EDITORA PASTEUR

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

SAÚDE DA MULHER

Organizadores
Guilherme Barroso La De Freitas
Lyslian Joelma Alves Moreira

COLETÂNEA
EDIÇÃO II
VOLUME 02

EDITORA
PASTEUR

Coleção

Saúde da Mulher

2ª EDIÇÃO - VOLUME 02

Organizadores

Guilherme Barroso L. De Freitas
Lyslian Joelma Alves Moreira

2021

2021 by Editora Pasteur
Copyright © Editora Pasteur
Todo conteúdo dos capítulos é de total responsabilidade dos autores

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaércio Aparecido de Oliveira
Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
Bruna Milla Kaminski
Dr. Daniel Brustolin Ludwig
Dr. Durinézio José de Almeida
Dr. Everton Dias D'Andréa
Dr. Fábio Solon Tajra
Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior
Dra. Gabriela Dantas Carvalho
Dr. Geison Eduardo Cambri
MSc. Guilherme Augusto G. Martins
Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas
Dra. Hanan Khaled Sleiman
MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini
Dr. Lucas Villas Boas Hoelz
MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira
Dra. Márcia Astrês Fernandes
Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli
Dr. Paulo Alex Bezerra Sales
MSc. Raul Sousa Andreza
MSc. Renan Monteiro do Nascimento
Dra. Teresa Leal

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.
Saúde da Mulher/ Guilherme Barroso Langoni de Freitas- 2 ed. 2 vol - Irati: Pasteur, 2021.
1 livro digital; 244 p.; il.

Modo de acesso: Internet
https://doi.org/10.29327/539977
ISBN: 978-65-86700-44-2
1. Medicina 2. Saúde da Mulher 3. Ciências da Saúde
I. Título.

CDD 610
CDU 601/618

Prefácio

A saúde de mulheres e meninas é particularmente preocupante porque, em muitas sociedades, elas são prejudicadas pela discriminação baseada em fatores socioculturais. Temas como, por exemplo, sexualidade, gravidez, depressão e violência doméstica apresentam ainda resistência na abordagem aberta de muitas mulheres. Compreender as principais doenças, abordagens terapêuticas e obstáculos de manutenção da saúde enfrentados pelas mulheres é o caminho para melhorar a qualidade de atendimento e obter melhores desfechos clínicos. Este projeto de editais de fluxo contínuo sobre o tema Saúde da Mulher espera construir ao longo deste e dos próximos volumes material rico sobre o tema, onde os amantes da área, profissionais, estudantes ou mesmo o cidadão interessado possa obter conhecimento e ampliar a visão sobre esse campo de constantes descobertas. A Editora Pasteur agradece todos os autores que contribuíram para a construção deste livro que tanto nos encantou.

Leiam sem moderação!

Dr. Guilherme Barroso L. De Freitas
Diretor Científico
Editora Pasteur

SUMÁRIO

Capítulo 01
Doenças inflamatórias da pele e sua ligação com fator alimentar: uma revisão sistemática de literatura 01

Capítulo 02
O impacto da assistência à saúde de gestantes em situação de prisão: revisão de literatura 07

Capítulo 03
Aumento pressórico na gestação: uma revisão narrativa 14

Capítulo 04
Infecção do trato urinário na gestação: uma revisão narrativa 27

Capítulo 05
Sífilis gestacional: epidemiologia, rastreamento e tratamento 33

Capítulo 06
A importância do protocolo clínico para gestantes, parturientes e puérperas em meio a pandemia da Covid-19 42

SUMÁRIO

Capítulo 07
Gravidez na adolescência e suas consequências socioeconômicas e psicológicas 49

Capítulo 08
Depressão e estresse na gravidez: há consequências no desenvolvimento fetal? 56

Capítulo 09
Principais evidências e controvérsias da mamografia: uma breve revisão de literatura 62

Capítulo 10
Síndrome dos ovários policísticos (SOP): uma revisão narrativa 71

Capítulo 11
Terapêutica na síndrome dos ovários policísticos 79

Capítulo 12
Uso de metformina no tratamento da resistência insulínica em pacientes com síndrome dos ovários policísticos 87

SUMÁRIO

Capítulo 13
A abordagem clínica e a importância do diagnóstico precoce na endometriose 98

Capítulo 14
Candidíase: uma revisão narrativa 105

Capítulo 15
A infecção pelo papilomavírus humano e suas consequências na saúde da mulher 112

Capítulo 16
Câncer do colo do útero, vírus HPV e a participação da Enfermagem no tratamento e prevenção da doença 126

Capítulo 17
Ações realizadas pelo enfermeiro para promover o aleitamento materno durante a permanência no Alojamento Conjunto 132

Capítulo 18
Projeto de intervenção em amamentação: hospital e maternidade da região metropolitana de BH/MG 138

SUMÁRIO

Capítulo 19
Violência contra mulheres durante a pandemia da Covid-19 144

Capítulo 20
Violência contra a mulher durante a pandemia: fatores relacionados com o aumento dos casos 153

Capítulo 21
Conduta médica frente a uma paciente vítima de violência sexual 161

Capítulo 22
Estudo epidemiológico sobre violência contra mulheres no estado de Goiás: uma análise dos anos 2009 a 2018 172

Capítulo 23
Violência contra a mulher em tempos de pandemia por Sars-CoV-2 no estado de São Paulo 182

SUMÁRIO

Capítulo 24
Violência obstétrica e suas repercussões médico-sociais 191

Capítulo 25
Violência obstétrica e a usualidade do plano de parto como ferramenta preventiva 198

Capítulo 26
Fatores de risco no desenvolvimento da depressão pós-parto e como enfrentá-la 206

Capítulo 27
Transtornos psiquiátricos no período puer-peral 212

Capítulo 28
Infanticídio ocasionado por transtornos mentais no pós-parto: uma revisão de literatura 219

Capítulo 29
Impacto da violência sexual no desenvolvimento do transtorno dissociativo na mulher 225

HOMENAGEM ÀS MULHERES

Poucos sabem e conhecem do universo feminino! Sábios são aqueles que buscam conhecimento para conhecer e entender a sua companheira!

Muitos reclamam que a mulher vive se queixando de dores de cabeça, excesso de afazeres, sejam eles domésticos ou profissionais, mas pouco ou nada contribuem para amenizar essa realidade vivida tão intensamente por elas.

Mulheres possuem capacidades inigualáveis em comparação ao sexo oposto, realizam múltiplas atividades ao mesmo tempo, exercem a maternidade, não apenas carregando no ventre durante os nove meses gestacionais, mas também a partir do nascimento. Tecendo, amorosamente, os cuidados àquele que acabou de chegar no mundo terreno, cuida, amamenta e afaga as tão terríveis cólicas que muitos neonatos possuem.

Um dos grandes segredos da vida é pouco percebido pelo gênero masculino, a mulher ganha saúde, tanto física quanto mental quando o fardo da vida é dividido, aquele mínimo de atenção ofertado a ela em momentos necessários. Um ombro amigo na madrugada aos braços que embalam, tentando acalentar o sofrimento das cólicas, uma troca de fraldas, uma ajuda curativa naquele seio ferido de amamentar e a divisão nas tarefas domésticas com toda certeza farão muita diferença na vida daquela mulher que divide o tempo de sua existência com o homem que ela permitiu que assim participasse!

Sim, digo que ela permitiu...não fique achando que foi você quem conquistou! Feito esse característico dos resquícios genéticos reminiscentes do passado! O coração feminino bate e sente diferente do gênero oposto, ela selecionou e deu a oportunidade de você fazer parte da vida dela! Seja recíproco! Aproveite a oportunidade nesses momentos e aja diferente, dividindo os fardos da vida e nunca mais ouça as tão conhecidas frases femininas que tanto são ouvidas e vivenciadas nos relacionamentos e perceberás o que realmente é saúde feminina em seu sentido pleno.

Cyro Vilela da Fonseca Júnior

Acadêmico de Medicina - Turma 38
Universidade de Cuiabá (UNIC)

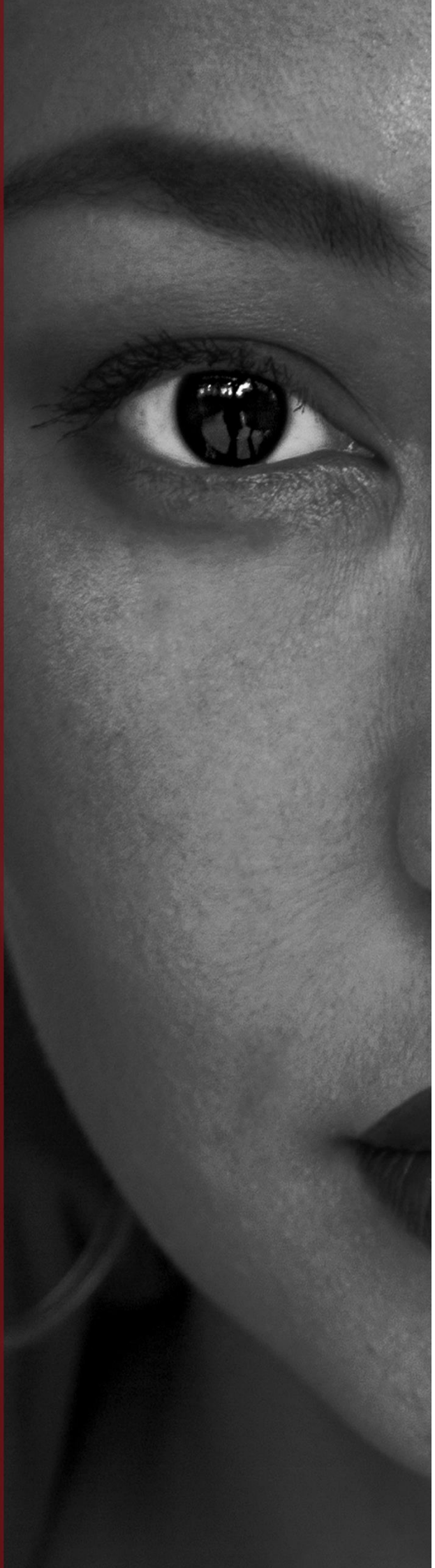
CAPÍTULO 01

Doenças inflamatórias da pele e sua ligação com fator alimentar: uma revisão sistemática de literatura

AUTORES
Giovanna Aparecida Marques Rezende[1]
Luana Alves Lima[1]
Monique Cassiano Lopes[1]
Thaise Fontes Almeida[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – MG.

Palavras-chave: dieta; acne; mulher.



INTRODUÇÃO

A dieta significa mais do que fontes nutricionais e reflete diretamente na saúde do indivíduo, delimitando um estilo de vida que pode ser benéfico ou não. A dieta é um fator importante que rege grande influência na patogenia de doenças inflamatórias de pele, dentre elas, acne e a psoríase (AZULAY, 2019).

A acne vulgar é uma dermatose crônica, multifatorial e inflamatória da unidade dos pilos sebáceos, a qual é constituída por uma glândula sebácea bem desenvolvida, um grande ducto e um pelo rudimentar. Estima-se que atinja 11 milhões de pessoas no Brasil, ocorrendo em aproximadamente 80% dos indivíduos com idade entre os 11 e 24 anos, em 5% daqueles com até os 35 anos e em 3% em indivíduos dos 35 aos 44 anos de idade. Tem início na adolescência, mas indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades podem apresentar algum grau de acne (SOLDATELI *et al.*, 2015).

A acne da mulher adulta é definida como o quadro acneico em mulheres a partir dos 25 anos de idade. Pode ter início na fase da adolescência e prosseguir até a fase adulta ou iniciar nesta última fase. As causas ainda não foram completamente esclarecidas. Sabe-se que a influência de alimentos de alto índice glicêmico está associada ao aparecimento do quadro, pois estes podem alterar as funções endócrinas, o sistema imunológico e os hormônios sexuais envolvidos no controle da secreção das glândulas sebáceas. Além da alimentação, outros fatores como genética, estresse, exposição às radiações, tabagismo, obesidade e doenças endócrinas associadas podem ter relação com a patogenicidade. No entanto, a alimentação mostra-se como fator predominante no agravamento do quadro (ZUMBLIK, 2017).

A psoríase é uma doença inflamatória crônica, autoimune, de etiologia multifatorial e tem forte base genética, afetando a pele, as unhas, as mucosas e as articulações. Ela é caracterizada por uma placa eritematoescamosa e saliente em relação à superfície da pele. Suas escamas estão superpostas como lâminas de um fragmento de mica; apresentam cor avermelhada e podem ser destacadas com facilidade, mediante a raspagem da lesão (MATOS *et al.*, 2015).

A inadequação do padrão alimentar, a inatividade física e os fatores emocionais podem desempenhar papel de gatilho para o desenvolvimento da psoríase e doenças crônicas não transmissíveis associadas (DCNTs), bem como incrementar o processo inflamatório. Assim, a nutrição pode influenciar a psoríase de duas maneiras diferentes: como causa das desordens metabólicas ou como tratamento e prevenção (SOLDATELI *et al.*, 2015).

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi o de avaliar o impacto da dieta em pacientes com doenças inflamatórias da pele como a acne e a psoríase, bem como a sua relação.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada no período de agosto de 2020 a maio de 2021, por meio de pesquisa nas bases: Pubmed, Scielo e Lilacs. Foram utilizados os descritores: mulher, acne, psoríase, dieta. Desta busca foram encontrados 20 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados no período de 2015 a 2020 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e meta análise, disponibilizados na íntegra. Os critérios de

exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 11 artigos, os quais foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados e discutidos de forma descritiva em categorias temáticas abordando: acne vulgar, psoríase, associação positiva entre acne, consumo alimentar e gênero feminino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acne

Acne vulgar é um distúrbio cutâneo comum caracterizado pelo desenvolvimento crônico ou recorrente de pápulas, pústulas ou nódulos na face, pescoço, tronco ou extremidades superiores proximais. Os hormônios sexuais, que começam a ser produzidos na puberdade, são os principais responsáveis pelas alterações das características da pele, assim como pelo surgimento da acne. Diferentemente dos homens, as mulheres têm alterações na produção de hormônios durante o ciclo menstrual, o que pode ser o principal fator do aumento da incidência do problema (BAPTISTA, 2018).

