após a menarca, uma gravidez deve ser sempre considerada e o sangramento anormal deve ser diferenciado da menstruação. As principais causas por faixa etária estão listadas no quadro 2.

Quadro 2: Principais causas de sangramento vaginal por faixa etária.

EM QUALQUER IDADE	Trauma penetrante ou contuso Tumor benigno ou maligno
PRÉ - PUBERES	Sangramento de abstinência neonatal Estrogênio exógeno Causas hormonais (puberdade precoce, menarca isolada, hipotireoidismo primário) Prolapso uretral Corpo estranho Vulvovaginites Condições dermatológicas (líquen escleroso) Verrugas genitais
DEPOIS DA MENARCA	Gravidez Abortamento Placenta prévia / Descolamento prematuro de placenta Sangramento uterino anormal Infecção pélvica

Abordagem das pacientes na pré-menarca

Em algumas condições os achados no exame físico poderão sugerir um diagnóstico. Quando isso não acontece, pode-se coletar cultura da secreção vaginal e, caso a cultura seja negativa, vaginoscopia. Estudos mostram que a vaginoscopia tem melhor sensibilidade diagnóstica do que exames de imagem não invasivos para o diagnóstico de corpo estranho e malignidade.

Alguns sinais no exame físico que podem sugerir etiologias específicas. São eles:

- Aumento de tireoide: hipotireoidismo
- Mamas e pelos púbicos: menarca ou puberdade precoce, dependendo da idade.
- Sinais na vulva de líquen escleroso ou prolapso de uretra
- Aparência vermelha ardente na vulva: infecção perineal por estreptococos do grupo A.

Pacientes com sinais de puberdade precoce ou sequência anormal de puberdade merecem avaliação endocrinológica e solicitação de TSH, dosagens hormonais (FSH, LH e estradiol), radiografia de ossos longos e USG pélvico.

Abordagem das pacientes na pós-menarca

Deve-se tentar estimar a perda de sangue, coletar história menstrual e uso de anticoncepcionais. Solicitar hemograma para avaliar anemia, plaquetopenia e avaliar possíveis causas de anovulação em pacientes sem diagnóstico óbvio. Não esquecer de pensar em uma possível gestação e suas complicações.

Vulvovaginites, vaginites e dermatoses

É uma das queixas ginecológicas mais comuns na infância, sendo que a grande maioria ocorre de forma inespecífica e tem cultura com flora normal. Cerca de 25% dos casos tem um agente infeccioso específico.

Vulvovaginite inespecífica

Ocorre em cerca de 75% dos casos e está relacionada principalmente aos seguintes fatores: higiene vulvar precária, limpeza inadequada após evacuação, ausência de coxim adiposo labial e pelos pubianos, pequena distância entre ânus e vagina, irritantes químicos

(como produtos de higiene), imunidade comprometida, vagina não estrogenizada, inserção de corpo estranho na vagina, abuso sexual e uso de fraldas.

Na anamnese deve-se questionar sobre hábitos urinários e intestinais, limpeza perineal, manipulação e enurese. Além disso, pode-se questionar sobre uso de roupas apertadas ou sintéticas, absorventes, fraldas e produtos de higiene utilizados. Deve-se questionar também sobre infecções sistêmicas prévias ou reações alérgicas.

Os principais sintomas são: prurido vulvar (45-58%), leucorreia (62-92%), hiperemia local (82%), dor (74%), disúria (19%), sangramento (5-10%) e odor. A presença de secreção visível sem sinais ou sintomas de inflamação pode ocorrer de forma fisiológica apenas na recém nascida ou no período pré-menarca por influência hormonal.

Pode-se tentar coletar material vaginal para análise, porém na maioria das vezes ocorre apenas crescimento de flora normal ou bactérias coliformes. As principais indicações de coleta de amostra vaginal são: (1) Persistência dos sintomas após medidas gerais, (2) Vulvite intensa com lesões de pele, (3) corrimento e (4) suspeita de abuso sexual. A coleta é realizada com swab e o material é enviado para exame a fresco, bacterioscopia e cultura. Em alguns casos deve-se avaliar também exame parasitológico de fezes com pesquisa de oxiúros e exame de urina.

A coleta deve ser feita diante da presença da mãe ou responsável e em hipótese nenhuma deve ser realizada se a criança oferecer resistência. Caso haja extrema necessidade do exame em criança pouco cooperativa, fazer sob sedação.

O tratamento é focado na correção da causa subjacente, orientando-se higiene adequada da região vulvar após micção e defecação e durante o banho. Sabonetes bactericidas devem ser evitados devido ao pH muito alcalino, podendo piorar a irritação.

Para prurido e inflamação locais pode ser usado corticoide tópico de baixa potência (hidrocortisona 1% ou 2,5%). Pode ocorrer

infecção bacteriana secundária com necessidade de tratamento com antibiótico por oral por 7-10 dias (amoxicilina, amoxicilina + clavulanato ou cefalosporina similar).

Vulvovaginite infecciosa

Ocorre em 7-20% dos casos de vulvovaginites. Os principais sintomas dessa patologia são: leucorreia com odor desagradável, amarelo-esverdeada, purulenta. É indicada a coleta de conteúdo vaginal para cultura, sendo o estreptococo beta-hemolítico do grupo A o patógeno mais frequente em meninas pré-púberes. O tratamento é realizado com amoxicilina 40mg/kg/dia, via oral, 3x ao dia por 10 dias.

Em caso de violência sexual, a criança pode ser contaminada por germes sexualmente transmissíveis como gonococo, clamídia, tricomonas, herpes simples e HPV, tendo manifestações clínicas semelhante à de mulheres adultas e requerendo tratamento específico. Qualquer suspeita de abuso sexual infantil deve ser notificada.

Corpo estranho (moeda, brinquedos, miçangas, papel higiênico) deve ser considerado quando há corrimento crônico ou recidivante apesar do tratamento adequado e corrimento sanguinolento ou com odor desagradável. Na maioria das vezes, o corpo estranho pode ser removido com um cotonete com alginato de cálcio (para papel higiênico) ou com irrigação de fluido aquecido após uso de anestésico tópico (xilocaína geleia). Pode ser necessário exame sob sedação nos casos que não pode ser removido com irrigação.

Vulvites e dermatoses

Dermatite alérgica e de contato

Essas dermatites se expressam através de lesões avermelhadas e brilhantes com vesículas ou pápulas na região vulvar. Os principais sintomas são prurido e desconforto vulvar. Fissuras e liquenificação podem ocorrer nos casos crônicos. Deve-se investigar os possíveis irritantes da pele como produtos de higiene corporal e íntima, produtos

para lavagem das roupas e papel higiênico perfumado, através de uma história clínica detalhada. Nesses casos o principal tratamento é a remoção do agente agressor e prescrição de banhos de assento 1-2x por dia (2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio em água morna e deixar em imersão por 20 minutos). Além disso, podem ser prescritos antialérgicos para o prurido, como o hidroxizine 2mg/kg/dia em 4 doses ou aplicação tópica de pomada de hidrocortisona a 2,5%, duas vezes ao dia, por uma semana.

Líquen escleroso

É uma doença cutânea crônica que ocorre em cerca de 15% das crianças entre 1 e 2 anos. Crianças podem apresentar sintomas como irritação local, dor, prurido, disúria, sangramento pelo ato de coçar. Tem como principais achados no exame físico: hipopigmentação da vulva, pele atrofica com aspecto de pergaminho e fissuras simétricas, podendo apresentar aspecto em ampulheta (ou oito) ao redor da vulva e região perianal. Com o passar do tempo pode ocorrer atrofia dos lábios, cicatrizes e desaparecimento do clitóris.

O diagnóstico se dá através da inspeção e raramente há necessidade de biópsias. Cerca de 14% das meninas com líquen tem alguma doença autoimune concomitante como vitiligo ou tireoidite. Em mulheres adultas o líquen escleroso pode estar associado a câncer de vulva, porém essa relação não ocorre em pacientes pediátricas.

Os corticoides de alta potência como propionato de clobetasol e valerato de betametasona são os corticoides tópicos mais utilizados para o tratamento do líquen escleroso, com posologia que pode variar de uma a duas vezes ao dia. Após alívio dos sintomas, a diminuição da dose deve ser gradativa, passando para dias alternados e duas vezes por semana, até a interrupção. Em alguns casos, pode ser utilizada a manutenção por mais alguns dias com corticoide de baixa potência como triancinolona.

O uso prolongado de corticoide tópico pode provocar afinamento da pele, infecção secundária e muito raramente supressão do

eixo, devendo ser acompanhado. Anti-histamínicos podem ser usados para alívio do prurido, bem como a irritação pode ser aliviada com cremes emolientes

Infecções

A ocorrência de candidíase em meninas na fase pré-puberal é incomum, mas pode ocorrer com mais frequência no primeiro ano de vida após um curso de antibióticos ou em pacientes imunodeprimidas. A lesão costuma ser eritematosa com bordos elevados e lesões satélites. No exame microscópico de amostra vaginal com KOH 10% identifica-se as hifas. O tratamento é realizado com antifúngicos tópicos como miconazol, clotrimazol ou butoconazol, 2x por dia por 10-14 dias ou até melhora completa das lesões.

Infecção por oxiúriase (*Enterobius vermiculares*) pode causar prurido vulvar intenso, especialmente no período noturno. Pode-se orientar aos pais que façam inspeção da região perianal à noite com uma lanterna, período em que os vermes costumam sair pelo ânus e lançar mão do teste da fita gomada, em que é realizada pressão de um pedaço de fita gomada na área perianal pela manhã, com fixação da fita em uma lâmina e visualização dos ovos ao microscópio. O tratamento é feito com mebendazol, 100 mg, VO, dose única, a ser repetida uma semana depois.

Psoríase

É uma doença cutânea inflamatória crônica que se inicia na infância em 1/3 dos casos e que cursa com placas avermelhadas e descamativas.

Deve ser evitado o uso de produtos de limpeza adstringentes ou irritantes. O tratamento pode ser com corticoide/fototerapia ou sistêmico. O corticoide tópico é a primeira linha de tratamento, sendo a escolha da medicação baseada na idade e na localização das lesões. Clobetasol 0,05% por 2 semanas é uma boa opção, devendo ter sua

dose reduzida logo que os sintomas melhorarem. Pode-se fazer análogos de vitamina D associado ao corticoide (calcitriol ou calcipotriol).

Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência

Algumas características próprias dessa faixa etária dificultam o uso de métodos contraceptivos, especialmente os preservativos, fazendo com que esse grupo tenha especial vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Cerca de 27,5% dos adolescentes do 9º ano já iniciaram vida sexual, principalmente adolescentes do sexo masculino, sendo que o acesso a informações sobre sexualidade na escola se dá um pouco mais entre adolescentes do sexo feminino. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em mais de 1 milhão de casos novos de IST por dia no mundo. A presença de uma IST, como sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por HIV.

As IST são infecções causadas pelo contato sexual sem proteção, mas também podem ser transmitidas de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação (transmissão vertical) ou pelo compartilhamento de materiais perfuro-cortantes.

As principais IST podem ser agrupadas em diagnósticos sindrômicos: úlceras genitais (sífilis, herpes simples, cancro mole, linfogranuloma venéreo, donovanose), corrimento vaginal e uretral (gonorréia, clamídia, trichomonas, gardnerella, etc), dor pélvica e lesões verrucosas (HPV). Detalhamento sobre quadro clínico, diagnóstico e tratamento de cada IST são semelhantes às IST que ocorrem na faixa etária adulta e serão abordados em protocolo específico.

Contracepção na adolescência

Nas últimas décadas observa-se um aumento dos casos de gravidez não planejada na adolescência, especialmente entre meninas menos escolarizadas, pretas ou pardas, pobres e moradoras de áreas

urbanas. Estima-se que no Brasil uma em cada cinco mulheres será mãe na adolescência, fato bastante preocupante visto que não existem no país programas específicos voltados para adolescentes.

Muitos profissionais de saúde que negam contracepção às adolescentes o fazem por desconhecimento técnico e também por desaprovação da atividade sexual nessa faixa etária. Evidências mostram que um número maior de adolescentes usaria os métodos mais indicados se os profissionais que prestam assistência fossem melhor informados sobre sua eficácia e segurança.

A adolescente tem direito a consulta em espaço privado e tem direito de ser atendida sozinha ou acompanhada por um adulto. As consultas devem ter conteúdo confidencial, porém a quebra do sigilo é permitida nos casos de suspeita ou certeza de violência sexual, no diagnóstico firmado de HIV/Aids e de gravidez em menores de idade, devendo ser realizado com o conhecimento da adolescente. A adolescente tem ainda, direito à educação sexual, informação sobre contracepção, sigilo sobre sua atividade sexual e a prescrição de contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência.

Uma vez identificada a necessidade ou demanda por um método contraceptivo, é de grande importância não adiar o seu início. Devido à maior vulnerabilidade dos adolescentes a IST, os métodos contraceptivos de barreira, como o preservativo masculino, são fortemente recomendados. Para que a adolescente possa escolher o seu método, deve-se:

- Apresentar todos os métodos existentes, mesmo que indisponíveis.
- Avaliar existência ou não de contra-indicações.
- Ajudar na escolha do método, lembrando que a decisão final é sempre da paciente ou do casal.
- Enfatizar a dupla proteção (preservativos associados).

A tendência mundial dos especialistas é estimular o uso dos métodos contraceptivos de longa duração (LARC), visando uma

maior efetividade contraceptiva duradoura. O melhor anticonceptivo, é aquele de mais fácil acesso, menor custo, baixa dosagem, eficácia, tempo de atuação, e possibilidade de reversão.

Fatores que, muitas vezes, dificultam a adesão dos adolescentes são a irregularidade menstrual e o receio quanto a ganho de peso, acne, infertilidade futura, dismenorrea, mudanças de humor e possibilidade de episódios tromboembólicos.

Os são considerados o melhor custo-benefício para a ação contraceptiva em populações especiais tais como adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres vivendo com HIV. Eles são apropriados para adolescentes obesas, nulíparas, primíparas, diabéticas, hipertensas, com mutações trombogênicas, com HIV, doença hepática, doença cardiovascular ou imunossuprimidas. Não afetam o ganho de massa óssea. Os DIUs não são aconselhados no caso de mulheres ou adolescentes com malformações uterinas.

Os LARC podem ser inseridos em qualquer momento, desde que haja segurança de que a adolescente não está grávida e em até cinco dias após a relação desprotegida, mesmo que tenha sido a primeira relação; pós-parto e pós-aborto imediatos, na troca de outro método contraceptivo.

Referências

BERMUDEZ, Beatriz Elizabeth Bagatin Velela et al. Anticoncepção na adolescência. Guia Prático de Atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria, [S. l.], p. 1-16, 1 fev. 2018.

BERMUDEZ, Beatriz Elizabeth Bagatin Velela et al. Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência. Guia Prático de Atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria, [S. l.], p. 1-16, 1 ago. 2018.

BONETTO, Darci Vieira da Silva et al. Dismenorréia Primária em Adolescentes: estado da arte. Guia Prático de Atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria, [S. l.], p. 1-10, 1 jun. 2020.

FILHO, Agnaldo Lopes da Silva et al. Ginecologia infanto-puberal. In: TRATADO de Ginecologia FEBRASGO. [S. l.: s. n.], 2019. cap. 13.

HOFFMAN, Barbara F et al. Ginecologia Pediátrica Ginecologia de Williams. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2013, cap. 14.

MARC R Laufer, MD, S JEAN Emans, MD (2020), Overview of vulvovaginal complaints in the prepubertal child, Jan E Drutz, MD (Ed), George A Woodward, MD (Ed), Up to Date. Acessado em 30/06/21.

STEPHEN J Teach, MD, MPH, (2020), Evaluation of vulvovaginal bleeding in children and adolescents, Susan B Torrey, MD (Ed), Up to Date. Acessado em 30/06/21.

RODRIGUES, Pedro; CASTEDO, José Luis. Oligomenorreia na adolescência - Avaliação na prática clínica. Revista Portuguesa de Endocrinologia, diabetes e metabolismo, Porto, p. 53-63, 2011.

PERDAS GRAVÍDICAS RECORRENTES

*Marinaldo Cavalcanti e Melo Junior
Samily Cordeiro de Oliveira*

Introdução

A perda gravídica recorrente (PGR) é uma condição de difícil enfrentamento para a saúde da mulher. Sua etiologia é heterogênea e ainda desconhecida em cerca de metade dos casos, além do que há poucas estratégias de diagnóstico e tratamento baseadas em evidências.

Definição

Aborto é a perda gestacional antes da vigésima semana de gestação. É classificado em precoce, quando ocorre no primeiro trimestre (80% dos casos), e em tardio, quando ocorre após esse período. Das gestações confirmadas, aproximadamente 15% a 20% terminam em aborto.

Embora não seja consensual, entende-se o PGR quando há três ou mais perdas espontâneas sucessivas. Esta definição inclui perdas gestacionais após a concepção espontânea e fertilização in vitro (FIV), mas exclui gravidez ectópica, molar e falha de implantação. A Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva já considera recorrente quando há duas perdas clinicamente. Já a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia publicou uma declaração em 2014, propondo que PGR descreve a perda repetida da gravidez, independentemente da localização anatômica, mas não recomendou um número de perdas para sua definição.

A PGR pode comprometer 1% das mulheres e quanto maior o número de abortos e a idade materna, menor a chance de se alcançar

uma gestação viável. O risco de novo aborto chega a 40% após três perdas sucessivas. Em 40-50% dos casais sua causa não é identificável, mas sabe-se que pode ser causado por diversos fatores, sendo os principais as alterações cromossômicas, processos inflamatórios e imunológicos, malformações uterinas, endocrinopatias e insuficiência do corpo lúteo.

A PGR pode ser dividida em primária ou secundária. PGR primária refere-se à perda de gravidez em mulheres que nunca chegaram à viabilidade. PGR secundária refere-se à perda de gravidez em uma mulher que teve um filho vivo anterior. O prognóstico para uma gravidez bem-sucedida é melhor na PGR secundária.

Causas

Fatores epidemiológicos

A idade materna e o número de abortos anteriores são dois fatores de risco independentes para um novo aborto espontâneo.

O avanço da idade materna está associado a uma maior taxa de abortamentos de conceitos geneticamente normais e anormais, refletindo a baixa qualidade do oócito com o envelhecimento. As taxas médias de aborto espontâneo clinicamente reconhecido de acordo com a idade materna foram: de 20 a 30 anos - 9 a 17%, de 35 a 40 anos - 20%, de 40 a 45 anos - 40%, maior que 45 anos - 80%.

A história reprodutiva anterior é um preditor independente do resultado futuro da gravidez. O risco de um aborto espontâneo aumenta após cada perda gravídica, chegando a aproximadamente 40% após três perdas consecutivas.

Estresse parece estar relacionado com PGR, mas não há evidências de que é uma causa direta. Obesidade, baixo peso e tabagismo estão associados com menor chance de nascimento de um filho vivo, além de serem deletérios para a saúde da mulher de forma geral. Consumo excessivo de álcool é um possível fator de risco para PGR. Não há evidências que associam exercícios físicos extenuantes, consumo de cafeína ou outros fatores ambientais com PGR.

Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF)

A SAAF acomete cerca de 5-20% das mulheres que sofrem PGR. É considerada a causa tratável mais importante de aborto espontâneo recorrente. A morbidade gestacional é um dos seus critérios diagnósticos.

Os anticorpos antifosfolípidos têm uma variedade de efeitos sobre o trofoblasto, incluindo a inibição da diferenciação do citotrofoblasto, indução de apoptose do sinciotrofoblasto, reação inflamatória local e até trombose de vasos placentários em idade gestacional mais avançada.

Critérios de classificação de consenso internacional para SAAF:

Para diagnóstico são necessários pelo menos um critério clínico e um critério laboratorial:

Critérios clínicos:

- Trombose venosa e/ou arterial
- Morbidade gestacional:
 - ✓ Uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfologicamente normais após a 10ª semana de gestação, seja por ultrassom ou exame do concepto.
 - ✓ Um ou mais partos prematuros de recém-nascidos morfologicamente normais antes da 34ª semana de gestação por causa de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave ou características reconhecidas de insuficiência placentária.
 - ✓ Três ou mais abortos espontâneos consecutivos inexplicáveis antes da 10ª semana de gestação com anormalidades maternas anatômicas ou hormonais, ou causas cromossômicas maternas ou paternas excluídas.

Critérios laboratoriais:

- Anticoagulante lúpico presente no plasma em duas ou mais ocasiões com pelo menos 12 semanas de intervalo.

- Anticardiolipina IgG e/ou IgM no soro ou plasma presente em título médio ou alto (> 40 GPL ou MPL ou > 99º percentil), em duas ou mais ocasiões, com pelo menos 12 semanas de intervalo.
- Anticorpo anti-b2 glicoproteína-I IgG e /ou IgM em soro ou plasma (em título maior que o percentil 99), presente em duas ou mais ocasiões com pelo menos 12 semanas de intervalo.

Fatores Anatômicos

Anormalidades uterinas adquiridas e congênitas são responsáveis por 10 a 50% dos casos de PGR. A perda de gravidez pode estar relacionada a distensão uterina prejudicada ou implantação anormal.

Anomalias congênitas do trato mulleriano potencialmente relevantes incluem útero unicórnio, didelfo, bicorno, septado ou arqueado. O útero septado é a anomalia uterina mais comumente associada a PGR, e também associada ao pior resultado reprodutivo. Leiomiomas submucosos que se projetam para a cavidade endometrial também podem impedir a implantação normal.

As aderências intrauterinas levam à PGR porque não há endométrio suficiente para suportar o crescimento fetoplacentário, sendo a principal causa do seu surgimento a lesão pós-curetagem (Síndrome de Asherman).

A incompetência istmo cervical (IIC) é uma causa reconhecida de aborto espontâneo no segundo trimestre, sendo seu diagnóstico essencialmente clínico. É definida quando ocorrem duas ou mais perdas consecutivas de segundo trimestre por uma dilatação de colo sem dor compatível, sugerindo incapacidade do colo de segurar a gestação. Achado ultrassonográfico de colo curto no segundo trimestre tem correlação importante com trabalho de parto prematuro, entretanto são insuficientes para o diagnóstico de IIC.

Fatores Endócrinos

Fatores endócrinos podem ser responsáveis por 15 a 60% dos casos de PGR. Pacientes diabéticas descompensadas, que apresentam níveis elevados de hemoglobina A1c no primeiro trimestre, apresentam maior risco de aborto espontâneo, malformação e óbito fetal. Diabetes mellitus bem controlada não é um fator de risco para PGR.

Doenças descompensadas da tireoide (hipo ou hipertireoidismo) estão associadas à infertilidade e PGR. Alguns estudos relataram um aumento na taxa de perda fetal em mulheres com altas concentrações séricas de anticorpos tireoidianos (anti-TPO ou anti-TGB), incluindo aquelas que são eutireoidianas, porém ainda não há evidências robustas que suportem essa hipótese. Disfunções tireoidianas adequadamente tratadas não são fatores de risco para PGR.

A taxa de aborto espontâneo em mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP) é quase o dobro do que a taxa de referência na população obstétrica geral. O exato mecanismo para perda gravídica nessas pacientes ainda é desconhecido, mas pode ser explicado pelas anormalidades dos hormônios sexuais, levando a ovulação prematura ou retardada, baixa receptividade endometrial, distúrbios de prostaglandinas e fatores de crescimento ovariano.

A hiperprolactinemia pode estar associada à PGR por meio de alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovário, resultando em comprometimento da foliculogênese, maturação do oócito e/ou fase lútea curta.

Uma fase lútea encurtada foi associada à perda gravídica, mas sua deficiência como causa independente de infertilidade não foi comprovada. As concentrações de progesterona sérica não predizem o desfecho da gravidez.

Fatores Genéticos

Anormalidades cromossômicas são a causa mais comum de perda esporádica de gravidez precoce, sendo responsáveis por cerca de

50-60% de tais perdas. Uma proporção significativa de PGR também pode estar associada a anormalidades cromossômicas estruturais ou numéricas (por exemplo, aneuploidia, mosaicismo, translocação, inversão, deleção, sítios frágeis). Há uma frequência muito alta de anormalidades cariotípicas esporádicas no conceito, enquanto a incidência de cariótipo alterado nos pais é baixa. Mesmo assim, em 2-5% dos casais com PGR, um dos parceiros carrega uma anomalia cromossômica estrutural: mais comumente uma translocação recíproca balanceada ou robertsoniana. Embora os pais geralmente sejam fenotipicamente normais, suas gestações possuem maior risco de aborto espontâneo, e de nascimento de um recém-nascido com múltiplas malformações e deficiência intelectual.

Trombofilias hereditárias

Trombofilias hereditárias incluindo resistência à proteína C ativada (mais comumente devido à mutação do fator V Leiden), deficiências de proteína C e S e antitrombina III, hiper-homocisteinemia e mutação do gene da protrombina, são causas estabelecidas de trombose sistêmica. São causas de complicações de 2 e 3º trimestres da gestação, provavelmente por trombose da circulação útero-placentária, e têm sido implicadas como uma possível causa de PGR.

Uma revisão sistemática da associação entre defeitos fibrinolíticos e PGR encontrou uma associação significativa para a deficiência de fator XII.

Fatores imunológicos

É difícil avaliar o papel dos fatores imunológicos na PGR, já que não são claramente conhecidos os mecanismos imunes responsáveis por permitir que a mãe tolere a presença de um conceito não 100% compatível. Não há nenhuma evidência clara para apoiar a hipótese de incompatibilidade do antígeno leucocitário humano (HLA) entre um casal. Fatores embriotóxicos, perfis de citocinas decíduais, anticorpos

de bloqueio ou contra antígenos paternos também não possuem evidência científica que permitam relacioná-los com a PGR.

Fatores psicológicos

Pacientes sofrendo com PGR são mais propensas a raiva, depressão, ansiedade e sentimentos intensos de tristeza e culpa. Os dados sobre o sofrimento psicológico como etiologia da perda recorrente da gravidez ainda são inconclusivos, pois não é possível afirmar que estas alterações de humor sejam causa ou consequência da PGR.

Infecções

Ureaplasma urealyticum, *Mycoplasma hominus*, *Chlamydia trachomatis*, *Listeria monocytogenes*, *Toxoplasma gondii*, rubéola, citomegalovírus, vírus do herpes e outros patógenos menos frequentes foram identificados com mais frequência em vaginais e cervicais culturas e soro de mulheres com abortos esporádicos. Nenhum agente infeccioso foi comprovadamente relacionado à causa de PGR.

Investigação

A investigação diagnóstica básica de casais com PGR inclui uma anamnese minuciosa com história da doença atual, história gineco-obstétrica, história patológica pregressa, história familiar completa, além do exame físico. Reforçamos que mulheres saudáveis não devem ser submetidas a investigação após um único aborto espontâneo até 20 semanas, visto que são eventos esporádicos relativamente comuns.

A anamnese deve questionar sobre idade gestacional e detalhes das perdas gravídicas, manipulação uterina prévia, ciclos menstruais, galactorreia, anomalias genéticas ou síndromes na família, consanguinidade, trombose venosa ou arterial prévia, e estado geral de saúde. O exame físico deve ser geral, procurar sinais de endocrinopatias (ex. bócio, hirsutismo) e anormalidades dos órgãos genitais.

A investigação mínima para pesquisa de SAAF em mulheres com PGR é avaliação laboratorial de anticorpos anticardiolipina (IgG e IgM) e anticoagulante lúpico, e deve ser rotineiramente realizada. Ambos os testes devem ser feitos duas vezes, com um intervalo de pelo menos doze semanas conforme critérios de classificação, já que um resultado positivo em baixos ou médios títulos pode ser transitório devido a uma doença viral, necessitando de confirmação.

As causas anatômicas são inicialmente avaliadas via ultrassonografia (USG) devido sua fácil disponibilidade. A USG transvaginal e a transabdominal são úteis para fazer o diagnóstico de útero septado e miomas uterinos, permitindo sua avaliação e classificação. A histerossalpingografia (HSG) também pode ser utilizada, sendo este um procedimento que avalia a cavidade do útero e a permeabilidade das tubas uterinas. Histeroscopia, laparoscopia ou ressonância magnética podem ser realizadas para complementação diagnóstica e programação terapêutica, conforme necessário.

Atualmente não há exame complementar objetivo que diagnostique IIC satisfatoriamente fora do período gestacional.

A função tireoidiana deve ser avaliada em mulheres com manifestações clínicas, história pessoal de doença tireoidiana, além do rastreamento de mulheres assintomáticas. O TSH deve ser o exame inicial de escolha, sendo considerado normais seus níveis até 2,5 mIU/ml. A investigação deve ser estendida com T4 livre, anti-TPO ou demais exames apenas se necessário.

A triagem para diabetes mellitus deve ser limitada a mulheres com manifestações clínicas da doença ou com demais critérios de rastreio (ex. obesidade e outros fatores de risco, como DMG).

O teste de prolactina sérica não é recomendado em mulheres com PGR na ausência de sintomas clínicos de hiperprolactinemia.

Níveis únicos ou múltiplos de progesterona sérica não são preditivos do resultado futuro da gravidez e não devem ser rotineiramente solicitados.

Cariótipo dos pais não é indicado de rotina devido a baixa probabilidade de resultados anormais, elevado custo e valor prognóstico limitado.

Sugerimos não rastrear trombofilia hereditária em mulheres com PGR, exceto em mulheres com fatores de risco adicionais para trombofilia, como história pessoal de trombose venosa ou arterial. As evidências disponíveis não orientam a solicitação de FAN ou qualquer outro autoanticorpo para mulheres com PGR de forma rotineira. Tipagem de HLA, testes de anticorpos linfocitotóxicos mistos e reações de cultura de linfócitos mistos também não são preditivos do resultado da gravidez, e não devem ser solicitados.

Não há consenso quanto à necessidade de rastreio de espécies de *Chlamydia* ou *Mycoplasma*, avaliação de vaginose bacteriana ou sorologia para toxoplasmose rotineiros em mulheres com PGR. Exames laboratoriais adicionais podem ser indicados em mulheres com manifestações clínicas sugestivas de uma doença específica.

Tratamento

As evidências científicas robustas sobre o manejo da PGR são escassas, sendo as recomendações terapêuticas principalmente baseadas na experiência de especialistas e em estudos observacionais.

O tratamento da PGR é guiado pela sua etiologia de base. Para todos os casais, o apoio emocional com suporte psicológico é importante e pode aumentar o sucesso terapêutico. Modificações no estilo de vida podem aumentar o potencial de fertilidade, embora não tenham sido testadas em estudos randomizados. Essas modificações incluem a cessação do tabagismo, do uso de álcool e cafeína, além da procura por um IMC na faixa adequada.