Trata-se de uma doença cutânea inflamatória multifatorial, apesar das controvérsias sobre sua relação com a dieta, existem estudos capazes de comprovar essa influência. Dados significativos mostram que a ingestão de alimentos com alto teor de açúcar e outros carboidratos produtores de altas cargas glicêmicas afetam a insulina *sérum* e os níveis de fator de crescimento semelhante à insulina-1 (IGF-1), ambos promovem o aumento da produção de andrógenos (DANBY, 2010). Dessa forma, há estímulo da produção sebácea, que tem papel fundamental na acne, em que uma restrição calórica extrema diminui drasticamente a taxa de excreção sebácea, a qual se reverte com a adoção de uma dieta normal com alimentos de baixo índice glicêmico (**Tabela 1.1**).

Tabela 1.1 Tabela de alimentos com índice glicêmico baixo

Alimentos com índice glicêmico baixo	**Índice glicêmico**
Aveia	55
Cogumelo	20
Cereja	22
Cenoura	16
Tomate	20
Feijão de soja	23
Couve-flor	20
Batata doce	44
Arroz integral	50

Fonte: Adaptada de tabelas internacionais de índice glicêmico e valores de carga glicêmica, 2008.

Uma exceção à evidência da dieta de alto índice glicêmico é a ingestão de derivados do leite. Apesar de possuírem baixo índice glicêmico, eles induzem o aumento dos níveis de IGF-1, favorecendo o surgimento ou agravamento da acne, o que é particularmente maior na ingestão de leite desnatado. Isso demonstra que essa associação não se deve ao conteúdo de gordura no leite, reforçando a teoria dos níveis de IGF-1 (COSTA, 2010).

Um alimento bastante apontado como fator agravante no quadro de acne é o chocolate, em um estudo realizado por cientistas australianos, comparou-se o perfil plasmático após a ingestão de alimentos à base de chocolate com os mesmos alimentos sem esse produto. Surpreendentemente detectou-se um aumento na insulinemia pós-prandial em adultos jovens magros que fizeram uso dos produtos achocolatados (média 28% maior); os maiores índices ocorreram com o leite achocolatado (média 48% maior que o leite não

achocolatado) e com os enriquecidos com chocolate negro, em comparação com o branco (13% maior). A explicação para os achados do grupo australiano pode ser o fato de que o chocolate é rico em compostos biologicamente ativos como: cafeína, teobromina, serotonina, feniletilamina, triglicérides e ácidos graxos, os quais aumentam a secreção e a resistência periférica à insulina. Com base no exposto acima, não seria impertinência sugerir que a ingestão de alimentos à base de chocolate pode sim, ter relação com o quadro clínico da acne vulgar. Contudo, os estudos ainda não são totalmente conclusivos (COSTA, 2010).

Recomenda-se, portanto, como parte fundamental da terapêutica da acne, que se evite a ingestão de laticínios e carboidratos com alto índice glicêmico (COSTA, 2010). Vale lembrar que não é um alimento específico que causa o problema, toda alimentação rica em carboidratos brancos como: pão, arroz e macarrão ou com muito açúcar podem piorar a situação. O chocolate, por exemplo, em pequenas quantidades pode não ser o vilão. O que pode piorar é o consumo exagerado de alimentos com alta taxa glicêmica (BAPTISTA, 2018).

Psoríase

É uma doença da pele relativamente comum, crônica e não contagiosa. É cíclica, ou seja, apresenta sintomas que desaparecem e reaparecem periodicamente. Sua causa é desconhecida, mas pode estar relacionada ao sistema imunológico, às interações com o meio ambiente e à suscetibilidade genética. Acredita-se que ela se desenvolve quando os linfócitos T (células responsáveis pela defesa do organismo) liberam substâncias inflamatórias e formadoras de vasos. Iniciando, então, respostas imunológicas que incluem dilatação dos vasos sanguíneos da pele e infiltração da pele com células de defesa chamadas neutrófilos. Como as células da pele estão sendo atacadas, sua produção aumenta, levando a uma rapidez do seu ciclo evolutivo, com consequente aumento na produção de escamas, devido à imaturidade das células. Esse ciclo faz com que ambas as células mortas não consigam ser eliminadas eficientemente, formando manchas espessas e escamosas na pele (SBD, 2017).

O tratamento nutricional aplicado em pacientes com psoríase, associado ao controle das variáveis bioquímicas e antropométricas propicia uma maior estabilidade clínica, prevenindo doenças crônicas não transmissíveis e aumentando a longevidade celular. Assim, a alimentação pode influenciar na psoríase de duas maneiras diferentes: como causa das desordens metabólicas ou como tratamento e prevenção (MBNE, 2019). A prevalência e a gravidade da psoríase tem se mostrado diminuídas durante períodos de jejum. Dietas hipocalóricas levam à melhora dos sintomas e podem ser importantes fatores adjuvantes na prevenção e no tratamento. Apesar de vários mecanismos serem discutidos, a causa direta desses efeitos positivos nos sintomas da doença ainda é desconhecida. A explicação mais importante é, provavelmente, a diminuição na ingestão do ácido araquidônico (AA), que resulta na menor produção de eicosanoides inflamatórios. Durante o jejum, ocorre redução na ativação das células TCD4 e elevação no número ou na função da interleucina 4 (citocina anti-inflamatória) e a restrição calórica leva à redução do estresse oxidativo (DINIZ *et al.*, 2009).

Sabe-se que os ácidos graxos ômega-3 podem reduzir a produção de moléculas e substâncias ligadas à inflamação. Contudo, seu efeito quanto à suplementação oral, nessa enfermidade, apresenta resultados conflitantes e não são claros em relação a dose a ser utilizada. A maioria das pesquisas apresenta

efeitos positivos, mas resultados de testes randomizados e controlados são menos efetivos. Apesar de resultados ainda inconsistentes é aconselhável recomendar a ingestão de alimentos ricos em ômega-3 (**Tabela 1.2**) para os pacientes portadores da comorbidade aqui mencionada (DINIZ *et al.*, 2009).

Tabela 1.2 Tabela de alimentos com potencial anti-inflamatório

Alimentos com potencial anti-inflamatório (Ricos em Ômega 3)
Peixes (salmão, anchova, sardinha, cavala, atum, bacalhau, arenque)
Sementes (linhaça e chia)
Nozes
Castanha

Fonte: Adaptada do Jornal da USP, 2017.

Os carotenoides (**Tabela 1.3**) e os minerais (ferro, cobre, manganês, zinco e selênio) possuem capacidade antioxidante capaz de diminuir o estresse oxidativo e a produção de espécies reativas de oxigênio, principalmente na presença de inflamação sistêmica, como é o caso da psoríase. Adicionalmente, as fibras alimentares possuem um papel importante na inflamação, além de contribuir para o melhor controle glicêmico, insulinêmico e lipidêmico dos alimentos (MBNE, 2019).

Um estilo de vida saudável acompanhado de uma alimentação balanceada pode ajudar na diminuição da progressão ou melhora dos sintomas da psoríase, é muito importante o portador ter conhecimento sobre os benefícios da nutrição adequada e direcionada para o seu caso.

Tabela 1.3 Alimentos ricos em carotenoides

Alimentos ricos em carotenoide
Cenoura
Abóbora
Legumes de folhas verdes
Batata doce
Tomate
Pimentão vermelho
Melancia
Laranja

Fonte: Adaptada do Jornal da USP, 2017.

CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos é possível concluir que, além da interferência hormonal, principalmente em mulheres, a dieta é outro fator relevante no aparecimento de acnes. Majoritariamente, alimentos com alto teor de açúcar se mostrou fortemente ligado ao surgimento de acne nos pacientes.

Constatou-se a interferência da alimentação na psoríase, sendo que o jejum, a dieta hipocalórica e ingestão de alimentos ricos em ácidos graxos ômega-3 e com capacidade antioxidante e anti-inflamatória têm influência positiva no seu tratamento. Neste sentido, sendo importantes ferramentas aliadas no tratamento para melhorar a qualidade de vida do paciente com essa condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZULAY, V. *et al.* Influência da dieta nas doenças cutâneas. Med. Cutan. Iber. Lat-Am,, Rio de Janeiro, v. 47, sup. 2, p. 103-108, 2019.

BAPTISTA, L. Acne na vida adulta é mais frequente em mulheres. UFMG. 2018. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/acne-na-vida-adulta-e-mais-frequente-em-mulheres/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

COSTA, A. Acne e dieta: verdade ou mito? Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, jun. 2010.

DANBY, F.W. Nutrition and acne. Clin. Dermatol, v. 28, n. 6, p. 598-604, 2010.

DINIZ, M. *et al*. Influências nutricionais na psoríase. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, jan./fev. 2009.

MATOS, C.H. *et al.* Perfil nutricional e consumo de alimentos inflamatórios e anti-inflamatórios de pacientes atendidos no ambulatório de psoríase de uma unidade de saúde escola de Itajaí, SC. Demetra, Itajaí, v. 10, n. 4, p. 1017-1030, 2015.

MBNE. Influências nutricionais no tratamento da psoríase. 2019. Disponível em: <https://nutricaoesteticabrasil.com.br/influencias-tratamento-psoriase/#:~:text=Assim%2C%20a%20alimentação%20pode%20influenciar,positivamente%20no%20tratamento%20da%20psor%C3%ADase>. Acesso em: 14 abr. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). Psoríase. 2019. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/psoriase/18/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

SOLDATELI, B. *et al.* Acne e dieta: uma revisão. Nutrire, Porto Alegre, v. 40, sup. 1, p. 104-109, 2015.

ZUMBLICK, L. K. Consumo de alimentos com alto índice glicêmico e sua relação com a acne na mulher adulta. Palhoça, 2017. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9738/1/runi.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

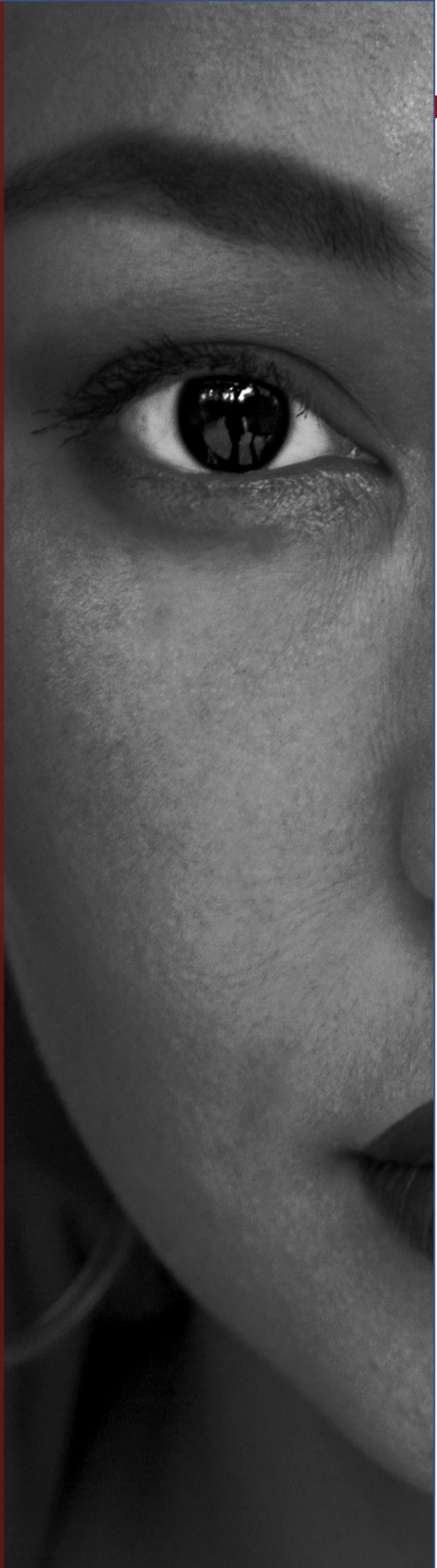
CAPÍTULO 02

O impacto da assistência à saúde de gestantes em situação de prisão: revisão de literatura

AUTORA
Misselaine Santos Costa[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Ibirapuera – UNIB.

Palavras-chave: gestante; prisão; enfermagem.



INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo importante na vida da mulher, trata-se de um período em que ocorrem transformações na sua vida física, psicológica e social, exigindo a compreensão e a adaptação às novas vivências e cuidados para que tenha uma gravidez saudável (FOCHI *et al.*, 2014). Em função de garantir assistência e reduzir a morbimortalidade materna e infantil no Brasil, toda mulher com diagnóstico positivo de gravidez tem o direito de iniciar o pré-natal que, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), indicam no mínimo seis consultas para uma assistência completa. As consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª e 36ª semanas de gestação (BRASIL, 2012).