Pacientes com SAAF devem receber aspirina em baixa dose (75-100 mg/dia), iniciando preferencialmente antes da concepção, e dose profilática heparina de baixo peso molecular (HPBM) no momento do diagnóstico da gravidez. A administração de prednisona

não melhora as taxas de sucesso da gravidez e pode estar associada a um risco aumentado de síndrome hipertensiva da gestação e diabetes gestacional. Essas gestações permanecem com alto risco de complicações durante os três trimestres, incluindo pré-eclâmpsia, restrição de crescimento fetal e parto prematuro, necessitando de acompanhamento pré-natal cuidadoso, de preferência em unidades de alto risco. A heparina ou aspirina em baixa dosagem não são recomendadas em mulheres com PGR inexplicável, pois há evidência científica que demonstra não melhora na taxa de nascidos vivos nestes casos.

As anormalidades uterinas são tratadas cirurgicamente se o defeito for passível de correção, como nos casos de útero septado, aderências intrauterinas ou mioma submucoso. Essas condições são preferencialmente tratadas via histeroscópica. No caso de defeitos anatômicos sem proposta de correção cirúrgica, o útero de substituição pode ser uma alternativa, dentro dos ditames da legislação brasileira.

Cerclagem pode ser recomendada em mulheres com história típica de IIC, e idealmente realizada entre 12-14 semanas, precedida por avaliação ultrassonográfica com morfológico de primeiro trimestre sem alterações.

Mulheres com doença da tireoide ou diabetes mellitus devem ser adequadamente tratadas. Hipotireoidismo, mesmo que subclínico, deve ser tratado com levotiroxina. Não há evidências suficientes para apoiar o tratamento com levotiroxina em mulheres eutireoidianas com anti-TPO positivo e PGR. Os níveis circulantes normais de prolactina podem desempenhar um papel importante na manutenção da gravidez precoce. O tratamento com bromocriptina pode ser considerado em mulheres com PGR e hiperprolactinemia para aumentar a taxa de nascidos vivos.

O tratamento de PGR de causa desconhecida ainda é um desafio. Em revisão recente da literatura sobre o uso de progestagênicos para o tratamento de PGR, avaliando a eficácia e a segurança, 27 publicações foram avaliadas. As drogas mais utilizadas foram a progesterona vaginal micronizada e a didrogesterona oral, com boa segurança

e tolerabilidade. A metanálise mais recente mantém a hipótese de que os progestagênios reduzem o risco do aborto recorrente, sendo que a didrogesterona apresenta os resultados mais consistentes. Mais estudos são necessários, no entanto.

Casais que sabidamente possuem anomalias cromossômicas em um ou ambos os parceiros são geralmente encaminhados para aconselhamento genético, que deve incluir informações sobre a probabilidade de ter uma concepção cromossomicamente normal ou anormal e opções para controlar esse risco.

A anticoagulação de mulheres com certas trombofilias hereditárias pode melhorar o prognóstico materno (por exemplo, na prevenção de tromboembolismo venoso), mas não parece prevenir a PGR.

Glicocorticoides, imunoglobulina intravenosa (IGIV), citrato de clomifeno, metformina ou gonadotrofina coriônica humana (hCG) não são recomendados como tratamento de PGR.

Dada a falta de estudos prospectivos ligando qualquer causa infecciosa para a PGR, também não há qualquer recomendação científica para o uso de antibióticos.

Há necessidade de suporte psicológico para o casal. Tender Loving Care é um modelo definido como suporte psicológico com exames médicos e ultrassonográficos semanais, sendo capaz de melhorar as taxas de gravidez em certos estudos.

Mulheres com PGR de causa desconhecida podem ser candidatas a FIV, se desejarem, com resultados variáveis. Oócitos de baixa qualidade podem ser responsáveis por até 25% das perdas gestacionais, e a doação de óvulos pode superar esse problema, sendo associada a uma maior taxa de nascidos vivos.

Referências

ATIK, RB; CHRISTIANSEN, OB; ELSON, J; et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Human Reproduction Open*, [S.L.], v. 2018, n. 2, p. 1-12, jan. 2018. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/hropen/hoy004>.

FEBRASGO. Aborto recorrente e progestagênios. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2017.

FEBRASGO. Perda gestacional recorrente. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021.

HAAS DM, et al. Progesterone for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019, Issue 11. Art. No.: CD003511.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). The Investigation and Treatment of Couples with Recurrent First-trimester and Second-trimester Miscarriage Green-top Guideline No. 17. Abr, 2011.

THE PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertility And Sterility, [S.L.], v. 98, n. 5, p. 1103-1111, nov. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.048>.

TULANDI T, AL – FOZAN H. Recurrent pregnancy loss: Definition and etiology. Uptodate. Abr, 2021.

TULANDI T, AL – FOZAN H. Recurrent pregnancy loss: Evaluation. Uptodate. Abr, 2021.

TULANDI T, AL – FOZAN H. Recurrent pregnancy loss: Management. Uptodate. Abr, 2021.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Maria Tereza Pinto Medeiros Dias

Vivian Martins dos Santos Leite

Introdução

Segundo a lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996, entende-se planejamento reprodutivo como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pelo indivíduo independentemente de orientação sexual e identidades de gênero.

Orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Existem diversos tipos de métodos na atualidade e a escolha deve levar em consideração os seguintes critérios:

- Desejo da paciente: Considerando que os resultados do uso, eficácia, efeitos indesejáveis são diretamente influenciados pelo desejo da paciente em fazer uso daquele método.
- Eficácia: Definida como a capacidade do método de proteger a paciente de uma gravidez indesejada ou não programada (expressa pelo Índice de Pearl - vide tabela 01 abaixo).
- Segurança: Potencial do método causar riscos à saúde de quem o utiliza. Para cada pessoa candidata ao uso de um método contraceptivo, podemos definir se esta pessoa pode ou não utilizar a partir dos Critérios de Elegibilidade da OMS (Quadro 1).

Quadro 1: Critérios de Elegibilidade da OMS para o uso de um método contraceptivo.

CATEGORIA 1	Podem ser utilizados sem qualquer restrição.
CATEGORIA 2	O método apresenta risco ao uso, porém o mesmo é inferior ao benefício que ele trará, podendo ser utilizado.
CATEGORIA 3	O risco para o uso supera os benefícios, não é o método mais apropriado, mas pode ser utilizado quando não existir outra opção ou quando a paciente desejar (apesar de orientações médicas)
CATEGORIA 4	Seu uso determina risco à saúde inaceitável, devendo o uso ser desencorajado.

Os métodos utilizados para planejamento familiar podem ser classificados em:

- Reversíveis: comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes, de emergência.
- Irreversíveis: esterilização cirúrgica masculina e/ ou feminina.

Os LARCS, que por definição devem oferecer proteção contraceptiva por 3 anos ou mais, facilitam a adesão da paciente, não interagem com outros medicamentos, e têm menor índice de falha. Por tais características, são excelentes opções para pacientes de difícil seguimento, tais como: usuárias de drogas ilícitas, portadoras de agravos mentais, adolescentes, além de outras indicações. Cabe orientar que, qualquer que seja a escolha, deve ser estimulado o uso associado do preservativo masculino ou feminino para proteção contra IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

Tabela 1: Índice de Pearl* e taxa de continuidade dos métodos contraceptivos. (Tabela ordenada dos métodos mais efetivos para os menos, destacados os considerados muito efetivos.)

MÉTODO CONTRACEPTIVO	USO PERFEITO ¹ (Porcentagem de gravidez)	USO HABITUAL ² (Porcentagem de gravidez)	CONTINUIDADE %
Implante Subdérmico	0,05	0,05	78
Vasectomia	0,1	0,15	100
SIU - LNG (Mirena®)	0,2	0,2	81
Esterilização Feminina	0,5	0,5	100
DIU de Cobre	0,6	0,8	78
Lactação e Amenorreia	0,9	2	--
Injetáveis Trimestrais	0,2	6	56
Injetáveis Mensais	0,3	3	56
Anticoncepcionais Orais	0,3	3	68
Anel Vaginal	0,3	3	68
Adesivo	0,3	3	68
Condom Masculino	2	16	53
Abstinência em período fértil	2 a 5	--	51
Diafragma com Espermicida	6	16	--
Coito Interrompido	4	27	42
Espermicida Isolado	18	29	--
Ausente	85	85	--

* Índice de Pearl: percentual de mulheres com gravidez inesperada com o uso perfeito e habitual do método em 1 ano.

¹Uso Perfeito: Definido como o uso consistente e correto do método, conforme orientação médica adequada.

² Uso Habitual ou Típico: Presume a possibilidade de uso incorreto do método e/ou ausência ocasional de seu uso.

Implante subdérmico

Classificação

Podem ser classificados de acordo com o progestágeno. O único liberado para uso no Brasil é Implanon®. Possui duração de 3 anos após inserção.

- Nomegestrol (Uniplant®)
- Levonorgestrel (Norplant®)
- Norprogesterona ST 1435 (Elcometrina®)
- Etonogestrel (Implanon®)
- Nomegestrol (Uniplant®).

Mecanismo de ação

- Disfunção Ovulatória.
- Alteração endometrial.
- Modificação do muco cervical.
- Modificação da motilidade tubária – controverso.

Padrão de Sangramento

O padrão do sangramento é imprevisível e orientações pré-inserção ajudam a aumentar a taxa de continuidade. Os padrões mais frequentes são:

- 30-40% de amenorreia em 12 meses.
- Hemorragia infrequente em 50% dos casos nos primeiros 3 meses. Após 6 meses, esse índice caiu para 30%.
- Sangramento prolongado em 10 - 20% após os primeiros 3 meses.

Quando iniciar

- A qualquer momento:
- Se < 7 dias da DUM.

- Pós-parto, se em amamentação exclusiva.
- Quando da troca do método contraceptivo anterior.
- Imediatamente após abortamento de 1º e 2º trimestre.

Excluir gravidez e associar outro método (por exemplo: barreira) por 7 dias:

- Se > 7 dias da DUM, ou se em amenorréia.
- Se > 7 dias após abortamento.
- Se > 21 dias pós-parto se não estiver em amamentação.
- Após uso de contraceptivo de emergência.

Quando evitar

- Trombose Venosa Profunda (TVP) ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP) agudo: categoria 3.
- História de doença cardíaca isquêmica: categoria 3.
- Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) com anticorpo antifosfolípide positivo: categoria 3.
- Enxaqueca com aura, em qualquer idade: categoria 3.
- Sangramento uterino anormal não investigado: categoria 3.
- Câncer de mama: atual- categoria 4; passado ou sem evidência de doença nos últimos 5 anos- categoria 3.
- Adenoma hepatocelular: categoria 3.
- Câncer hepático: categoria 3.

Dispositivos intrauterinos - Diu de cobre (Tcu380A)

Apresenta duração de 10 anos após inserção.

Mecanismo de Ação

- Resposta inflamatória endometrial.
- Alteração da motilidade espermática.
- Modificação do muco cervical.

Quando iniciar

O DIU pode ser inserido em qualquer época, desde que se assegure que a paciente não esteja grávida.

A qualquer momento:

- Se < 7 dias da DUM.
- Pós-parto, se em amamentação exclusiva.
- Quando da troca de método contraceptivo regular anterior.
- Imediatamente após abortamento de 1º e 2º trimestre.
- Até 48 horas após o parto (normal ou cesárea).
- Como contraceptivo de emergência: até 5 dias da exposição.

Excluir gravidez sem necessidade de associar método:

- Se > 7 dias da DUM ou se em amenorreia.
- Se > 28 dias após o parto.
- Quando da troca de método.

Quando evitar

Entre 48 horas e 4 semanas pós-parto: categoria 3.

- Sepses puerperal: categoria 4.
- Infecção Sexualmente Transmissível (IST) com cervicite purulenta/ gonorréia ou clamídia: categoria 4 para início.
- Infecção por HIV com quadro clínico de doença grave ou avançada (Estágios 3 e 4 da OMS): categoria 3.

Dispositivos intrauterinos - DIU de Levonorgestrel (MIRENA®)

Apresenta duração de 5 anos após inserção.

Mecanismo de Ação

- Espessamento do muco cervical.

- Alteração da motilidade espermática.
- Menor resposta ao estradiol no endométrio.
- Efeito antiproliferativo endometrial.
- Inibição das mitoses endometriais.

Quando iniciar

A qualquer momento:

- Se < 7 dias da DUM.
- Até 48 horas após parto (normal ou cesárea).
- Até 7 dias após abortamento de 1º e 2º trimestre.
- Como contraceptivo de emergência: até 5 dias da exposição.

Excluir gravidez sem necessidade de associar método:

- Se > 12 dias da DUM, ou se em amenorreia.
- Se > 28 dias após o parto.
- Quando da troca de método.

Quando evitar

- Gestação confirmada: categoria 4.
- > 48 horas e menos de 4 semanas pós-parto: categoria 3.
- Sepses Puerperal ou pós abortamento: categoria 4.
- TVP/TEP: quadro agudo – categoria 3.
- LES com anticorpo antifosfolípide: categoria 3.
- História atual ou pregressa de Doença Cardíaca Isquêmica: categoria 3 para continuidade.
- Enxaqueca com aura: categoria 3 para continuidade.
- Doença trofoblástica gestacional: categoria 3/4.
- Câncer de Colo uterino: categoria 4 para início do método.
- Câncer de Mama atual: categoria 4; Se > 5 anos e sem evidência da doença: categoria 3.
- Câncer endometrial: categoria 4 para início do método.

- Câncer ovariano: categoria 3 para início do método.
- Miomatose uterina com distorção da cavidade: categoria 4.
- Doença Inflamatória Pélvica Aguda (DIPA): categoria 4 para início do método.
- IST com cervicite purulenta: categoria 4 para início.
- Infecção por HIV com quadro clínico de doença grave ou avançada (Estágios 3 e 4 da OMS): categoria 3.
- Tuberculose Pélvica: categoria 4 para início e categoria 3 para continuidade.
- Cirrose Severa descompensada: categoria 3.
- Adenoma hepatocelular: categoria 3.
- Câncer hepático: categoria 3.

Considerações

Tanto o DIU de Cobre como o SIU LNG podem ter como consequência mudanças no padrão de sangramento. O DIU de Cobre pode estar relacionado a aumento do fluxo menstrual e de dias da menstruação, além de surgimento ou piora de dismenorria. Os efeitos podem ser mais intensos nos primeiros meses de uso do método e é imprescindível que a paciente seja informada adequadamente sobre isso antes da inserção. Por outro lado, a mudança do padrão do sangramento com o SIU LNG pode se dar com diminuição do fluxo ou mesmo amenorria, e embora isto possa ser desejável para algumas pacientes, pode ser um efeito desagradável para outras, portanto, é também necessário que este efeito seja informado.

Há ainda uma chance maior de gravidez ectópica, em caso de gravidez por falha do método, entretanto, a chance global de gravidez ectópica termina por ser ainda baixa, uma vez que se tratam de métodos considerados muito eficazes.

É importante salientar também que existe um aumento do risco de Doença Inflamatória Pélvica Aguda (DIPA) nos primeiros 20 dias após inserção, deste modo é importante a orientação dos sinais

e sintomas típicos para que a paciente retorne para reavaliação caso eles ocorram, evitando assim complicações do quadro.

Outras considerações importantes são que há maior risco de expulsão do dispositivo no primeiro ano – 2-10%, podendo chegar a 30% após uma expulsão anterior. Há também em alguns casos relato de dor da parceria durante a relação sexual.

No momento da inserção a paciente pode apresentar reflexo vasovagal durante a inserção, e há também o risco, embora baixo, de perfuração uterina no momento da inserção.

Desvantagens do DIU LNG são a formação de cistos ovarianos, de modo geral foliculares e que regridem espontaneamente sem necessidade de tratamento. Algumas pacientes relatam ainda acne, cefaleia, mastalgia, náusea, mudanças de humor em uso deste DIU, o que pode ser um fator para a descontinuação do método.

É essencial frisar que antes da inserção do Dispositivo Intrauterino é importantíssimo que a paciente assine Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não há necessidade de ultrassom pélvico antes da inserção de DIU. O exame pélvico e de toque permitem definir tamanho e orientação do útero, além de verificar dor à mobilização do colo uterino e palpação de anexos. Mesmo após a inserção, a ultrassonografia só é necessária se houver dúvida quanto ao posicionamento ou suspeita de perfuração uterina.

As mulheres no período pós parto merecem especial atenção no que concerne à escolha do método a ser utilizado. Esta escolha deve levar em conta, além de fatores anteriormente citados a respeito de cada método, o tempo ideal após o parto para início e a presença ou ausência de amamentação.

Um resumo das principais opções disponíveis para contracepção no pós-parto está na Tabela 2.

Tabela 2: Opções para a contracepção no pós-parto.

MÉTODO	QUANDO INICIAR NO PÓS PARTO
Implanon	Imediatamente até seis semanas pós parto.
Dispositivos Intrauterinos	Imediatamente (10-15 minutos após dequitação da placenta) até 48h pós parto.
Injetável Trimestral	Seis semanas após o parto
Minipílula	Se amamentando: a partir de 6 semanas pós-parto, desde que em amenorreia. Se não está amamentando: 4 semanas pós parto (descartar gestação).
ACO Combinado	Se amamentando: após 6 meses do parto. Se não está amamentando: 4-6 semanas pós parto (descartar gestação).

Métodos irreversíveis

Abrange a esterilização feminina (ligadura tubária) e/ou masculina (vasectomia). Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade OU, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. A manifestação da vontade deve ser expressa mediante documento escrito e firmado pelo paciente e pelo parceiro (se houver).
- Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. Não devem ser realizados no momento do parto ou aborto, salvo em situações de cesarianas sucessivas anteriores, sob pena de reclusão.

Perfil da Instituição

Por se tratar de procedimento realizado em serviço de atenção primária, a inserção de DIU de cobre na instituição destina-se a projetos de extensão universitária e a casos de pacientes já acompanhadas por outras condições ginecológicas ou obstétricas com desejo e critérios para o uso do método. A MEAC dispõe de quantitativos restritos de Implanon® e Mirena®. Por esse motivo, a inserção de tais métodos na instituição é direcionada para os seguintes grupos de maior vulnerabilidade:

- Adolescentes
- Usuárias de drogas ilícitas
- Portadoras de agravos mentais
- Revisões de parto de gestação de alto risco.

A laqueadura tubária, por sua vez, restringe-se a casos de cesarianas sucessivas (duas ou mais cesáreas anteriores) e/ou pacientes cuja gravidez represente risco grave à saúde ou à vida da mulher ou do futuro concepto, respeitando e seguindo os critérios e condições previstos em lei.

Referências

ACOG Practice Bulletin. Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Number 206.

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.

CONTRACEPTION, 2019. Can initial vaginal bleeding patterns in etonogestrel implant users predict subsequent bleeding in the first 2 years of use? Mansour, D et. al.

FEBRASGO, 2015. Manual de anticoncepção. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.

OMS, 2015. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Organização Mundial de Saúde, 5ª Edição, 2015.

OMS, 2016. Selected practice recommendations for contraceptive use. Department of Reproductive Health and Research, Organização Mundial de Saúde, 3ª Edição, 2016.

OMS and Johns Hopkins, 2018. Family Planning, a global handbook for providers. Terceira edição revisada, 2018.

UPTODATE, 2020. Postpartum Contraception: Counseling and Methods. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-contraception-counseling-and-methods>

WANNMACHER, 2006. Novas opções contraceptivas. Acesso em 07/08/2020 em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48_7-novas-opcoes-contraceptivas-v-3-n-7-2005-7&category_slug=uso-racionalmedicamentos-685&Itemid=965.

WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4ª ed, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publication/2009/9789241563888_eng.pdf.

WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5ª ed, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9.

PUBERDADE PRECOCE

Louise Martins Nunes

Luis Carlos Belmino Barreto

Maria Tereza Pinto Medeiros Dias

Zenilda Vieira Bruno

Introdução

A puberdade é uma fase de desenvolvimento físico, mental e social extremamente sensível para meninas e meninos, apresentando acelerado crescimento e desenvolvimento da função reprodutiva. É um processo complexo e multifatorial e que é afetado pelos fatores genéticos, nutricionais, ambientais e socioeconômico, resultando na reativação do eixo Hipotálamo-Hipófise-Gônada (HHG). A secreção do hormônio hipotalâmico GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas), das gonadotrofinas LH (hormônio luteinizante) e FSH (hormônio folículo estimulante) e dos esteróides sexuais (estradiol) provocam as manifestações da puberdade, tanto externas (desenvolvimento de mamas: telarca), como internas (modificações de útero, ovários). Os pelos pubianos (pubarca) se desenvolvem independentemente da ativação do eixo HHG, principalmente através do efeito dos androgênios secretados pelas glândulas adrenais (adrenarca).

Nas meninas, a puberdade começa entre os oito e doze anos de idade, em geral, na seguinte ordem: telarca, pubarca, estirão puberal e menarca. Inicialmente os ciclos são irregulares e anovulatórios devido à imaturidade do eixo, se tornando regulares em média dois anos após a menarca.

Definição

A clássica definição de puberdade precoce, em meninas, é o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários antes dos oito anos ou menarca antes dos nove anos de idade.

Classificação

A puberdade precoce (PP) é classificada em:

- Variante do desenvolvimento puberal normal
- Puberdade precoce central
- Puberdade precoce periférica

Variante normal da puberdade

- Telarca precoce: Desenvolvimento mamário unilateral ou bilateral isolado sem outros sinais de PP. Geralmente é uma condição benigna que ocorre desde o nascimento até os três anos. A velocidade de crescimento e idade óssea permanece adequada para a idade cronológica.
- Pubarca precoce: Surgimento dos pelos pubianos antes dos oito anos em meninas. Pode ocorrer a presença de odor, acne e pêlos axilares associados, mas a progressão da puberdade e a altura final são normais, assim como os níveis séricos de androgênios.
- Menarca precoce: É caracterizada pela presença de sangramento vaginal isolado antes da idade de nove anos sem outros sinais de puberdade ou avanço da idade óssea. As concentrações de gonadotrofinas e de estradiol estão na faixa de normalidade pré-púberes.

Puberdade precoce central (PPC)

Etiologia

- Idiopática (90%)
- Causas genéticas:
 - ✓ Ativação das mutações nos genes KISS1R e KISS1.
 - ✓ Mutações inativas no gene Makorin Ring-Finger 3 (MKRN3) em PPC familiar.
 - ✓ Anormalidades cromossômicas.
- Lesões do Sistema Nervoso Central:
 - ✓ Congênitas: Hamartoma hipotalâmico, cisto aracnóide, hidrocefalia, espinha bífida, meningomielocelo, esclerose tuberosa.
 - ✓ Adquiridas: Tumores, processos inflamatórios (abscessos, meningites, encefalites, sarcoidites, tuberculose), radiação, asfixia perinatal, trauma.
- Outras condições: Secundária a exposição crônica de hormônios sexuais ou distúrbios endócrinos.

Puberdade precoce periférica

É também conhecida como “puberdade precoce independente de gonadotrofinas (PPIG)” ou “Pseudo Puberdade Precoce” (PPP). Surge como resultado da exposição aos esteróides sexuais exógenos ou endógenos, independentemente da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.

O espectro etiológico da PPIG é amplo e inclui a hiperplasia adrenal congênita (HAC) que leva a puberdade precoce heterossexual na menina, com aparecimento de acne, aumento de pelos e virilização da genitália; síndrome de McCune-Albright (SMA); testotoxicose ou FMPP (Familial Male-Limited Precocious Puberty), cistos ovarianos funcionais, tumores secretores de HCG, tumores de ovário e adrenais produtores de esteróides, síndrome do excesso de aromatase, e hipotireoidismo (síndrome de Van Wyk-Grumbach).

Pode ocorrer ainda por uso inadvertido de estrogênio pela criança ou contato frequente com pomada ou cremes de estrogênio materno.

Com exceção da HAC, cada etiologia é rara e há poucos estudos sobre suas frequências, ou as características clínicas e laboratoriais.

Diagnóstico

Diagnóstico clínico

Para avaliar a paciente com puberdade precoce, o médico deve saber a cronologia dos eventos puberais, a velocidade de crescimento e a progressão da maturação óssea. A progressão de um estágio puberal para outro em menos de seis meses e a velocidade de crescimento acima de seis centímetros/ano caracterizam uma condição patológica.

O principal objetivo da avaliação etiológica da paciente com puberdade precoce é identificar condições benignas de outras causas como tumores, que exigem uma ação imediata e objetiva. O estágio de desenvolvimento puberal é determinado pela classificação de Tanner e Marshall.

A história clínica deve sempre ser o primeiro passo diagnóstico, e a investigação deve incluir condições de nascimento, história de trauma perinatal, infecções prévias, ingestão acidental de drogas, uso de cremes ou pomadas e a história familiar. Sintomas neurológicos também devem ser investigados, como cefaléia, aumento do perímetro cefálico e alterações do campo visual. Manifestações clínicas antes dos quatro anos sugerem causas orgânicas, particularmente, hamartomas hipotalâmicos.

O exame físico deve incluir informações sobre peso, altura e estágio puberal. Deve também investigar a presença de neurofibromas e manchas café-com-leite de bordas regulares que são sugestivas de neurofibromatose e são relacionadas com PPC (associadas com glioma óptico). Manchas café com leite com bordas irregulares podem sugerir a síndrome de McCune-Albright, que se associa com puberdade precoce periférica de etiologia ovariana.

Diagnóstico laboratorial

A medição laboratorial de gonadotrofinas (principalmente LH) no início e / ou após estimulação com GnRH é recomendada para documentar a ativação do eixo gonadal.

Vários métodos laboratoriais com alta sensibilidade para medir os níveis de gonadotropinas estão disponíveis, incluindo imunofluorométricos (IFMA), imunoquímicos mineração (ICMA) e eletroquimioluminescência (ECL). Valores basais de LH > 0,6 UI/L (IFMA) ou > 0,3 UI/L (ICMA, ECL) em ambos sexos são considerados puberais. Entretanto, os valores de LH basais são oscilantes, tendo a sensibilidade variando entre 60 e 100%, dependendo do valor de corte e da metodologia laboratorial.

Em paciente com precocidade de aparecimento de caracteres sexuais e valores de LH pré-puberais, o teste de estímulo com de GnRH (100 mcg endovenoso) é indicado para estabelecer o nível de ativação do eixo gonadotrófico. Concentrações dos níveis de LH maiores que 5 UI/L confirmam o diagnóstico em ambos os sexos. Quando o teste é realizado com análogo de GnRH (leuprorrelina 3,75mg), valores de LH que confirmam diagnóstico são maiores que 10 UI/L (IFMA) ou maiores que 8 UI/L (ICMA, ECL).

Imagens

Em pacientes com puberdade precoce, a idade óssea é frequentemente avançada, e quando o avanço excede um ano ou dois desvios-padrão (DP), é considerado significativo.

A ultrassonografia pélvica não é utilizada no diagnóstico de puberdade precoce, mas nas meninas, ajuda a determinar o volume uterino e ovariano e é um método sensível para detectar cistos e lesões neoplásicas. Um volume ovariano > 1 cm³ e comprimento uterino > 35 mm indicam estimulação hormonal e podem ser um parâmetro laboratorial adicional para avaliar meninas com puberdade precoce.

Essa medida é particularmente útil nas meninas menores de 3 anos, quando valores basais de LH e o teste de GnRH são menos confiáveis.

A ressonância magnética de crânio deve ser realizada a fim de procurar uma possível causa orgânica nas meninas menores de 6 anos com diagnóstico clínico e laboratorial de puberdade precoce central. Em meninas maiores de 8 anos, também deve ser realizada naquelas em que houver suspeita clínica de lesão no SNC.

Estudos moleculares

Em todos os casos de PPC idiopática com ou sem história familiar, é indicado o estudo molecular do gene MKRN3, recentemente implicado na etiologia genética da PPC, e pode elucidar a base genética da PPC. De fato, a MKRN3 representa a causa genética mais comum de PPC. Na PPC familiar, os defeitos de MKRN3 foram encontrados em cerca de 30% das famílias enquanto em pacientes com casos esporádicos de PPC em familiares os MKRN3 defeituosos foram detectados em cerca de 8% dos casos.

Tratamento

Puberdade Precoce Central

O tratamento da puberdade precoce visa interromper a maturação sexual até atingir a idade normal para o desenvolvimento puberal, retardar a maturação esquelética, preservar o potencial de altura normal (dentro da faixa da altura alvo), evitar desproporções corporais e promover o ajuste psicossocial do paciente e sua família.

O tratamento de escolha é o agonista do GnRH (GnRHa), um decapeptídeo sintético que se liga ao receptor de GnRH de forma mais estável e duradoura, promovendo a endocitose e reduzindo a quantidade de receptores (*down-regulation*).

Dos GnRHa disponíveis, o acetato de leuprorrelina (LA) e a triptorrelina são os mais comumente utilizados, e sua eficácia e

segurança no tratamento da PPC têm sido demonstradas por diversos estudos. A dose de GnRHa utilizada para tratar a PPC é de 75-100 µg/kg. Na prática, isto corresponde a 3,75 mg administrados por via intramuscular ou subcutânea a cada 28 dias.

No Brasil, a recente aprovação de LA de depósito (11,25 mg) a cada 3 meses para tratar PPC melhorou a aderência, e trouxe resultados terapêuticos satisfatórios.

O tratamento cirúrgico das lesões do SNC associadas ao PPC está indicado tanto para as lesões congênitas como para as malformações. Outras modalidades de tratamento, tais como a quimioterapia ou radioterapia, são reservados para tumores de células germinativas.

A cirurgia é indicada como tratamento para os tumores gonadais. Os papéis da quimioterapia pós-operatória e da radioterapia nos tumores das células da granulosa do ovário no estágio I ou após a ressecção completa não foram definidos. Para os cistos ovarianos grandes (aqueles que são maiores que 20 ml de volume [3,4 cm de diâmetro] e, em particular, os que têm mais de 75 ml de volume [5,2 cm de diâmetro]), a punção deve ser considerada devido ao risco de torção anexial. Se houver exposição aos esteróides sexuais exógenos, este deve ser retirado.

Os inibidores da aromatase foram utilizados para inibir a produção de estrogênios e os moduladores seletivos de receptores de estrogênio têm sido utilizados para interferir com a ação dos estrogênios na síndrome de McCune-Albright.

Monitorização do tratamento

O tratamento da PPC com GnRHa é monitorado por avaliações clínicas e laboratoriais. Parâmetros de bom controle clínico incluem a estabilização ou regressão de características sexuais secundárias, diminuição da velocidade de crescimento, e melhoria na previsão de altura final. O exame clínico com avaliação do estágio puberal (Tanner), do crescimento linear e da tolerância e efeitos adversos do tratamento

deve ser feito a cada 3 meses. A idade óssea deve ser monitorada anualmente em casos com controle clínico e hormonal adequado, ou semestralmente em casos que sugerem controle inadequado. O parâmetro laboratorial de escolha é a medição dos valores de LH após GnRH α mensal ou trimestral, visando níveis abaixo de 4 UI/L.

A idade óssea de 12,5 anos indica o melhor momento para retirar a terapia com o objetivo de alcançar uma altura final normal dentro do potencial genético.

Conclusão

A puberdade é um processo multifatorial. A decisão de tratar o PPC, principalmente nas meninas, é baseado em dados clínicos e antropométricos e avanço da idade óssea. O tratamento com GnRH α , nos casos de PPC mostrou-se primeira linha e apresentou avanços significativos nos últimos anos.