O trabalho de parto é um processo natural, caracterizado por contrações, dores fortes e intensas que se iniciam com a atividade uterina, evoluindo progressivamente com a dilatação e apagamento do colo uterino, permitindo a adequada condução para o parto. Para que este momento seja bem-sucedido, a gestante deve ser orientada e preparada durante o pré-natal. É sabido que existe uma parcela significativa de mulheres gestantes que vivenciam todo o período gravídico e puerperal dentro do cárcere. Neste sentido, por meio de leis, assegura-se a estas mulheres, o direito à assistência pré-natal, parto e puerpério, bem como ao recém-nascido. Apesar de não ser nas condições desejadas por estas mulheres, podem ter um parto bem planejado, com a equipe de sua escolha e ter autonomia durante esse momento que requer muito cuidado, atenção, apoio e segurança (ROCHA, 2016). De acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), mulheres gestantes privadas de liberdade têm a necessidade e o direito de ter acesso à realização do pré-natal, atendimento ao parto e puerpério e de intercorrências e o controle do câncer cervicouterino e de mama, encaminhamentos e tratamentos de infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, o direito à assistência médica periódica à pessoa em situação prisional está assegurada na Constituição Federal de 1988 (SANTOS, 2014). A Lei de Execução Penal n° 7.210/1984, determina que deve ser fornecido à mãe e ao seu bebê, o acompanhamento médico, berçário, seção para gestante e parturiente, creche para abrigar as crianças e o direito de amamentar e cuidar de seus até seis meses de vida. De modo que, os presídios devem dispor de condições para a permanência dos mesmos durante o período de amamentação (ANDRADE *et al.*, 2018).

A penitenciária é um ambiente de difícil convívio para as gestantes e pode afetar seu estado psicoemocional e o estresse diário é um fator de risco para sua saúde e a do bebê. Além disso, dentro do cárcere a mulher não recebe o apoio familiar, tampouco convive com o pai do bebê que ela está gestando (SANTOS, 2018). Neste contexto ocorrem diversas situações como: o desrespeito uma com a outra ou por parte da sociedade em si; o pouco espaço de convivência devido à superlotação; a alimentação que não é de sua escolha e com os nutrientes adequados à fase gestacional; o lazer que não de sua preferência e por ter que viver de acordo ordens e regras (DIUANA *et al.*, 2019). Embora existam leis e regulamentações que garantem à mulher a assistência durante a sua gravidez e parto dentro das penitenciárias, percebe-se que ainda existem dificuldades no ato de gestar dentro da prisão. Afinal, a falta de realização do pré-natal, o descaso na assistência e a desumanização com o corpo da mulher acarreta medo e insegurança, mostrando-se uma barreira para o parto saudável. Uma cela é um lugar triste para parir, isso traz a neces-

sidade de contar com os profissionais para dar um atendimento humanizado. No entanto, em muitas prisões faltam ações que viabilizem a realização da melhor assistência possível a essas parturientes (CRUVINEL, 2018).

Deste modo, é necessário avanços e pesquisas para melhorar e intensificar a qualidade na assistência às gestantes que vivem em cárceres. Assim, esta pesquisa pretendeu identificar o impacto da assistência prestada às mulheres gestantes que vivem em prisões, quais as ações e como são ofertadas e implementadas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, realizada em março de 2020. O primeiro passo foi realizar buscas de artigos com o tema norteador: O impacto da assistência à saúde a gestantes em situação de prisão. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: *Google* acadêmico, Lilacs, Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde DeCs: gestação; prisões; parto obstétrico; maternidade; pré-natal.

Os critérios de inclusão para seleção foram: artigos que descrevessem a assistência oferecida para mulheres durante período gravídico e puerperal; textos completos; publicados no período de 2014 a 2020 na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: citar. Desta busca foram encontrados 54 materiais, posteriormente submetidos às seguintes etapas: leitura dos títulos que tinham relação com tema e em seguida, lido o resumo para avaliar se respondia à pergunta do estudo descrito. Feito a leitura minuciosa dos artigos selecionados para extrair os dados, os quais foram apresentados em um quadro e discutidos com base em: características do processo da gestação; direitos das mulheres gestantes que vivem em penitenciárias; descrição da assistência ofertada, e como essas mulheres vivem sob essa situação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Algumas localidades não possuem protocolo efetivo para o atendimento de gestantes em regime carcerário, sendo prestado, os cuidados mínimos, salvo em condições emergenciais, que ainda se percebeu certa dificuldade. A ausência de planejamento das ações de educação em saúde agrava a situação, pois confere maior risco de transmissão de doenças infectocontagiosas dentro do ambiente insalubre da prisão (ANDRADE, 2018).

Pesquisas apontaram que, na maioria dos presídios e cadeias públicas, as mulheres gestantes ficam misturadas com a população carcerária e, quando chega a hora do parto, geralmente alguém as leva para o hospital. Inclusive ocorreu parto dentro do presídio porque a viatura não chegou em tempo ou pela recusa em levá-la ao hospital, em virtude de não acreditar que realmente era a hora do parto ou por não se importar que a gestante estava com as dores de parto. Em alguns casos, as próprias presas ou a enfermeira do presídio realizaram o parto (CRUVINEL, 2018).

Mulheres primigestas e multigestas estão em todas as penitenciárias do Brasil, ambas sofrem por ter de deixar outros filhos e por estar gerando o bebê dentro deste local. Aumentando o medo, a angústia e a ansiedade por saber que há poucas consultas de pré-natal e que o parto não ocorrerá em um ambiente agradável ou por não ter toda assistência que deveria receber (DIUANA *et al.*, 2017). O **Quadro 2.1** descreve as situações vivenciadas no período gravídico e puerperal em ambiente prisional.

Quadro 2.1 Situações vividas por mulheres gestantes que convivem em cárcere e prisão

Autor	Ano	Título	Situações caracterizadas
Andrade *et al*	2018	Relato de experiência: atendimento às gestantes em ambiente prisional	- Recebem poucas visitas, abandono familiar. - Baixa qualidade na alimentação, dieta não nutritiva. - Pouco espaço nas celas. - Não há profissionais capacitados para ajudar no parto.
Cruvinel	2018	A violação aos direitos humanos das gestantes no sistema penitenciário feminino brasileiro	- Não há consultas de pré-natal frequentes e consecutivas. - Alimentação gordurosa. - Dormem no chão. - Algemas durante o parto. - Não tem contato pele a pele na primeira hora após o parto.
Diuana *et al*	2017	Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade	- Gestantes inseguras. - Necessidades básicas não atendidas. - Não realização de consultas de pré-natal. -Parturiente algemada durante o parto. - Desmame precoce.
Foshi *et al*	2014	Pré-natal em unidade básica de saúde às gestantes em situação prisional.	- Consultas não frequentes e a maioria somente com o enfermeiro. - Não recebe boa alimentação. - Infecções (ITU) não são tratadas adequadamente. - Convivem na mesma cela de mulheres que fumam.
Mello	2014	A prisão feminina: gravidez e maternidade. Um estudo da realidade em Porto Alegre	- Pré natal incompleto. - Dormem tumultuadas junto com outras mulheres. - Continua algemada no momento do parto. - Não recebem visitas familiares. - Amamentação interrompida precocemente.
Rocha	2016	Mulheres no cárcere: condições de saúde de gestantes e lactantes no Brasil	- Consultas de pré-natal reduzido. - Alimentação em pouca quantidade. - Parto sem assistência adequada. - Amamentação somente até 04 meses de vida da criança. - Pressão psicológica.
Pereira *et al*	2020	A maternidade no sistema prisional brasileiro	-Atendimento à gestante baseado no modelo biomédico. - Sofrimento psicológico, sem assistência. - Superlotação em celas. - Durante o parto a parturiente permanece algemada.
Santos	2018	Nove meses de uma gestação: entre o cárcere privado, a legislação brasileira e o assistente social no presídio feminino	- Ambiente de convivência sem estrutura, com celas pequenas. - Alimentação inadequada. - Falta de adesão ao pré-natal e exames. - Parto sem muita assistência. - Separação precoce da mãe e bebê.
Santos	2014	Assistência pré-natal às gestantes privadas de liberdade: uma revisão integrativa	- Não tem adesão ao pré-natal. - Contato somente com enfermeiro. - Alimentação fraca, sem muitos nutrientes. - Parturiente algemada durante o parto. -Criança não tem acompanhamento em seu desenvolvimento.
Foshi	2014	Vivência da gravidez de mulheres em situação de prisão	- Adesão ao pré-natal com bom atendimento. - Espaço pequeno em celas com muitas mulheres. - Parturiente continua algemada durante o parto.
Gregol	2016	Maternidade no cárcere: um estudo reflexivo acerca da prisão feminina e o exercício da maternidade no sistema penitenciário brasileiro	- Insegurança no convívio. - Falta das consultas de pré-natal. - Alto índice de mulheres com depressão e sem assistência psicológica. - Parto em local inadequado.

			- As intercorrências no pós-parto não são atendidas com urgência.
Leal *et al*	2016	Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil	- Cerca de 93% das mulheres têm adesão ao pré-natal, mas somente 32% teve acesso a toda a assistência e consultas. - Mais de 05 horas após início trabalho de parto para receber um profissional que acompanhe o parto. - Não teve acompanhante durante o parto. - Cerca de 16% das mulheres parturientes sofreram violência obstétrica.
Souza *et al*	2015	Condições de vida e agravos à saúde de mulheres em situação de prisão no Brasil	- Sentimento de insegurança todos os dias. - Adesão ao pré-natal tardio e falta de exames. - Local inadequado para parto. - Separação precoce do filho.
Matos *et al*	2018	Representações de mulheres encarceradas sobre gestar na prisão	- Ausência de serviços de pré-natal. - Baixa infraestrutura para manter as gestantes. - Falta de aconselhamento para amamentação. - A mulher permanece algemada durante o parto.
Matos *et al*	2019	Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão	- Pré-natal incompleto. - Não adesão de exames necessários durante a gestação. - Não permitido acompanhante durante o parto. - Nenhum método de alívio a dor durante o trabalho de parto, sem nenhuma estrutura. - Sofrimento maior em caso de aborto. - Desmame precoce.

Avaliar as mulheres nessa situação possibilitou compreender sobre as necessidades de cuidado que ultrapassaram o conhecimento e a prática. Dessa forma, tornou-se possível partilhar de uma realidade muito diferente, que descreveu quão intensas são as necessidades acerca da saúde física e mental destas mulheres na prisão. Evidenciou-se a necessidade de buscar formação específica para atender esta demanda populacional de forma efetiva (FOCHI *et al*., 2014).

De acordo com Matos *et al*., (2018), não há o acompanhamento regular das gestantes, bem como o atendimento ao puerpério, principalmente pela carência de profissionais habilitados; a necessidade de escolta e a falta de equipamentos para a realização de exames e, quando ocorre na unidade prisional, o acompanhamento é insuficiente. Dessa forma, para existir a melhoria do atendimento é preciso existir treinamento e a compreensão de todos os funcionários acerca deste processo. A presença de gestantes é frequente em penitenciárias, justificando a necessidade de humanizar toda a assistência, dispor de uma maternidade de referência para o momento do parto e um número suficiente de viaturas para o transporte dessas parturientes (ROCHA, 2016).

A saúde é um direito de todos, independentemente de quem seja, sendo dever do Estado prestar este atendimento com dignidade humana da melhor forma possível. Para tal, requer a melhoria da gestão, o empenho dos profissionais, promover ações que melhorem a saúde e o convívio dessas gestantes (SANTOS, 2014). Viver dentro de uma penitenciária não significa que essa gestante e o bebê não mereçam assistência. Os serviços de gerenciamento e administração devem ampliar o ambiente de convívio dessas gestantes ou proporcionar um local espaçoso, arejado e na medida do possível, humanizado (PEREIRA *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Constatou-se a elevada frequência de gestantes dentro do sistema penitenciário, embora percebeu-se a insuficiência do acompanhamento durante o pré-natal, bem como na preparação dos responsáveis para receber essa população que necessita de atenção de cuidados diferenciados e especializados. Contudo, mesmo diante de todas as situações estressantes vivenciadas por estas mulheres, elas olham para a gestação como amor.

Essas experiências relatadas chamam para a responsabilidade e geram expectativas de que os gestores e o governo devem construir propostas com novas alternativas de assistência e disponibilizem recursos suficientes para assim reduzir barreiras de acesso e ampliar a adesão ao tratamento de saúde a essas cidadãs. O aumento considerável de mulheres gestantes, deve suscitar-se nos profissionais de saúde, especialmente nos enfermeiros, reflexões para buscar soluções humanizadas, qualificadas e seguras para a mãe e o bebê, a educação em saúde no puerpério e apoio ao aleitamento materno. Além de pesquisas que envolvam esta população, neste contexto, a fim de encontrar respostas que possam diminuir os agravos e permitir a reinserção social e novas histórias de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, G,G. *et al*. Relato de experiência: atendimento a gestantes em ambiente prisional. III Conbracis. Vale do São Francisco. p. 1-8, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2020.

CRUVINEL, T, V. A violação aos Direitos Humanos das gestantes no Sistema Penitenciário Feminino Brasileiro. 2018. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso de Direito. Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis. Uberlândia. 2018.

DIUANA, V. *et al*. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 3. p. 727-747, 2017.

FOSHI, M.C.S. Vivência da gravidez de mulheres em situação de prisão. 2014. 113f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.

FOSHI, S. et al. Pré-natal em unidade básica de saúde a gestantes em situação prisional. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Universidade Estadual de Campinas, v. 15, p. 1-8, marc./abr. 2014.

GREGOL, L.F. Maternidade no cárcere: um estudo reflexivo acerca da prisão feminina e o exercício da maternidade no sistema penitenciário brasileiro. 2016. 60 f. Monografia de Conclusão de Curso Bacharel em Direito. Universidade Católica do Rio de Janeiro PUC-Rio, Rio de Janeiro. 2016.

LEAL, M.C. *et al*. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. Revista da Saúde Coletiva. Brasil, v. 7, p. 2061-2070, nov./abr. 2016.