Referências

ATAY, Z et al. The Etiology and Clinical Features of Non-CAH Gonadotropin-Independent Precocious Puberty: A Multicenter Study. *J Clin Endocrinol Metab*, 2016 May; 101(5):1980–88.

BRITO VN, et al. Central precocious puberty: revisiting the diagnosis and therapeutic management. *Arch Endocrinol Metab*. 2016; 60(2): 163-71.

CAREL JC, et al. Consensus Statement on the Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children. *Pediatrics* 2009; 123:752-62.

CCAREL JC, LÉGER J. Precocious Puberty. *N Engl J Med*, 2008; 358: 2366-77.

GUARAL F, et al. Long-term outcomes of the treatment of central precocious puberty. *Eur J Endoc* 2016. 174 ;79-87.

LATRONICO A. C., BRITO V. N., & CAREL, J. C. (2016). Causes, diagnosis, and treatment of central precocious puberty. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 4(3), 265-274.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Puberdade Precoce Central. 2017.

MONTE, O; LONGUI, CA; CALLIARI, LEP. Puberdade precoce: Diagnóstico e tratamento. Arq Bras Endocrinol Metab 2001. Agosto; 45(4): 321-30.

PUBERDADE TARDIA

Isadora Freitas Peixoto Paz

Luís Carlos Belmino

Maria Tereza Pinto Medeiros Dias

Zenilda Vieira Bruno

Introdução

A puberdade tardia ocorre em aproximadamente 5% dos indivíduos aparentemente saudáveis em uma população e é definida quando há ausência ou desenvolvimento incompleto dos caracteres sexuais secundários em uma idade na qual 95% das crianças do mesmo sexo já iniciaram o desenvolvimento puberal. No sexo feminino, caracteriza-se quando não surge telarca até os 13 anos de idade ou quando a menstruação não ocorre após 5 anos do início da puberdade.

Etiologia

A puberdade tardia é causada pelo hipogonadismo, que pode ser decorrente de um eixo hipotálamo-hipofisário inativo (hipogonadismo hipogonadotrófico) ou de insuficiência gonadal primária (hipogonadismo hipergonadotrófico). A etiologia mais comum da puberdade tardia é resultado de um hipogonadismo hipogonadotrófico devido a um atraso funcional na produção do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH). Esse atraso pode ocorrer em variações genéticas individuais, como o atraso constitucional do crescimento e puberdade, em doenças crônicas e na desnutrição.

Hipogonadismo hipogonadotrófico

Caracteriza-se por concentrações séricas baixas de estrogênio e concentrações séricas baixas ou normais de FSH e LH.

- Atraso constitucional do crescimento e puberdade
- Deficiência isolada do hormônio liberador de gonadotrofinas
- Desnutrição/Anorexia nervosa
- Doenças crônicas (doença inflamatória intestinal, doença celíaca)
- Hipotireoidismo
- Exercício excessivo
- Defeitos genéticos (Síndrome de Kallman)
- Anormalidades anatômicas (tumores hipotalâmicos e hipofisários)
- Hiperprolactinemia
- Hemocromatose

Hipogonadismo hipergonadotrófico

Caracteriza-se por baixas concentrações séricas de estrogênio e altas concentrações séricas de LH e FSH.

- Síndrome de Turner
- Disgenesias gonadais
- Ooforite auto-imune
- Resistência ovariana a ação das gonadotrofinas
- Secundária a destruição ovariana (quimioterapia, infecção, irradiação, cirurgia, traumatismo)

Diagnóstico

A investigação deve-se iniciar com uma história clínica detalhada e exame físico completo para direcionar, se necessário, possíveis testes bioquímicos ou exames de imagem.

Anamnese

- História médica completa com informações de estado nutricional, do desenvolvimento, prática de exercícios e problemas psicológicos. Detalhes do nascimento, padrões de crescimento na infância; cefaleia, alterações visuais (tumor hipofisário).
- Defeitos de linha média (palato fendido), displasia septo-óptica.
- Uso de medicações, quimioterapia ou radioterapia prévia na região hipotálamo-hipofisária ou gonadal.
- Alterações do olfato (anosmia ou hiposmia).
- Estigmas associados: Síndrome de Turner, Prader Willi, Laurence-Moon-Biedl.
- História pessoal de doenças crônicas, doenças auto-imunes ou doenças endócrinas devem ser obtidos, principalmente sintomas de Hipotireoidismo.
- História familiar de atraso puberal ou hipogonadismo.
- Idade do surgimento da puberdade nos pais e irmãos.
- Consanguinidade entre os pais.

Exame físico

- Peso, altura, envergadura, distância púbis-chão e púbis-vértice, para avaliar presença de proporções eunucoides.
- Estadiamento puberal pelos critérios de Tanner.
- Atentar para alterações fenotípicas de doenças genéticas.
- Avaliar senso de cheiro.
- Palpação inguinal (testículos ocultos).

Exames laboratoriais

- FSH, LH e estradiol
- Prolactina
- TSH e T4 livre;
- Cortisol e IGF1 se suspeitar de hipopituitarismo.

Teste do GnRH

Não é recomendado, pois não ajuda a distinguir entre atraso constitucional do crescimento e puberdade e deficiência isolada do hormônio liberador de gonadotrofinas.

Idade óssea

- Radiografia de punho para avaliar idade óssea.
- Pacientes com atraso constitucional do crescimento e puberdade, geralmente, tem idade óssea atrasada em 20%, em comparação com a idade cronológica.

Ultrassonografia pélvica

Se o volume ovariano é >2ml e o comprimento do útero >35mm, puberdade é iminente.

Cariótipo

Deve ser realizado nos casos de hipogonadismo hipergonadrotófico, se a história não pode explicar a patologia gonadal.

- XX – Disgenesia gonadal
- X0 – Síndrome de Turner
- XY – Insensibilidade androgênica. Pode ou não haver virilização
- Mosaicos – Várias combinações possíveis.

Ressonância Magnética do Crânio

Nas deficiências de gonadotrofinas, a RM é muito eficiente em mostrar doenças hipofisárias ou hipotalâmicas (tumores e processos inflamatórios):

- Agenesia de bulbos, tratos e sulcos olfatórios é encontrada na síndrome de Kallmann.
- Defeitos de linha média (ex: ausência do septum pellucidum, neurohipófise ectópica).

Tratamento

A maioria dos pacientes com puberdade tardia terá hipogonadismo hipogonadotrófico sem uma doença específica subjacente, como citado anteriormente, sendo as principais causas atraso constitucional do crescimento e puberdade ou deficiência isolada do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRh). Inicialmente, a diferenciação entre essas duas condições é extremamente difícil, sendo possível apenas com o decorrer do tempo e com observação em série. Assim, o tratamento inicial é o mesmo para ambas as situações. Existem duas opções de tratamento: a espera vigilante, com apoio psicológico para a paciente e a família, e a terapia hormonal de curto prazo com estradiol.

A terapia hormonal é indicada nas seguintes situações:

- Meninas com mais de 12 anos que apresentam poucos ou nenhum sinal de puberdade.
- Atraso puberal grave.
- Sofrimento ou ansiedade significativos que não são resolvidos com o apoio psicológico.

Os objetivos do tratamento são garantir o desenvolvimento puberal pleno e a indução do estirão de crescimento sem causar o fechamento epifisário prematuro. O desenvolvimento mamário deve ser realizado, de preferência, antes dos 14 anos de idade, pois a resposta mamária é melhor.

A via de administração de preferência é a transdérmica, em forma de adesivo ou gel. Porém, algumas vezes não se consegue esta apresentação no mercado ou nas farmácias ambulatoriais do SUS.

A terapia transdérmica é realizada com o adesivo de 17-beta estradiol e deve ser realizada da seguinte maneira:

- Começar com um quarto do adesivo que forneça 25mcg/dia de 17-beta estradiol, obtendo-se uma dose de 6,25mcg/dia; a cada 6 meses vai aumentando a dose, para metade do adesivo,

obtendo-se 12,5mcg/dia, depois para três quartos do adesivo, obtendo-se 18,75mcg/dia e com 24 meses, todo o adesivo, obtendo-se 25mcg/dia.

A outra opção é a via oral. Inicialmente utilizam-se doses baixas de estradiol e o aumento vai ocorrendo gradualmente. Pode-se começar com 0,5 mg/dia - depois 1,0 mg/dia - depois 2,0 mg/dia de estradiol. Existem apresentações comerciais de comprimidos de 1,0 mg e 2,0 mg. Normalmente, após dois anos do uso de estrogênio isoladamente, deve-se iniciar a utilização da progesterona de forma cíclica, de preferência a micronizada, ou o acetato de medroxiprogesterona na dose de 5 a 10 mg por dia, durante 10 dias em cada ciclo. Para o tratamento mais prolongado pode se fazer o anticoncepcional combinado depois do desenvolvimento das mamas.

A terapia com estradiol pode ser interrompida intermitentemente, por períodos de um a três meses, para verificar se ocorre a menstruação de forma espontânea. Se ocorrer a menstruação, nos casos de atraso constitucional do desenvolvimento e puberdade, a terapia com estradiol pode ser suspensa.

Os pacientes que não desenvolvem menstruação espontânea e que possuem mais de 18 anos, provavelmente apresentam deficiência isolada de GnRh e precisarão manter a reposição de estrogênio e progesterona até a idade que seria normal a menopausa, 50 anos para prevenir a osteoporose, assim como aquelas com deficiência estrogênica por causa gonadal.

Nos casos de puberdade tardia em que um distúrbio específico é identificado, deve-se estabelecer um tratamento específico, como reposição de hormônio tireoidiano nos casos de hipotireoidismo, tratamento da doença inflamatória intestinal ou celíaca e excisão cirúrgica no craniofaringioma.

Referências

CROWLEY, W F; PITTELOUD, N. Approach to the patient with delayed puberty. Uptodate. 2021.

DWYER, A A, et al. Hypogonadism in adolescence. Eur J Endoc 2015;173(1):15-24.

MATSUZAKI, C N; NARDE, I; ALMEIDA, J A M. Puberdade Normal, Precoce e Tardia; In: Fernandes, C E; Sá, M F S; Silva Filho, A L. Tratado de Ginecologia: FEBRASGO. Rio de Janeiro, Elsevier, 2019.

TAYLOR, H S; PAL, L; SELI, E. Speroff's Clinical gynecologic and infertility. Philadelphia, Ninth Edition, Wolters Kluwer, 2020.

VILLANEUVA, C; ARGENTE, J. Pathology or Normal Variant: What Constitutes a Delay in Puberty? Horm Res Paediatr, 2014 jul <https://www.karger.com/Article/PDF/362600>.

RASTREIO E INTERPRETAÇÃO DO LAUDO CITOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL

*Karla Maria Rêgo Leopoldo Melo
Nadiejda Mendonça Aguiar Nobre
Raquel Autran Coelho Peixoto*

Introdução

A realização periódica de exame citopatológico é a estratégia adotada para rastreamento de câncer de colo do útero e suas lesões precursoras. O resultado do exame define a necessidade de encaminhamento a serviço especializado ou acompanhamento em nível de atenção básica.

Em junho de 2020, a Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC) apresentou uma atualização da Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos do colo do útero. As modificações seguem o propósito de uniformização da linguagem e obedecem a classificação e categorias baseadas no Sistema Bethesda. Esta nova terminologia irá compor os laudos das avaliações citopatológicas emitidas, inclusive pelos laboratórios vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

A nova nomenclatura foi aprovada unanimemente pela diretoria da SBC bem como em consulta pública e contempla a emissão de laudos citopatológicos para amostras obtidas da cérvix e/ou apenas da vagina (quando tratar-se de pacientes hysterectomizadas), de escovado endocervical e de canal anal, cujas células e nomenclatura aplicadas às atípicas são idênticas às observadas em cérvix.

Recomendações para rastreamento

Segundo as Diretrizes brasileiras para rastreamento de câncer de colo do útero – Ministério da Saúde/INCA, 2016 – existe a recomendação de:

- Início: aos 25 anos.
- Método: exame citopatológico.
- Intervalo: anual e, após 2 exames negativos consecutivos, trienal.
- Interromper: aos 64 anos, nas mulheres sem histórico de lesões cervicais que tiveram pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

Em pacientes que realizaram histerectomia total por doença benigna, sem histórico de lesões cervicais de alto grau e com citologias anteriores normais, não é necessário seguir rastreamento. Também não é recomendado rastreamento em pacientes que não iniciaram vida sexual.

Em mulheres imunossuprimidas, deve-se iniciar rastreio após o início da atividade sexual, semestral no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual.

O rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não mostrou impacto na redução da incidência ou mortalidade por câncer do colo do útero.

Diferentemente da diretriz brasileira, a American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) recomenda iniciar o rastreio com citologia oncológica aos 21 anos de idade e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2010) orienta que rastreio para câncer de colo uterino em mulheres jovens seja iniciado após três anos do início da atividade sexual.

Tipos de amostra

- Convencional
- Meio líquido

Adequabilidade da amostra

Insatisfatória

A amostra é considerada insatisfatória quando existe algum erro ou ausência de identificação da lâmina ou danificação da mesma; quando material é acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço, ou ainda quando em mais de 75% do esfregaço há sangue, piócitos, artefatos de dessecação, sobreposição celular intensa ou contaminantes externos.

Nestes casos, o exame deve ser repetido em 6 a 12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório.

Satisfatória

A amostra é considerada satisfatória quando as células estão presentes em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas. Representatividade do componente endocervical e da zona de transformação pode estar presente ou ausente.

Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos do colo do útero

Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade na amostra

Achados não neoplásicos:

- Variações celulares não neoplásicas:
 - ✓ Metaplasia escamosa
 - ✓ Alterações ceratóticas
 - ✓ Metaplasia tubária
 - ✓ Atrofia
 - ✓ Alterações relacionadas a gravidez.

- Alterações celulares reativas associadas a:
 - ✓ Inflamação (inclui reparo típico)
 - ✓ Cervicite linfocítica / folicular
 - ✓ Radiação
 - ✓ Dispositivo intrauterino (DIU)

- Células glandulares pós histerectomia.

- Organismos:
 - ✓ *Trichomonas vaginalis*
 - ✓ Organismos fúngicos morfológicamente consistentes com *Candida* sp
 - ✓ Desvio da flora sugestivo de vaginose bacteriana
 - ✓ Bactérias morfológicamente consistentes com *Actinomyces* sp
 - ✓ Alterações celulares consistentes com vírus herpes simples
 - ✓ Alterações celulares consistentes com citomegalovírus.

- Outros:
 - ✓ Células endometriais (em mulheres com idade igual ou superior a 45 anos).

Anormalidades em células epiteliais

- Escamosas
 - ✓ Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
 - ✓ Células escamosas atípicas, não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)
 - ✓ Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)
 - ✓ Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)
 - ✓ Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) com características suspeitas de invasão
 - ✓ Carcinoma de células escamosas

- Glandulares
- ✓ Células endocervicais atípicas, sem outras especificações (SOE)
- ✓ Células endometriais atípicas, sem outras especificações (SOE)
- ✓ Células glandulares atípicas, sem outras especificações (SOE)
- ✓ Células endocervicais atípicas, favorecendo neoplasia
- ✓ Células glandulares atípicas, favorecendo neoplasia
- ✓ Adenocarcinoma endocervical “in situ”
- ✓ Adenocarcinoma endocervical
- ✓ Adenocarcinoma endometrial
- ✓ Adenocarcinoma extrauterino
- ✓ Adenocarcinoma, sem outras especificações (SOE)

Manejo dos principais resultados citológicos (mulheres ≥ 25 anos)

Citologia insatisfatória

Recomenda-se repetir citologia com 2 a 4 meses (Tratar atrofia ou inflamação se necessário).

Citologia negativa sem componente glandular ou metaplásico

A presença de células endocervicais ou metaplásicas é uma boa indicadora de qualidade na coleta, já que na junção escamo-colunar é onde se originam a maioria dos cânceres de colo do útero, portanto a ausência de sua representação pode não propiciar todos os benefícios do exame. Recomenda-se, portanto, que mulheres com esfregaços normais somente com células escamosas repitam exame com intervalo de um ano.

Citologia negativa com células endometriais (mulheres ≥ 45 anos)

Tais alterações podem sinalizar alguma anormalidade glandular do endométrio. Recomenda-se avaliar investigação da cavidade endometrial.

Citologia negativa com atrofia

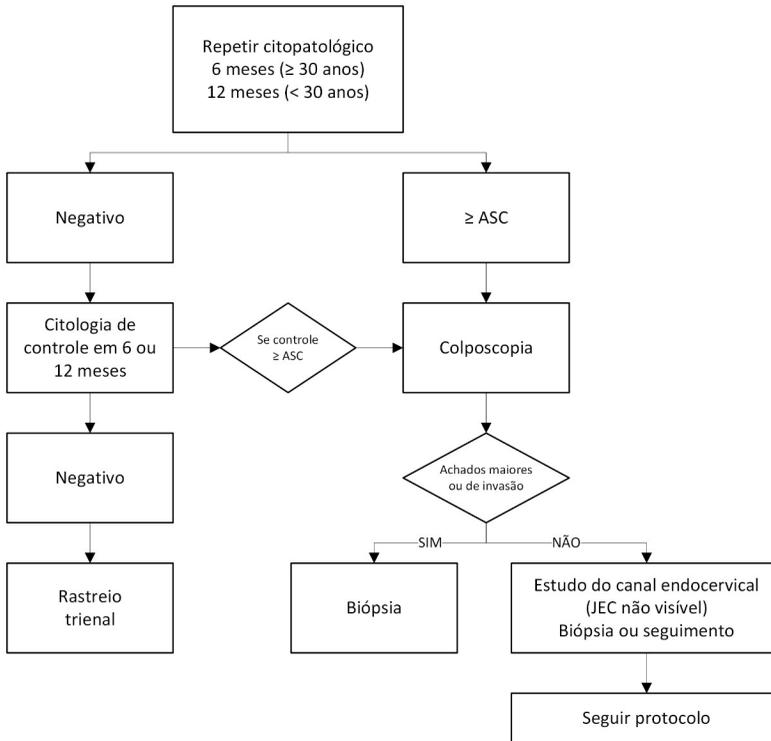
Na presença de atrofia, recomenda-se seguir a rotina de rastreamento citológico como para as mulheres com resultado normal, exceto se o laudo mencionar dificuldade de leitura decorrente de atrofia. Nestes casos, repetir o exame após tratamento tópico da paciente com estrogênio vaginal por 21 dias.

Citologia negativa com inflamação

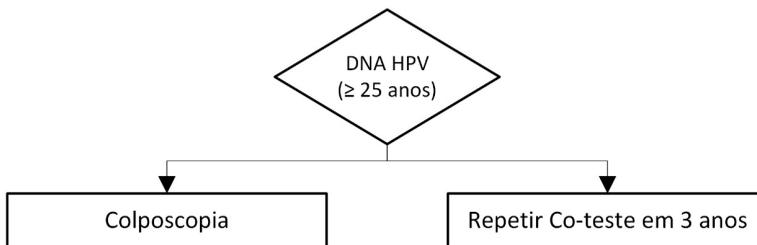
Na presença de inflamação sem identificação do agente e havendo queixa de corrimento ou conteúdo vaginal anormal, a paciente deverá ser conduzida conforme diretriz direcionada para o tratamento de corrimento genital e doenças sexualmente transmissíveis. Na ausência de queixa ou evidência clínica de colpíte, não há necessidade de encaminhamento para exame ginecológico ou tratamento ou repetição do exame citopatológico. Se achados microbiológicos: tratar se sintomatologia e presença de *Gardnerella*, *Mobiluncus sp*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp*, *Actinomyces sp*. Fazem parte da microbiota normal: lactobacilos, cocos e bacilos.

Recomenda-se seguir a rotina de rastreamento citológico para as mulheres com resultado normal.

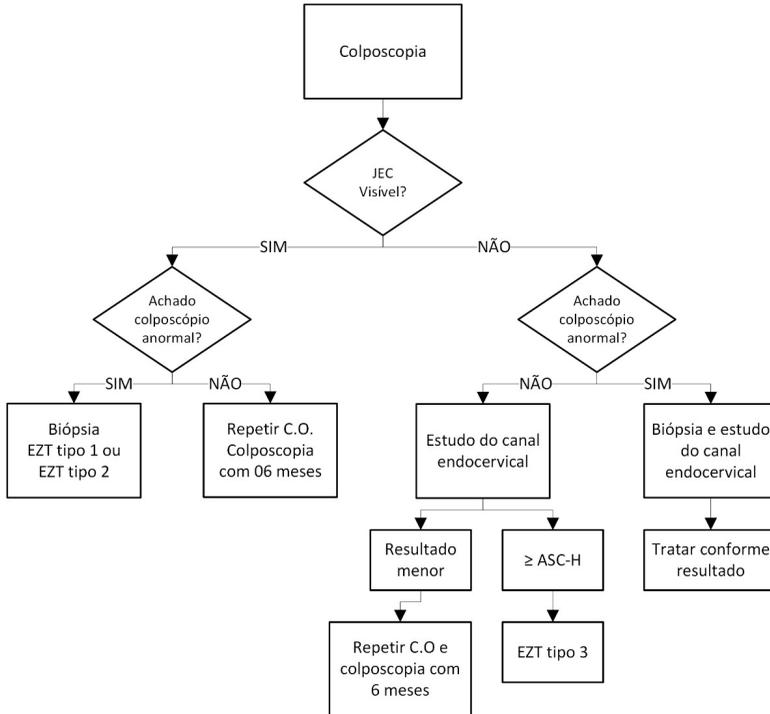
ASC-US (Células escamosas atípicas de significado indeterminado)



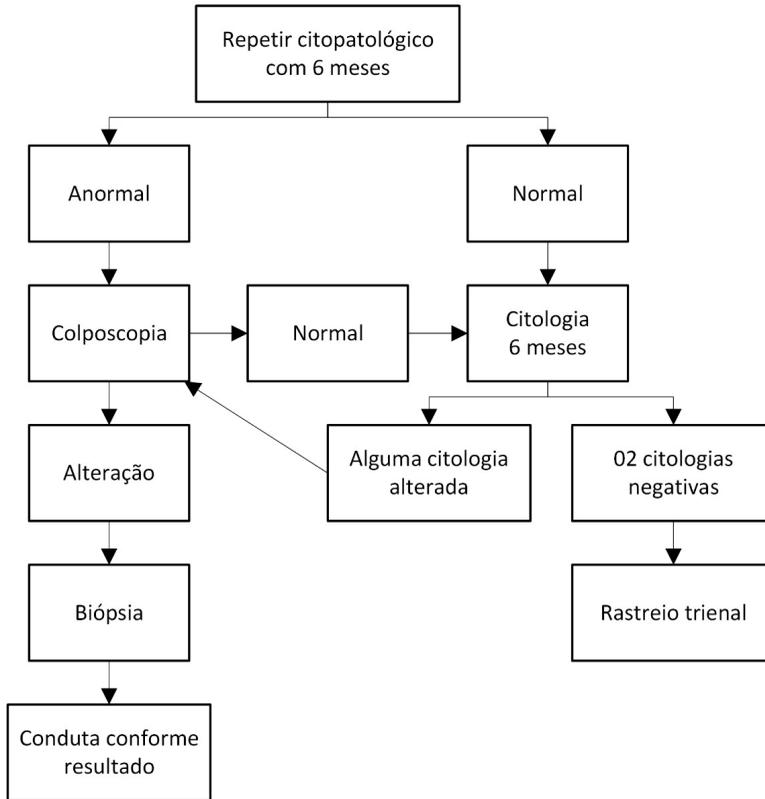
2ª Opção (Após primeiro resultado ASC-US)



ASC-H (Células escamosas atípicas não podendo excluir HSIL)



LSIL (Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau)



O Ministério da Saúde recomenda seguimento citológico em 6 meses. Já a ASCCP recomenda colposcopia após um único exame citopatológico com resultado de LSIL.

HSIL (Lesão intraepitelial escamosa de alto grau)

Recomenda-se encaminhamento imediato para colposcopia. Na presença de achados colposcópicos maiores é preferível realizar a exérese da zona de transformação (EZT) sem biópsia prévia, procedimento também conhecido como “ver e tratar”. Esse procedimento

possibilita tratamento ambulatorial, com menor perda de seguimento, comparável ao procedimento com biópsia prévia e sem risco de sobretratamento desde que, além da colposcopia com achados maiores, a junção escamocolunar (JEC) seja visível, a lesão seja restrita ao colo e não haja suspeita de lesão glandular ou invasão.

Na suspeita de invasão, deve – se realizar biópsia da área suspeita e tratar conforme resultado.

Quando a colposcopia for normal e a JEC for visível, sendo descartada lesão em vagina, deve-se pedir revisão de lâmina ou, caso não seja possível, deve-se realizar escovado endocervical e tratar conforme resultado.

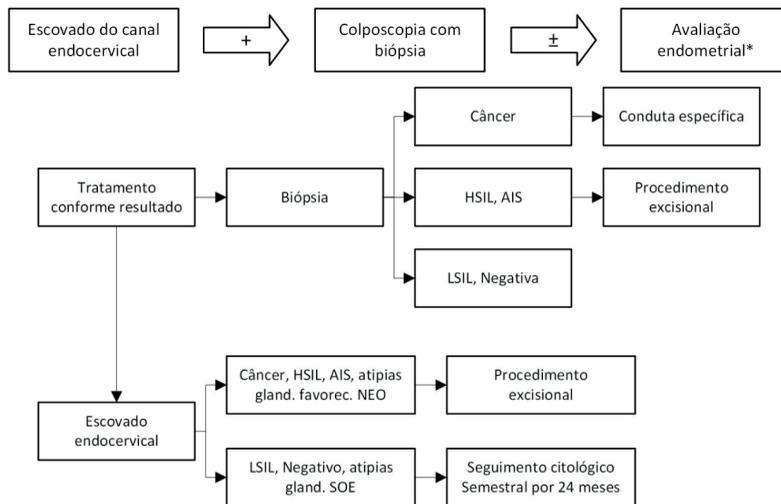
Quando a colposcopia for normal e a JEC não for visível, a lesão pode estar endocervical, então é recomendado realizar EZT para estudo do canal.

Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma de células escamosas

Todas as pacientes com este resultado citológico devem ser encaminhadas imediatamente à colposcopia. Se este exame for sugestivo de invasão, uma biópsia deve ser realizada. Se confirmado câncer, encaminhar para tratamento específico.

Quando a colposcopia não tem achados sugestivos de invasão, a paciente deve ser submetida a procedimento excisional conforme a zona de transformação. O tratamento vai depender do resultado do histopatológico.

Anormalidades de células epiteliais glandulares ou endocervicais, SOE.



*Em mulheres com mais de 35 anos, nos casos de sangramento uterino anormal ou citologia sugestiva de origem endometrial.

Fonte: Elaborado pelo autor

Células atípicas glandulares ou endocervicais, favorecendo neoplasia; adenocarcinoma endocervical in situ (AIS) ou adenocarcinoma endocervical

Pacientes com este resultado citológico devem ser encaminhadas imediatamente à colposcopia. Avaliação endometrial é recomendada em mulheres com mais de 35 anos ou sangramento uterino anormal, ou com resultado sugestivo de origem endometrial.

Na colposcopia, se houver achado sugestivo de invasão, deve ser realizada a biópsia. Se confirmado câncer, encaminhar para tratamento específico; caso a biópsia descarte invasão, encaminhar para excisão tipo 3 (preferencialmente cone frio).

Se durante a colposcopia, não houver achado sugestivo de invasão, a paciente deve ser submetida a procedimento excisional e tratada conforme resultado.

Situações especiais

Mulheres com menos de 25 anos

Pelas diretrizes brasileiras, a população de mulheres com esta faixa etária não está incluída no rastreio, porém se for realizado citologia oncológica cervical e o resultado for ASC-US ou LSIL, recomenda-se repetição da citologia com 3 anos.

Se o resultado for superior, ASC-H, HSIL+, ou alterações em células epiteliais glandulares, recomenda-se encaminhamento para colposcopia. Nestas pacientes não é aceitável o ver e tratar, devendo sempre ser realizada biópsia na suspeita de lesão de alto grau. Pode-se optar por manejo conservador em jovens com histopatológico de NIC 2, mantendo seguimento semestral por 2 anos; caso persista opta-se então por tratamento. Nos casos em que o histopatológico é NIC 3 prefere-se tratamento à conduta conservadora.

Gestantes

A conduta em gestante indifere da mulher não grávida, sendo determinada pela faixa etária. Se indicada, a colposcopia pode ser realizada, assim como biópsia na suspeita de invasão.

Procedimentos excisionais devem ser evitados e realizados após 90 dias do parto.

Imunocomprometidas

Quando citologia oncológica cervical tem resultado ASC-US ou LSIL, recomenda-se colposcopia imediata, diferente de mulheres imunocompetentes, quando é recomendado repetição. Nos casos onde está indicado tratamento, prefere-se procedimento excisional.

Seguimento após tratamento HSIL

Existe risco de doença residual ou recorrente especialmente nos primeiros 2 anos após o tratamento. Este risco varia de 4 a 18% e é maior se as margens do cone forem comprometidas, em pacientes imunossuprimidas ou com mais de 50 anos de idade, tabagistas e quando há persistência do HPV oncogênico. Portanto, o seguimento após o tratamento deve ser realizado no serviço com citologia oncótica e colposcopia semestrais, por 2 anos no caso de margens comprometidas, e por 1 ano se margens livres. Após este período, a paciente deve fazer citologia anualmente na unidade básica de saúde até 5 anos, podendo depois retornar ao rastreio trienal. Se no seguimento paciente tiver HSIL, deve-se repetir novo procedimento excisional; caso não seja factível, histerectomia é recomendada.

Referências

E. J. MAYEAUX, JR. MD; J. THOMAS COX, MD. Tratado e atlas de colposcopia moderna. ASCCP. Terceira edição 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. - 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. - 2. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

MASSAD, L. STEWART, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstetrics & Gynecology* 121.4 (2013): 829-846.

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//consulta_publica_-_nomenclatura_do_exame_citopatologico_do_colo_do_uterio_site_040620.pdf.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL: CLASSIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Caroline Heimbecker Castelo Menezes

Kátia Sofia Bandeira Silva da Moura

Introdução

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma das principais queixas ginecológicas referidas pelas mulheres em idade fértil. Acomete até 40% delas, mundialmente, as quais tem seus relacionamentos e vida social prejudicados em 2/3 dos casos. É causa de um terço de todas as consultas ginecológicas de mulheres na pré-menopausa e 70% das mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, sendo, portanto, responsável por elevados custos econômicos.

Pode haver sangramento de origem uterina anormal em duração, volume, frequência e/ou regularidade, ocorrendo de forma aguda ou crônica.

Em 2011, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs uma revisão da nomenclatura utilizada para as alterações relacionadas ao ciclo menstrual e a classificação das etiologias para o sangramento uterino anormal utilizando o acrônimo PALM – COEIN, refletindo as potenciais causas estruturais (P- pólipos, A- adenomiose, L- leiomiomas, M- malignidade e hiperplasia) e não- estruturais (C- coagulopatia, O- disfunção ovariana, E- disfunção endometrial, I- iatrogênica, N- não classificada), com o objetivo de criar um sistema de classificação universal a fim de facilitar o diagnóstico e manejo das condutas.

Quadro 1: Classificação do Sangramento Uterino Anormal na idade reprodutiva.

CAUSAS ESTRUTURAIS DE SUA (PALM)	CAUSAS NÃO ESTRUTURAIS DE SUA (COEIN)
Pólipos	Coagulopatias
Adeniose	Disfunção ovulatória
Leiomioma	Disfunção endometrial
Malignidade e hiperplasia	Iatrogênica
	Não classificada

Fonte: adaptado da FIGO 2011.

Em relação às causas não-estruturais COEIN, no grupo das coagulopatias, a doença de von Willebrand é a mais frequente, responsável por 13% de todas as coagulopatias. A disfunção ovulatória pode ocorrer no contexto de diferentes patologias, como síndrome do ovário policístico (SOP), hiperprolactinemia, obesidade, anorexia, stress e exercício aeróbico intenso.

A disfunção endometrial é um diagnóstico de exclusão e apresenta-se, geralmente, com ciclos menstruais regulares, sangramento intermenstrual ou menstruação prolongada, causadas por infecção do endométrio. No grupo das causas iatrogênicas, se refere ao uso de vários medicamentos, como anticoagulantes, contraceptivos hormonais, dispositivos intrauterinos, antidepressivos tricíclicos, ácido valpróico, rifampicina, griseofulvina, entre outros. No grupo de não-classificáveis, encontram-se as doenças benignas do colo uterino (como ectopia), endometrites, malformações arteriovenosas uterinas, defeitos na cicatriz da cesariana, pseudoaneurisma endometrial, istmocele, entre outras patologias.

História clínica e exame físico

A história deve ser direcionada para identificação da natureza do sangramento, identificação de possíveis causas estruturais ou orgânicas. A idade da paciente ajuda a direcionar o raciocínio clínico para as etiologias mais prevalentes para cada faixa etária.

- Infância: vulvovaginite é a causa mais comum, lembrando também de trauma (acidente, abuso ou corpo estranho).
- Adolescência: o relato de sangramento transvaginal anormal é frequente e pode ter inúmeras etiologias. Prevalece ciclos anovulatórios nos dois primeiros anos após menarca (imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano) e as coagulopatias (purpura trombocitopenia idiopática, doença de Von Willebrand). Não se pode ignorar gravidez, abuso sexual, infecções sexualmente transmissíveis e disfunção hipotalâmica nesta população.
- Idade reprodutiva: predomina sangramentos relacionados à gravidez (abortamento, gravidez ectópica, gestação molar) e às infecções sexualmente transmissíveis. Com o avanço da idade, aumenta a chance de neoplasias benignas (leiomiomas, adeniose, pólipos endometriais).
- Perimenopausa: o sangramento uterino disfuncional se torna o achado mais prevalente, seguido das neoplasias benignas (leiomiomas) e malignas (câncer de colo e endométrio).
- Menopausa: atrofia endometrial é a causa mais prevalente, seguido dos pólipos endometriais, neoplasia maligna do endométrio e terapia hormonal.

O exame físico deve minucioso para confirmar que a fonte da hemorragia é a cavidade uterina e descartar a origem do sangramento anal ou uretral. O toque bimanual irá nos fornecer informações sobre as características do útero e da presença de patologia anexial.

Exames diagnósticos

Os exames devem ser solicitados e direcionados de acordo com história e exame clínico. Deve ser lembrado o diagnóstico de abortamento nos casos de sangramento uterino anormal na idade reprodutiva, sendo necessário muitas vezes solicitar BHCG quantitativo. Deve-se lembrar também da pesquisa cervical para *Chlamydia*

trachomatis e *Neisseria Gonorrhoeae*, especialmente para mulheres com fatores de risco ou com evidência clínica de cervicite. Todas as mulheres com sangramento uterino anormal devem investigar tanto o câncer de colo uterino como o do endométrio. Nesta última neoplasia, os fatores de risco principais são: obesidade, nuliparidade, diabetes mellitus, uso de estrogênios isolados, história familiar de câncer colorretal hereditário não polipóide e entre outros. São exames complementares importantes:

- Hemograma, ferritina: sangramento intenso com suspeita de anemia.
- TSH: sinais ou sintomas de doenças tireoidianas.
- Provas de coagulação: especialmente em crianças e adolescentes.
- Ultrassom transvaginal (USTV): constitui a primeira linha propedêutica para identificação de anomalias estruturais. É seguro, barato e tem uma grande sensibilidade no diagnóstico das anomalias uterinas. Atualmente, a combinação de ultrassom intrauterino com infusão de solução salina (histerossonografia), permite o estudo da cavidade uterina de um modo fácil, rápido e barato, com uma grande tolerância pelo paciente e praticamente sem complicações.
- A histeroscopia com biópsia dirigida permite a visualização direta da cavidade uterina, proporcionando um método mais eficiente do que dilatação e curetagem com biópsia.
- A biópsia endometrial deve ser realizada no caso de sangramento intermenstrual persistente, falha do tratamento clínico, mulheres com idade superior a 45 anos, ou com fatores de risco para câncer de endométrio.
- Citologia oncótica.
- Ressonância magnética: particularmente eficaz no diagnóstico de adenomiose.

Tratamento indicado e plano terapêutico

A terapêutica nos casos de SUA pode ser medicamentosa ou cirúrgica, a depender da intensidade do sangramento e da característica aguda ou crônica da anormalidade. Tem como objetivo básico o correto manejo da fase aguda e a tentativa de evitar as recidivas do sangramento. Quando o quadro clínico exigir, medidas gerais devem ser tomadas, como manutenção da estabilidade hemodinâmica, reposição de ferro, correção de desvios ponderais e, se necessário, apoio psicoterápico em alguns casos.

Manejo clínico - Fase aguda

O manejo da fase aguda dependerá basicamente da faixa etária, do estado geral da paciente e do volume de sangramento. As opções de tratamento incluem contraceptivos orais combinados (ACOs), progestagênio oral e ácido tranexâmico.

Em 2009, Food and Drug Administration (FDA) aprovou o uso de ácido tranexâmico para o tratamento da SUA. Até o presente momento, estudos disponíveis não demonstraram aumento de risco tromboembolismo venoso.

Mulheres hemodinamicamente instáveis

Mulheres hemodinamicamente instáveis com sangramento uterino agudo ou prolongado requerem intervenção imediata. São opções terapêuticas:

- Reanimação volêmica e administração de hemocomponentes.
- Tamponamento intrauterino
- Ácido tranexâmico
- Curetagem uterina
- Estrogênio intravenoso de alta dose
- Embolização da artéria uterina
- Histerectomia

Tamponamento Intrauterino:

O passo inicial para diminuir o sangramento uterino profuso em uma mulher hemodinamicamente instável é o tamponamento intrauterino. Essa abordagem normalmente diminuirá o sangramento e, em conjunto com a administração adequada de fluidos intravenosos e transfusão sanguínea, poderá estabilizar a paciente enquanto a terapia mais definitiva é implementada. O tamponamento intrauterino pode ser alcançado usando um balão intrauterino. Os passos para colocar o balão intraútero:

- Coloque um espécuro na vagina e visualize o óstio cervical.
- Assepsia do colo uterino e pinçamento do lábio cervical anterior.
- Segure o balão com uma Kelly longa e insira-o através do óstio cervical.
- O balão é inflado com 30 ml de solução salina, sendo mais comum um cateter de Foley.

Em úteros de maior volume, faz-se necessário um balão de maior volume conhecido como “Bakri”, utilizado para controle de hemorragia pós-parto com capacidade de 300 a 500 ml. Os dispositivos usados para tamponamento não devem ser deixados por mais de 24 horas.

Curetagem uterina:

Curetagem uterina pode ser realizada tanto terapêutica como diagnóstica em pacientes com sangramentos agudos intensos. Uma limitação do procedimento é não tratar a causa do sangramento, que irá recorrer se não for iniciada outra terapia preventiva no pós-operatório.

Mulheres hemodinamicamente estáveis

A terapia hormonal é considerada a primeira linha de tratamento para pacientes com SUA aguda sem instabilidade hemodinâmica.

As opções de tratamento incluem contraceptivos orais combinados (ACOs) e progestagênios orais.

Manejo clínico - Manutenção

Após o controle adequado da fase aguda do SUA, torna-se imperioso a introdução de medidas que possam garantir melhor regularidade do ciclo menstrual ou até a ausência completa do sangramento. As terapias médicas eficazes incluem o sistema intrauterino de levonorgestrel, ACOs (ciclos mensais ou prolongados), progestínicos (oral ou intramuscular), ácido tranexâmico e anti-inflamatórios não esteroides.

- Sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) libera 20 mcg/dia de levonorgestrel por um período de 5 anos. Promove amenorréia entre 71 a 96% das usuárias. Pode permitir uma redução de 60% nas indicações cirúrgicas nos casos de SUA.
- Contraceptivos orais combinados utilizados em regimes cíclicos mensais, contínuos ou com intervalos trimestrais, resultam em controle adequado dos sangramentos uterinos.
- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) também produzem diminuição do fluxo menstrual, sendo que estas reduções variam de 16,2% (ibuprofeno), 26,4% (naproxeno), 26,9% (diclofenaco) a 29% (ácido mefenâmico). Os AINEs são menos efetivos que o ácido tranexâmico, e devem ser administrados com cautela em pacientes com história de distúrbios de coagulação.
- Progestagênio oral pode ser usado em mulheres com SUA associado a ciclos menstruais irregulares por insuficiência lútea, no regime de 12 a 14 dias por mês.
- Análogo do Hormônio Liberador de Gonadotrofina (GnRH) reduz o sangramento menstrual, porém apresenta importantes efeitos colaterais como sintomas vasomotores perimenopáusicos, náuseas, cefaleias e redução da densidade mineral óssea, sendo, por isso, usado por um período limitado.

- Progestagênios injetáveis de depósito demonstram importante impacto na redução do fluxo menstrual, com amenorreia em 12 a 47% dos casos.

Manejo cirúrgico

A necessidade de tratamento cirúrgico baseia-se em:

- Estabilidade clínica do paciente
- Gravidade do sangramento
- Contraindicações ao manejo clínico
- Falta de resposta do paciente ao tratamento clínico
- Condição médica subjacente do paciente.

As opções cirúrgicas incluem:

- Dilatação e curetagem (D & C)
- Ablação endometrial
- Embolização da artéria uterina
- Histerectomia.

A escolha da modalidade cirúrgica baseia-se nos fatores acima mencionados mais o desejo do paciente para a fertilidade futura. Tratamentos específicos, tais como histeroscopia com dilatação e curetagem, polipectomia, ou miomectomia, podem ser necessários se anormalidades estruturais são suspeitas como a causa de SUA aguda. A dilatação e curetagem sozinha (sem histeroscopia) é uma ferramenta inadequada para a avaliação de distúrbios uterinos e pode fornecer apenas uma redução temporária do sangramento (ciclos após a dilatação e curetagem não ser melhorado). Relato de casos de embolização da artéria uterina e ablação endometrial mostram que esses procedimentos controlam com sucesso o SUA agudo. A ablação endometrial deve ser considerada apenas se outros tratamentos tiverem sido ineficazes ou estiverem contraindicados, devendo ser realizada se não há planos para futura maternidade e quando a possibilidade de câncer endometrial tiver sido afastada.

A histerectomia, tratamento definitivo para o controle de sangramento intenso, pode ser necessária para pacientes que não respondem à terapia clínica.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol* 2013; 121:891. Reaffirmed 2021.

ARLINDO EM et al. *Telecondutas: Sangramento uterino anormal*. Porto Alegre: Telessaúde RS-UFRGS, 2018.

DE MOURA, Sara Kvitko et al. Sangramento vaginal anormal na emergência.

DYNE, Pamela L.; MILLER, Teri Anne. The Patient with Non-Pregnancy-Associated Vaginal Bleeding. *Emergency medicine clinics of North America*, v. 37, n. 2, p. 153-164, 2019.

KAUNITZ, A. M. Management of abnormal uterine bleeding. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-abnormal-uterine-bleeding>>. Acesso em: 05 agosto 2021.

MACHADO, Lucas V. Sangramento uterino disfuncional. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 45, p. 375-382, 2001.

MUNRO, Malcolm G. et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 143, n. 3, p. 393-408, 2018.

SILVA FILHO AL, et al. Sangramento uterino anormal: proposta de abordagem do Grupo Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice (HELP). *Femina*, julho/agosto 2015, vol 43, nº 4.

SUNDSTRÖM A, SEAMAN H, KIELER H, ALFREDSSON L. The risk of venous thromboembolism associated with the use of tranexamic acid

and other drugs used to treat menorrhagia: a case-control study using the General Practice Research Database. *BJOG* 2009; 116:91

YELA DA, BENETTI-PINTO CL. Sangramento uterino anormal - Protocolos Febrasco.n42. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2018; 20p.

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE PESSOAS TRANSGÊNEROS E DA POPULAÇÃO LGBTQIA+

Débora Fernandes Britto

Isabela Aragão Colares

Manuela Gondim Lima Oliveira

Raquel Autran Coelho Peixoto

Introdução

A sexualidade e a identidade de gênero sempre despertaram muitas dúvidas e questionamentos. A desinformação de grande parte da população brasileira, juntamente com uma cultura de preconceito, contribui para a disseminação de inverdades sobre essa temática. No atendimento básico de indivíduos transgêneros e homoafetivos, essa parcela vulnerável da população ainda enfrenta diversos constrangimentos, como episódios transfóbicos e homofóbicos por profissionais ou demais usuários do serviço de saúde, incluindo o não uso do nome social e pronomes adequados em cadastros e prontuários, o que reduz a adesão aos sistemas de saúde.

Conceitos

Devem ser considerados, de maneira independente ao gênero de uma pessoa, diversos aspectos que tradicionalmente são atribuídos à sexualidade, como a expressão de gênero e a orientação sexual.

Identidade de gênero

É a forma como a pessoa se apresenta e como é reconhecida socialmente. Gênero é um aspecto existente em contexto comunitário,

construído socialmente a partir da percepção inicial da diferença corporal e seus significados. Ser mulher ou homem é diferente em cada sociedade e varia ao longo da história. A expressão de gênero de uma pessoa é a autodeterminação a partir de suas próprias referências e subjetividades, independentemente do gênero designado ao nascimento.

Uma pessoa cisgênero se reconhece com o gênero designado ao nascimento. Já os termos “transgeneridade”/“transgênero” (ou a abreviação “Trans”) fazem referência à identidade de gênero de pessoas que não se identificam com o gênero designado ao nascer, utilizando o termo como “conceito guarda-chuva” – dentro do qual cabem muitas diferentes identidades. O termo “transexualismo” é obsoleto e não é utilizado neste documento pela carga patologizante que o sufixo “ismo” carrega. Há também as pessoas não binárias, as quais não percebem sua identidade de gênero definida por um dos dois gêneros reconhecidos em uma cultura binária. A não-binaridade pode ser entendida como um “termo guarda-chuva” que engloba diversas identidades de gênero diferentes, como por exemplo: pessoas agênero, aquelas que não se identificam com gênero algum; de gênero fluido, cuja identidade de gênero muda ou varia; de gênero neutro, que não se identificam como “homem” ou “mulher”, entre outros. Estudo Brasileiro chama atenção que os indivíduos brasileiros com diversidade de gênero representam cerca de 2% da população adulta do país e estão distribuídos homogeneamente pelas 5 regiões.

Uma pessoa crossdresser (ou CD) sente-se bem ao utilizar vestimentas e comportar-se de acordo com o esperado para um gênero diferente daquele com o qual se identifica, por motivos diversos e na maioria das vezes somente em situações específicas. Uma pessoa que atua como transformista, drag queen ou drag king realiza performances artísticas representando de maneira exagerada estereótipos de gênero atribuídos à mulheres (drag queen) ou homens (drag king), sem que isso denote seu gênero.

Orientação sexual

É a maneira como uma pessoa se identifica em relação às suas tendências em interessar-se e/ou relacionar-se afetivamente ou sexualmente com pessoas de diferentes gêneros, como: homossexual/homoafetiva se o direcionamento é para pessoas do mesmo gênero; heterossexual/heteroafetiva se o direcionamento é para pessoas de outro gênero; bissexual/biafetiva se o direcionamento é para pessoas de mais de um gênero (incluindo pansexuais/panafetivas); assexual se não se atrai por gênero algum.

É bastante comum que os termos homossexual e homoafetivo ainda sejam encarados como sinônimos. De acordo com o Manual de Comunicação LGBTQI+ desenvolvido pela Aliança Nacional LGBTQI+, homoafetivo se refere ao adjetivo utilizado para descrever a complexidade e a multiplicidade de relações afetivas e/ou sexuais entre pessoas do mesmo sexo/gênero, não sendo sinônimo de homoerótico e homossexual, pois conota também os aspectos emocionais e afetivos envolvidos na relação amorosa entre pessoas do mesmo sexo/gênero.

Em indivíduos Intersexo, a genitália, os órgãos reprodutivos, os “cromossomos sexuais” e as transformações puberais não seguem necessariamente uma linearidade e podem apresentar variações (ex. nem todas as pessoas com cromossomos XX têm vulva e vagina típicas, útero e ovários, assim como podem ter todas essas características, mas não responder aos hormônios endógenos de forma típica durante a puberdade).

A maneira de sentir prazer sexual ou de realizar atividade sexual pode ser completamente diferente, mesmo entre pessoas com mesma característica corporal, gênero e orientação sexual. Uma pessoa também pode não realizar qualquer prática sexual. Cabe aos profissionais de saúde acolher essas percepções e respeitá-las em ambiente seguro, livre de julgamentos.

Considerações sobre o exame ginecológico

Atuar pelo conforto da pessoa inclui criar ambiente e sala de espera acolhedores, explicar o procedimento antes de realizá-lo, elucidar dúvidas, garantir o direito de ter uma pessoa acompanhante e compreender quais termos são melhor aceitos pela pessoa para tratar de partes do seu corpo.

É imprescindível a adoção do nome social durante as consultas e prontuários, visto que “o desrespeito ao nome social, a transfobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no processo transexualizador se apresentaram como principais impedimentos ao acesso universal, integral e equânime”.

Caso a pessoa recuse o exame especular e o exame ginecológico seja indicado, a inspeção vulvar e o toque bimanual podem ser oferecidos e também podem servir como estratégia de adaptação e de estabelecimento de vínculo de confiança com a profissional de saúde.

Caso a pessoa tenha atrofia vaginal ou grande desconforto ao exame, pode ser utilizado espéculo vaginal de tamanho extra pequeno, ser aplicada lidocaína tópica antes do exame ou mesmo utilizar estrógeno vaginal uma a duas semanas antes de um procedimento agendado.

Rastreamentos

Câncer de colo do útero

A colpocitologia oncótica deve ser oferecida a todas as pessoas entre 25 e 65 anos que possuem colo do útero e que já tiveram algum tipo de penetração vaginal ao longo da vida - o que ofereceria risco de exposição ao vírus HPV. A periodicidade deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde (intervalo anual, passando a trienal após dois exames negativos até os 65 anos de idade). Entre os fatores que afastam as pessoas transexuais e travestis dos serviços de saúde, o uso prolongado de testosterona é um fator de risco para não realizar o rastreamento, pois a atrofia vaginal e cervical geram maior desconforto.

Câncer de mama

A mamografia apresenta benefícios semelhantes aos das mulheres cisgênero para pessoas transmasculinas que não tiveram suas glândulas mamárias removidas e para pessoas transfemininas em uso de hormônios. O desconforto relacionado ao exame para pessoas transmasculinas também precisa ser considerado.

Fertilidade e reprodução

Algumas técnicas cirúrgicas disponíveis para transformação corporal logicamente afetam a fertilidade, bem como o uso de hormônios para transformação corporal. O uso prolongado de estrógeno, assim como o uso de antiandrógeno, reduz a qualidade e a concentração de espermatozoides no sêmen, enquanto o uso prolongado de testosterona tende a causar atrofia endometrial e anovulação.

A hormonização em pessoas transexuais e travestis, por outro lado, não pode ser considerada como contracepção efetiva.

Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)

A recomendação de uso de métodos de barreira precisa considerar a realidade das práticas sexuais de cada pessoa. Faz parte do cuidado em saúde sexual oferecer espaço seguro para que a pessoa possa conversar e buscar esclarecimentos.

Camisinhas podem ser utilizadas para qualquer tipo de penetração, por pênis, dedos ou objetos. Luvas e dedeiras também podem servir para a penetração por mãos, que devem ser mantidas limpas e com as unhas bem aparadas para evitar lesões da mucosa penetrada ou rupturas da barreira utilizada.

Práticas sexuais entre vulvas (como o tribadismo) também têm o potencial de transmitir ISTs. Métodos de barreira específicos para a prática de tribadismo ou para sexo oral em vulva são placas ou

calcinhas com fundo de silicone ou látex resistentes, mas dificilmente são encontrados para comercialização e são pouco tolerados, devido a desinformação de profissionais de saúde e usuárias. Filmes plásticos de uso culinário não devem ser utilizados por serem porosos e se romperem com facilidade. Uma alternativa viável é confeccionar uma placa de material seguro a partir de uma camisinha (interna ou externa): abrir o pacote da camisinha e desenrolá-la completamente, retirar o anel da extremidade, cortar ou rasgar a camisinha desde sua base e ao longo de todo seu comprimento, segurar a placa formada com ambas as mãos e mantê-la esticada para evitar o contato direto com a vulva.

O sangue menstrual teoricamente aumenta a possibilidade de transmissão de HIV e Hepatite C, portanto conter o extravasamento de sangue também pode ser uma estratégia de prevenção, como o uso de coletores menstruais ou absorventes internos, quando não for realizada penetração vaginal.

É relevante incentivar o autoconhecimento corporal e a observação das genitálias em busca de lesões e sintomas suspeitos de IST, com a intenção de evitar contato sexual e procurar atendimento em serviço de saúde caso sejam encontrados. A oferta de testes sorológicos (laboratoriais ou testes rápidos) deve estar disponível, bem como a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e a profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) para prevenção da transmissão sexual do HIV.

Durante a consulta, os profissionais devem questionar o tipo de relacionamento das pacientes, considerando identidades e práticas sexuais diversas.

Terapia hormonal

Transgêneros, ao buscarem suprir o desconforto de apresentarem um corpo não desejado por eles, procuram diariamente meios de reposição hormonal. No entanto, existe certa demora no acesso a esse processo, o que faz com que a maioria das pessoas transgênero que

chegam ao SUS já tenha feito alguma tentativa de transição por meio da automedicação, geralmente por métodos encontrados na internet ou por indicação de amigos. Em paralelo a esses dados, o medo de sofrer algum tipo de preconceito e discriminação ao buscarem o atendimento ginecológico ou agendarem uma consulta com um endocrinologista contribuem para essas práticas de administração do próprio tratamento, as quais trazem inúmeros riscos à saúde do paciente.

Esse contexto de desinformação contribui para a falta de orientação sobre as consequências da terapia de reposição hormonal na fertilidade dos indivíduos e na anticoncepção.

No estudo realizado por Mello et al. (2011), gestores e ativistas entrevistados destacam que ainda há muito o que ser feito para a redução das situações de discriminação nos serviços de saúde. Portanto é de extrema relevância o entendimento das particularidades e individualidades no atendimento ginecológico de pacientes transgêneros e homoafetivos, o que inclui a atenção a protocolos de orientação clínica, com o intuito de proporcionar um atendimento que traga conforto físico e psicológico para o paciente.

Referências

ARAN, M; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescobertas da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.

BOSSI, Bruna Maffei et al. ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO GINECOLÓGICO NA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO MASCULINA. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 17, n. 48, p. 81-92, 2020.

BOURNS, A. compiler. *Guidelines and Protocols For Hormone Therapy and Primary Health Care for Trans Clients*. Sherbourne Health Centre, vol. 4, jun. 2015.

CAMPANA, Gabriela Aline et al. A TERAPIA HORMONAL NO PROCESSO DE TRANSEXUALIZAÇÃO: Imagem: Carla Ornelas. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 9, n. edesp, p. 526-531, 2018.

DENDRINOS ML, BUDRYS NM, SANGHA R. Addressing the Needs of Transgender Patients: How Gynecologists Can Partner in Their Care. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2019; 74(1): 33-39.

DE ROO C, et al. Fertility options in transgender people. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28(1): 112-9.

FERNANDEZ JD, TANNOCK LR. Metabolic effects of hormone therapy in transgender patients. *Endocrine Practice*, [Internet], 2016; 22(4):383-388. [citado em 28 de maio de 2018]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26574790>.

MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 9, p. 7-28, 2011.

MOSCHETA, M. S.; FÉBOLE, D. S.; ANZOLIN. B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Saúde & Transformação Social, Florianópolis*, v. 7, n. 3, p. 71-83, 2016.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016.

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP, Julho/2020.

SILVA, Bruna Pontes; SCHONS, Anelise Alves Nunes. Desenvolvimento de um guia rápido para prática de atenção à saúde da população transgênero. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 2027-2027, 2019.

SPIZZIRRI, G., Eufrásio, R., Lima, M.C.P. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 11, 2240 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>.

STEWART, T.; ANGIE, L. Y.; ELLA, A. D. Do Transgender and Gender Diverse Individuals Receive Adequate Gynecologic Care? An Analysis of a Rural Academic Center. v. 5, 16 mar. 2020.

SÍNDROME DA BEXIGA HIPERATIVA

Andreisa Paiva Monteiro Bilhar

Carolina Dornellas Costa Lima

Pâmela Mendes Arruda

Introdução

Síndrome da Bexiga Hiperativa (SBH) é definida como um complexo de sintomas que compreende urgência urinária, com ou sem incontinência urinária, geralmente acompanhada de aumento da frequência urinária e noctúria, na ausência de infecção do trato urinário comprovada ou outra patologia óbvia. Devido a diversidade dos sintomas, existe subnotificação pelos pacientes, diminuindo sua incidência e prevalência. Estudos epidemiológicos da América do Norte têm relatado prevalência em mulheres de 16,9%. A prevalência aumenta com a idade, subindo para 30,9% naquelas com idade superior a 65 anos.

A SBH tem efeito negativo na qualidade de vida das pacientes, determinando profundo impacto psicológico e social, além de propiciar risco de quedas, dermatite, infecção urinária, disfunção sexual e interferência na qualidade do sono. Além disso, é importante salientar o grande impacto econômico causado por tal síndrome, visando controlar sintomas urinários com produtos para incontinência, principalmente entre adultos institucionalizados. Mulheres com SBH adotam uma série de medidas comportamentais visando reduzir os sintomas em seu cotidiano, tais como: uso constante de protetores, restrição da ingestão hídrica, limitação de atividades físicas e sociais.

Etiologia

A origem da Bexiga Hiperativa é desconhecida e acredita-se que seja multifatorial. A predisposição genética parece ter papel importante e mulheres com história familiar de incontinência urinária em mãe e irmã apresentam maior risco de desenvolver bexiga hiperativa. Outros fatores associados com bexiga hiperativa incluem obesidade, tabagismo, consumo de bebidas carbonatadas e cafeína. A SBH pode ser caracterizada como neurogênica e não-neurogênica. Entre as causas neurogênicas mais comuns, podemos citar acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, esclerose múltipla, tumores cerebrais e lesões da medula espinhal. Etiologias não neurogênicas podem estar relacionadas com obstrução do fluxo urinário, deficiência de estrógeno, mas a maioria dos casos é idiopática.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da bexiga hiperativa não é totalmente conhecida. Provavelmente, existem vários mecanismos envolvidos. Quatro principais hipóteses tentam explicar a base fisiopatológica para a SBH: hipótese neurogênica, hipótese miogênica, hipótese aferente e teoria integral. A hipótese neurogênica afirma que a alteração do controle neural induz hiperatividade vesical através do aumento da unidade eferente, redução da inibição central e alteração da atividade sensorial desencadeando inadequadamente o reflexo da micção. Por exemplo, as lesões do lóbulo frontal podem reduzir a inibição supra-pontina que normalmente suprime o centro pontino da micção. A hipótese miogênica é baseada na observação de que os miócitos de pacientes com SBH se comportam de forma diferente dos de pacientes normais. Atividade espontânea anormalmente aumentada combinada com o aumento da comunicação intercelular permite que a excitação se propague amplamente através da parede da bexiga. A hipótese aferente centra-se sobre a base sensorial da SBH, sugerindo que as alterações

na transdução ou transferência central sensorial levam ao aumento da transmissão aferente, conseqüentemente, aumento da consciência de enchimento vesical. A teoria integral afirma que as terminações nervosas localizadas na base da bexiga são extremamente sensíveis e sua estabilização requer a integridade anatômica da vagina e de seus tecidos de sustentação. A estimulação desses receptores causa o relaxamento reflexo do músculo pubococcígeo, com o conseqüente relaxamento da musculatura estriada periuretral. Simultaneamente, a uretra proximal é tracionada pósterio-inferiormente pela contração dos músculos levantadores do ânus e longitudinal do ânus, com a abertura do colo vesical. Cria-se um círculo vicioso de estimulação dos receptores e contração vesical.

Diagnóstico

As pacientes com SBH podem apresentar vários sintomas. A presença de urgência miccional é considerada característica definidora da síndrome. Outros sintomas que podem estar presentes são aumento da frequência urinária, noctúria, incontinência de urgência, enurese noturna e incontinência coital. Não há sinais clínicos específicos, mas é sempre importante procurar escoriação vulvar, atrofia urogenital, incontinência urinária de esforço e sinais de doença neurológica subjacente.

O diagnóstico da SBH é eminentemente clínico. Anamnese cuidadosa, exame físico e exame de urina são mandatórios. A história deve incluir sintomas como urgência, incontinência de urgência, noctúria, aumento da frequência, disúria, hematúria e dor do trato urinário inferior. Todos os medicamentos e comorbidades, incluindo doenças neurológicas, além de antecedentes urinários desde a infância, cirurgias prévias e traumas. Um exame físico focado também é necessário, com especial atenção ao exame abdominal, geniturinário e neurológico, com foco no segmento S2 ao S4 relacionados com a micção. Observar sinais de atrofia, prolapso genital, força da musculatura do assoalho pélvico ou alterações anatômicas, são essenciais.

Os exames de sumário de urina e urocultura são indispensáveis para afastar infecções. O diário miccional é útil na obtenção de uma medida objetiva da ingestão diária de fluidos e dos hábitos miccionais. É auxiliar importante no diagnóstico, além de ser útil para avaliar os efeitos do tratamento. Pacientes com bexiga hiperativa costumam apresentar várias micções com pequeno volume, bem como diminuição do volume máximo urinado.