MATOS, K.K.C. *et al.* Representações de mulheres encarceradas sobre gestar na prisão. Revista de Enfermagem, Recife, v. 12, p. 3069-3077, nov. 2018.

MATOS, K.K.C. *et al.* Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão. Revista Interfase, Botucatu, v. 10, p. 1-12. 2019.

MELLO, D.C. A Prisão feminina: gravidez e maternidade. Um estudo da realidade em Porto Alegre-RS/Brasil e Lisboa/Portugal. Porto Alegre: 2014.

PEREIRA, L.S. *et al*. A maternidade no sistema prisional brasileiro. Revista Científica de Enfermagem, São Paulo, v. 10, p. 189-198, 2020.

ROCHA, T. G. Mulheres no cárcere: condições de saúde de gestantes e lactantes no Brasil. 2016. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília. Faculdades de Ciências e Saúde, Brasília. 2016.

SANTOS, A.P. Nove meses de uma gestação: entre o cárcere privado, a legislação brasileira e o assistente social no presídio feminino. 2018. 48 f. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel em Serviço Social. Faculdade da Amazônia - FAMA. Amazônia. 2018.

SANTOS, C.M. Assistência pré-natal às gestantes privadas de liberdade: uma revisão integrativa. 2014. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2014.

SOUZA, J.A. Condições de vida e agravos à saúde de mulheres em situação de prisão no Brasil. III Conbracis. Paraíba. p. 1-12, 2015.

CAPÍTULO 03

Aumento pressórico na gestação: uma revisão narrativa

AUTORES
Amanda Sales Emilhano[1]
Beatriz Eduarda Pereira[1]
Beatriz Jeremias[1]
Fernanda Mathias Rabelo Peixoto[1]
Isabela Carolina da Silva[1]
Isabelle Sarpa[1]
Laura Santos de Araújo[1]
Marcela Bertoldo Harada[1]
Milena Barbosa de Araújo[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

Palavras-chave: gestação; pressão arterial; doença hipertensiva específica da gestação.

INTRODUÇÃO

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é um conjunto das alterações pressóricas no período gravídico. Caracterizada pela presença de hipertensão arterial, edema e proteinúria a partir de 20 semanas de gestação, em pacientes previamente normotensas (ZUGAIB, 2019). Define-se hipertensão arterial quando a sistólica é igual ou superior a 140 mmHg ou pressão diastólica igual ou superior a 90 mmHg com a paciente sentada, sendo essas medidas confirmadas após 4 horas de repouso (FREIRE & TELODI, 2009).

A etiologia da DHEG segue desconhecida, mas as principais teorias envolvem como causas: a deficiência da invasão trofoblástica, os fatores imunológicos, as disfunções predisposição genética, os fatores nutricionais e o estresse (ZUGAIB, 2019). A DHEG pode ser classificada em quatro formas distintas (FREIRE & TELODI, 2009):

1. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (DHEG): quando a hipertensão surge após 20 semanas de gestação e está associada à proteinúria.

2. Hipertensão crônica: hipertensão arterial persistente anterior à gravidez ou anterior a 20 semanas e que se mantém após o puerpério.

3. Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica: desenvolvimento de proteinúria em paciente previamente hipertensa.

4. Hipertensão gestacional: quando a manifestação ocorreu após a 20ª semana de gestação.

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é uma das complicações mais frequentes na gravidez, estando entre as principais causas de morbimortalidade materna e fetal (MOURA *et al.*, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), A DHEG é responsável por 14% dos óbitos maternos no mundo.

A DHEG pode estar associada às situações graves como: eclâmpsia, síndrome de HELLP, descolamento prematuro de placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada (CIVD), hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência hepática e renal aguda; prematuridade, restrição do crescimento fetal (RCF), sofrimento fetal e morte perinatal. Esta patologia é responsável por muitos partos prematuros. Uma vez que, a interrupção da gestação parece ser a opção mais segura para a mãe e para o feto nos casos graves (MOURA *et al.*, 2011).

O período gravídico constitui um processo fisiológico e natural na vida da mulher e tende a passar por desfechos positivos. No entanto, algumas patologias podem se manifestar ao longo dessas etapas como: a hipertensão gestacional, a hipertensão arterial crônica ou a superposta por pré-eclâmpsia e a pré-eclâmpsia (MALACHIAS *et al.*, 2016). O tratamento consiste em medidas farmacológicas e não farmacológicas com principal objetivo de controlar a pressão arterial e reduzir os riscos para o binômio mãe e bebê.

Assim, o objetivo deste capítulo foi o de revisar os principais aspectos fisiopatológicos da doença hipertensiva específica da gestação, bem como sua epidemiologia e os principais tratamentos utilizados.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa narrativa realizada no período de abril a maio de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, Medline, *Google* acadêmico e Scielo. Foram utilizados os descritores: hipertensão induzida pela gravidez; gravidez de alto risco; análise; complicações; diagnóstico; epidemiaologia; fisiopatologia; prevenção e controle. Desta busca foram encontrados 274

artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas em inglês e português, publicados no período de 1990 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e metanálise, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 52 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: as características epidemiológicas mais importantes, a fisiopatologia, o diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento e acompanhamento pré-natal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

A hipertensão arterial se apresenta como a principal complicação na gravidez e a maior causa de mortalidade (CHAIM *et al.*, 2007). Dentre os agravos e complicações que podem ocorrer na gestação, a hipertensão arterial de 140/90 mmHg ou mais, se manifesta em aproximadamente 10% das gestantes, mais comumente em mulheres jovens primigestas e em mulheres multíparas mais velhas (BRILHANTE *et al.*, 2010).

Hipertensão específica na gestação

A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é a complicação mais frequente na gestação, principalmente quando se instala em uma de suas formas mais graves, como a eclâmpsia e a síndrome de HELLP (KAHHALE & ZUGAIB, 2000). Na avaliação histórica da mortalidade materna na cidade de São Paulo, entre o período de 1993 a 2016, verificou-se que a hipertensão arterial foi a principal causa de morte durante o ciclo gravídico puerperal. Estando presente em 22,5% dos casos, desses, a DHEG foi responsável por 62,1% (VEGA, 2018).

A DHEG tem uma incidência de 5% a 10%, com taxas de mortalidade materna e fetal aproximadamente de 20%, sendo frequente na adolescência.

Além disso, pacientes com antecedentes de DHEG em gestações pregressas observou-se a recorrência em 14% a 39% e o aumento da prevalência de obesidade tem sido relacionado ao aumento da prevalência de DHEG em países desenvolvidos (TAYLOR *et al.*, 2009).

Epidemiologia associada à pré-eclâmpsia

A hipertensão arterial pode se manifestar como pré-eclâmpsia (PE), havendo história de hipertensão arterial anterior à gestação, e após a vigésima semana há manifestação de hipertensão arterial associada com proteinúria. Em todo o mundo, 10% a 15% das mortes maternas diretas estão associadas à pré-eclâmpsia e à eclâmpsia. Contudo, 99% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2011).

Uma revisão sistemática sobre dados disponibilizados entre 2002 e 2010 demonstrou incidência variando de 1,2% a 4,2% para pré-eclâmpsia e de 0,1% a 2,7% para eclâmpsia e as taxas mais elevadas foram identificadas em regiões de menor desenvolvimento sócio-econômico (ABALOS *et al.*, 2013). Os principais fatores de risco para a PE são: raça negra, idade superior a 40 anos, nuliparidade, obesidade, hipertensão arterial crônica, gemelidade, história familiar de PE, diabetes *mellitus* preexistente, síndrome do anticorpo anti-

fosfolípide e lúpus eritematoso sistêmico. (Rastreamento de pré-eclâmpsia) (FLEURY, 2020).

Epidemiologia da Síndrome de HELLP

Dentre as complicações oriundas da hipertensão arterial gestacional, destaca-se pela sua gravidade, a Síndrome de HELLP. A qual foi descrita pela primeira vez, em 1982 por Weinstein como uma forma de pré-eclâmpsia, cuja disfunção endotelial manifesta-se pela ativação da coagulação e pela disfunção hepática (SASS *et al.*, 2018). Embora essa síndrome ainda não tenha sua etiologia totalmente esclarecida, sabe-se que ela pode levar a complicações sérias como insuficiência cardíaca, pulmonar, renal, dentre outras (CARVALHO, 2008). Ademais, a síndrome inicialmente pode ser benigna, mas com mínimas alterações no número de plaquetas e nos testes de função hepática. O aumento discreto da pressão sanguínea e a alteração renal podem progredir rapidamente para um quadro completo da síndrome. Tendo uma incidência de 2% a 12% em virtude do seu diagnóstico tardio e na resolução do parto (PASCOAL, 2014).

O perfil de risco para o desenvolvimento de HELLP pode ser influenciado pela idade, etnia, histórico de comprimentos obstétricos e duração da pré-eclâmpsia. Geralmente, as gestantes são brancas, multíparas, com história prévia de mau controle gestacional, gestação gemelar e idade acima de 25 anos (MELO, 2009). Por fim, o risco de mortalidade materna reduz significativamente quando se interrompe a gestação pela cesariana ou através da indução do parto (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Hipertensão arterial crônica na gestação

É a hipertensão que estava presente antes da gravidez ou é diagnosticada antes de 20 semanas de gestação. O que se espera na primeira metade da gestação são níveis pressóricos diminuídos, quando estes estão iguais ou acima de 140/90 mmHg é dado o diagnóstico de pressão arterial crônica. É classificada em essencial ou primária e em secundária, que corresponde apenas a 10% dos casos. Além disso, considerando a etiologia e os níveis tensionais, pode ser classificada em: leve e grave (160/110 mmHg) (FREIRE & TEDOLDI, 2009)

A hipertensão arterial crônica (HAC) de alto risco tem como fatores: idade materna acima de 40 anos; diagnóstico de hipertensão arterial há mais de 15 anos; valor de pressão arterial no início da gestação, acima de 160 mmHg ou 110 mmHg; diabetes; doença renal de qualquer etiologia; cardiomiopatia; doenças do tecido conectivo; coarctação da aorta; presença de anticorpo anticoagulante lúpico; perda perinatal de concepto em gestação anterior (FREIRE & TEDOLDI, 2009),

A pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica deve ser suspeitada quando a paciente, sem proteinúria anterior à 20ª semana de idade gestacional (IG), passa a apresentar proteinúria acima de 0,3 g/24 horas ou ainda, aquela que apresenta proteinúria patológica prévia com aumento importante da pressão arterial (mesmo quando previamente controlada com medicações) após a 20ª semana de idade gestacional (IG). Pode estar associada aos seguintes sintomas: visuais escotoma (um borramento ou ponto cego que obstrui o campo visual total ou parcialmente), epigastralgia e cefaleia. As complicações perinatais são maiores em pacientes com hipertensão crônica do que na população obstétrica em geral. A mortalidade perinatal aumenta cerca de 3 a 4 vezes e são agravadas com o desenvolvimento de PE sobreposta (FEBRASGO, 2017).

A falta de estudos randomizados que avaliem os riscos e benefícios dos anti-hipertensivos na gestação faz com que a escolha se baseie na experiencia pessoal do profissional e no consenso de especialistas (SOUZA *et al.*, 2019).

Fisiopatologia da DHEG

A DHEG é uma das complicações mais incidentes na gestação e pode evoluir para a formas leve ou grave, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP. As condições de gravidade constituem importante causa de morbidade materna grave e mortalidade materna e peri-natal. As implicações de gravidade associadas à DHEG, além da eclâmpsia e da síndrome HELLP são: descolamento prematuro de placenta (DPP), coagulação intravascular disseminada (CIVD), hemorragia cerebral, edema pulmonar, insuficiência hepática, insuficiência renal aguda como repercussões maternas. Além disso, há as repercussões fetais que incluem restrição de crescimento fetal (RCF), sofrimento fetal e morte perinatal (FEBRASGO, 2017).

Em relação à incidência, as doenças hipertensivas complicam em até 10% das gestações. Todas as formas podem surgir na gestante com hipertensão anterior à gravidez. A DHEG é mais comum nas nulíparas (75% dos casos com variação de 3% a 7% das gestações) e em multíparas acontece em 0,8 a 5% das gestações. Além disso, as gestações múltiplas e antecedente de DHEG pode elevar as taxas para 18% e entre 14% e 34%, respectivamente. Outros fatores chamam atenção para o desenvolvimento da patologia e de suas possíveis complicações como: nível socioe-conômico desfavorável; idade materna avançada; história familiar de DHEG; obesidade; gestação múltipla; doença trofoblástica gestacional; DHEG em gestação pregressa; diabetes *mellitus; d*oença renal; doenças do colágeno; trombofilias (espe-cialmente a síndrome dos anticorpos anti-fosfolípides) (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Como já mencionado, a etiologia da DHEG não é completamente esclarecida, mas existem teorias bem aceitas. Atualmente, a deficiência da invasão trofoblástica; fatores imunológicos; disfunção endotelial e alterações inflamatórias; predisposição genética; fatores nutricionais e estresse. A deficiência da invasão trofoblástica é a teoria mais presente nos casos e a mais aceita pelos autores, sendo considerada um fator causal. As outras teorias são adjuvantes no processo patológico. Na circulação uterina, durante a gravidez deve existir uma circulação uteroplacentária de baixa resistência e de alta complacência. A circulação tem essas características, diferente do período pré-gravídico devido à invasão trofoblástica que destrói a camada muscular e a camada média das arteríolas, fazendo com que estas fiquem mais finas e mais dilatadas (ZUGAIB *et al.*, 2019).

A invasão trofoblástica acontece em duas ondas, a primeira é mais superficial nos vasos da decídua, durante o primeiro trimestre. A segunda, ocorre em até 18 a 19 semanas de gestação, por isso, só pode ser definida como pré-eclâmpsia após este período em que há a invasão dos vasos do miométrio. Quando não acontece essa invasão de forma adequada pode ser denominada como invasão trofoblástica insuficiente ou inadequada, ou ainda, como ausência de segunda onda (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Na paciente com pré-eclâmpsia, a primeira onda ocorre de forma não eficiente, ou seja, apresenta alterações e não há a segunda onda. Essa diferença, da primeira onda ser insuficiente, pode ser percebida com *doppler* realizado ainda no primeiro trimestre. Esse

fenômeno faz com que a circulação placentária se mantenha com alta resistência, ao invés do fisiológico (baixa resistência). Dessa forma, o sangue que chega à placenta é diminuído, tornando a placenta isquêmica ou mal perfundida. Nesse sentido, há produção de substâncias vasoconstritoras como por exemplo o tramboxane (diferente do que é fisiológico, em que há placenta bem perfundida é produtora de vasodilatadores). As substâncias vasodilatadoras são responsáveis pela diminuição da resistência vascular periférica, enquanto as vasoconstritoras da placenta mal perfundida (tramboxane) geram vasoespasmos e, consequentemente a hipertensão (ZUGAIB *et al.*, 2019).

No processo fisiológico, espera-se que haja diminuição da PA por diminuição da resistência vascular periférica (parte das modificações fisiológicas do organismo materno). Na pré-eclâmpsia há liberação de substâncias vasoconstritoras que repercutem sobre órgãos alvos (circulação hepática, renal e cerebral). Dependendo de onde os vasoespasmos ocorrem provoca o quadro clínico como: crise convulsiva, infarto agudo do miocárdio (IAM). Além de dano endotelial devido à estenose que danifica o endotélio, aumentando a permeabilidade capilar, levando à proteinúria (lesão do endotélio renal) e o edema (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Em todos os órgãos o problema é o mesmo: a presença dos vasoespasmos e o dano endotelial generalizado. De modo que, em cada órgão acometido por vasoespasmos e dano endotelial haverá uma clínica diferente. Os rins são precocemente acometidos ocasionando a proteinúria, sendo o sintoma do quadro clínico clássico. Ainda são comuns o acometimento: hepático e cerebral, gerando crises convulsivas (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Em relação aos fatores imunológicos, percebe-se a intolerância dos tecidos maternos pelos fetais, gerando uma resposta inflamatória exacerbada que impede a placentação adequada. Especula-se que há um desequilíbrio entre a quantidade dos dois tipos de linfócitos T, com predomínio dos linfócitos T *helper* 2 (Th2) em relação aos linfócitos T *helper* 1 (Th1) que produzem citocinas que poderiam favorecer a instalação da DHEG. Essa teoria é fortalecida por ser um acometimento mais comum em pacientes multíparas, em situações em que há gestação com parceiros de relacionamento de início recente (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Considerando os fatores nutricionais e o estresse como teorias, ainda não existem estudos que comprovadamente expliquem a ação exata desses mecanismos. O que se sabe é que a reposição de cálcio nas pacientes com deficiência apresentou benefício, mas as substâncias antioxidantes não mostraram índices de melhora. Em relação ao estresse, acredita-se que os fatores emocionais interferem no sistema imunológico e facilitam a deposição de imunocomplexos, dificultando a placentação normal. No entanto, em nenhuma das duas condições está claro a correta etiogenia destes fatores (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Como citado anteriormente, o fator de maior importância e preocupação não é o aumento da pressão arterial em si, mas a redução da perfusão tecidual secundária ao vasoespasmo arteriolar e à lesão endotelial, que elevam a resistência periférica total e a pressão arterial.

Os rins são os órgãos mais precocemente acometidos em que os vasoespasmos das arteríolas aferente e eferente fazem com que haja diminuição do fluxo renal plasmático. A repercussão é a diminuição da taxa de filtração renal e do débito urinário (oligúria) com

elevação da ureia e da creatinina na corrente sanguínea. Por outro lado, o glomérulo está poroso devido ao dano endotelial no capilar glomerular fazendo com que haja perda de proteína (proteinúria significativa). Repercussão microscópica que pode ser considerada patognomônica na busca das causas *mortis* é a endoteliose capilar glomerular (LIPPI, 2005). O fígado também é acometido, os vasosespasmos na circulação porta levam à isquemia e necrose dos hepatócitos, elevando os níveis de AST e ALT (TGO e TGP aumento das transaminases) (ZUGAIB *et al.* 2019).

Os vasoespasmos no SNC geram quadros de crise convulsivas devido ao dano endotelial e o aumento da permeabilidade que provocam o edema e a hemorragia cerebral. Isso decorre do extravasamento do líquido intravascular para o meio extravascular ocasionando a hemoconcentração. O hematócrito pode chegar a 40%, sendo que o esperado para uma grávida é de 32% a 33%. A hemoconcentração aumenta a viscosidade do sangue que, somado ao dano endotelial, ocasiona a hemólise que perde a sua forma convencional e adota uma aberrante denominada esquisóstomos. Quando a hemácia se rompe há liberação do DHL (desidrogenase láctea) do seu interior. O dano endotelial faz com que haja exposição do tecido endotelial e, consequentemente, a ativação plaquetária (tem como função tampar o "buraco" do dano endotelial), resultando em plaquetopenia. Pode haver ainda, o aumento do risco trombo-embolítico em virtude dessas alterações (critérios de Virshow) (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Há ainda as alterações uteroplacentárias, em que a placenta isquêmica pode ter pequenos focos hemorrágicos que podem gerar o descolamento prematuro de placenta (DPP). Além disso, a hipertonia uterina e a hipercontratilidade podem estar associados às formas graves de DHEG. O aumento da resistência das artérias uterinas e umbilical pode ser evidenciado pelo exame de doppler (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Diagnóstico clínico e laboratorial

O curso da DHEG tem início na ocasião da placentação, no entanto, as manifestações clínicas geralmente são mais tardias, acontecendo no último trimestre da gravidez. Quando essas manifestações surgem em idades gestacionais precoces têm relação direta com os piores resultados maternos e perinatais, devendo alertar para a presença de hipertensão arterial prévia à gestação, trombofilias ou doença renal pré-existentes (ZUGAIB *et al.*, 2019).

O diagnóstico de DHEG deve ser feito o mais precocemente possível, durante o pré-natal, a fim de impedir a evolução para as formas mais graves da doença. No caso das pacientes que já apresentam hipertensão arterial crônica é prudente solicitar exames laboratoriais na primeira consulta de pré-natal e realizar comparações com resultados futuros. Os exames pedidos devem ser: proteinúria, dosagem sérica de ácido úrico, ureia, creatinina e as consultas mais frequentes de pré-natal (ZUGAIB *et al.*, 2019).

A diferenciação entre DHEG e hipertensão arterial crônica nem sempre é simples. O diagnóstico é mais claro quando a paciente não possui história de alteração pressórica ou proteinúria até 20 semanas de gestação, tornando-se mais evidente a possibilidade de DHEG. Os seguintes achados devem ser avaliados: hipertensão arterial: pressão arterial sistólica (PAS) > 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) > 100 mmHg; edema; proteinúria ≥ a 300 mg em urina de 24 horas; na relação proteína/creatinina > 0,3 em amostra isolada de urina ou quando se observa a presença em fita indicadora (> 1+); ácido úrico

está relacionado à queda da filtração glomerular ou alterações de reabsorção e excreção tubular. Os níveis de hiperuricemia correlacionam-se com o grau de hemoconcentração, gravidade da endoteliose glomerular e da doença hipertensiva, recém-nascido de baixo peso (ZUGAIB *et al.*, 2019).

Síndrome HELLP

É uma entendida clínica caracterizada pelo conjunto de sinais e sintomas associados à hemólise microangiopática, elevação das enzimas hepática e plaquetopenia que pode ocorrer na pré-eclâmpsia ou na eclâmpsia. O termo HELLP foi inicialmente descrito por Louis Weinstein, em 1982 e baseou-se nas iniciais das palavras *hemolysis, elevated liver enzymes e low platelet count.* Critérios diagnósticos da síndrome HELLP (ZUGAIB, 2019; SOUZA, 2018).

a. Hemólise: as hemácias possuem grande quantidade de DHL e quando acontece a hemólise, gera elevação dessa enzima no soro. Além disso, pode gerar aumento dos níveis de bilirrubina. Devido à hemólise há anemia hemolítica microangiopática com presença de esquizócitos e equinócitos. Acredita-se que essa fragmentação eritrocitária seja secundária à passagem do sangue por pequenos vasos sanguíneos que possuem lesão da camada íntima ou deposição de fibrina.

b. Elevação das enzimas: decorre da necrose das células hepáticas. A lesão classicamente descrita é a necrose e hemorragia periportal.

c. Plaquetopenia: devido ao aumento do consumo (< 100.00mm³ plaquetas).

A incidência da síndrome de HELLP varia de 4% a 12% nas gestantes com pré-eclâmpsia grave, mas o diagnóstico pode ser dificultado pela adoção de critérios diagnósticos diferentes, como em caso descritos de HELLP parcial ou ELLP, esses termos são adotados quando nem todos os critérios são preenchidos (SOUZA, 2018).

Quadro clínico e diagnóstico

O diagnóstico é predominantemente laboratorial e deve ser feito o mais precocemente possível. De modo que, quanto mais repleto for o quadro clínico maior a necessidade de tratamento. É caracterizada como HELLP completa quando todas as alterações estão presentes ou HELLP parcial, quando há apenas algumas delas. Outros sintomas clínicos podem estar presentes como: epigastralgia, cefaleia e escotomas (SASS, 2018).

Tratamento

O tratamento inicial consiste na estabilização das condições clínicas maternas, profilaxia da convulsão (quando indicada), terapia anti-hipertensiva e a avaliação da vitalidade fetal. Caso seja optada pela conduta conservadora é preciso que se faça o controle dos níveis pressóricos, da intensidade da hemólise, da lesão hepática, da função renal e da coagulação sanguínea (plaquetas, fibrinogênio, produtos de degradação da fibrina, tempo de protrombina) e da função respiratória (ausculta pulmonar e gasometria arterial). Esses exames devem ser repetidos a cada 6 a 12 horas. O diagnóstico de insuficiência renal é realizado quando a creatinina está acima de 1,2 mg/dl associado à oligúria (diurese menor que 400 ml/dia) (ZUGAIB, 2019).

A conduta obstétrica na síndrome HELLP em idades gestacionais precoce ainda é controversa na literatura. Alguns autores são favoráveis à conduta conservadora para estabilizar o curso da doença e reduzir a morbimortalidade perinatal e materna. Outros poster-

gam a gestação, em mulheres com menos de 34 semanas, por apenas 48 horas. Há aqueles que defendem que a interrupção da gestação é sempre indicada, independentemente da idade gestacional (ZUGAIB *et al.*, 2019).

O aumento da pressão arterial na gestante é um problema relevante para a saúde pública, pelo risco de complicações para o binômio mãe e bebê. O que justifica a necessidade do acompanhamento pré-natal de forma qualificada e que inclua orientações à gestante, especialmente para o controle e redução da pressão arterial. Para atingir o controle pressórico é possível utilizar medicamentos e medidas não farmacológicas (FREIRE & TEDOLDI, 2009).

Medidas não farmacológicas

O tratamento não medicamentoso pode ser de grande ajuda na tentativa de reduzir a pressão arterial, mas ele não deve ser utilizado isoladamente em casos de hipertensão arterial acima de 150 mmHg persistente por mais de 15 minutos, pois essa situação pode causar lesão neurológica irreversível (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Mudanças no estilo de vida, como a perda de peso e a redução da ingesta de sal são comprovadamente eficazes em pacientes hipertensos que não são gestantes. Entretanto, não há evidência atual de que instituir um programa de redução de peso na gravidez possa prevenir a pré-eclâmpsia (KATTAH & GAROVIC, 2013). Não há comprovação científica de que a restrição de sal também reduza o risco de pré-eclâmpsia (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013).

Além disso, não há dados suficientes para indicação rotineira de repouso para mulheres com hipertensão na gestação, bem como para a recomendação de exercícios, de redução da carga de trabalho e ou de estresse (MAGEE *et al.*, 2014; MEHER *et al.*, 2005).

Tratamento medicamentoso

O tratamento farmacológico deve ser iniciado quando a pressão arterial estiver acima de 150/100 mmHg, a fim de manter a sistólica entre 130 e 150 mmHg e a diastólica entre 80 e 100 mmHg. Dos medicamentos orais disponíveis no Brasil, os mais empregados são: metildopa, betabloqueadores, hidralazina e os bloqueadores de canal de cálcio (nifedipino, anlodipino e verapamil). A prazosina deve ser evitada, pois pode causar natimortalidade (MALACHIAS *et al.*, 2016). A metildopa é considerada como a 1ª linha de tratamento, seguida da nifedipina como a 2ª linha de escolha (FREIRE & TEDOLDI, 2009).

Os betabloqueadores são utilizados por serem fármacos seguros. O labetalol é o mais indicado e vem sendo comparado à metildopa, em alguns estudos, embora não seja mais comercializada no Brasil. O atenolol deve ser evitado, pois está associado ao retardo do crescimento fetal (KATTAH & GAROVIC, 2013). A hidralazina, pode ser indicado nos casos de hipertensão arterial grave em emergências, sendo administrada por via intravenosa (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para pacientes com hipertensão prévia à gravidez, o tratamento usual pode ser mantido. Exceto nos casos de uso de IECA, BRA ou inibidor direto da renina, que devem ser suspensos e trocados. Os tiazídicos podem ser continuados se não causem depleção de volume na gestante (WHELTON *et al.*, 2018; MALACHIAS *et al.*, 2016). Ainda para gestantes com hipertensão crônica é indicado o uso de ácido acetil salicílico (AAS) em doses baixas, iniciando entre 12ª e 18ª semanas de gestação, devendo ser mantida até o parto. Nas gestantes com hipertensão crônica com uso

regular de anti-hipertensivos, a pressão sistólica deve estar entre 120 e 160 mmHg e a pressão diastólica entre 80 e 110 mmHg (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2019).