Urodinâmica, cistoscopia e ultrassonografia do trato urinário geralmente não são utilizados na avaliação inicial. Eles podem ter papel nas pacientes em que os sintomas persistem apesar da aderência à terapia inicial adequada ou para descartar outras patologias. O estudo urodinâmico torna-se necessário em algumas situações especiais, como para aquelas pacientes que tenham sintomas mistos, casos neurogênicos, bexiga hiperativa de novo ou queixas de dor ou relacionadas ao esvaziamento vesical. Além disso, permite o diagnóstico da hiperatividade do detrusor, que se caracteriza pela presença de contrações detrusoras involuntárias durante a cistometria. Estima-se que 64% dos pacientes com SBH têm hiperatividade do detrusor urodinamicamente comprovada e que 83% dos pacientes com hiperatividade do detrusor têm sintomas sugestivo de SBH. Assim, os termos não são sinônimos. A cistoscopia também deve ser realizada nas pacientes com sintomas de bexiga hiperativa caso haja suspeita de corpo estranho intravesical (fios de sutura), cálculos, tumores vesicais ou divertículos. Podemos ainda lançar mão da eletroneuromiografia (EMG) quando se suspeita de causa neurológica subjacente para BH com a finalidade de avaliar a atividade dos músculos esfinterianos estriados externos da uretra.

Tratamento

O objetivo do tratamento é reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida da paciente, visto que, na maioria das vezes, não há cura. A terapia comportamental consiste no tratamento de primeira linha e inclui modificações do estilo de vida, treinamento vesical e

treinamento muscular do assoalho pélvico. As modificações do estilo de vida englobam uma variedade de mudanças de comportamento que podem reduzir e até mesmo eliminar os sintomas da SBH, incluindo:

- Diminuir a ingestão de líquidos para 6 a 8 copos de água por dia.
- Evitar a ingestão de líquidos 2-3 horas antes de deitar, para reduzir a produção de urina durante a noite.
- Reduzir a ingestão de substâncias irritantes da bexiga tais como a cafeína, bebidas carbonatadas, alimentos condimentados, adoçantes artificiais e álcool.
- Evitar a constipação.
- Parar de fumar.
- Otimizar saúde geral, melhorando controle da hipertensão, diabetes, apneia do sono.

O treinamento vesical, com micção programada, que visa aumentar o intervalo entre as micções para inibir a urgência e evitar a incontinência, e o treinamento da musculatura do assoalho pélvico, realizado com exercícios perineais (com ou sem associação com técnicas de biofeedback) e eletroestimulação, são componentes valiosos e podem reestabelecer algum controle inibitório sobre o armazenamento da bexiga, visando a inibição de uma contração detrusora pela contração dos músculos do assoalho pélvico, resultando, assim, em diminuição da frequência urinária e da incontinência. Os resultados com tal técnica podem demorar até 3 meses, sendo fundamental uma boa adesão da paciente e esclarecimento adequado para o sucesso terapêutico.

O tratamento medicamentoso (Quadro 1) é considerado terapia de segunda linha, podendo ser iniciado conjuntamente com a terapia de primeira linha. A classe principal de agentes farmacêuticos utilizados é de anticolinérgicos, que agem bloqueando os receptores muscarínicos no músculo detrusor, sendo estes estimulados pela acetilcolina liberada a partir da ativação parassimpática dos nervos

colinérgicos. Tais medicações são contraindicadas nas pacientes com diagnóstico de glaucoma de ângulo estreito ou de miastenias gravis. Pelo risco de retenção urinária, devem ser usados com cautela em pacientes com um grau de obstrução da saída da bexiga.

Dessa forma, atuam diminuindo a urgência e aumentando a capacidade vesical. Entretanto, como os receptores muscarínicos são amplamente encontrados em todo o corpo, os efeitos colaterais são comuns, incluindo boca seca, constipação, visão turva e prejuízo cognitivo. Existem diversos agentes antimuscarínicos disponíveis para o tratamento da SBH, incluindo oxibutinina, tolterodina, darifenacina, solifenacina, todos com nível de evidência clínica e grau de recomendação A. Diferem entre si em relação a sua especificidade pelo receptor M3, fazendo com que a escolha seja estabelecida de acordo com a severidade dos efeitos colaterais de cada um. Avanços na compreensão da fisiopatologia da SBH têm identificado receptores beta-adrenérgicos na bexiga. Os receptores β_3 adrenérgicos predominam na bexiga e pensa-se que seja responsável pelo relaxamento muscular do detrusor durante o enchimento e armazenamento da urina propiciando o aumento da capacidade vesical sem comprometimento do esvaziamento. Mirabegron é o único agonista β_3 adrenérgico disponível, com eficácia semelhante e menos efeito colateral de boca seca quando comparado aos anticolinérgicos. Apresenta como efeitos adversos hipertensão, nasofaringite, ITU e cefaleia, não sendo recomendado em pacientes com hipertensão não controlada. Este medicamento pode ser usado como uma terapia de segunda linha ou em pacientes que não toleraram os agentes antimuscarínicos, na dose de 50 mg/dia. Ainda não é padronizado a duração necessária do tratamento, porém preconiza-se pelo menos 6 meses contínuos de medicação.

Quadro 1: Medicações utilizadas no tratamento de SBH com seus efeitos colaterais.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	DOSE	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS
Oxibutinina	5 mg	5-20 mg/dia	1-4 cp/dia	Boca seca / Constipação
Tolterodina	4 mg	4mg/dia	1 cp/dia	Boca seca/ Constipação
Darifenacina	7,5 mg e 15 mg	7,5mg/dia ou 15mg/dia	1 cp/dia	Boca seca / Constipação
Solifenacina	5mg e 10 mg	5mg/dia ou 10 mg/dia	1 cp/dia	Boca seca / Constipação
Mirabegron	50 mg	50 mg/dia	1cp/dia	Boca seca/ Hipertensão

Migração do tratamento

Quando as pacientes não melhoram com a terapia de primeira e segunda linha, são considerados refratários, sendo elegíveis para o tratamento de terceira linha, que inclui toxina botulínica, neuromodulação sacral e estimulação tibial percutânea, os quais não dispomos na MEAC.

- Injeção intravesical de toxina botulínica: a toxina botulínica é derivada do *Clostridium botulinum* e atua na inibição da liberação de acetilcolina na junção neuromuscular pré-sináptica dos neurônios motores, inibindo a contração muscular. Esta ação leva à paralisia das fibras musculares até que fibras novas cresçam, criando assim um efeito temporário nos miócitos na parede da bexiga. A aplicação é realizada através da cistoscopia e a toxina injetada em uma série de 20 a 30 locais ao longo da parede posterior da bexiga, em pequenas alíquotas (total 100 unidades para bexiga hiperativa e 200 unidades para bexiga

neurogênica), acima do triângulo. O efeito terapêutico ocorre dentro de 7-10 dias após a injeção e pode durar até 12 meses, duração média de 6 a 9 meses, a depender da dose administrada. É de fundamental importância que o paciente aceite o procedimento e esteja ciente da possibilidade de autocateterismo intermitente. Eventos adversos incluem retenção urinária, ITU, disúria, hematúria.

- Neuromodulação sacral: envolve a estimulação neural aferente, inibindo neurônios motores parassimpáticos com a finalidade de evitar contrações do detrusor, controlando a função da bexiga através do plexo sacral, a fim de restaurar o armazenamento normal e a função de esvaziamento. Esta forma de neuromodulação sacral é realizada com um implante cirúrgico permanente. O primeiro passo neste tratamento é uma fase de teste, em que um eletrodo é implantado no 3º forame sacral sob anestesia local, conectado a um estimulador externo e deixado no local por 3- 4 semanas. Se os sintomas da paciente melhorarem pelo menos 50%, a paciente é candidata a se submeter à 2ª fase, na qual o gerador de impulsos permanente é implantado no tecido subcutâneo, em sala cirúrgica. Contraindicações a neuromodulação sacral incluem resposta inadequada à fase de teste, a necessidade de frequentes imagiologia por ressonância magnética, gestação ou planos de engravidar;
- Estimulação nervosa tibial percutânea: consiste em tratamento indolor, ambulatorial, com a inserção de um eletrodo conectado a um estimulador que gera pulso elétrico na parte inferior interna de cada perna próximo ao maléolo medial. Age semelhante a neuromodulação sacral, via nervo tibial posterior, estimulando nervos sensoriais aferente, porém menos invasivo. O tratamento necessita de 12 sessões semanais de 30 minutos, podendo ser necessário manutenção mensal.

Referências

ARRUDA RM, CASTRO RA, SOUZA RC. Bexiga hiperativa. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 61/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

BENOIT Peyronnet et al. A Comprehensive Review of Overactive Bladder Pathophysiology: On the Way to Tailored Treatment. *European Urology*, Volume 75, Issue 6, 2019, Pages 988-1000.

BEZERRA, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira et al. Temas em Uroginecologia: Manual prático em uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico para profissionais da área da saúde, 2013.

E. Ann Gormley et al. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment. *The Journal of Urology*, Volume 193, 1-9, May 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. 2010.

FIFTH INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE. Paris, February, 2012.

HENDERSON, E.; DRAKE, M. Overactive Bladder. *Maturitas*, v. 66, p. 257-262, 2010.

KAREN M. Wallace, MARCUS J. Drake. Overactive bladder, review. *F1000Research* 2015, 4(F1000 Faculty Rev):1406 Last updated: 15 FEB 2016.

NICOLA White, CHERYL B. Iglesia. Overactive Bladder. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, Volume 43, Issue 1, March 2016, Pages 59-68.

STEWART WF et al. Prevalence of overactive bladder in women: results from the NOBLE program. *Int Urogynecol J* 2001;12(3); S66.

WILLIS- GRAY et al. Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care. *Research and Reports in Urology* 2016;8:113-122.

SINÉQUIAS DE PEQUENOS LÁBIOS

Ana Beatriz Cavallari Monteiro

Maria Lúcia Lustosa Farias

Renata Cunha Lima Rodrigues

Zenilda Vieira Bruno

Introdução

Também chamada de aderência labial, coalescência ou sinéquia, consiste na aderência parcial ou total dos bordos internos dos pequenos lábios sobre o intróito vaginal, formando-se na linha mediana uma membrana translúcida que obstrui parcial ou completamente o canal vaginal.

Etiologia

A causa deste processo é desconhecida, mas provavelmente está relacionada ao hipostrogenismo, sendo mais comuns nas faixas etárias em que há níveis mais baixos de estrogênio, ocorrendo mais frequentemente entre três meses e três anos de idade e acometendo em torno de 0,6 a 5% das meninas pré-púberes. Existe uma tendência de resolução espontânea após a puberdade.

Outra possível condição associada é a inflamação vulvar que pode ocorrer por infecção, trauma ou má higiene pessoal (com períodos longos de contato da urina e fezes com os genitais), por deixar a criança longos períodos com fralda suja, uso de sabonetes ou outros agentes irritantes, vulvovaginites e traumatismo.

A inflamação local da mucosa e pele vulvares contribuem para uma perda do epitélio superficial escamoso. Durante o processo de re-epitelização, assiste-se à formação de aderências fibrosas na linha média que vão aderir os pequenos lábios.

Ademais, classifica-se como congênita ou adquirida. A primeira ocorre quando a adesão das ninfas é entre o 3º e o 7º mês de vida embrionária, já a adquirida, quando ocorre devido a processos inflamatórios locais e, por consequência, aderência dos lábios.

Sintomatologia

A maioria dos casos de sinéquia vulvar é assintomática, podendo passar despercebidos à observação dos pais ou dos médicos nas consultas pediátricas. Este fator contribui para um grande número de casos não relatados. Com isso, estima-se uma incidência superior a 38% das meninas na pré-puberdade.

Em alguns casos, porém, como está localizada logo abaixo do clitóris, devido ao pequeno tamanho da abertura do orifício vaginal, pode ocorrer gotejamento urinário a medida que há acúmulo de urina por trás da sinéquia, predispondo a infecção do trato urinário ou uretrite. Pode ocorrer ainda corrimento vaginal ou dor.

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, sob inspeção da vulva, em que os grandes lábios são normais e os pequenos lábios estão unidos por uma fina linha de demarcação entre eles. Na maioria das vezes esta membrana estende-se desde a comissura posterior da vulva até junto do clitóris, deixando livre apenas um pequeno orifício para a passagem da urina. Num número menor de casos ela é parcial, obstruindo apenas em parte o introito vaginal.

Dessa forma, considera-se de extrema importância um diagnóstico acurado, tanto no exame físico como no entendimento dos fatores que possam desenvolver a condição da coalescência de pequenos lábios.

Tratamento

Varia de acordo com os sintomas e o grau de fibrose. Em pacientes assintomáticas pode-se optar por uma conduta expectante,

visto que boa parte dos casos costuma ser resolvido espontaneamente com o aumento dos níveis de estrógeno na puberdade.

Nos casos de sinéquias mais extensas em que coexistem sintomas urinários, o tratamento é realizado com estrogênio tópico, aplicado na rafe 2 x por dia por 2 semanas, em caso de não resolução pode ser usado mais 2 semanas. Tendo o cuidado de examinar as mamas e a vulva para evitar telarca e/ou escurecimento de pigmentação da vulva. A quantidade deve ser do tamanho de uma ervilha, aplicada com o dedo ou cotonete, seguida de uma tração suave exercida externamente sobre os grandes lábios, para ajudar a desfazer a aderência. Nos casos de sinais de puberdade precoce pode-se usar corticoide tópico uma vez ao dia fazendo o exercício manual semelhante.

Além disso, pode-se associar o uso de vaselina líquida duas vezes ao dia nos 15 dias subsequentes ao tratamento para evitar recidiva. A taxa de sucesso varia entre 50-90%.

O tratamento cirúrgico é reservado apenas para os casos de sinéquias muito espessas, que não respondem ao tratamento clínico e obstrução do fluxo urinário e nesses casos, também é sugerido o uso de creme de estrogênio antes e de antibióticos, após o procedimento, três vezes ao dia, associado a banhos quentes durante 7 dias após o ato.

A taxa de recorrência é de cerca de 30% dos casos, tanto nos casos tratados com estrogênio tópico, quanto corticoide ou debridamento cirúrgico. Para prevenir as recorrências deve-se manter uma boa higiene genital, com remoção de substâncias irritantes, evitar uso de roupas apertadas e utilizar roupas íntimas de algodão.

Referências

FERREIRA, JCR; MARQUES, ACRV. Atualização do tratamento da coalescência de pequenos lábios – revisão de literatura. Revista Rede de Cuidados em Saúde. p. 01-04, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/Karina/Downloads/4629-10999-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 01 maio. 2021.

FERREIRA, V et al. Labial Fusion in childhood—literature review Fusão

Labial na infância-revisão da literatura. *Acta Obstet Ginecol Port*, v. 6, n. 4, p. 193-198, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/Karina/Downloads/2012-4artigo_de_revisao_3.pdf. Acesso em: 01 maio. 2021.

HOFFMAN, BF et al. *Ginecologia Pediátrica Ginecologia de Williams*. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2013, cap. 14.

LAUFER, MR; EMANS, SJ . Overview of vulvovaginal complaints in the prepubertal child, Disponível em: Overview of vulvovaginal conditions in the prepubertal child - UpToDate 2021. Acessado em 30/06/21.

OLIVEIRA, KM; SILVA, AM; GOMES, NY. Abordagem clínica-cirúrgica da sinéquia vulvar na pediatria. *JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1*. 2021. Junho. Ed. 27. V. 1. Págs. 369-376 ISSN: 2526-4281.

SILVA FILHO, AL et al. *Ginecologia infanto-puberal*. In: *TRATADO de Ginecologia FEBRASGO*. [S. l.: s. n.], 2019. cap. 13.

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Claruzza Braga Holanda Lavor Lustosa

Francisco das Chagas Medeiros

Karla Maria Rego Leopoldo Melo

Rebeca Brandão Pinheiro

Zenilda Vieira Bruno

Introdução

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é o distúrbio endócrino mais comum em mulheres em idade reprodutiva. As inúmeras variantes genéticas e ambientais interagem e contribuem para sua fisiopatologia. A morfologia dos ovários policísticos reflete o meio endócrino desordenado que resulta da anovulação crônica.

A prevalência de SOP varia de acordo com os critérios diagnósticos utilizados, com estimativas variando de 9% nas mulheres em idade reprodutiva, de acordo com critérios NIH (*National Institute of Health*), até 18% com os critérios de Rotterdam.

É caracterizada principalmente por disfunção ovulatória e hiperandrogenismo, sendo a apresentação clínica heterogênea, com manifestação de vários sinais e sintomas:

- Acne, hirsutismo, alopecia.
- Ciclo menstrual irregular, oligomenorréia/amenorreia.
- Disfunção ovulatória e infertilidade.
- Risco aumentado para doença cardiovascular, incluindo obesidade, intolerância a glicose, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia, esteatose hepática não alcoólica, apneia do sono.

Fisiopatologia

Síntese e ação do androgênio

O hiperandrogenismo é a característica chave da SOP, resultante da produção excessiva de androgênios ovarianos e, em menor grau, suprarrenais, decorrentes da dinâmica secretória anormal de Hormônio Luteinizante (LH) e da hiperinsulinemia.

O excesso de androgênios ovarianos ocorre devido a uma desregulação da esterogênese ovariana que inclui uma sensibilidade aumentada ao LH. É encontrado na grande maioria dos casos de SOP e pode explicar suas características clínicas essenciais: hirsutismo, oligoanovulação e ovários policísticos: a conversão para androgênios 5α reduzidos, mais potentes, inibem a ação da aromatase e a indução dos receptores de LH pelo Hormônio Folículo Estimulante (FSH) na granulosa, impedindo o desenvolvimento folicular progressivo (anovulação). Altas concentrações locais de androgênio contribuem para a morfogênese policística dos ovários.

Secreção e ação da insulina

Aproximadamente metade dos casos de SOP têm resistência à insulina com hiperinsulinemia compensatória. No ovário, o hiperinsulinismo sinergiza com LH para aumentar a produção de andrógenos e também causa luteinização prematura das células de granulosa; no fígado, inibe a produção da Globulina Ligadora de Hormônios Sexuais (SHBG), com aumento dos androgênios livres circulantes. Essas ações de insulina agravam o hiperandrogenismo, resultam em desenvolvimento da morfologia do ovário policístico e em anovulação. A hiperinsulinemia também promove a adiposidade, o que exacerba o estado resistente à insulina.

Secreção e ação da gonadotrofina

Altas concentrações de androgênio e níveis cronicamente elevados de estrogênios (aromatização periférica) induzem o

padrão anormal da secreção de gonadotrofinas, com um aumento na frequência pulsátil de Hormônio Liberador de Gonadotrofinas (GnRH) hipotalâmico, favorecendo mais a secreção de LH em relação à de FSH.

Diagnóstico

Em 1990, o Consenso da National Institutes of Health (NIH) definiu a presença de hiperandrogenismo (clínico e/ou bioquímico) e disfunção menstrual (oligomenorréia/anovulação) como critérios diagnósticos para SOP. Posteriormente, em 2003, o Consenso de Rotterdam introduziu o aspecto de ovário policístico ao ultrassom como um novo critério a ser adicionado aos dois critérios anteriores. Pelos critérios de Rotterdam, o diagnóstico requer dois destes três critérios, além de ser necessária a exclusão de outra patologia. Em 2006, a Sociedade de Excesso de Andrógenos reconheceu o hiperandrogenismo (clínico e/ou bioquímico) como critério diagnóstico obrigatório, em combinação com outros sintomas da síndrome. Ver o resumo dos critérios diagnósticos no Quadro 1.

Quadro 1: Critérios diagnósticos para SOP.

CONSENSO NIH (1990) (Necessário todos os critérios)	CRITÉRIOS DE ROTTERDAM (2003) (2 dos 3 critérios)	CRITÉRIOS DA SOCIEDADE DE EXCESSO DE ANDRÓGENOS (2006) (hiperandrogenismo mais 1 critério)
Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial	Hiperandrogenismo clínico ou laboratorial ^{1**}
Disfunção menstrual (oligo/amenorréia ou anovulação)	Oligo/amenorréia ou anovulação	Oligo/amenorréia ou anovulação
	Ovários policísticos detectados ao ultrassom*	Ovários policísticos detectados ao ultrassom

*Presença de 12 ou mais folículos de 2-9 mm ou volume ovariano maior que 10 cm³

**Critério obrigatório

Importante: Para todos os critérios diagnósticos, deve-se excluir outro distúrbio que curse com excesso de androgênio, tais como hiperplasia adrenal congênita não clássica, síndrome de Cushing, tumores secretores de androgênios, hiperprolactinemia, doenças da tireóide, excesso de androgênio induzido por fármacos e outras causas de oligomenorreia ou anovulação.

Cerca de 60-85% das mulheres com SOP têm disfunção ovulatória/menstrual. Os sinais de hiperandrogenismo clínico são acne, hirsutismo e alopecia.

Os sintomas anovulatórios e a morfologia dos ovários policísticos não são suficientes para fazer um diagnóstico em adolescentes, pois podem ser evidentes em estágios normais de maturação reprodutiva.

Embora obesidade, resistência à insulina e hiperinsulinemia sejam achados comuns em adolescentes com hiperandrogenismo, essas características não devem ser usadas para diagnosticar SOP entre adolescentes.

Exame físico

- Avaliar IMC, pressão arterial, circunferência abdominal – lembrar que estas pacientes têm maior risco para desenvolvimento de Síndrome metabólica.
- Avaliar sinais de hiperandrogenismo e hiperinsulinemia: acne, hirsutismo, alopecia, acantose nigricans.

Exames complementares

Imagem – Ultrassom (US) transvaginal:

- Avaliar critérios para ovários policísticos: Ovários aumentados de volume ($\geq 10 \text{ cm}^3$), ou presença de pelo menos 12 folículos medindo de 2 – 9 mm em cada ovário. Presente em 80% das mulheres com SOP. A presença de apenas um ovário com tal aspecto é suficiente para este critério diagnóstico.

- Avaliar anormalidades endometriais – mulheres com SOP apresentam risco aumentado para hiperplasia endometrial e câncer de endométrio.

Avaliação Hormonal:

- FSH (baixo ou normal)
- LH (aumentado - relação LH: FSH aumentada)
- TSH
- Prolactina
- Testosterona total: a concentração total de testosterona no soro é a recomendação de primeira linha para avaliar o excesso de androgênio em mulheres. Testosterona livre não deve ser utilizada devido às limitações técnicas e não reflete a bioatividade androgênica.
- Relação Testosterona total / Globulina Ligadora de Hormônio Sexual (SHBG): pode ser a medida mais sensível para a avaliação da hiperandrogenemia.
- Androstenediona: Não deve ser solicitada - aumentada em menos de 20% das mulheres com SOP.
- DHEA: Não deve ser solicitada, pois geralmente está presente em níveis baixos, diurnos; tem alta variabilidade e sensibilidade ao estresse.
- SDHEA: Marcador adrenal, recomendado em casos de virilização mais acentuada; tem pouca ou nenhuma atividade androgênica intrínseca; requer conversão para testosterona para exercer efeito; mais elevado em tumores adrenais secretores de androgênios; tem concentrações altas e estáveis durante o dia e o ciclo menstrual.

Quadro 2: Perfil laboratorial da SOP.

PERFIL LABORATORIAL DA SOP
Testosterona total aumentada (↑)
Relação Testosterona total/SHBG aumentada (↑)
SHBG isolado diminuído (↓)
Andronestediona aumentado (↑)

Tratamento

Modificação do estilo de vida

A SOP é caracterizada por um ciclo vicioso onde o excesso de androgênios favorece a deposição de gordura abdominal, que agrava a resistência insulínica e a hiperinsulinemia compensatória, aumentando a secreção de androgênios ovarianos. Estratégias como dieta e exercícios físicos podem diminuir a adiposidade central e o excesso de peso, melhorando não somente as comorbidades metabólicas da SOP, mas também o excesso de androgênios e alterações reprodutivas.

Sensibilizadores da insulina

Metformina (500 a 1500mg/dia) é a droga mais amplamente usada e seu uso passou a ser mais estudado quando se percebeu que a resistência insulínica desempenhava um importante papel na fisiopatologia da SOP. Ensaios iniciais em mulheres com SOP demonstraram um pequeno benefício para redução de peso, diminuição dos andrógenos séricos (sem melhora no hirsutismo) e restauração dos ciclos menstruais em aproximadamente 50% das mulheres com oligomenorreia (embora nem sempre ovulatórias). Além disso, a metformina melhora a sensibilidade insulínica no fígado e tecidos periféricos, com efeitos locais diretos sobre a esteroidogênese ovariana.

Contraceptivos orais e progestágenos

Importantes no manuseio dos distúrbios menstruais e excesso de androgênios. Em geral, contraceptivos hormonais combinados oferecem benefícios através de uma variedade de mecanismos, incluindo supressão da secreção do hormônio luteinizante da hipófise, supressão da secreção de andrógeno ovariano e aumento da SHBG circulante. Embora sejam a base da terapia farmacológica para SOP, mesmo os de baixa dose podem contribuir para alterações metabólicas, aumento do risco cardiovascular e eventos tromboembólicos, o que tem provocado muitos questionamentos a respeito da segurança do seu uso por longo tempo. O mais prescrito contém Etinilestradiol (EE) 20 – 35mcg e um progestágeno (antiandrogênico: ciproterona; drospirenona), contudo, devemos considerar os riscos ao prescrever ACOs.

Os progestágenos cíclicos são uma alternativa, principalmente no que diz respeito a proteção endometrial, contudo podem estar associados a padrões de sangramento anormais em 50-89% das usuárias.

Antiandrogênicos

Devem sempre ser usados em concomitância com contraceptivos para evitar pseudo-hermafroditismo fetal em uma eventual gravidez não planejada. Os critérios de seleção para introdução destas drogas são a severidade do hirsutismo, o custo-efetividade da droga e os efeitos colaterais associados. As drogas mais usadas são a ciproterona e a drospirenona.

A Ciproterona é o antiandrogênico esteróide mais usado, e combinado ao Etinilestradiol (EE) 35mcg. A Drospirenona tem características antiminerlocorticóides e também antiandrogênicas. Estudos mostram que o tratamento por seis meses é efetivo na melhora do hirsutismo, além do efeito positivo na perda de peso em mulheres com SOP.

Existem ainda a espironolactona, a finasterida e a flutamida. A espironolactona é um antagonista da aldosterona, mas também age bloqueando os receptores androgênicos. A dose varia de 50-200mg/dia. A finasterida (dose 5mg/dia) é um inibidor da 5 α redutase, inibindo a conversão local de testosterona em dihidrotestosterona; é segura e efetiva. A flutamida é um antiandrogênico não-esteróide, efetivo, entretanto deve haver monitoramento da função hepática regularmente durante o tratamento.

Pacientes que desejam gestar

- Anovulação é a principal causa da disfunção reprodutiva em mulheres com SOP. A perda de peso por si pode resultar em ovulação espontânea em mulheres com sobrepeso ou obesas com SOP. Nestas pacientes, a dieta e mudança de estilo de vida são considerados o tratamento de primeira linha.
- A indução da ovulação com agentes indutores tem por objetivo elevar o FSH sérico para estimular o desenvolvimento folicular. Isto pode ser conseguido com o uso de drogas anti-estrogênicas, inibidores da aromatase ou FSH exógeno.
- O citrato de clomifeno, antagonista do receptor de estrogênio, é uma opção para indução da ovulação, resultando em ovulação em até 75-80%. Usualmente, inicia-se o tratamento entre o 2º e 5º dia do ciclo menstrual, com uma dose que pode variar de 50 a 150mg/dia, e duração de 5 dias. O ciclo deve ser monitorado por ultrassom para avaliar a resposta à medicação. Se a ovulação foi conseguida continua-se o tratamento até obtenção de gravidez ou por cerca de 6 meses.
- Dados recentes de ensaios clínicos randomizados e resultados de revisão sistemática da Cochrane em 2018 mostram que o inibidor da aromatase letrozole está associado a aumento nas taxas de ovulação, taxas clínicas de gravidez e taxas de nascidos vivos comparado com citrato de clomifeno, devendo ser

considerado como terapia de primeira linha para indução da ovulação. O letrozole deve ser iniciado com a dosagem de 2,5 mg/dia por 5 dias, iniciando no dia 3, 4 ou 5 após uma menstruação espontânea ou sangramento induzido. Se a ovulação não ocorrer, a dosagem pode ser aumentada para 5 mg/dia por 5 dias com uma dosagem máxima de 7,5 mg/dia. Dosagens superiores a 7,5 mg/dia foram associadas ao afinamento do endométrio como visto com citrato de clomifeno.

- Se o uso de citrato de clomifeno ou letrozole não resultar em gravidez, a intervenção de segunda linha recomendada é o uso exógeno de gonadotrofinas ou cirurgia laparoscópica para drilling ovariano. Todos os medicamentos de indução da ovulação estão associados a um aumento de nascimentos múltiplos e complicações obstétricas e riscos neonatais, como parto prematuro e distúrbios hipertensivos. Citrato de clomifeno e letrozol estão associados com risco comparável de gestação gemelar.
- Estudos iniciais sugeriram que a metformina era eficaz na indução da ovulação nestas pacientes, contudo dados atuais não suportam o uso de metformina como tratamento de primeira linha para indução da ovulação nessa população. Parece ter um benefício quando usado em associação ao clomifeno na indução de ovulação, principalmente em mulheres obesas.

Referências

ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician– Gynecologists NUMBER 194 JUNE 2018 (Replaces Practice Bulletin Number 108, October 2009) Committee on Practice Bulletins—Gynecology. This Practice Bulletin was developed by the ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology in collaboration with Richard S. Legro, MD.

Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Franks S, Gambineri A, et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. *Eur J Endoc* 2014; 171:1–29.

Domecq JP, Prutsky G, Mullan RJ, Sundaresh V, Wang AT, Erwin PJ, et al. Adverse Effects of the Common Treatments for Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, December 2013, 98(12):4646–4654.

Dumesic DA, Oberfield SE, Stener-Victorin E, Marshall JC, Laven JS, Legro RS. Scientific Statement on the Diagnostic Criteria, Epidemiology, Pathophysiology, and Molecular Genetics of Polycystic Ovary Syndrome. *Endoc Rev*, October 2015: 36(5):487–525.

Franik S, Eltrop SM, Kremer JAM, Kiesel L, Farquhar C. Aromatase inhibitors (letrozole) for subfertile women with polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD010287. DOI: 10.1002/14651858.CD010287.pub3.

Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, December 2013, 98(12):4565–4592.

Lim SS, Hutchison SK, Van Ryswyk E, Norman RJ, Teede HJ, Moran LJ. Lifestyle changes in women with polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 3. Art. No.: CD007506. DOI: 10.1002/14651858.CD007506.pub4.

Pasquali R, Gambineri A. Treatment of hirsutism in the polycystic ovary syndrome. *European Journal of Endocrinology* 2014: 170:75–90.

Pasquali R, Zanutti L, Fanelli F, Mezzullo M, Fazzini A, Labate AMM, et al. Defining Hyperandrogenism in Women With Polycystic Ovary Syndrome: A Challenging Perspective. *J Clin Endocrinol Metab*, May 2016; 101(5):2013–2022.

Spritzer PM. Polycystic ovary syndrome: reviewing diagnosis and management of metabolic disturbances. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2014;58(2):182–87.

Yildiz BO. Approach to the Patient: Contraception in Women With Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*, March 2015; 100(3):794–802.

<https://www.uptodate.com/contents/metformin-for-treatment-of-the-polycystic-ovarysyndrome?csi=ec8f5a8f-5d8b-45bf-8fd6-d658171ae122&source=contentShare>.

<https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathophysiology-of-polycysticovary-syndrome-in-adolescents?csi=51912418-24c8-461c-aa8d74af33508eac&source=contentShare>.

<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-polycystic-ovary-syndrome-in-adults?csi=abd12cb0-8197-480d-b7bf-23e78f05f97c&source=contentShare>.

VÍDEO-HISTEROSCOPIA AMBULATORIAL INDICAÇÕES E LIMITAÇÕES

Anna Patricia Mororó Xerez Silva Dias

Caroline de Sousa Andrade Rios

Laryssa Portela Ramos Magalhães Rego

Introdução

A histeroscopia é considerada o exame padrão-ouro no diagnóstico de patologias da cavidade uterina e do canal endocervical. O exame consiste na visualização em tempo real da cavidade uterina através de um sistema de ótica com microcâmera, o que permite a avaliação de alterações anatômicas e funcionais do endométrio e endocérvice como, por exemplo, vascularização, espessura, fase do ciclo, concentração glandular; além de outras alterações intrauterinas.

É um método que pode ser realizado em caráter ambulatorial e favorece o retorno imediato da paciente às suas atividades de rotina contando com menores riscos de morbimortalidade e menores custos hospitalares.

Indicações

- Sangramento uterino anormal.
- Infertilidade: a segunda indicação mais comum; podemos identificar sinequias, malformações e até mesmo datar endométrio.
- Pólipos cervicais e endometriais: identifica a forma, a localização, a base de implantação e a observação da existência ou não de patologias associadas, como hiperplasia, carcinomas ou miomas.

- Reposicionamento de Dispositivo Intrauterino.
- Miomas submucosos são classificados de acordo com o seu grau de penetração no miométrio. Quanto maior a porção do mioma no miométrio, mais difícil será sua abordagem por histeroscopia, pois haverá maior chance de perfuração uterina, sangramento durante e após procedimento, lesão miometrial e sinéquias uterinas após exame (QUADROS 1 e 2). A classificação obtida poderá influenciar na conduta terapêutica adotada (QUADRO 3).

Quadro 1: Classificação dos miomas submucosos da Sociedade Europeia de Cirurgia Endoscópica.

NÍVEL 0	Mioma totalmente na cavidade uterina
NÍVEL 1	> 50% do volume no interior da cavidade uterina
NÍVEL 2	< 50% do volume no interior da cavidade uterina

Quadro 2: Classificação de LASMAR dos miomas submucosos.

ESCORE	PENETRAÇÃO	TAMANHOS	BASE	TERÇO	PAREDE
0	0	= 2 cm	= 1/3	Inferior	Posterior ou anterior
1	< 50%	>2 a 5 cm	> 1/3 a 2/3	Médio	Lateral
2	> 50%	> 5cm	> 2/3	Superior	-

Quadro 3: Conduta sugerida de acordo com o escore de LASMAR obtido.

ESCORE	GRUPO	CONDUTA SUGERIDA
0 – 4	I	Miomectomia histeroscópica com baixa complexidade
5 e 6	II	Miomectomia complexa
7 a 9	III	Indicar outra técnica não histeroscópica

Contraindicações

- Gravidez intrauterina viável
- Infecção pélvica ativa
- Câncer cervical ou uterino conhecido
- Sangramento uterino excessivo pode dificultar a realização do exame, mas não é uma contraindicação.

Instrumental em histeroscopia

- Óptica de histeroscopia
- Fonte de luz (alógena ou xenon)
- Sistema de vídeo
- Sistema de armazenamento de imagem (DVD)
- Sistemas de controle de infusão de líquido
- Meio de distensão (Soro fisiológico, principalmente)
- Instrumental para biópsia
- Instrumental médico cirúrgico acessório. Pinças de Pozzi, Cheron, histerômetro, espéculos, porta agulha, tesouras e pinças anatômicas.

Procedimento

Analgesia

- Anti-inflamatório não esteroide oral (cetoprofeno 50mg 02 comprimidos via oral) 1 hora antes do procedimento.
- Administração de anestésico local no canal cervical não tem evidências em reduzir a dor durante procedimento.

Características do histeroscópio

- Tamanho do histeroscópio utilizado na MEAC: 2.9mm
- Ângulo do histeroscópio utilizado na MEAC: 30 °

- Tipo de histeroscópio: Rígido - Melhor imagem durante o exame em Ginecologia, menor custo, menor chance de exames falhos e duração menor do tempo de exame.

Técnica

- Vaginoscopia: Técnica na qual o histeroscópio é introduzido na vagina, através do canal cervical e na cavidade uterina sem a necessidade de espéculo vaginal ou dilatação cervical. É associada a significativa redução da dor durante o procedimento. Infundir soro fisiológico na pressão de 150mmHg. Feche os lábios menores manualmente para conter o meio de distensão. Visualize o orifício externo do colo e direcione o histeroscópio para a cavidade uterina, utilizando manobras de rotação da camisa de Betocchi.
- Avaliar o canal endocervical durante a inserção do histeroscópio.
- Avaliar a cavidade uterina: Ao adentrar a cavidade uterina, diminuir a pressão de infusão do soro fisiológico para 70mmHg. Inspeccionar toda a cavidade uterina, avaliar óstios tubários e quaisquer patologias. Amostragem endometrial pode ser realizada em pacientes com sangramento anormal ou patologia endometrial difusa. Em pacientes com doença focal, deve ser realizada biópsia dirigida ou remoção das lesões. A maioria dos procedimentos tem níveis de dor toleráveis.

Complicações

- Laceração cervical ou falso trajeto: Pode-se tamponar, cauterizar ou até suturar se houver sangramento em lacerações cervicais. A realização de um falso trajeto é uma complicação mais comum. O uso de estrogênio tópico 30 dias antes do procedimento pode ser útil em mulheres na menopausa.
- Perfuração uterina: A introdução do histeroscópio é feita sob visão direta, tornando esse um evento raro. Evitar introdução

intempestiva para não ocorrer esta complicação. Quando ocorre, há dificuldade de distensão da cavidade. O exame deve ser interrompido retirando o histeroscópio sob visão direta. Nas perfurações do fundo uterino, raramente há lesão de vaso miometrial calibroso e é suficiente manter a paciente em repouso por duas horas para observação de sinais vitais e perdas sanguíneas. Nas perfurações de paredes laterais, o risco de lesão de vasos calibrosos é maior, podendo-se manter a paciente internada por pelo menos 24 horas.

- Reação vasovagal: Causadas por estimulação do sistema nervoso parassimpático. O canal cervical recebe inervação parassimpática proveniente dos nervos sacrais. Manipulação e dilatação do canal cervical podem causar hipotensão e bradicardia, causando os sinais clínicos de sudorese, palidez e redução da consciência. A maioria das mulheres recuperam-se rapidamente com a suspensão do procedimento e posicionando a paciente em Trendelenburg ou posição supina com as pernas elevadas.

Acompanhamento pós realização de exame

- Pacientes encaminhadas da Unidade Básica de Saúde devem retornar à unidade de origem para manutenção do seguimento; pacientes provenientes de outros ambulatórios do hospital devem retornar ao ambulatório de origem.
- Eventuais resultados de biópsias são recebidos após 45 dias da realização do exame.

Referências

BRADLEY, Linda D. Overview of hysteroscopy. Uptodate, abr. 2021

DEFFIEUX, X. et al. Hysteroscopy: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, França, Abril 2014.

GREEN-TOP GUIDELINE No. 59, Best Practice in Outpatient Hysteroscopy, Royal College of Obstetrics and Gynaecologists, Março 2011.

HARRIS, M. et al. A Practical Guide for Hysteroscopy in the Office (Didactic), Global Congress of minimally invasive gynecology, Las Vegas-Nevada-EUA, Novembro de 2012.

LASMAR, Ricardo Bassil et al. Miomas Submucosos: Classificação Pré-Operatória para Avaliação da Viabilidade da Cirurgia Histeroscópica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 305-309, 2004.

SCHORGE, J.O. et al. Ginecologia de Williams, 2ª Ed. Editora Artmed, Porto Alegre, 2014.

TJ CLARK et al. Best Practice in Outpatient Hysteroscopy. Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists, p. 1-22, mar. 2011.



Protocolos Multiprofissionais

DISTOPIA GENITAL

Dayana Maia Saboia
José Ananias Vasconcelos Neto
Têmis de Castro Dias

Introdução

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) refere-se ao descenso desses órgãos pela cavidade vaginal podendo até se exteriorizar. Ocorre, mais comumente, com o útero e/ou os diferentes compartimentos vaginais e seus órgãos vizinhos, como bexiga, reto ou intestino.

As mulheres com prolapso podem apresentar sintomas que afetam as atividades diárias, as funções sexuais, miccionais e defecatórias, além de gerar um impacto negativo sobre a imagem corporal.

Estudos avaliam que cerca de 25% das mulheres norte-americanas são afetadas por desordens do assoalho pélvico, como POP e incontínências fecal e urinária. Sua prevalência aumenta com a idade, sendo que, entre os 20 e os 59 anos, a incidência dobra a cada década, com seu pico entre 70 e 79 anos. Calcula-se que, ao longo da vida, as mulheres tenham 13% de chance de serem submetidas à correção cirúrgica do prolapso e, destas, cerca de 6-30% têm chance de necessitar de um segundo procedimento.

Ademais, defeitos da parede vaginal anterior são significativamente mais comuns (cerca de 33- 34%) do que da parede posterior (18%) ou defeitos apicais (14 %). No entanto, é válido notar que a vagina é um órgão contínuo e defeitos no ápice contribuem para o prolapso de outros compartimentos.

Fisiopatologia e fatores de risco

O suporte anatômico das estruturas pélvicas nas mulheres é promovido por uma interação entre os músculos do assoalho pélvico, os ligamentos de tecido conjuntivo e a pelve óssea. O diafragma pélvico formado pelo complexo do músculo elevador do ânus (músculos pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo) e o músculo coccígeo oferece suporte primário para os órgãos pélvicos, fornecendo uma base firme, porém elástica sobre a qual os órgãos pélvicos repousam. A fásia endopélvica estabiliza os órgãos pélvicos na posição correta para que sejam suportados pelos músculos pélvicos.

Um sistema de três níveis integrados de suporte vaginal foi descrito por DeLancey. Cada nível de sustentação é responsável pela elevação de segmentos vaginais distintos, que, quando alterados, resultam em prolapso da parede vaginal apical, anterior e posterior:

- Nível 1 – Responsável pela elevação do compartimento apical da vagina. Consiste na fixação dos ligamentos cardinal e uterossacrais ao colo uterino e à vagina superior. A perda do suporte de nível 1 contribui para o prolapso apical (prolapso uterino ou de cúpula).
- Nível 2 - Fixa a vagina média, ao longo de sua extensão, à fásia do arco tendíneo pélvico, por meio dos ligamentos paravaginais que são contíguos ao complexo cardinal/uterossacral na espinha isquiática. A perda de suporte do nível 2 contribui para o prolapso da parede vaginal anterior.
- Nível 3 - Corpo perineal, dando suporte ao terço distal da vagina. A lesão nessa área contribui para prolapso da parede vaginal anterior e posterior, alargamento do introito e descenso perineal.

A etiologia do prolapso vem se mostrando multifatorial, sendo resultado de uma combinação de fatores anatômicos, fisiológicos,

genéticos, reprodutivos e de estilo de vida atuando em conjunto ao longo dos anos. Seguem alguns:

Paridade

Parto vaginal é o fator de risco mais citado. O estudo Oxford Family Planning, por exemplo, descobriu que, em comparação com a nuliparidade, o risco de internação hospitalar por POP aumentou acentuadamente após o primeiro e segundo nascimento (respectivamente quatro e oito vezes), e então aumentou menos rapidamente para nascimentos subsequentes, sendo o risco maior cerca de nove vezes para o terceiro parto e 10 vezes para o quarto.

O parto com fórceps também parece aumentar o risco de desenvolvimento de POP e incontinência. Em um estudo com quase 450 mulheres, aquelas com parto com fórceps tiveram o dobro da probabilidade de apresentar sintomas relativos a POP em comparação com as que não tiveram parto a fórceps.

Outros fatores relacionados ao parto associados ao prolapso incluem macrossomia, prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto e idade materna menor que 25 anos no primeiro parto.

Idade avançada

Há aumento progressivo na taxa de prolapso com o aumento da idade. Cada 10 anos adicionais de idade confere um risco aumentado de prolapso de 40%. O aumento da incidência pode ser resultado de processos fisiológicos e degenerativos do envelhecimento, como os efeitos do hipostrogenismo, levando a alterações na manutenção do tecido conectivo e da matriz extracelular necessária à sustentação dos órgãos pélvicos.

Obesidade

Mulheres com sobrepeso e obesas apresentam risco aumentado de POP quando comparadas com as de peso normal. Em uma

meta-análise relatando o efeito do peso no risco de prolapso, mulheres com sobrepeso e obesas tiveram um risco aumentado de quase 40-50 por cento.

Raça e etnia

Mulheres negras e asiáticas apresentam os menores riscos, e as hispânicas e as brancas parecem ter risco mais alto, por provável diferenças na composição do colágeno entre raças, além das diferenças raciais na pelve óssea, que podem representar um impacto importante.

Aumento da pressão abdominal

Constipação crônica e outras condições que causam pressão intra-abdominal elevada repetitiva, como doença pulmonar obstrutiva crônica, ocupações que envolvem levantamento de peso são prováveis fatores de risco para POP, podendo ocasionar lesão por estiramento do nervo pudendo.

Anormalidades do colágeno

Mulheres com articulações hipermóveis têm maior prevalência de prolapso do que mulheres com mobilidade articular normal, como em alguns distúrbios do tecido conjuntivo (por exemplo, síndrome de Ehlers-Danlos), sugerindo que anormalidades de colágeno podem desempenhar um papel em ambos os distúrbios. Uma possibilidade é que essas mulheres possam metabolizar o colágeno de forma que haja uma diminuição no colágeno tipo I e um aumento no colágeno tipo III, que resultaria em menor resistência à tração.

História familiar

A existência de fatores de risco hereditários para doenças do assoalho pélvico já foi reconhecida, e vários estudos confirmaram a agregação familiar de POP. Três grandes meta-análises demonstraram

um impacto significativo da história familiar sobre o desenvolvimento ou recorrência de POP com *odds ratio* variando entre 1,84 a 2,64 com um parente de primeiro grau afetado. Foi identificado quatro variantes por meio de meta-análise de estudos de genes candidatos significativamente associados com POP (ESR1 gene, FBLN5 gene, PGR gene e COL1A1 gene).

Histerectomia

O papel da histerectomia no desenvolvimento de POP subsequente é controverso e depende de vários fatores, como idade, presença de prolapso antes da histerectomia e tipo de abordagem cirúrgica.

História clínica e exame físico

Pacientes com POP podem apresentar sintomas relacionados especificamente às estruturas prolapsadas ou com sintomas associados, incluindo disfunção urinária, defecatória ou sexual. Os principais sintomas estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 1: Sintomas relacionados ao prolapso de órgãos pélvicos.

SINTOMAS RELACIONADOS AO PROLAPSO GENITAL	
VAGINAIS	Sensação de peso ou de “bola” na vagina; dor pélvica; sangramento vaginal, corrimento ou infecção (que podem estar relacionados à ulceração da mucosa); necessidade de redução “digital” para efetuar a micção ou evacuação de forma adequada e dor lombar.
ANORRE-TAIS	Sensação de “bola” anal/retal; constipação; disfunção ou bloqueio evacuatório; tenesmo; manobra digital para auxílio à evacuação; esforço evacuatório; resíduo fecal persistente (<i>soiling</i>); incontinência para flatos e/ou fezes.

URINÁ- RIOS	Hesitação; fluxo urinário lento comparado ao padrão anterior; micção intermitente; esforço miccional; jato urinário pulverizado ou dividido; sensação de esvaziamento vesical incompleto; aumento da frequência urinária; micção dependente de posição; gotejamento pós-miccional; disúria; retenção urinária e urgência.
SEXUAIS	Dispareunia; obstrução; perda da libido; frouxidão vaginal.

O diagnóstico é confirmado pelo exame físico, com a mulher em posição ginecológica, realizando, inicialmente, a inspeção estática, seguido de aplicação da manobra de Valsalva, que, com o auxílio de um espéculo vaginal, tem como intuito isolar as paredes vaginais e reproduzir o grau máximo de prolapso.

Em 1996, a *International Continence Society* definiu um sistema de Quantificação de Prolapso de Órgão Pélvico (POP-Q), com o intuito de permitir que pesquisadores relatem os achados de forma padronizada e de fácil reprodução. O prolapso de cada segmento é avaliado e mensurado em relação ao hímen com uma espátula graduada. A posição anatômica dos seis pontos definidos deve ser obtida em centímetros acima do hímen (números negativos) ou abaixo (números positivos), com o plano himenal considerado Ponto Zero. Outros reparos anatômicos incluem o comprimento vaginal total (CVT), hiato genital (HG) e corpo perineal (CP). Todos esses pontos devem ser medidos sob Valsalva, exceto o CVT. Segue abaixo a descrição de cada um desses pontos.

Tabela 2: Medidas do POP-Q

PONTO Aa	Localizado na parede vaginal anterior, 3 cm no sentido proximal do meato uretral externo, o que corresponde à localização proximal do colo vesical. O valor descritivo da posição deste ponto pode variar de -3 a no máximo +3 cm.
-----------------	--

PONTO Ba	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal anterior, localizado entre o ponto Aa e o ápice vaginal. Mede -3 cm na ausência de prolapso.
PONTO C	Representa o ponto mais distal do colo do útero ou da cúpula vaginal (em mulheres histerectomizadas).
PONTO D	Representa a localização do fundo de saco de Douglas na paciente com colo uterino. É justamente o nível da fixação dos ligamentos uterossacos no colo uterino. Este ponto não existe em mulheres histerectomizadas e serve, essencialmente, para diferenciar o prolapso uterino da hipertrofia de colo.
PONTO Ap	Localizado na Parede vaginal posterior, 3 cm acima da carúncula himenal. Análogo ao Ponto Aa, também pode variar de -3 a no máximo +3 cm
PONTO Bp	Representa o ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior, localizado entre o ponto Ap e o ápice vaginal. Mede -3 cm na ausência de prolapso.
HIATO GENITAL (HG)	Medida da distância da metade do meato uretral externo até a fúrcula vaginal (carúnculas himenais).
CORPO PERINEAL (CP)	Medida da distância da metade do esfíncter anal até a fúrcula vaginal (carúnculas himenais)
COMPRI-MENTO VAGINAL TOTAL (CVT)	Medida da distância da carúncula himenal à cúpula vaginal ou fúrcula vaginal posterior, com redução do prolapso.

Os seis pontos e as três medidas devem ser registrados de forma padronizada em um diagrama tipo “jogo da velha”, conforme a figura (Figura 1).

Figura 1- Diagrama tipo jogo da velha padronizados das medidas POP-Q.

Parede anterior Aa	Parede anterior Ba	Colo / cúpula C
Hiato genital HG	Corpo perineal CP	Comp. vaginal total CVT
Parede posterior Ap	Parede posterior Bp	Fornix posterior D

Após a realização das medidas, o prolapso é estadiado, conforme a classificação:

- Estádio 0: Ausência de prolapso de estruturas pélvicas, ou seja, os pontos Aa, Ap, Ba, Bp estão em -3 cm e os pontos C e D estão entre o comprimento total da vagina e o comprimento total da vagina menos dois centímetros [-CVT até -(CVT-2)].
- Estádio I: Quando os pontos Ba e Bp atingem -2 cm ou quando os pontos C e D variam de -2 até - (CVT - 3).
- Estádio II: Ponto de maior prolapso entre -1 a +1
- Estádio III: Ponto de maior prolapso variando de +2 até + (CTV-3).
- Estádio IV: Ponto de maior prolapso variando de + (CTV-2) até + CVT.

Exames diagnósticos

Os procedimentos auxiliares de diagnóstico são realizados principalmente para avaliação da função vesical ou intestinal, embora

testes adicionais sejam ocasionalmente usados para avaliar melhor o próprio prolapso.

A ultrassonografia (US) bidimensional (transabdominal, transperineal ou translabial, introital e transvaginal) pode ser solicitada para avaliar mobilidade/descenso do colo vesical, afunilamento uretral, resíduo pós-miccional, anormalidades da bexiga ou uretra, descenso dos órgãos pélvicos, avaliação dos músculos do assoalho pélvico, achados pós-operatórios, baloneamento do hiato genital e avulsão do levantador do ânus. Existem ainda as modalidades tridimensional e quadridimensional com limites superando a bidimensional, devido às imagens com maior resolução. Elas permitem a gravação em tempo real do exame (com possibilidade de realização de cortes semelhantes aos tomográficos), promovendo uma documentação aprimorada da anatomia funcional. A imagem multislice ou tomográfica é mais adequada para o diagnóstico padronizado de avulsão do levantador do ânus. Uma vantagem da US 3D/4D em relação à ressonância é a possibilidade de realizar uma avaliação 3D (ou 4D) em tempo real das estruturas do assoalho pélvico durante manobras funcionais. A ressonância magnética, por sua vez, identifica estruturas ligamentares e musculares com muita precisão, porém com o paciente em decúbito dorsal, o que dificulta a realização de uma avaliação dinâmica. A defecografia demonstra a anatomia anorretal e distúrbios da evacuação retal.

Tratamento indicado e plano terapêutico

Para mulheres assintomáticas ou levemente sintomáticas, o tratamento expectante é ideal. Entretanto, para mulheres com prolapso importante ou para aquelas com sintomas importantes, pode-se optar entre o tratamento conservador ou o cirúrgico, com a escolha dependendo de múltiplos fatores, como tipo e gravidade dos sintomas, idade, desejo de engravidar, comorbidades clínicas, presença ou ausência de função sexual ativa e fatores de risco para recorrência.

Tratamento conservador

Pessários Vaginais

Os pessários vaginais são dispositivos inseridos na vagina para fornecer suporte estrutural a um ou mais compartimentos vaginais. Eles são uma opção terapêutica de primeira linha, baixo custo e não cirúrgica para o tratamento dos prolapso de órgãos pélvicos.

Existe uma variedade de modelos e tamanhos de pessários. Estes são classificados quanto aos modelos em pessários de suporte e pessários de preenchimento. Os pessários de suporte ficam ao longo da vagina, com o componente posterior ancorado no fórnice posterior e o componente anterior logo abaixo da sínfise púbica, fornecendo assim uma plataforma de suporte para os órgãos pélvicos e um apoio para a uretra nos momentos de aumento da pressão abdominal. Os pessários de preenchimento suportam POP mais avançados por aderirem mais fortemente ao tecido vaginal, por isso possuem um maior risco de lesão mecânica e podem ser mais difíceis de inserção e retirada.

Dentre as principais indicações para uso de pessário estão:

- Alívio imediato dos sintomas do POP.
- Pacientes em programação cirúrgica.
- Pacientes sem condições clínicas para serem submetidas a um procedimento cirúrgico.
- Mulheres com POP que desejam engravidar ou já estão grávidas.
- Prevenção do aumento do estadiamento do prolapso.

De uma forma geral, qualquer mulher pode se beneficiar com o uso dos pessários vaginais. Contudo, os profissionais de saúde são aconselhados a investigar a presença de infecção vaginal ativa, erosão vaginal, ulceração ou atrofia vaginal grave antes da inserção do dispositivo. Além disso, o profissional deve atentar para a capacidade de autocuidado da paciente, rede de apoio e presença de cuidador

responsável principalmente em mulheres com demência ou outras condições que podem levar ao acompanhamento irregular ou negligência nos cuidados com o pessário.

Alguns fatores são mencionados na literatura como preditores do sucesso do tratamento com pessário, dentre eles estão a idade das pacientes (mulheres idosas parecem se beneficiar mais com o uso dos pessários em comparação às mulheres mais jovens), ausência de cirurgias pélvicas prévias, maior número de partos, POP do compartimento vaginal posterior com um estadiamento menor e POP menos volumoso.

Idade mais jovem, canal vaginal encurtado (≤ 6 centímetros), hiato genital largo (8 cm), pacientes com artrite, mobilidade deficiente e obesidade são citados como fatores preditores de insucesso no tratamento com pessários vaginais. Apesar destes achados, nossa experiência clínica tem revelado que mesmo mulheres com cirurgias anteriores para correção de POP ou com estadiamentos mais avançados se beneficiam com o tratamento. Dessa forma, a seleção do pessário também deve ser baseada em tentativa-erro.

Para seleção do pessário adequado devem ser levados em conta a experiência clínica do prestador de cuidados e algumas características individuais e de estilo de vida da paciente, como vida sexual ativa e presença de ciclo menstrual. Não há um formato específico que seja melhor para todas as pacientes, contudo, o pessário anel deve ser experimentado primeiro devido à facilidade de inserção e remoção e, na falha do mesmo, outros pessários devem ser indicados.

Após a avaliação digital das medidas e suporte vaginal, o profissional deve inserir o pessário adequado na vagina aplicando cuidadosamente pressão na parede vaginal posterior e/ou obliquamente, evitando pressionar a uretra e diminuindo a resistência com a aplicação de lubrificante na borda do pessário. O teste pode ser considerado bem-sucedido quando houver ajuste satisfatório do dispositivo no canal vaginal com redução do prolapso acima das carúnculas

himenais, comodidade da paciente e ausência de extrusão do pessário com manobra de Valsalva, deambulação e diurese.

Um seguimento ambulatorial de rotina é necessário para ensino-aprendizagem dos cuidados relativos ao dispositivo, acompanhamento da adaptação e prevenção e tratamento de complicações. Dentre as principais ações de cuidado com o pessário estão o estabelecimento de intervalo adequado para remoção e higiene do dispositivo e reposição rotineira de estrogênio tópico. Não há consenso sobre a periodicidade da retirada do dispositivo para limpeza, contudo, poderá ser feita toda noite, semanalmente ou mensalmente, a depender do tipo utilizado.

As complicações mais comuns com o uso do pessário são corrimento vaginal, erosão/lesão no epitélio vaginal em decorrência da pressão exercida pelo dispositivo e sangramentos.

Fisioterapia

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) vem demonstrando melhorias no estágio POP e nos sintomas associados ao POP. Em uma meta-análise de 13 estudos, TMAP foi associado a uma maior melhora nos escores de sintomas de prolapso e estágio POP. No entanto, a resposta é individual. Pacientes com prolapso dos estádios I ou II apresentam melhor resposta e a adesão aos exercícios também é determinante na resposta.

Tratamento cirúrgico

Compartimento apical

Está sendo cada vez mais reconhecido que a base para o sucesso na correção do prolapso é a suspensão do ápice (e não apenas as correções de paredes vaginais anterior e posterior), realizada por meio de diversos procedimentos, incluindo sacrocolpopexia abdominal, fixação ao ligamento sacroespinal (FSE) ou suspensão da cúpula vaginal com ligamento uterossacral (culdoplastia de McCall), além do tratamento obliterativo.

Encontra-se em questionamento em relação à preservação ou não do útero para correção de prolapso apical. Uma metanálise evidenciou que os maiores benefícios da histeropreservação foram a redução da duração da cirurgia e perda de sangue, porém houve maior taxa de recidiva. Um outro estudo, com cinco anos de seguimento, observou menor taxa de recorrência anatômica, do compartimento apical, nas pacientes submetidas a histeropexia no ligamento sacroespinal em comparação com histerectomia vaginal e fixação da cúpula no ligamento uterosacral.

Sacrocolpopexia abdominal

Essa cirurgia consiste na fixação do compartimento apical (cúpula vaginal ou colo uterino) no ligamento longitudinal anterior (promontório), utilizando de uma tela inabsorvível, com taxas de sucesso variando de 78% a 100%, considera-se essa técnica como a padrão-ouro, para o prolapso apical. Tem como principal vantagem os melhores resultados anatômicos nos quesitos de durabilidade ou recidiva. A via laparoscópica apresenta menos perda sanguínea no intraoperatório e recuperação mais curta, porém com maior taxa de recorrência de prolapso do compartimento anterior comparado a abordagem via abdominal. Ensaio com 112 mulheres evidenciou uma recorrência de 18% no compartimento anterior, comparada com 2% na técnica aberta.

Fixação ao ligamento sacroespinal (FSE)

O ápice vaginal é suspenso uni ou bilateralmente até o FSE por abordagem vaginal. Na maioria dos casos, observa-se boa satisfação com essa técnica, conforme observado em um estudo de metanálise que incluiu 17 artigos randomizados e observacionais, identificando apenas 13% de pacientes não satisfeitas com a técnica. Entre as complicações associadas à FSE estão dor na nádega em cerca de 3% das pacientes, por envolvimento de ramos do nervo ciático, que cruzam o ligamento sacroespinal e lesão vascular em 1% das pacientes.

Fixação no ligamento uterossacro

Nesse procedimento, o ápice vaginal é fixado no ligamento uterossacro até a parte ipsilateral da cúpula vaginal e repete-se o passo no ligamento contralateral, podendo ser realizado por via vaginal ou laparoscópica. A taxa de sucesso dessa técnica é de aproximadamente 80%. Devido ao risco de lesão dos ureteres em 10 a 15%, a cistoscopia torna-se obrigatória, durante este procedimento.

Tratamento obliterativo

Os procedimentos obliterativos são reservados para mulheres com múltiplas comorbidades, que não podem tolerar uma cirurgia mais extensa e que não planejam uma futura relação sexual vaginal. As vantagens da colpocleise nesta população é que geralmente tem uma curta duração operatória, um baixo risco de morbidade perioperatória e um risco extremamente baixo de recorrência do prolapso. As complicações mais frequentes relatadas foram sangramento e disfunções do trato urinário.

Compartimento anterior

Para correção cirúrgica do compartimento anterior (colporrafia anterior), o procedimento de escolha é a correção sítio específica preferencialmente utilizando o tecido nativo, sendo reservado o uso de tela vaginal somente em casos selecionados, como prolapso recorrente, ausência de fásia. Essas restrições ocorreram devido às complicações associadas ao uso da mesma, tendo como exemplo, exposição e ou contração da tela, resultando em quadro álgico.

Compartimento posterior

Na abordagem cirúrgica dos prolapsos do compartimento posterior (colporrafia posterior), deve-se realizar a correção sítio específica, suturando o fásia retovaginal no local de sua desinserção, sejam nos defeitos centrais, laterais (arco tendíneo) ou

transversos (anel pericervical ou corpo perineal). A perineoplastia, quando houver presença de rotura perineal, completa o reparo do compartimento posterior.

Ademais, não existem evidências para o uso de tela sintética ou absorvível no reparo do prolapso posterior.

Critérios de internação

Devem ser internadas as mulheres submetidas a procedimentos cirúrgicos de correção de POP.