Acompanhamento pré-natal

Além do tratamento do aumento pressórico é necessário o acompanhamento clínico por meio das consultas de pré-natal, especialmente para monitorar os valores pressóricos com esfigmomanômetro de mercúrio e a paciente na posição sentada (KINTIRAKI *et al.*, 2015).

Alguns exames laboratoriais são indicados para monitorar a paciente grávida com aumento da pressão arterial, sendo: urina, hemograma, hematócrito, enzimas hepáticas, creatinina e ácido úrico séricos. Na pré-eclâmpsia o ácido úrico encontra-se elevado e indica risco aumentado de complicações maternas e fetais (REGITZ-ZAGROSEK *et al.*, 2018). O monitoramento fetal deve ser feito para avaliar o seu crescimento, os movimentos, bem-estar e perfil biofísico (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para avaliar o crescimento fetal, a ultrassonografia é indicada entre a 16ª e 20ª semanas de gestação e repetida entre a 28ª e 32ª semanas. Esse método também é válido para avaliar se há redução do líquido amniótico (FREIRE & TEDOLDI, 2009). O ultrassom *doppler* das artérias uterinas, realizado após a 20ª semana de gestação é útil para detectar as pacientes com maiores riscos de apresentarem pré-eclâmpsia e retardo do crescimento fetal (REGITZ-ZAGROSEK *et al.*, 2018). Para o monitoramento fetal, a cardiotocografia não é recomendada rotineiramente, mas somente se houver indicação clínica (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE UK, 2019). A cardiotocografia anteparto é recomendada para gestantes em uso de anti-hipertensivos e nos casos de restrição do crescimento fetal ou pré-eclâmpsia sobreposta. Contudo, não há dados suficientes sobre o intervalo ideal entre os exames (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2019).

A interrupção da gestação em mulheres com hipertensão crônica sem outras comorbidades e que não usam anti-hipertensivos regularmente, não deve ocorrer antes da 38ª semana de gestação. Para aquelas em uso de medicamento e com a pressão arterial controlada, a interrupção não deve ocorrer antes da 37ª semana de gestação (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2019).

CONCLUSÃO

Nesse sentido, conhecida a grande importância epidemiológica da doença hipertensiva na gestação, sendo, inclusive, a principal causa de morte materna. Por isso, reconhecer o quadro clínico com os sinais e sintomas característicos e saber identificá-los para realização de um diagnóstico precoce é de suma importância, com o objetivo de evitar, dentro das possibilidades terapêuticas atuais, desfechos ruins. A sua fisiopatologia ainda não totalmente esclarecida é um grande desafio, tornando a possibilidade de prevenção e terapêuticas reduzidas. Além do acometimento primordial em nulíparas que torna mais difícil a identificação das pacientes mais suscetíveis a desenvolver o quadro.

O acompanhamento pré-natal adequado durante as gestações de baixo e alto risco são fundamentais. Sendo também ainda mais crucial que o profissional responsável por realizar o pré-natal conheça quais são os sinais de alerta, os critérios diagnósticos e as condutas terapêuticas iniciais. A fim de evitar desfechos desfavoráveis em situações de maior gravidade

como a síndrome HELLP, e quadros de eclâmpsia. Além disso, visto a enorme parcela da população que apresenta hipertensão arterial crônica, é uma realidade gestantes portadores de hipertensão arterial crônica. Assim, é necessário que se saiba diferenciar dos quadros de DHEG e aplicar as condutas específicas.

Conclui-se então a necessidade de conhecer adequadamente a epidemiologia e a fisiologia dos diferentes tipos de aumento pressóricos. Sabendo então, identificar o quadro clínico e realizar o tratamento medicamentoso e acompanhamento pré-natal adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABALOS, E. *et al.* Global and regional estimates of pre-eclampsia and eclampsia: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, v. 170, n. 1, p. 1-7, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Practice Bulletin nº 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstetrics & Gynecology, v. 133, n. 1, p. 26–50, Jan. 2019.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. Hypertension in Pregnancy: Executive Summary. Obstetrics & Gynecology, v. 122, n. 5, p. 1122–1131, Nov. 2013.

BRILHANTE, A.V.M. *et al*. Ruptura de hematoma subcapsular hepático com complicação de Síndrome HELLP: revisão de literatura. Femina, Fortaleza, v. 38, n. 7, p. 341-344, jul. 2010.

CARVALHO, A.R.M.R. *et al.* Magnetic resonance imaging of the liver in postpartum stable women with HELL syndrome. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 436-41, Sept./Oct. 2008.

CHAIM, S.R.P. *et al.* Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 53-58, 2007.

FREIRE, C.M.V. & TEDOLDI, C.L. Hipertensão arterial na gestação. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 93, n. 6, p. 159-165, dez. 2009.

FEBRASGO, Conceitos básicos de hipertensão arterial para assistência pré-natal, 12 de julho de 2017. Comissão de assistência pré-natal. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/151-conceitos-basicos-de-hipertensao-arterial-para-assistencia-pre-Natal>. Acesso em: 22 mar. 2021.

KAHHALE, S. & ZUGAIB, M. Síndromes Hipertensivas na Gravidez: Pré-eclâmpsia. In: BENZECRY, R *et al.* Tratado de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 524-529

KATTAH, A.G. & GAROVIC, V.D. The management of hypertension in pregnancy. Advances in Chronic Kidney Disease, v. 20, n. 3, p. 229–239, May. 2013.

KINTIRAKI, E. *et al.* Pregnancy-induced hypertension. Hormones, v. 20, n. 3, p. 211-223, Apr. 2015.

LIPPI, A.T.A. Relação da gravidade da endoteliose capilar glomerular com formas clínicas das doenças hipertensivas na gravidez. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 22, n. 4, p. 243, maio, 2000.

MAGEE, L.A. *et al.* Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 36, n. 5, p. 416-438, May. 2014.

MALACHIAS, M. *et al.* Hipertensão arterial na gestação. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, p. 49-51, 2016.

MEHER, S. *et al.* Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, p. nd. Oct. 2005.

MELO, B.C.P. *et al*. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na Síndrome HELLP. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 163-167, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (UK). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. p. nd. Jun. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546004/>. Acesso em: 10 maio 2021.

PASCOAL, I.F. Hipertensão e gravidez. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 256-261, 2002.

REGITZ-ZAGROSEK, V. *et al.* Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. European Heart Journal, v. 39, n. 34, p. 3165-3241, Sept. 2018.

SASS, N. *et al.* Síndrome HELLP. *In*: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Protocolo FEBRASGO da Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação. São Paulo: FEBRASGO, 2018. p. 08-23. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/pre-eclampsia-eclampsia.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2021.

SOUZA, R. de. *et al.* Diagnóstico e conduta na Síndrome HELLP. Revista médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 3, p. 07-13, abr. 2019.

TAYLOR, R.N. *et al.* Chesley's hypertensive disorders in pregnancy. 4ª ed. New York: Elsevier; 2009. p. 30-37.

VEGA, C.E.P. Desafios na redução da mortalidade materna no município de São Paulo. Rev Med, v. 97, n. 2, p. 235-237, 2018.

WHELTON, P. K. *et al.* Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Executive summary: a report of the American College of Cardiology American Heart Association task force on clinical practice guidelines. Hypertension, v. 71, n. 6, p. 1269-1324, Jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/en/>. Acesso em: 15 maio 2021.

ZUGAIB, Zugaib. *et al.* Zugaib obstetrícia. 4ª ed**.** São Paulo: Editora Manole, 2019. p. 649-661.

CAPÍTULO 04

Infecção do trato urinário na gestação: uma revisão narrativa

AUTORES
Ana Sofia Fortunato Borges[1]
Cecilia Menezes da Cruz[1]
Gabriela Beloti Freitas[1]
Júlia Siqueira Costa Papi[1]
Laura Costanti Botan[1]
Luiza de Castro Cançado Braga[1]
Maria de Lourdes Souza Gonçalves[1]
Maria Luisa Pedigoni Ponce[1]
Marieni Martins[1]
Milena Barbosa de Araújo[1]
Natália Luiza Sandoval Mendes[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

Palavras-chave: ITU; cistite; gestação.

A infecção do trato urinário (ITU) é uma condição comum que corresponde à presença de microrganismos patogênicos nas vias urinárias inferiores ou superiores, podendo ocorrer na bexiga, uretra ou rins. As mulheres são mais sensíveis a esse tipo de infecção, pela menor extensão anatômica da uretra e maior proximidade da vagina com o ânus (SBN, 2020).

No trato urinário baixo manifesta-se por uretrites e cistites e na via alta pela pielonefrite (MORONI & BRITO, 2017). É caracterizada pela presença de um agente infeccioso na urina, em quantidades superiores a 100.000 unidades formadoras de colônias bacterianas por milímetro de urina (UFC/ml) (SBN, 2020).

A infecção pode ser sintomática ou assintomática. Na cistite, os sintomas geralmente envolvem disúria, urgência miccional, polaciúria e poliúria e dor suprapúbica. O quadro é afebril e pode vir acompanhado de alterações no odor, aspecto e cor da urina. Na pielonefrite, que frequentemente se instala após o quadro de cistite, ocorre a tríade de sintomas característicos da pielonefrite: hipertermia, calafrios e lombalgia (SBN, 2020).

Anualmente, esse tipo de infecção afeta mais de 10% das mulheres e estima-se que, mais de 50% terão pelo menos um episódio sintomático ao longo da vida. Após o primeiro episódio de ITU, a infecção pode reaparecer em 24% das mulheres jovens, dentro de seis meses, e cerca de 2% a 5% pode desenvolver quadros cronicamente recorrentes de ITU, originando a condição conhecida como ITU de repetição ou ITU recorrente (THE BRAZILIAN JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES, 2020).

A ITU é o tipo de infecção mais comum no ciclo gravídico puerperal, ocorrendo em 15% das gestações (FILHO, 2018). Sua etiologia é semelhante entre mulheres grávidas ou não, sendo causada majoritariamente pela bactéria *Escherichia coli* (70% a 85% dos casos). Outros agentes como fungos e vírus também podem causar a infecção, embora com menor frequência. Para o diagnóstico são necessários a urina de rotina, urocultura e antibiograma. Na investigação de pielonefrite, além destes exames são necessários a hemocultura e exames de imagem (SBN, 2020).

Dentre os fatores de risco para a ITU na população adulta destacam-se: a menopausa, a higienização íntima inadequada, inclusive após o ato sexual e a litíase (cálculo renal). Nas gestantes o risco aumenta em razão das alterações fisiológicas (mecânicas e hormonais) que colaboram para a colonização do trato urinário. As recomendações gerais para a ITU envolvem a ingestão adequada de líquidos, a higiene adequada, especialmente após o ato sexual e a lavagem de mãos antes e após urinar ou evacuar (SBN, 2020).

Neste sentido, o presente trabalho objetivou uma revisão narrativa a respeito da infecção do trato urinário na gestação, destacando suas principais manifestações clínicas, etiologia, formas de diagnóstico, fatores de risco e tratamento.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de abril a maio de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed e Scielo. Foram utilizados os descritores: gestação, infecção do trato urinário e cistite. Desta busca foram encontrados no-venta e cinco artigos, posteriormente subme-tidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 1980 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, dis-

ponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram dezoito artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, fatores de risco e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia

Nas bacteriúrias, sintomática e assintomática, o patógeno mais comum encontrado é a *Escherichia coli* (mais de 70% dos casos) (SCHNARR & SMAILL, 2008). Outros microrganismos encontrados são: gram negativos *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.* e *Enterobacter sp.* e gram positivos podem ser encontrados os *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis* e *streptococcus agalactiae* do grupo B (ZUGAIB, 2019).

A grande virulência da *E. coli* se deve ao fato de ser uma bactéria gram negativa, se movimentando com fímbrias e liberando toxinas que permitem a aderência e a invasão no tecido (EISENSTEIN & JONES, 1988).

Pesquisas afirmam que as bactérias gram negativas do grupo B, encontradas na urina de gestantes, estão associadas à ruptura prematura de membrana, prematuridade e sepse neonatal, sendo a forma mais encontrada nas infecções assintomáticas do trato urinário em gestantes (SZWEDA & JÓŹWIK, 2016; SCHNARR & SMAILL, 2008).

Manifestações clínicas

A infecção do trato urinário é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo entre 10% e 12% das gestantes. As toxinas liberadas pelas bactérias causadoras da ITU podem causar contrações uterinas e desencadear o parto prematuro, abortamentos, hipertensão arterial e sepse (PAGNONCELI *et al.*, 2010). Se a ITU se apresentar assintomática há um risco maior de propiciar subsequente pielonefrite, visto que fica sem diagnóstico por um tempo maior (BARROS, 2013).

A infecção sintomática é importante, mas o diagnóstico é rápido em virtude dos sintomas gerados pela irritação do epitélio uretral ou dor irradiada. Os sintomas apresentados são difíceis de caracterizar, pois alguns deles estão presentes na gestação normal (BARROS, 2013).