Critérios de alta ou transferência

Mulheres com melhora do padrão de POP após tratamento clínico ou cirúrgico podem ter alta ambulatorial.

Monitoramento

Por apresentar uma alta taxa de reoperação (8,5–58%), é importante observar os principais fatores de risco para a recorrência do prolapso após a cirurgia restauradora. Uma metanálise descreveu que os principais fatores de risco são 1. presença de avulsão do músculo elevador do ânus (OR: 2,76), 2. Estadio do POP-Q pré-operatório 3–4 (OR: 2.11) e 3. Histórico familiar (OR 1,84).

Referências

ABDULAZIZ M, et al. An integrative review and severity classification of complications related to pessary use in the treatment of female pelvic organ prolapse. *Can Urol Assoc J*. 2015;9(5-6): E400-6.

ABRAMS P, et al. *Incontinence*. 6a ed. Bristol: International Continence Society; 2017.

ALLEN-BRANDY K, et al. Systematic review and meta-analysis of genetic association studies of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* (2021)

BENSON JT, LUCENTE V, McCLELLAN E. Vaginal versus abdom-

inal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Dec;175(6):1418-21; discussion 1421-2.

BUMP RC, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jul;175(1):10-7.

COSTANTINI E, et al. Laparoscopic Versus Abdominal Sacrocolpopexy: A Randomized, Controlled Trial. *J Urol* 2016; 196: 159.

DALLAS K, et al. Association between concomitant hysterectomy and repeat surgery for pelvic organ prolapse repair in a cohort of nearly 100,000 women. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):1328–36.

DELANCEY JO. Aspectos anatômicos da eversão vaginal após histerectomia. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1717.

DENMAN MA, et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 May;198(5): 555.e1-5.

DE OLIVEIRA SA, et al. Hysteropreservation versus hysterectomy in the surgical treatment of uterine prolapse: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2017;28(11):1617–30.

DIETZ HP. Ultrasound in the assessment of pelvic organ prolapse. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019 Jan; 54:12-30.

DIWADKAR GB, et al. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009 Feb;113(2 Pt 1):367-73.

FASHOKUN TB, ROGERS RG. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: avaliação diagnóstica. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2021 Feb.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícias. Prolapso dos órgãos pélvicos. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 51/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

FELDNER PCJ, SARTORI MJF, GIRÃO MJBC. Prolapso Genital. Tratado de Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico. 2015. 1ª edição; pp 523-534.

FRIEDMAN T, ESLICK GD, DIETZ HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2018 Jan;29(1):13-21.

GIRI A, et al. Obesidade e prolapso de órgãos pélvicos: uma revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. *Am J Obstet Gynecol* 2017.

HANDA VL, Blomquist JL, McDermott KC, et al. Distúrbios do assoalho pélvico após parto vaginal: efeito da episiotomia, laceração perineal e parto operatório. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 233.

HANDA, VL. Efeito da gravidez e do parto na incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: *UpToDate*, 2020 Mar.

HAYLEN BT, et a. International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016 Feb;27(2):165-94.

HENDRIX SL, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1160.

JELOVSEK, JE. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: escolha de um procedimento cirúrgico primário. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: *UpToDate*, 2020 Mar.

L., HOFFMAN, Barbara, et al. Prolapso de órgão pélvico. *Ginecologia de Williams*. 2014; 2ª edição; pp 650-675.

LI C, GONG Y, WANG B. A eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico para prolapso de órgão pélvico: uma revisão sistemática e meta-análise. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 981

MAHAJAN, ST. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: reparo cirúrgico do prolapso da parede vaginal anterior. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: *UpToDate*, 2020 Fev.

MANT J, PAINTER R, VESSY M. Epidemiologia do prolapso genital: observações do Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 579.

MENDES, LC. Melhora sintomática e anatômica do prolapso de órgãos pélvicos em usuárias de pessários vaginais. 2020. 63 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médico-Cirúrgicas) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

MERIWETHER KV, et al. Uterine-preserving surgeries for the repair of pelvic organ prolapse: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2019;30(4):505–22.

MORGAN DM, et al. Heterogeneity in anatomic outcome of sacrospinous ligament fixation for prolapse: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1424–33.

OLSEN AL, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997 Apr;89(4):501-6.

PARK AJ, MUIR TW, PARAISO MFR. Tratamento cirúrgico de defeitos vaginais posteriores. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2019 Out.

RAMOS JGL, SCHMIDT AP, PICOLOTO ASB. Prolapsos genitais. In: Pandolfi, P.E. *Rotinas em Ginecologia*. Porto Alegre: Artmed, 2017, p: 519-539.

ROGERS RG, FASHOKUN TB. Prolapso de órgão pélvico em mulheres: epidemiologia, fatores de risco, manifestações clínicas e manejo. In: Brubaker L, Eckler K ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020 Feb.

SCHULTEN SF, et al. Sacrospinous hysteropexy versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension in women with uterine prolapse stage 2 or higher: observational follow-up of a multicentre randomised trial. *BMJ.* 2019;366: 15149).

STEPP KJ, WALTERS, MD. Anatomia do trato urinário inferior, assoalho pélvico e reto. *Uroginecologia e Cirurgia Reconstructiva Pélvica*. 2016; 4ª edição; pp 15-31.

SWIFT S, et al. Estudo do suporte do órgão pélvico (POSST): a distribuição, definição clínica e condição epidemiológica dos defeitos do suporte do órgão pélvico. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 795.

ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO

Dayana Maia Saboia

Isabella Parente Ribeiro Frota

Kathiane Lustosa Augusto

Kézia de Oliveira Sombra

Luciana Ayres de Oliveira Lima

Nathalia Patricio Rebouças

Introdução

A endometriose é definida como a presença de glândulas endometriais ou estroma fora da cavidade uterina. As lesões geralmente estão localizadas na pelve, mas podem acometer diafragma e cavidade pleural. É uma doença inflamatória benigna dependente de estrogênio, na qual a inflamação resultante do tecido endometrial ectópico pode causar dor pélvica crônica (DPC) e dificuldade de engravidar.

Os fatores de risco associados são:

- Nuliparidade
- Exposição prolongada ao estrogênio endógeno (menarca precoce – antes dos 11 a 13 anos) ou menopausa tardia.
- Ciclos menstruais mais curtos (definidos como ≤ 27 dias).
- Menstruação com sangramento intenso.
- Obstrução do fluxo menstrual (anomalias müllerianas).
- Exposição ao dietilestilbestrol in útero.
- Índice de massa corporal baixo.
- Exposição a abuso físico e/ou sexual grave na infância e adolescência.
- Alto consumo de gorduras trans e insaturadas.

A patogênese da endometriose parece ser multifatorial, incluindo tecido endometrial ectópico, alteração da imunidade, desequilíbrio da proliferação celular e da apoptose, sinalização endócrina aberrante e fatores genéticos. Hoje em dia considera-se que a endometriose é resultado da junção de vários fatores e teorias, variáveis em cada paciente. As teorias mais aceitas e que juntas justificam o aparecimento da doença são:

- Menstruação retrógrada.
- Propagação linfática e/ou vascular.
- Metaplasia celômica: que consiste em uma transformação metaplasica para tecido histologicamente indistinguível do endométrio normal.
- Maior exposição estrogênica das células endometriais ectópicas com produção autócrina.
- Resistência aumentada a progesterona.
- Alterações imunológicas, principalmente alterações em fatores de crescimento, citocinas, imunidade celular e imunidade humoral nos tecidos endometrióticos.
- Alterações genéticas em células de linhagem germinativa e somáticas.

É difícil quantificar a incidência e a prevalência da endometriose na população em geral, estima-se que a endometriose acometa 10-15% da população feminina. Acredita-se que essas taxas estejam subestimadas pois a dismenorrea é considerada um sintoma «normal» entre mulheres, dificultando a avaliação e conduta precoce.

Não há um tratamento universal a ser aplicado a todas as pacientes com endometriose, considerando a diversidade de apresentações clínicas e a complexidade das pacientes. É necessário que seja elaborado um plano terapêutico individualizado para cada mulher e em conjunto com equipe multidisciplinar que envolva profissionais médicos, da enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia.

Atuação da enfermagem

O acompanhamento da paciente pela equipe de enfermagem é de grande valia. Além de reforçar as informações relacionadas à indicação cirúrgica e suas limitações, a consulta pré-operatória pode auxiliar na identificação de fatores de riscos cirúrgicos e necessidades de ensino relacionadas as rotinas hospitalares e cuidados pós-operatórios, com foco na identificação de possíveis complicações e autocuidado.

Atuação da fisioterapia

A fisioterapia para mulheres com Endometriose/DPC deve ser indicada após uma investigação clínica criteriosa, tendo em vista que a dor crônica promove grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade dessas mulheres.

Na presença de um estímulo doloroso, a primeira reação muscular é aumentar a tensão que pode progredir para espasmos e conseqüentemente ao encurtamento muscular adaptativo. Em vista disso, algumas mulheres com DPC apresentam um padrão postural inadequado, que pode vir de uma adaptação na tentativa de aliviar a dor que é originada de outra fonte ou pode ser um evento primário, resultante do próprio estilo de vida sedentário. Qualquer que seja a origem poderá levar à tensão crônica muscular, articular e ligamentar.

São essas disfunções que podem levar à adoção de anormalidades posturais e que contribuem para aumentar a tensão, espasmos e conseqüente encurtamento muscular adaptativo que exacerbam ou perpetuam a dor.

O objetivo da fisioterapia no tratamento da Endometriose/DPC visa alterar o mecanismo da dor pela reeducação motora e sensitiva e melhora da funcionalidade. Os recursos mais utilizados são: a eletroestimulação, terapia manual, massagem perineal e cinesioterapia.

A eletroestimulação promove analgesia por ativação do sistema supressor da dor, produzindo uma interferência na percepção da dor.

A terapia manual consiste em técnicas de manipulação, liberação miofascial, mobilização entre outros, bastante utilizada quando existem alterações musculoesqueléticas que acarretam compensações dolorosas, enquanto a massagem perineal promove relaxamento e elasticidade da musculatura do períneo quando há presença de pontos dolorosos.

Por sua vez, a cinesioterapia é indicada para causas musculoesqueléticas, encontradas em até 85% dos pacientes com DPC durante a avaliação. O envolvimento do sistema musculoesquelético no surgimento e na persistência da DPC está sendo cada vez mais demonstrada na literatura científica. As disfunções do sistema musculoesquelético incluem mudanças posturais, como hiperlordose lombar, hiperextensão de joelho e anteriorização da pelve, bem como mudanças nos músculos do assoalho pélvico, como espasmos, trigger points e síndrome do piriforme.

Atuação da nutrição

O acompanhamento nutricional é de extrema importância no tratamento da endometriose, sendo coadjuvante ao tratamento médico, capaz de melhorar os sintomas gastrointestinais da doença, assim como, melhorar a qualidade de vida da paciente.

Nessas pacientes o ideal é uma dieta rica em alimentos anti-inflamatórios, a fim de diminuir a inflamação e, conseqüentemente, a dor. Deve ser estimulado o consumo de frutas, fibras, verduras (principalmente folhas verde-escuras), peixe. Por outro lado, deve-se evitar açúcar refinado, derivados do leite e do glúten, alimentos industrializados, álcool e carnes vermelhas.

Além da função anti-inflamatória, o estímulo ao consumo de grãos integrais e aveia em associação com ingestão hídrica adequada ajudam no bom funcionamento do intestino, o qual tem influência no tratamento algico da dor pélvica.

Atuação da psicologia

O processo do adoecimento, principalmente nas doenças crônicas, é capaz de transformar a vida do indivíduo em vários aspectos. Além dos sintomas físicos, é comum que haja prejuízo funcional e social, diminuição do bem-estar, aumento ou surgimento de transtorno de ansiedade, fatores que são capazes de modificar a adesão ao tratamento, bem como a percepção sobre os sintomas.

O psicólogo atua na ressignificação desse processo, através da escuta ativa e intervenções é capaz de diminuir o nível de ansiedade, fazer o indivíduo compreender melhor as adaptações necessárias e transformar isso em construção de novos hábitos, diminuindo a problematização, além de dar o suporte emocional ao paciente e ao cuidador.

História clínica e exame físico

O primeiro passo para o diagnóstico é a suspeição clínica diante das queixas da paciente em idade fértil. A endometriose é caracterizada geralmente por 6 grupos de sintomas a serem investigados:

- Dismenorreia, que pode ser primária ou secundária, progressiva ou não, mas forte o suficiente para limitação da qualidade de vida e isolamento social e absenteísmo.
- Dor pélvica crônica não cíclica, que se caracteriza por dor por mais de 6 meses.
- Dispareunia, principalmente relacionada à profundidade e determinadas posições durante o ato sexual (quando superficial pensar em outras causas associadas como contratura do assoalho pélvico e vulvodínea).
- Sintomas urinários no período menstrual, como urgência, aumento da frequência urinária, disúria e, raramente, hematúria, simulando infecções do trato urinário baixo.

- Sintomas intestinais durante o período menstrual, como constipação, tenesmo, diarreia e disquezia.
- Infertilidade, em sua maioria primária.

Para facilitar a classificação desses sintomas pode-se usar a escala visual da dor, na qual se gradua entre 0 e 10, sendo 10 de maior intensidade. Se acima de 7, há alta probabilidade do diagnóstico e deve-se prosseguir com investigação e tratamento clínico, além de acompanhamento com imagem. É importante indagar sobre alterações na qualidade de vida: se há necessidade de faltar trabalho ou evento social na vigência da dor, se há necessidade de uso corriqueiro de medicações analgésicas e necessidade de ir ao pronto-atendimento. Isso é importante para aumentar a suspeição clínica e facilitar o diagnóstico precoce, evitando assim a progressão da doença.

Durante o exame físico, é importante uma abordagem ampla, procurando pontos dolorosos abdominais e pélvicos, assim como exame neurológico sensitivo dos principais nervos que podem ser acometidos pela endometriose profunda. No exame abdominal, deve-se destacar massas pélvicas e síndrome miofascial através do sinal de Carnet (pressão de ponto doloroso com exacerbação após dorso flexão do tronco). No exame ginecológico, pode-se pesquisar pontos de gatilho dolorosos à digitopressão, compatíveis com contraturas no assoalho pélvico. No toque vaginal pode ser detectado uma massa na região retovaginal ou retrocervical, espessamento em uterossacos, bloqueio de fundo de saco, mobilidade uterina reduzida e massas anexiais. O Toque retal é de extrema importância para avaliar presença de massas ou acometimento retal, além da melhor definição dos uterossacos. Embora essencial, o exame físico tem valor limitado na avaliação da endometriose profunda, devido à dificuldade na discriminação dos focos que envolvem a vagina, espaço retovaginal ou ligamentos uterossacos e lesões extensas ou em sigmoide, íleo, apêndice e sítios distantes da pelve. Em paciente com quadro de dor referida ou de parestesia em

dermatomo associado é preciso realizar exame neurológico de força e sensibilidade, além de reflexos associados.

Exames diagnósticos indicados

O diagnóstico definitivo da endometriose é feito por confirmação histopatológica. No entanto, a laparoscopia não é mais indicada com finalidade diagnóstica devido ao caráter invasivo do método. Com protocolos específicos e com aumento da expertise médica, a ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal e a ressonância nuclear magnética (RNM) ganharam papel relevante na detecção de lesões e auxílio no planejamento pré-operatório e de seguimento das pacientes. Inclusive, alguns trabalhos mostram superioridade de detecção de lesão profunda pelos exames de imagem em comparação com a laparoscopia diagnóstica, pois algumas lesões, que visualmente parecem superficiais, escondem lesões profundas maiores e infiltrativas, limitando esse método. Por isso a laparoscopia diagnóstica deve ser reservada para casos refratários ao tratamento clínico, com o objetivo de tratar eventuais lesões.

A escolha entre USTV e RNM dependerá da experiência do médico, pois os estudos não demonstram superioridade entre elas, com sensibilidade aproximada de 90%. Porém, ainda não apresentam sensibilidade alta para lesões de endometriose superficial, que é a mais prevalente. Destaca-se que no caso de pacientes sem vida sexual ativa, preferir a RNM.

Colonoscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia endorectal, urografia excretora não fazem parte da rotina da endometriose, devendo ser solicitado em casos específicos.

Quanto ao laboratório, não há marcadores específicos para a endometriose, embora o nível sérico de CA 125 possa estar elevado na endometriose moderada a severa. Sua dosagem não é recomendada como parte da investigação, pois também se eleva em outras patologias como mioma, adenomiose, câncer de ovário.

O diagnóstico da endometriose persiste sendo um grande desafio em razão de quatro fatores: atraso diagnóstico por baixa suspeição clínica, em que dados estatísticos revelam que a mulher passa por aproximadamente 7 médicos antes de ter o diagnóstico firmado; ausência de sintomas específicos, fazendo diagnóstico diferencial com várias doenças; estigmatização dos sintomas, que são desprezados por serem queixas “normais”, tanto no atendimento médico como pela paciente; e, ausência de biomarcadores específicos para diagnóstico.

Diagnósticos diferenciais

Síndrome miofascial

Caracteriza-se por uma disfunção entre o tecido muscular e o conjuntivo, com a formação de pequenos nódulos palpáveis em músculo esquelético, hiperreativos que levam a um estado de contratura muscular sustentada. Clinicamente, causam dor contínua, episódica, após estimulação tátil ou referida em sítios como vulva, vagina, uretra, reto, sacro, abdômen inferior, dorso lombar, membros inferiores a depender do local dos pontos de gatilhos. Além disso podem apresentar distúrbios motores, autonômicos e até disfunção urinária, intestinal e sexual. Tem grande correlação com a endometriose por se apresentar de maneira concomitante ou subsequente, potencializando e tornando multifatorial a dor pélvica crônica.

Doenças inflamatórias e síndrome do intestino irritável

Quando a manifestação é dor abdominal, sangramento retal, muco nas fezes, tenesmo, diarreia, náuseas e vômitos, apenas a sintomatologia e exames radiológicos não são capazes de determinar o diagnóstico definitivo. De acordo com algumas metanálises, cerca de 10% das pacientes apresentam a concomitância de endometriose e DII. Já quanto à SII, a prevalência parece ser ainda maior, cerca de 30%, justificado pelo fato de ambos terem mecanismos em comum na fisiopatologia, que leva a um estado pro-inflamatório crônico.

Síndrome da bexiga dolorosa (SBD)

Caracteriza-se por um estado inflamatório crônico da parede vesical, causando dor pélvica, urgência urinária, desconforto durante enchimento da bexiga e que melhora após micção, com duração maior de 6 meses e sem outras causas identificadas. Ocorre por disfunção do epitélio da bexiga, o qual produz muco ineficiente e que não consegue protegê-lo das toxinas e do pH urinário. Sempre deve ser afastada antes a possibilidade de infecção.

Não obstante serem causas distintas de dor crônica, é comum a sobreposição dos diagnósticos, com ocorrência simultânea de patologias, com prevalência de 48%. Em estudo realizado com 162 mulheres portadoras de dor pélvica crônica, 66% apresentavam ambas as doenças.

Tratamento indicado e plano terapêutico

Terapia Medicamentosa

O tratamento clínico da paciente sintomática objetiva a remissão e controle de sintomas e inibição da progressão da doença, na tentativa de melhorar o bem-estar da paciente, não sendo curativo. Quando suspenso, o retorno dos sintomas ocorre logo após o retorno da menstruação. Ele deve ser instituído por longo prazo, a depender da fase de vida da mulher e do seu desejo reprodutivo.

Há um espectro de opções terapêuticas que deverão ser escolhidas de acordo com efeitos colaterais, eficácia, custo, disponibilidade do método e as peculiaridades da paciente (idade, desejo reprodutivo, proximidade da menopausa, sintomatologia, presença de comprometimento funcional de órgãos, tratamentos prévios). Há medicações hormonais, como contraceptivos combinados, progestágenos (incluindo SIU-LNG e implanon), agonistas e antagonistas do GnRH, que causarão a supressão estrogênica levando a diminuição da

proliferação tecidual e inflamação local (Quadros 1 e 2). O objetivo é que se atinja a amenorreia, pois sem novos ciclos há menor progressão da doença, com diminuição da dismenorreia e consequentemente da dor pélvica crônica.

Os agonistas do GnRH (leuprolide, goserelina) apresentam bons resultados para dor pélvica severa e não cíclica, no entanto, devido o tempo de uso limitado e efeitos colaterais, não são a primeira escolha. Reserva-se o tratamento para alguns grupos de pacientes: após cirurgia antes de procedimento da reprodução assistida (bloqueio pré-implantação) e próximo à menopausa. Deve-se prescrever terapia hormonal “add-back” para prevenir a perda de massa óssea e efeitos hipoes-trogênicos durante o tratamento, sem redução do efeito terapêutico.

Quadro 1: Grau de evidência das terapias medicamentosas para o tratamento da endometriose.

MEDICAÇÃO	GRAU DE EVIDÊNCIA
Anticoncepcional combinado	1 A
Progestágenos	1 A
Análogo do GnRH	1 A

Quadro 2: Terapia Hormonal.

ACO COM PROGESTÁGENO DERIVADO DA 19-NORTESTOSTERONA	Associação de etinilestradiol ou Valerato de estradiol + Gestodeno, Levonorgestrel, dienogeste
PROGESTÁGENO ISOLADO	Dienogeste 2mg ou Desogestrel 75mg
LARC's	SIU- LNG ou Implanon (etonogestrel)

Podem ser associadas medicações para controle da dor, a exemplo dos anti-inflamatórios não hormonais (AINES), antidepressivos tricíclicos, estabilizadores de membranas. Os AINES, por interromperem a produção de prostaglandinas, são usados como os sintomáticos de primeira linha para controle da dor, não obstante sejam incapazes

de alterar a progressão da doença. Embora amplamente utilizados, não há forte evidência científica quanto aos benefícios dos AINES. Para pacientes com dor pélvica crônica podem ser usados neuromoduladores como pregabalina, amitriptilina, duloxetina e gabapentina com o intuito de controlar a dor neuropática, em pacientes que apresentam refratariedade aos tratamentos hormonais e com AINES ou que sabidamente tenham diagnóstico prévio de doença pélvica crônica. (Quadro 3).

Quadro 3: Terapia Não Hormonal.

MEDICAÇÃO	DOSE
AINES	Ibuprofeno 400-800mg a cada 8h Nimesulida 100mg, 12/12h
Amitriptilina	50mg, 1x ao dia
Duloxetina	60mg, 1x ao dia
Pregabalina	75mg, 12/12h

Critérios de internação

Algumas outras situações indicam abordagem cirúrgica, requerendo internamento.

Critérios de mudança terapêutica

Se não houver melhora após 6 meses, deve-se proceder a cirurgia. Além disso, algumas outras situações indicam abordagem cirúrgica. (Quadro 4)

Quadro 4: Indicações de abordagem cirúrgica para endometriose.

INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
Falha no tratamento clínico
Infertilidade (a depender da investigação do casal)
Endometrioma >5 cm

INDICAÇÕES DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
Progressão de lesões
Acometimento ureteral, de apêndice, íleo, retossigmóide (>50% da circunferência)

Crterios de alta ou transferncia

Mulheres com melhora da sintomatologia aps tratamento clnico e/ou cirúrgico podem ter alta hospitalar.

Estas pacientes costumam receber alta do ambulatório aps estabilizao do quadro por 2 anos, sem progresso da doena e com melhora do sintoma. Algumas pacientes persistem com sintomas pela sensibilizao neuronal central, quando devem ser encaminhadas para o ambulatório de dor crnica. E se outras doenas associadas, a paciente deve ser acompanhada por outros profissionais, como coloproctologista, urologista, psiquiatra.

Monitoramento

É importante avaliar a paciente aps os primeiros seis meses do incio do tratamento clnico para observar se houve resposta com diminuio dos sintomas. O principal parâmetro é o relato do paciente de que houve melhora de sintomatologia, no havendo até o momento marcador laboratorial ou de imagem sensível e específico para avaliar a evoluo.

Como é uma doena crnica, estas pacientes devero ser acompanhadas anualmente com exames de imagem para avaliar se há progresso da doena. É comum a melhora dos sintomas aps a menopausa, onde se estabelece o hipoestrogenismo e há diminuio dos sintomas e da necessidade de bloqueio hormonal medicamentoso.

Durante o acompanhamento, enquanto no houver desejo de gestao imediato, dever ser mantido o uso de medicao para bloqueio das menstruaes – ACO ou progestágenos, para diminuir a chance de progresso da doena. A partir do momento em que a mulher desejar, deve-se interromper a medicao e dar um prazo de

6 meses para gravidez espontânea. Se não houver, deve-se investigar o casal e proceder possivelmente para procedimento cirúrgico se a causa for endometriose.

Ademais, como são pacientes ambulatoriais com processo crônico de dor e com prejuízo funcional por perda de bem-estar, necessitam de estímulo para medidas não médicas que poderão minimizar este sofrimento. O estímulo à mudança do estilo de vida, a dieta adequada, encaminhamento à especialista da dor se refratariedade, uso de técnicas da fisioterapia para alívio algico, além de suporte contínuo pela psicologia.

Referências

ALLAIRE C, et al. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218(114): 1–12.

CARLOS IF, et al. Protocolo Clínico- PRO.NTR.001: Acompanhamento Nutricional – Clínica Cirúrgica (Ginecologia e Mastologia). Fortaleza, 2018; 1-14.

CHALUB JP, LEÃO NSC, MAYNAR DC. Research Nutritional Aspects Related to Endometriosis. *Research, Society and Development*, 2020; 9(11).

CHIAFFARINO F, et al. Endometriosis and inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*. 2020; 252, 246-51.

COMMITTEE ON ADOLESCENTE HEALTH CARE. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *ACOG committee opinion*. dez 2019; 132 (6): 249-56.

COSTA MCRA, et al. A Influência Benéfica da Dietoterapia em Portadoras de Endometriose. *International Journal of Nutrology*, 2018; 11 (1).

HALPERN, G; SCHOR, E; KOPELMAN, A. Nutritional aspects related to endometriosis. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2015; 61(6) 519-23.

HERATI AS, **Erro! A referência de hiperlink não é válida.** Alternative therapies in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol.* New York, ago. 2013; 31(4), 761-6.

MIRANDA R., SCHOR E, GIRÃO M. Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* São Paulo. jul. 2009; 31(7): p. 353-60.

PAULSON JD, DELGADO M. The relationship between interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain. *JSLs.* Apr-Jun, 2007; 11 (2): 175-81.

SAMY A., et al. Medical therapy options for endometriosis related pain, which is better? A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *J gynecol Obstet Hum reprod.* 2020

TIRLAPUR AS, et al. The 'evil twin syndrome' in chronic pelvic pain: a systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis. *J Surg.* 2013; v.11 (3): 233-7. doi: 10.1016/j.ijssu.2013.02.003.

ZONDERVAN KT, et al. Endometriosis. *N Engl J Med.* Massachussets. 2020 mar; 382(13): 1244-56.

LINHA DE CUIDADO DAS DIFERENÇAS DE DESENVOLVIMENTO SEXUAL

Carlos Henrique Paiva Grangeiro

Eclésia Fragoso Nogueira

Eveline Gadelha Pereira Fontenele

Lia Mesquita Lousada

Lorena Rodrigues Ferreira Guimarães Santos

Marcelo Praxedes Monteiro Filho

Raquel do Amaral Meireles Freitas

Zenilda Vieira Bruno

Introdução

Atipia genital é uma condição rara que ocorre em 1: 4.500 nascimentos. É considerada uma emergência pediátrica, pois a situação de indefinição de sexo pode acarretar prejuízos irreparáveis ao bem-estar psicossocial e social do paciente e familiares. Além disso, ela pode ser a apresentação clínica de um defeito na esteroidogênese adrenal que pode levar ao óbito neonatal quando não diagnosticada e tratada - a forma clássica da hiperplasia adrenal congênita perdedora de sal. Portanto, é fundamental a sua detecção precoce por meio do exame minucioso dos genitais de todo recém-nascido.

Em 2006, o Consenso de Chicago, propôs várias modificações na nomenclatura dos diferentes tipos de atipia genital no sentido de minimizar os desconfortos do paciente. Um ponto é a substituição do termo hermafroditismo ou intersexo por Anomalia da Diferenciação Sexual (ADS) ou Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS) ou ainda, *Disorder of Sex Development* (DSD), na língua inglesa. Mais recentemente, o termo para designar essa condição foi substituído por Diferenças no Desenvolvimento Sexual (DDS).

Segundo este consenso, a investigação de DDS é recomendada na presença de algum dos critérios abaixo:

- Clara ambiguidade genital.
- Genitália com aparência feminina com aumento clitoriano, fusão labial posterior ou massa inguinal ou labial.
- Genitália com aparência masculina com criptorquidia bilateral, micro pênis, hipospádia perineal isolada ou hipospádia leve com testículos não descidos.
- História familiar de DDS, tal como insensibilidade androgênica completa.
- Discordância entre a aparência genital e o cariótipo pré-natal.

Uma anamnese detalhada é essencial para o diagnóstico clínico de DDS. A investigação complementar inicia-se com o estudo do cariótipo e envolve a realização de exames hormonais e de imagem (vide fluxograma anexo). A avaliação psicológica da criança com DDS e dos pais é imprescindível para identificar a identidade de gênero e conhecer as expectativas, valores e crenças familiares. A necessidade imperiosa de se definir o sexo de criação de uma criança ou adolescente com DDS enfatiza a urgência de todo esse processo.

A análise conjunta dos dados obtidos e a discussão interdisciplinar permitem estabelecer o melhor plano terapêutico. O tratamento deve considerar o potencial reprodutivo, sexual e a identidade de gênero para adequar a terapia hormonal e cirúrgica ao paciente.

Fisiopatologia do desenvolvimento gonadal e sexual

O desenvolvimento sexual humano pré-natal pode ser didaticamente dividido em duas etapas: determinação sexual e diferenciação sexual. A etapa inicial de determinação sexual compreende o desenvolvimento da crista genital em gônada bi potencial e, posteriormente, em testículo ou ovário. Até a 8ª semana de gestação, o trato genital interno do embrião é indistinguível entre os sexos, sendo constituído pelos ductos de Wolff (mesonefros) e Muller (paramesonéfricos).

A presença do gene SRY determina a evolução da gônada bi potencial em testículo por volta da 6ª a 8ª semanas. As células de Leydig secretam testosterona que estimulam a diferenciação dos ductos de Wolff em epidídimos, canais deferentes e vesículas seminais por volta da 13ª semana. A di-hidrotestosterona (DHT), resultante da conversão de testosterona pela 5-alfa-redutase tipo 2, promove o desenvolvimento do seio urogenital em próstata, uretra prostática e tecidos precursores da genitália externa. A secreção do hormônio anti-Mülleriano pelas células de Sertoli promove a involução dos ductos de Muller.

A ausência dos hormônios testiculares (testosterona, DHT e hormônio anti-Mülleriano) ou o defeito da sua ação promove a involução dos ductos de Wolff, o desenvolvimento dos ductos de Muller em útero, trompas e dois terços superiores da vagina, e a evolução do seio urogenital na uretra anterior e um terço inferior da vagina.

A diferenciação sexual compreende o desenvolvimento das genitálias internas e externas em masculina ou feminina e ocorre entre a 8ª e a 12ª semana.

A genitália externa primitiva ou bi potencial é composta pelo tubérculo genital, seio urogenital, pregas uretrais circundando o seio urogenital e as pregas labioescrotais. A DHT promove a diferenciação do tubérculo genital na glândula peniana, a fusão das pregas uretrais formando o corpo peniano e a uretra peniana, e a união das pregas labioescrotais na linha média formando a bolsa escrotal. A formação da genitália externa masculina completa-se na 12ª semana. A testosterona e a DHT promovem o crescimento peniano e ainda a migração dos testículos da região lombar para o anel inguinal interno (12ª-24ª semanas), para o canal inguinal (28ª semana) e para a bolsa escrotal em torno do nascimento.

Na ausência de testosterona e de hormônio anti-Mülleriano (HAM), ou de sua ação, a genitália interna e externa diferenciar-se-ão em feminina. O tubérculo genital se transforma no clítoris, o seio urogenital permanece aberto e um septo vesicovaginal é formado,

isolando o introito vaginal da uretra. As pregas uretrais formam os pequenos lábios e as escrotais, os grandes lábios.

Anamnese

Destacamos aqui alguns aspectos que devem ser bem explorados na história clínica:

- Exposição materna a drogas e/ou hormônios endógenos (hiperplasia adrenal virilizante materna, luteoma gravídico ou tumor adrenal virilizante) ou exógenos (andrógenos, estrógenos, progestágenos) entre 8 e 12 semanas de gestação.
- Exposição ocupacional a compostos químicos desreguladores endócrinos (ftalatos, bisfenol, parabenos, pesticidas) pré-concepcional ou no período crítico da embriogênese.
- História familiar detalhada quanto à presença de consanguinidade parental, casos semelhantes de genitália atípica ou mortes inexplicadas por desidratação.

Exame físico

Um cuidado especial deve ser dado ao exame da genitália. Apesar das características clínicas da genitália externa não permitirem um diagnóstico etiológico, são muito úteis para dirigir a priorização de exames e de testes funcionais que deverão ser realizados naquele paciente. Os seguintes elementos deverão ser caracterizados ao exame físico:

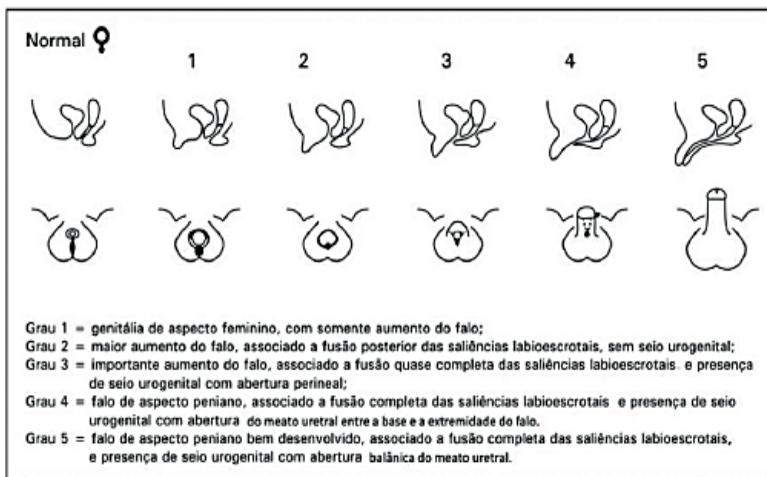
- Gônadas: localização, tamanho e consistência. Gônadas palpáveis em bolsa labioescrotal ou são testículos ou ovotestis, constituindo-se no elemento mais elucidativo do exame físico.
- Falo: É fundamental descrever o comprimento e a largura aferidos com a técnica correta e comparados ao padrão para a faixa etária. Avaliar, também, a presença de cordão ventral (chordee). OBS: No recém-nascido a termo, as dimensões

habituais do pênis é de 3,5 x 1,0 cm (delicadamente tracionado) e do clítoris de 0,4 x 0,3 cm.

- Posicionamento do meato uretral: verificar a presença de hipospádia, posicionamento anormal do meato uretral, e o seu grau.
- Prega labioescrotal: avaliar o pregueamento e coloração cutâneas e a presença de fusão mediana, assim como a transposição peno-escrotal (bolsa a cavaleiro ou cachecol).
- Distância ano genital: é a medida da porção posterior da prega labioescrotal ao centro do ânus. É um marcador de exposição androgênica, sendo maior no sexo masculino (1,98 - 0,6 cm) que no feminino (0,91- 0,3 cm).

A caracterização da genitália externa pode seguir os critérios de Prader de acordo com o grau mais leve de virilização (Prader I) até o mais acentuado (Prader V).

Figura 1: Classificação de Prader para os graus de ambiguidade genital.



No exame físico geral, investigar a presença de outras malformações, particularmente anorretais e de coluna terminal, que possam sugerir causas sindrômicas de DDS. Além disso, o estado de hidratação, a presença de acne, a pilificação corporal e a pressão arterial devem ser avaliados.

Exames complementares

- Cariótipo - ponto de partida para a propedêutica diagnóstica. Na solicitação do exame, deve-se requerer a análise de, no mínimo, 30 metáfases para exclusão de mosaicismos cromossômicos.
- Ultrassonografia pélvica - análise da presença ou ausência de útero e gônadas, tumores ovarianos ou malformações uterinas e ou vaginais.
- Dosagem Hormonais - Exames iniciais: testosterona (T), androstenediona (A4), hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH); Exames a serem solicitados a depender da história clínica e exames iniciais: progesterona (P); pregnenolona; 17-OH-pregnenolona; 17- hidroxiprogesterona (17OHP), dehidroepiandrosterona (DHEA) e di-hidrotestosterona (DHT).
- Idade óssea - avaliação do potencial de crescimento no paciente pediátrico.

Hipóteses diagnósticas

DDS 46, XX - Cariótipo 46, XX e útero presente (virilização do feto feminino)

Hiperplasia Adrenal Congênita, clássica, perdedora de sal ou virilizante simples por deficiência da enzima 21-hidroxilase:

É a principal causa de DDS 46, XX. Caracteristicamente, a criança apresenta genitália externa parcial ou completamente

virilizada, sem gônadas palpáveis na região inguinal ou nas iminências labioescrotais. A ultrassonografia (US) pélvica revela a presença de útero e ovários. Os níveis de testosterona, androstenediona e 17-hidroxiprogesterona estão elevados.

Tumor adrenal virilizante:

Níveis elevados de sulfato de deidroepiandrosterona e testosterona produzidos pelo tumor podem virilizar a genitália feminina. A tomografia ou ressonância da glândula adrenal confirmam o diagnóstico.

DDS ovotesticular:

O diagnóstico é feito pela biópsia gonadal, que revela a presença de tecido testicular (túbulos seminíferos) e tecido ovariano (folículos) no mesmo indivíduo. Embora seja mais rara, essa condição deve ser suspeitada na presença de testosterona elevada, com a 17-OH-progesterona e o sulfato de deidroepiandrosterona normais.

A exposição materna a andrógenos endógenos e/ou exógenos deve ser investigada após exclusão das causas acima descritas.

DDS 46, XX - Cariótipo 46, XX e útero ausente (sem virilização)

Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (SMRKH):

Trata-se de uma condição multifatorial caracterizada por um amplo espectro de malformações dos derivados mullerianos e função ovariana normal. Devido à associação com malformações do trato urinário, deve ser realizado US de vias urinárias.

DDS 46, XY e útero presente

Disgenesia gonadal pura:

É uma condição genética que leva ao desenvolvimento gonadal incompleto ou ausente e resulta em hipogonadismo

hipergonadotrófico. A deficiente produção de hormônio anti-Mülleriano permite o desenvolvimento de útero e canal vaginal. Os níveis de testosterona e androstenediona estão baixos ou indetectáveis e os níveis de FSH e LH elevados. O diagnóstico é confirmado pela biópsia gonadal. Devido ao risco de neoplasia (gonadoblastoma) a longo prazo, a gonadectomia está indicada.

DDS 46, XY e útero ausente

Deficiência de 5 alfa redutase:

Esta enzima promove a conversão de testosterona (T) em di-hidrotestosterona (DHT) que é o principal hormônio responsável pela virilização da genitália externa.

Na deficiência da 5-alfa-redutase, os níveis de DHT são extremamente baixos ao nascimento. A genitália em geral é feminina e a criança é registrada no sexo feminino. Na puberdade, por aumento da conversão periférica de T em DHT pode ocorrer virilização e mudança na identidade de gênero.

No entanto, esse diagnóstico pode ser suscitado ao nascimento, na presença de genitália atípica (hipospadia e clitoromegalia) e/ou gônadas palpáveis em região inguinal ou labioescrotal com níveis de testosterona e razão Testosterona/ di-hidrotestosterona (DHT) elevados.

Insensibilidade androgênica parcial (PAIS) ou completa (CAIS):

O desenvolvimento gonadal e a síntese de andrógenos estão normais. A alteração no receptor androgênico pode ser completa (CAIS) ou parcial (PAIS), resultando em uma genitália feminina ou subvirilizada, respectivamente.

Tipicamente os níveis de testosterona e diidrotestosterona são elevados e a razão testosterona/diidrotestosterona (DHT) é normal.

Deficiência de 17beta-hidroxilase:

Trata-se de uma condição genética de herança autossômica recessiva. Essa enzima é responsável pela conversão de androstenediona

em T. Os níveis de T e DHT estão baixos e os níveis de FSH e LH estão elevados por defeito de síntese de esteroide sexual (CYP17B3). A relação androstenediona/T está elevada e as gônadas masculinas estão presentes e normais.

Na puberdade, a síntese de andrógenos se eleva e pode ocorrer maior virilização.

Deficiência de 17alfa-hidroxilase/17,20-liase:

Trata-se de uma condição genética de herança autossômica recessiva. Essa enzima é responsável pela conversão de progesterona em 17OH-progesterona.

Os níveis de T e DHT estão baixos e os níveis de FSH e LH estão elevados por defeito de síntese de esteroide sexual (CYP17). A relação androstenediona/T e as gônadas estão normais. O acúmulo de progesterona é direcionado para síntese de aldosterona. A hipertensão arterial com hipopotassemia se manifesta ainda na infância.

Na puberdade, a síntese de andrógenos se eleva e pode ocorrer maior virilização.

DDS cromossomal

Alterações cromossômicas diversas podem resultar em graus variáveis de atipia genitais associados ou não a quadros sindrômicos. O cariótipo pode revelar uma ou mais linhagens celulares (mosaicismo), como encontrados na Síndrome de Turner e Klinefelter.

Condutas terapêuticas

A questão de maior importância no tratamento de crianças e adolescentes com DDS é a escolha do sexo de criação. A partir dessa definição, todas as outras condutas terapêuticas, no que concerne ao tratamento clínico e ao tratamento cirúrgico, serão tomadas. O sexo social deve ser avaliado com muito cuidado e por equipe multiprofissional experiente. Essa avaliação depende da faixa etária

do paciente, pois tratando-se de crianças e adolescentes, a expectativa dos pais e o contexto sociocultural da família devem ser considerados. Além da idade e sexo social, deve-se levar em conta a etiologia e as condições anatômicas presentes para definir a abordagem hormonal e/ou cirúrgica mais apropriada.

Do nascimento até dois anos de idade, na presença de atipia genital, deve-se:

- Retardar o registro da Declaração de Nascido Vivo (DNV) até o diagnóstico ou registrar como sexo indeterminado.
- Acolher os anseios e as dúvidas dos pais explicando sobre a alteração congênita da genitália, fazendo um paralelo com outras malformações, como a cardíaca e renal, esclarecendo a impossibilidade de definição do sexo naquele momento e a necessidade de investigação por equipe multidisciplinar (Genética Médica; Endocrinologia e Psicologia; Gineco-obstetra).
- Solicitar exames complementares.

O tratamento hormonal e cirúrgico deve ser adequado à etiologia visando assegurar a função sexual e reprodutiva e em conformidade com o sexo de criação.

Dos dois aos 18 anos de idade deve-se:

- Considerar a identidade de gênero já estabelecida.
- Avaliar dados antropométricos, idade óssea e potencial de crescimento, para estabelecer a necessidade de alguma intervenção relacionada ao crescimento.
- Assegurar o início da puberdade em idade cronológica adequada (nas meninas, entre 8 e 13 anos, e nos meninos, entre 9 e 14 anos). Quando necessário, ofertar reposição hormonal condizente com a identidade de gênero.
- Considerar clitoridoplastia e abertura do seio urogenital nas pacientes com hipertrofia clitoriana.

- Indicar a gonadectomia profilática, logo após o diagnóstico, para todas as pacientes do sexo feminino com gônadas digenéticas e presença de cromossomo Y ou fragmento, pelo risco de tumores germinativos. Em portadoras de insensibilidade androgênica (CAIS ou PAIS), pode ser postergado para o período pós-puberal para assegurar desenvolvimento puberal e benefício sobre a massa óssea.
- Nas pacientes com virilização associadas a tumores que levam à androgenização, o tratamento é direcionado para a causa base.
- Avaliar a profundidade da vagina nas pacientes que desejam iniciar atividade sexual penetrativa. Nas pacientes com ≥ 4 cm, oferecer o uso de dilatadores vaginais e naquelas com < 4 cm, considerar a cirurgia de neovagina, com o consentimento escrito dos pais ou responsáveis legais.

A partir dos 19 anos de idade deve-se:

- Avaliar a profundidade da vagina nas pacientes que desejam iniciar atividade sexual penetrativa. Nas pacientes com ≥ 4 cm, oferecer o uso de dilatadores vaginais e naquelas com < 4 cm, considerar a cirurgia de neovagina.
- Nas pacientes com virilização associadas a tumores que levam à androgenização, o tratamento é direcionado para a causa base.
- Indicar a gonadectomia profilática, logo após o diagnóstico, para todas as pacientes do sexo feminino com gônadas digenéticas e presença de cromossomo Y ou fragmento, pelo risco de tumores germinativos. Em portadoras de insensibilidade androgênica (CAIS ou PAIS), pode ser postergado para o período pós-puberal para assegurar desenvolvimento puberal e benefício sobre a massa óssea.

Situações especiais

Em portadores de DDS ovotesticular, apesar de ter um fenótipo mais masculino na maioria dos casos, deve-se optar preferencialmente

para o sexo feminino, preservando-se as estruturas femininas eventualmente presentes, como útero, trompas, cavidade vaginal e ovários. Na presença de *ovotestis*, a separação cirúrgica da porção ovariana da testicular pode preservar a capacidade funcional dos tecidos ovarianos, com possibilidades de fertilidade. Esta conduta baseia-se no fato do tecido ovariano ser funcional e anatomicamente íntegro, ao passo que o tecido testicular é usualmente digenético.

Na disgenesia gonadal deve-se optar preferencialmente também para o sexo feminino, com retirada do *streak* e do tecido testicular. Na presença de Y, o risco de degeneração maligna das gônadas nessa condição é muito alto e, mesmo em situações em que se optou por sexo masculino devido a outros fatores (sexo social, por exemplo), a remoção das gônadas com colocação de prótese testicular é a opção preferencial.

O grupo de DDS 46, XY é o que apresenta as maiores dificuldades quanto à opção de sexo de criação. Nos defeitos de síntese de T, nos distúrbios dos tecidos-alvo dependentes de andrógenos e mesmo nas formas idiopáticas que respondem por uma proporção apreciável de casos nesse grupo (30% em algumas casuísticas), serão as características da genitália externa que dirigirão primariamente a opção de sexo de criação. Voltamos a frisar que estamos supondo que o sexo social ainda não esteja plenamente desenvolvido, ou seja, que o diagnóstico se fez em idade precoce como é desejável em todos os casos de genitália atípica. O tamanho do falo e o posicionamento do meato uretral deverão ser os parâmetros para a opção para o sexo masculino: um falo com tamanho acima de -2 desvios-padrão da média com uretra não perineal, pode ter uma função adequada no sexo masculino e ser passível de uma adequada correção cirúrgica.

Nas deficiências de 5 alfa redutase tipo 2, embora o aspecto da genitália externa ao nascimento seja mais feminino, a definição do sexo de criação deve ser preferencialmente para o sexo masculino, pois a imensa maioria dos casos apresenta virilização na puberdade. Evidentemente, apenas ressaltamos em linhas gerais as opções

preferenciais, mas cada caso deverá ser avaliado individualmente e com muito critério para que a opção tomada seja definitiva.

Uma vez escolhido o sexo de criação, a correção cirúrgica virá a seguir, removendo-se todas as estruturas não condizentes ao sexo escolhido.

Em época de puberdade, os casos que não apresentem gônadas funcionantes deverão ter uma puberdade induzida por hormônios exógenos (vide protocolo de puberdade tardia). Esse tratamento deve ser monitorado por endocrinologista, que acompanhará o crescimento e a maturação esquelética pela idade óssea.

Um aspecto importante do tratamento é o suporte psicológico a essas crianças e seus familiares. As consultas deverão dispor de tempo adequado para que todos possam expressar claramente suas questões, seus medos, suas inseguranças. O papel da equipe multiprofissional é de apoio e compreensão com o objetivo de contribuir para a criação de um indivíduo adulto adaptado ao contexto social em que vive e à sua própria condição.

Debates recentes a respeito da possibilidade de intervenção médica para fins de readequação sexual em pessoas com DDS menores de 18 anos têm suscitado questionamentos quanto à legitimidade dos responsáveis legais e da equipe de profissionais de saúde para a iniciativa de tais procedimentos, e se essas intervenções biomédicas precoces negariam ao portador de DDS o direito à autodeterminação e ao próprio corpo.

Referências

DOMENICE, S; COSTA, E. M. F; MENDONÇA, B. B. Distúrbios do desenvolvimento sexual. In: Saad, M. J. A; Maciel, R. M. B; Mendonça, B. B. (eds). Endocrinologia: princípios e práticas [2ed.]. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.95-135.

GUIMARÃES, A; BARBOZA, H. H. Designação sexual em crianças intersexo: uma breve análise dos casos de “genitália ambígua” Cad. Saúde Pública 30 (10) Out 2014; <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168613>.

HUGHES, I. A; HOUK, C; AHMED, S.F; LEE, P.A; LWPES1/ESPE2 Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child*, 2006. 91 (7): 554-632).

MACIEL-GUERRA, A. T. Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo. 3a ed; Curitiba; Appris; 2019, v1, 343p; v2 321p.

OUYANG Y, Tan S, Yu Y, Luo B, Yin W, Luo L. Gonadal tumor and malignancy in 118 patients with disorders of sex development with Y chromosome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021. Oct 8. Doi: 10.1002/ijgo.13974. Epub ahead of print. PMID: 34625955.

PRETES, E. A. intersexualidade e direito ao próprio corpo: garantia à integridade corporal da criança intersexual e direito à autodeterminação na adolescência. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.

SAX L. How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *J Sex Res*, 2002. 39:174-8.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Alexsandra Braga Farias de Oliveira
Christiane Barroso Façanha Lima
Débora Fernandes Britto
Eclesia Fragoso Nogueira
Francisneide Correia de Lima Teixeira
Lorena Rodrigues Ferreira Guimarães Santos
Letícia Nacle Estefan Sobral
Raquel do Amaral Meireles Freitas
Verbena Paula Sandy Guedes

Definições

Violência sexual

Todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou insinuações sexuais indesejadas; ou ações para comercializar ou usar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo o lar e o local de trabalho.

Estupro

Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

Abordagem inicial

Assim que a paciente identifica como violência sexual o motivo de procura do serviço de saúde, já são acionadas pelo profissional de enfermagem na triagem as equipes de psicologia e assistência social. No acolhimento deve ser realizada uma escuta qualificada em um ambiente reservado, as informações divulgadas pela paciente registradas em prontuário e o sigilo assegurado à vítima.

Uma vez atendida por violência sexual, a paciente deverá, se for o seu desejo, ser acompanhada no Programa Superando Barreiras disponível na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, onde deverá ser acolhida por equipe multidisciplinar (sexóloga, enfermeira, psicóloga, assistente social, entre outras) por um período de em média 06 meses e continuado em atenção terciária se houver necessidade ou desejo de interrupção de gravidez prevista em Lei.

Quadro 1: Equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento no Programa Superando Barreiras.

ATENDIMENTO INICIAL				
EQUIPE DE PSICOLOGIA	Preencher ficha hospitalar do registro de atendimento multiprofissional	Percepção sobre estado emocional	Orientar acompanhamento ambulatorial	Notificação ao SINAN Escuta qualificada Registro em prontuário de todas as informações fornecidas pela paciente
SERVIÇO SOCIAL	Abertura de prontuário e esclarecer fluxo de atendimento à paciente	Avaliar necessidade de acionamento do Conselho Tutelar	Orientar preenchimento de BO em caso de vítimas crianças/adolescentes	
EQUIPE DE ENFERMAGEM	Acolhimento, aferição de sinais vitais e classificação de risco	Preencher ficha hospitalar do registro de atendimento multiprofissional	Realizar testes rápidos	
EQUIPE MÉDICA	Exame físico geral e ginecológico	Iniciar profilaxias para ISTs e gestação indesejada (conforme janela de oportunidade)	Solicitar exames laboratoriais e testes rápidos	

Profilaxias pós-exposição

As profilaxias consideradas no contexto de violência sexual são listadas no quadro abaixo:

Quadro 2: Profilaxias indicadas em situação de violência sexual.

Gravidez indesejada	HIV	Hepatite B
Sífilis	Tricomoníase	Gonorreia
Clamídia	Cancro mole	Tétano

Profilaxia para gravidez indesejada

Quadro 3: Profilaxia de gestação indesejada após violência sexual.

MÉTODO DE 1ª LINHA	Levonorgestrel 0.75mcg 02 cp VO dose única (total de 02cp).
MECANISMO DE AÇÃO	Espessamento do muco cervical e retardo da ovulação (<i>não é um método abortivo uma vez que seu efeito é apenas de atrasar a ovulação, não interferindo na nidacção</i>).
EFEITOS ADVERSOS	Náuseas, vômitos, cefaleia, mastalgia, vertigem.

Profilaxia para ISTs não virais

Quadro 4: Profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não virais após violência sexual.

IST NÃO VIRAL	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS	
		< 45kg	> 45kg (gestantes incluídas)
SÍFILIS	Penicilina G. Benzatina	50.000 UI/kg IM em dose única (dose máx. 2.400.000 UI)	1.200.000 UI IM em cada nádega em dose única (total 2.400.000 UI)
GONORREIA	Ceftriaxona	125mg IM em dose única	500mg IM em dose única

CLAMÍDIA	Azitromicina	20mg/kg VO em dose única (dose máx. 1g)	1g VO em dose única
TRICOMO-NÍASE	Metronidazol	15mg/kg/d VO 8/8h por 7 dias (dose máx. 2g/d)	2g VO em dose única

Obs. 1: Recomenda-se que o uso de metronidazol na profilaxia de tricomoníase seja postergado pela maior chance de efeitos adversos, interação medicamentosa com outras drogas e também que seja evitado no primeiro trimestre da gravidez.

Profilaxias para hepatites virais

Quadro 5: Conduta recomendada de acordo com o resultado do teste rápido para Hepatite B.

TESTE RÁPIDO		CONDUTA
REAGENTE	Infecção prévia à exposição de risco atual	Coletar painel sorológico para hepatite B
NÃO REAGENTE	Ausência de infecção atual	Se vacinação completa: imunoglobulina
		Se vacinação incompleta: imunoglobulina + completar esquema vacinal
		Se sem registro de vacina ou dúvidas quanto ao <i>status</i> vacinal: imunoglobulina + vacina

Quadro 6: Profilaxia de hepatite B após violência sexual.

MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	JANELA DE OPORTUNIDADE
Vacina anti-hepatite B	1 dose IM profundo em deltoide (esquema 0 - 1 - 6 meses)	Aplicar idealmente até 24h após a exposição
Imunoglobulina humana anti hepatite B (IGHAHB)	0.06mL/kg IM*(aplicar em sítio diferente da vacina)	Aplicar idealmente até 48h após a exposição, podendo se estender até 14 dias.

*Se dose ultrapassar 5mL, fracionar aplicação em dois locais diferentes.

Quanto à hepatite C, em caso de agressor desconhecido ou sabidamente portador de hepatite C, deve ser feito o acompanhamento sorológico no seguinte esquema se paciente com teste rápido não reagente.

Quadro 7: Exames indicados para avaliação de hepatite C após violência sexual.

DIAS TRANSCORRIDOS APÓS EXPOSIÇÃO	EXAMES
0	TGP + anti-HCV
45	TGP
90	Anti-HCV + HCV-RNA
180	TGP + anti-HCV

Se em qualquer momento da abordagem inicial ou acompanhamento for evidenciada infecção pelo HBV ou HCV, a paciente deverá ser encaminhada ao atendimento especializado.

Profilaxia para HIV

A profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV está indicada até 72h após penetração vaginal ou anal sem uso de preservativo com agressor desconhecido. Não está indicada em casos de: sexo oral exclusivo, mesmo com ejaculação (individualizar); exposição crônica ao mesmo agressor; uso de preservativo durante toda a ocorrência; agressor sabidamente HIV negativo.

Quadro 8: Profilaxia de HIV após violência sexual.

ESQUEMA DE 1ª LINHA (28 DIAS)	Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg 01cp VO ao dia + Dolutegravir (DTG) 50mg 01cp VO ao dia.	Obs. 1: Pode ser utilizado em gestantes.
		Obs. 2: Em crianças de até 12 anos, o esquema preferencial é AZT + 3TC + RAL.
EFEITOS ADVERSOS	Sintomas gastrointestinais, cefaleia e fadiga (não deverá ser suspensa pelos efeitos adversos).	

Após o término da PEP, uma nova testagem para HIV deverá ser realizada 30 dias após a exposição. A PEP NÃO deverá ser postergada devido à ausência de infectologista durante o atendimento inicial. Deverão ser colhidos exames de hemograma e transaminases.

Acompanhamento

As pacientes vítimas de violência sexual devem ser, após o atendimento inicial, encaminhadas ao serviço de acompanhamento transdisciplinar da equipe Superando Barreiras, onde terá seguimento com equipes de psicologia, enfermagem, assistência social e médica. Lá terá oportunidade de avaliação das profilaxias realizadas e exames coletados e, em caso de gravidez decorrente de estupro, decisão por interrupção legal (vide protocolo de Interrupção de gestação prevista em Lei) ou manutenção da gravidez com ou sem doação da criança (nestes casos, paciente deverá realizar o pré-natal e parto na instituição).

Quadro 9: Seguimento de pessoas vítimas de violência sexual pela equipe multiprofissional.

SEGUIMENTO	
EQUIPE DE PSICOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acolher e esclarecer objetivos do seguimento. ✓ Avaliar necessidade de seguimento psicológico nesta ou em outra instituição. ✓ Construir um plano terapêutico inicial e instruir sobre autocuidado emocional. ✓ Discutir com equipe multi o seguimento da paciente. ✓ Solicitar parecer psiquiátrico se necessário.
SERVIÇO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preencher ficha de Avaliação Social. ✓ Identificar situações de vulnerabilidade social e encaminhar se necessário. ✓ Articular com a rede em defesa da Mulher, criança, adolescente, idoso e pessoa com deficiência. ✓ Acompanhar os aspectos legais. ✓ Realizar atendimento familiar.

SEGUIMENTO	
EQUIPE DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Checar notificação do SINAN e encaminhamentos legais. ✓ Avaliar eficácia e tolerância da contracepção de emergência e profilaxia de HIV. ✓ Em caso de gravidez, oferecer análise do DNA para identificação do agressor. ✓ Informar sobre métodos contraceptivos. ✓ Identificar sinais e sintomas de outros tipos de violência.
EQUIPE MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar a melhora da saúde geral e adesão ao seguimento proposto. ✓ Acompanhar as demandas de saúde sexual e reprodutiva. ✓ Checar resultados de exames laboratoriais solicitados. ✓ Verificar a adesão à profilaxia antirretroviral (quando indicada). ✓ Em caso de gravidez, avaliar a percepção em relação ao cuidado.

Aspectos éticos

O acolhimento de pacientes vítimas de estupro é extremamente delicado e singular. O primeiro contato com o serviço é um momento decisivo no desenrolar do acompanhamento dessa paciente e sua relação com equipe transdisciplinar. O sigilo médico deve ser respeitado e o máximo de informações sobre o agravo devem ser colhidas de preferência uma única vez, para não haver necessidade de repetição de narrativa da violência sofrida.

Posturas livres de julgamento devem ser adotadas sempre e devem assim transparecer tanto na fala como na linguagem corporal e atitudes tomadas. Deve-se poupar comentários que tentem “justificar” o ocorrido com culpabilização da vítima pelo agravo por qualquer motivo. Discursos de temática religiosa ou espiritual precisam ser evitados se utilizados para persuadir uma paciente a tomar decisões sobre manutenção de gravidez decorrente de estupro, por exemplo. A decisão da paciente deve ser respeitada não só por questões éticas, mas também legais. A objeção de consciência é corrente em profissionais da área da saúde, mas estes têm obrigação de incumbir outro profissional qualificado para condução da situação caso isso ocorra.

Referências

ABERG, J.A., DASKALAKIS, D.C., Management of nonoccupational exposures to HIV and hepatitis B and C in adults, UpToDate, última atualização 09/2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais, 2021.

PROGRAMA SUPERANDO BARREIRAS - A experiência da atenção da mulher vítima de violência sexual na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.



Protocolos Assistenciais em Ginecologia foi composto em Adobe Caslon Pro e impresso sobre OFLD75 e CSLD250 pela Expressão Gráfica e Editora em agosto de 2022.

ANEXOS

Anexo 1 – Modelo padrão dos protocolos da MEAC



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.SAMQ.001 – Página 494/2	
Título do Documento		Emissão: XX/XX/XXXX	Próxima revisão: XX/XX/XXXX
		Versão: 1	

1. **AUTOR**
2. **SUMÁRIO**
3. **SIGLAS E CONCEITOS**
4. **OBJETIVOS**
5. **JUSTIFICATIVAS**
6. **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**
7. **ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES**
8. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO*
9. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS*
10. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO*
11. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO*
12. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA*
13. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA*

14. FLUXOGRAMAS**15. MONITORAMENTO****16. REFERÊNCIAS****17. HISTÓRICO DE REVISÃO**

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(*Itens obrigatórios apenas para protocolos assistenciais)

ELABORAÇÃO		
ANÁLISE		
Juliana de Lima Comaru Serviço de Avaliação e Monitoramento da Qualidade	Data: ___/___/_____	Assinatura e carimbo:
APROVAÇÃO		
	Data: ___/___/_____	Assinatura e carimbo:
APROVAÇÃO		
	Data: ___/___/_____	Assinatura e carimbo:
VALIDAÇÃO*		
	Data: ___/___/_____	Assinatura e carimbo:

* Este campo será preenchido para as Validações do Jurídico, SCIH, USOST, conforme item 4.4.3.d da NO.SAMQ-CH.001