A classificação da ITU ajuda a correlacionar com o quadro clínico. A cistite ou ITU baixa com a invasão e aderência do patógeno na bexiga provoca: disúria, polaciúria, tenesmo vesical, dor hipogástrica, hematúria macroscópica e urina de odor desagradável, geralmente cursam sem febre ou comprometimento do estado geral da paciente. A pielonefrite (ITU alta) ou nefrite intersticial bacteriana é caracterizada como a forma mais grave da infecção em gestantes. Há invasão e aderência do microrganismo nos rins, provocando: dor em flanco, manobra de Giordano positiva, febre, calafrios, náuseas e vômitos (DUARTE *et al.*, 2008). A bacteriúria assintomática tem seu diagnóstico pelo exame de elementos anormais do sedimento (EAS) com urocultura e antibiograma. A síndrome uretral ocasiona sintomas de disúria e polaciúria importantes, embora a urocultura seja negativa, o sedimento normal ou com leucócitos aumentados e está associada com germes não usuais (NETO, 2003).

A lombalgia é a manifestação clínica mais referida. Trata-se de uma dor que atinge a área do último arco costal até as pregas glúteas, também pode irradiar para membros inferiores (BARROS, 2013). É um sintoma que pode estar relacionado à ITU ou adaptações do sistema musculoesquelético pelo hormônio relaxina (gera hipermobilidade das articulações sacro-ilíacas e púbicas, caracterizando a pelve instável da gestação) (SANTOS *et al.*, 2010; SANT'ANA *et al.*, 2006).

Diagnóstico

O médico deve investigar se a gestante realiza pré-natal adequadamente, os sinais clínicos e os fatores de risco. A presença de disúria, polaciúria, hematúria, noctúria e urgência urinária representam a clínica padrão da ITU. Entretanto, não são específicas para gestantes, sendo comumente relatadas por mulheres grávidas na ausência de infecções. Diversos estudos afirmam que os sintomas urinários são frequentes e fisiológicos devido às mudanças no organismo feminino durante a gravidez (STANTON *et al.*, 1980).

Essas mudanças favorecem o desenvolvimento de bactérias no trato urinário, sendo recomendado que na presença de qualquer desconforto urinário, a mulher deve consultar o médico. A infecção é confirmada na presença de mais de 100.000 UFC/ml (unidades formadoras de colônias por mililitro) da mesma bactéria, em cultura de jato médio de urina ou 10.000 UFC/ml em cultura de urina coletada com cateterismo vesical. Outra cultura é colhida após 1 a 2 semanas do término do tratamento. Os guidelines recomendam que durante o pré-natal a gestante realize uma cultura de urina na primeira consulta e outra no começo do terceiro trimestre da gravidez. Nos casos com risco aumentado, é necessário considerar culturas adicionais (ROSSI *et al.*, 2020).

Essa recomendação é de grande importância, pois o risco de uma gestante desenvolver cistite assintomática ou pielonefrite é alto e essas duas complicações aumentam as chances de mortalidade perinatal e neonatal (DELZELL & LEFEVRE, 2000).

Fatores de risco

O predomínio da infecção do trato urinário na mulher em relação aos homens está estabelecido, justificado principalmente ao menor comprimento da uretra feminina e à maior proximidade do ânus com a uretra e o vestíbulo vaginal. Com isso, o período gestacional, marcado por inúmeras mudanças fisiológicas e anatômicas no trato urinário, favorece ainda mais o desenvolvimento de infecções (PAGNONCELI & COLACITE, 2016).

A dilatação do trato urinário em conjunto com o aumento uterino (sobretudo no terceiro trimestre), obstrui parcialmente o ureter, favorecendo condições de parada do fluxo urinário, o que pode alterar a flora bacteriana e resultar em infecção. Na gravidez, o rim reduz sua capacidade de concentrar urina, diminuindo sua atividade antimicrobiana, excretando menor quantidade de potássio e maior quantidade de glicose e aminoácidos, produzindo um meio apropriado para proliferação bacteriana (PAGNONCELI & COLACITE, 2016). Outros fatores que facilitam o aumento do número de bactérias no trato urinário da gestante são: pH mais alcalino, o hiperestrogenismo contribui para a adesão de certas cepas de *E. coli*, história de infecção prévia à gravidez ou atual, idade materna e obesidade mórbida (ASMAT *et al.*, 2020).

O estudo de Leydon *et al.*, (2010) constatou como fator de risco, o comportamento de saúde

geral da mulher (tipo de roupa, hábitos alimentares, urinários, sexuais, higiene íntima). Dessa forma, se mostra importante o papel de educação em saúde da gestante durante as consultas de pré-natal e sua sensibilização para adotar condutas preventivas, a fim de minimizar os riscos de ITU.

Tratamento

Ao considerar a frequência da infecção do trato urinário e suas complicações para o feto e para a mãe, é fundamental a agilidade no início do tratamento, sem tempo para a espera do resultado do antibiograma ou confirmação por urocultura. Basta o diagnóstico clínico e o exame de urina tipo I para a introdução dos agentes terapêuticos. Reforçando a importância da atualização periódica do perfil microbiológico e da sensibilidade dos antimicrobianos disponíveis (PAGNONCELI & COLACITE 2016).

A antibioticoterapia empírica, muito utilizada no meio médico como terapêutica inicial, baseia-se nos agentes mais prováveis de infecção, embora contribua para o aumento de cepas resistentes. É uma realidade preocupante, tanto na comunidade como no ambiente hospitalar, o que faz com que seja necessário o uso de antimicrobianos mais potentes e de maior espectro (PAGNONCELI & COLACITE, 2016).

Além do aumento da resistência dos uropatógenos, o período gestacional traz maiores restrições à terapia antimicrobiana e às atividades profiláticas. A toxicidade das drogas ao feto exige atenção especial no tratamento de ITU em gestantes. A escolha do antibiótico deve levar em consideração a sensibilidade das bactérias mais prevalentes às drogas, a facilidade de obtenção pela paciente, a tolerabilidade ao tratamento, a comodidade do esquema posológico, a toxicidade e o custo (ASMAT *et al*., 2020).

Os antimicrobianos de primeira linha para cistite e seguros na gestação são: nitrofurantoína e a fosfomicina trometamal. Os de segunda linha são: cefuroxima e a amoxicilina clavulanato. A profilaxia deve ser considerada após o segundo episódio de cistite ou, se houver história de infecção do trato urinário de repetição, após o primeiro episódio, sendo a nitrofurantoína ou a cefalexina as principais drogas de escolha (ROSSI *et al*., 2020).

O tratamento da bacteriúria assintomática deve ser iniciado logo após o resultado da cultura e do antibiograma, apesar da ausência de sintomas. De modo a evitar sua evolução para infecções sintomáticas e complicações decorrentes (ASMAT *et al*., 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASMAT, U. *et al.* Rising prevalence of multidrug-resistant uropathogenic bacteria from urinary tract infections in pregnant women. Journal of Taibah University Medical Sciences, v. 16, n. 1, p. 102–111, 2020.

BARROS, S.R.A. de F. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. Rev. dor, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-93, jun. 2013.

DELZELL, J.E. & LEFEVRE, M.L. Urinary tract infections during pregnancy. American Family Physician, v. 61, n. 3, p. 713–721, Feb. 2000.

DUARTE, G. *et al.* Infecção urinária na gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100, fev. 2008.

EISENSTEIN, B.I. & JONES, G.W. The spectrum of infections and pathogenic mechanisms of Escherichia coli. Advances in Internal Medicine, v. 33, p. 231–252, 1988.

FILHO, O.O.S. Infecções do trato urinário durante a gravidez. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 2018. Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, n. 87. Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco.

MORONI, R.M. & BRITO, L.G.O. Infecção urinária de repetição na mulher - aspectos gerais. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), dez. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/265-infeccao-urinaria-de-repeticao-na-mulher-aspectos-gerais?highlight=WyJpdHUiXQ>. Acesso em: 8 de maio 2021.

NETO, O.M.V. Infecção do trato urinário. Medicina, Ribeirão Preto, v. 36, p. 365-369, 2003.

PAGNONCELI, J. & COLACITE, J. Infecção urinária em gestantes: revisão de literatura. Revista Uningá, v. 26, n. 2, p. 26-30, maio 2016.

PAGNONCELI, J. *et al.* Avaliação de infecção urinária em gestantes do município de Marechal Cândido Rondon Paraná. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 14, n. 3, p. 211-216, set./dez. 2010.

ROSSI, P. de. *et al.* Recommendations for the clinical management of lower urinary tract infections in pregnant and non-pregnant women. *In:* Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations (FEBRASGO), SBU (Brazilian Society of Urology) and SBPC/ML (Brazilian Society of Clinical Pathology/Laboratory Medicine). Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 24, n. 2, p. 110–119, Apr. 2020.

SANT'ANA, P.F. *et al*. Caracterização da dor lombar em gestantes atendidas no Hospital Universitário de Brasília. Universitas: Ciências da Saúde, v. 4, p. 37-48, 2006.

SANTOS, M.M. *et al.* Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. Arq Bras Ciên Saúde, v. XX, p. 174-179, 2010.

SCHNARR, J. & SMAILL, F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy. European Journal of Clinical Investigation, v. 38, p. 50–57, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Infecção do trato urinário. 18 mar. 2020. Disponível em: https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/ doencas-comuns/infeccao-urinaria/. Acesso em: 8 maio 2021.

STANTON, S.L. *et al.* Grant. The Incidence of Urological Symptoms in Normal Pregnancy. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 87, n. 10, p. 897–900, 1980.

SZWEDA, H. & JÓŹWIK, M. Urinary tract infections during pregnancy - an updated overview. Developmental Period Medicine, v. 20, n. 4, p. 263–272, 2016.

YAZDI, S. *et al.* Effect of integrated health promotion intervention and follow up on health issues (clothing way, food habits, urinary habits, sexual behavior habits) related to urinary tract infection among pregnant women. Journal of preventive medicine and hygiene, v. 61, n.2, p. 194-199, 2020.

ZUGAIB, M. Zugaib Obstetrícia. 4ª ed. Editora Manole, 2019.

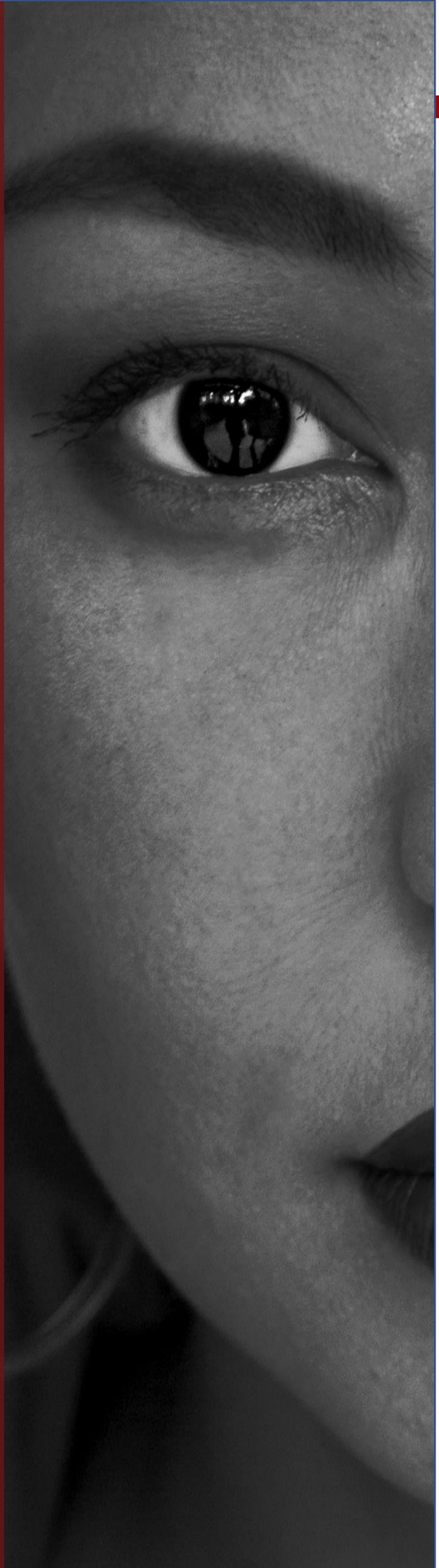
CAPÍTULO 05

Sífilis gestacional: epidemiologia, rastreamento e tratamento

AUTORES
Érica Lúcia Menegat[1]
Gabriela Matschinske Schmidt[1]
Louise Zanardo Sartori[1]
Nathalia Strapazzon Mulinari[1]
Fabiana Tonial[2]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas de Medicina da Universidade de Passo Fundo.
[2]Docente na Universidade de Passo Fundo.

Palavras-chave: Treponema pallidum; gestação; conduta.



INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa crônica que acomete grande parte dos órgãos e sistemas do corpo humano e tem como agente etiológico a bactéria *Treponema pallidum* (BRASIL, 2021). Apesar da disponibilidade de preservativos e de testes de rastreamento da doença gratuitos pelo Sistema Único de Saúde brasileiro e do tratamento com fármaco antibacteriano ser altamente eficaz, a incidência da infecção tem aumentado e se apresenta como um desafio à saúde pública.

Essa é uma infecção sexualmente transmissível por sexo oral, vaginal ou anal que pode apresentar-se como sífilis primária, secundária, latente ou terciária, sendo as fases primária e secundária consideradas com o maior risco de transmissão (BRASIL, 2020a). A sífilis também é uma doença de transmissão vertical intraútero e, em menor porcentagem, de durante o parto quando a gestante apresenta lesão sifilítica. Durante o período gestacional o tratamento evita o acometimento fetal e complicações como morte fetal ou neonatal e o parto pré-termo (BRASIL, 2021). É considerado caso de sífilis na gestação toda gestante com evidência clínica de sífilis ou com sorologia não treponêmica reagente com qualquer titulagem, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem (SES-SP, 2008).

A sífilis congênita é caracterizada por toda criança, natimorto ou aborto de mãe com evidência clínica de sífilis ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis (BRASIL, 2007). Também, todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com titulações ascendentes ou testes treponêmicos reagentes após os 6 meses de idade. Inclusive toda situação com evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou cordão umbilical ou amostras da lesão, necropsia ou biopsia de criança, produto de aborto ou natimorto, a partir de exames microbiológicos (TAYRA *et al.*, 2007; PAZ *et al.*, 2005). O acometimento por sífilis congênita varia conforme a fase da gestação em que a infecção ocorreu, pode ser assintomática ou apresentar formas clínicas variadas com sintomatologia sistêmica, mucocutânea, hematológica, musculoesquelética, neurológica, síndrome nefrótica ou acometimento pulmonar (BRASIL, 2020ª; ROTTA, 2005).

A prevenção, o rastreamento e o tratamento da sífilis devem ser medidas adotadas desde os primeiros sintomas da doença ou da gravidez, a fim de evitar a transmissão vertical. Uma vez que, 40% das gestantes com sífilis precoce não tratada sofrem aborto espontâneo (WORKORSKY & BOLAN, 2015). Cerca de 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante o período da gestação transmitem a doença à criança e nos casos não tratados, esse percentual é de 70% a 100% (BRASIL, 2020a).

Devido a um provável aumento na incidência da sífilis congênita, o presente estudo teve como objetivo explorar informações epidemiológicas, de diagnóstico e de tratamento da sífilis gestacional no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de março a maio de 2021, com busca de publicações em bases de dados como: PubMed, *Google* acadêmico, SCIELO e *sites* do CDC e do Ministério da Saúde da Saúde. Foram utilizados os descritores: sífilis; gestação; ISTs; sífilis gestacional, adequadamente traduzidos conforme o *site* de busca.

A seleção dos trabalhos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: publicações em língua inglesa ou portuguesa; originais; publi-

cados no período de 2000 a 2021; que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa; estudos do tipo revisão e metanálise disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Desta seleção resultaram 16 materiais que foram utilizados para compor este estudo.

Após a seleção, os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e de forma descritiva, sendo divididos em categorias temáticas que abordaram a epidemiologia, o rastreamento, diagnóstico e o tratamento da sífilis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

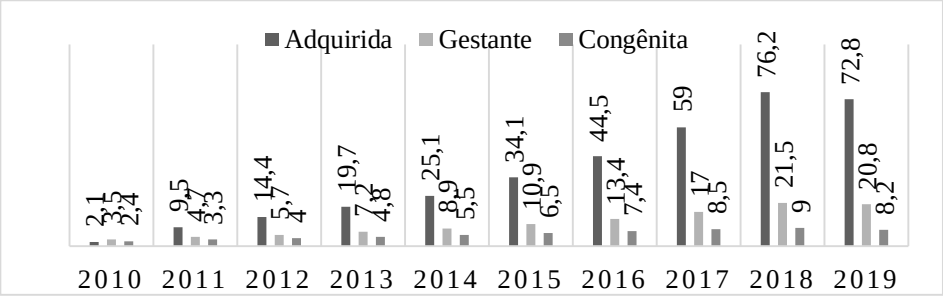
Epidemiologia

A sífilis não é uma problemática de saúde pública recente, mesmo com medidas preventivas disponíveis e o surgimento de novos tratamentos, ainda não foi possível erradicá-la. Durante a década de 1940 observou-se uma diminuição na incidência dessa doença, devido à descoberta da penicilina. Entretanto, com a redução das práticas seguras de sexo, os casos de sífilis têm ressurgido em taxas elevadas em todo território brasileiro, mesmo com a possibilidade de diagnóstico e tratamento gratuitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA *et al.*, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que no mundo, anualmente, ocorram 12 milhões de novos casos de sífilis. Destes 1,5 a 1,85 milhões dos registros são em gestantes, sendo que 50% delas têm filhos com problemas que variam de leve à graves por consequência da doença. No Brasil, no período de 2010 e 2016, houve um aumento de aproximadamente três vezes no número de casos de sífilis gestacional e sífilis congênita. Conforme dados oficiais do Ministério da Saúde, entre os 3 milhões de mulheres que dão à luz no Brasil por ano, 1,6% são portadoras de sífilis no momento do parto (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019).

No ano de 2018, a incidência de sífilis congênita no Brasil alcançou 9 casos por mil nascidos vivos, diminuindo para 8,2 casos por mil nascidos vivos em 2019. Sendo que foram registrados 21,5 casos por mil nascidos vivos de gestantes portadoras em 2018 e 20,8 casos por mil nascidos vivos em 2019. Ocorreu uma redução de 3,3% na taxa de detecção de sífilis em gestantes e de 8,7% na incidência de sífilis congênita de 2018 para 2019. A **Tabela 5.1** representa a evolução da sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) e da sífilis gestacional e congênita (por 1000 nascidos vivos) entre os anos de 2010 e 2019 (BRASIL, 2020b).

Tabela 5.1 Evolução das taxas de sífilis adquirida, gestacional e congênita nos anos de 2010 a 2019, no Brasil



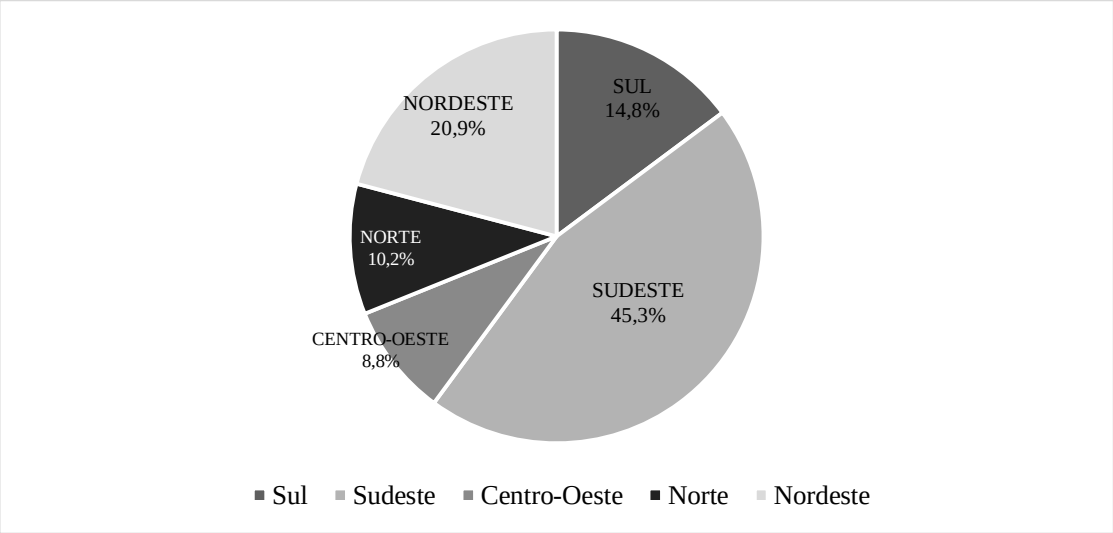
Fonte: Adaptada do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), 2020.

É possível que o decréscimo nos números de 2018 para 2019 tenha relação com problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS ou por atraso na notificação e atualização das bases de dados do Sinan, por consequência da demanda de profissionais da saúde focados na pandemia da Covid-19 (BRASIL, 2020b).

Diante da permanente elevação dos números de casos, a sífilis está entre as doenças da lista de notificação compulsória no território nacional, de acordo com a Portaria de Consolidação Número 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2020b).

No período de 2005 a junho de 2020 foram notificados no Sinan, 384.411 casos de sífilis em gestantes no Brasil, distribuídos da seguinte maneira: 45,3% na região Sudeste, 20,9% no Nordeste, 14,8% na região Sul, 10,2% na região Norte e 8,8% na região Centro-Oeste (**Gráfico 5.1**) (BRASIL, 2020b).

Gráfico 5.1 Distribuição dos casos de sífilis em gestantes no Brasil no período de 2005 a junho de 2020 por região geográfica

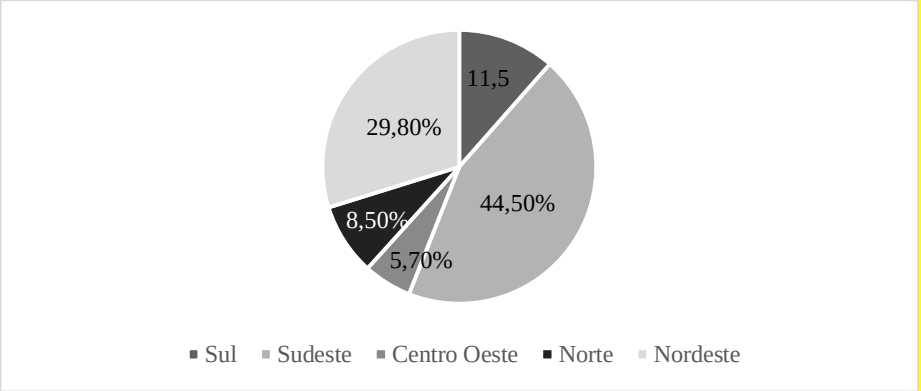


Fonte: Brasil, 2020b.

De 1998 a 2020 foram notificados 236.355 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade no Sinan. Sendo que, em 2019, a maioria residia no Sudeste (44,5%), seguido pelo Nordeste (29,8%), Sul (11,5%), Norte (8,5%) e Centro-Oeste (5,7%) **(Gráfico 5.2)** (BRASIL, 2020b).

Em 2019, o coeficiente de mortalidade por sífilis em menores de 1 ano de idade correspondeu a 5,9 por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2020b). A incidência de sífilis gestacional está intimamente relacionada com as tendências nas taxas de infecção primária e secundária da sífilis entre todas as mulheres. Deste modo, é importante a abordagem em mulheres não gestantes para prevenir a transmissão sexual da sífilis e a subsequente transmissão vertical da sífilis congênita (LIN *et al.*, 2018).

Gráfico 5.2 Casos de sífilis congênita no Brasil no período de 1998 a junho de 2020



Fonte: Brasil, 2020b.

Rastreamento e diagnóstico

A deficiência da assistência pré-natal de qualidade tem sido associada à sífilis congênita, pois a detenção e o tratamento dessa doença geralmente ocorrem tarde demais para prevenila e tratá-la em tempo de evitar consequências ao feto. Asim, todas as mulheres grávidas devem fazer o teste para rastreamento da sífilis precocemente. Se não for possível no pré-natal, a gestante deve ser testada quando se apresentar para o parto (LIN *et al.*, 2018).

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e diretrizes conjuntas da Academia Americana de Pediatria (AAP) e do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) endossam a triagem repetida. Eles recomendam que as mulheres devem ser reexaminadas no início do terceiro trimestre e novamente no parto, principalmente aquelas consideradas de alto risco, que vivem em áreas com maior prevalência da doença, imunossuprimidas por HIV, privadas de liberdade ou que exercem trabalho sexual comercial. A triagem deve ser repetida em caso contato de risco com um parceiro infectado (LIN *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2018).

Os atuais testes de triagem para a sífilis dependem da detecção de anticorpos contra a infecção, sendo um processo de duas etapas. Tradicionalmente, a triagem envolvia um teste inicial de anticorpos não treponêmicos (VDRL ou RPR), seguido de um teste confirmatório de detecção de anticorpos treponêmicos. Uma nova abordagem segue a sequência reversa de rastreamento: primeiro um teste de anticorpo treponêmico automatizado, seguido por um teste não treponêmico. Se os resultados forem discordantes, um segundo teste treponêmico deve ser realizado (LIN *et al.*, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a triagem sorológica pré-natal para sífilis, realizando o VDRL na primeira consulta e, tendo resultado negativo no primeiro teste, a repetição do mesmo deve ser feita no início do terceiro trimestre e novamente no momento do parto, independentemente de exames anteriores. Já para as gestantes com sorologia positiva, visando o controle do tratamento, é indicado exames mensais até o parto. Além disso, é recomendada a realização da sorologia em mulheres internadas para curetagem pós-aborto. Nos casos de aborto ou feto natimorto, a testagem é obrigatória (BRASIL, 2020a). Resultados com títulos baixos de VDRL devem ser confirmados, sempre que possível, com testes treponêmicos e, na impossibilidade de fazê-lo, qualquer titulação deve ser encarada como doença ativa e as mulheres precisam ser tratadas como portadoras de sífilis (BRASIL, 2007; VALDERRAMA, 2004).

Mesmo na ausência de sintomas, todas as gestantes devem realizar o teste para sífilis,

preferencialmente no início da gravidez, pois caso o resultado seja positivo, inicia-se o tratamento o mais precocemente possível, buscando minimizar as chances de transmissão vertical **(**CDC, 2015).

Em áreas demográficas em que há uma alta prevalência de sífilis e em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver a infecção durante a gestação é imprescindível que sejam realizados dois testes no terceiro trimestre de gestação, sendo um entre a 28ª e a 32ª semana de gestação e o outro, no dia do parto. A realização de teste de sífilis é necessária em qualquer amblose após a 20ª semana de gestação **(**CDC, 2015).

A apresentação soropositiva de gestantes é considerada infecção ativa, exceto em mulheres que possuem histórico médico documentado de sífilis que foi adequadamente tratada e apresentou resultados satisfatórios diante da terapia **(**CDC, 2015).

A sífilis congênita pode ser caracterizada como precoce ou tardia dependendo de quando se manifesta. A sífilis precoce ocorre antes do segundo ano de vida e geralmente é assintomática, por isso há a necessidade de uma avaliação completa no recém-nascido, mesmo que ele não manifeste sintomas e sinais típicos da infecção. Já sífilis tardia acontece depois dos dois anos e pode envolver múltiplos órgãos (SES-SP, 2008). Para a avaliação de sífilis congênita em neonatos não deve-se basear apenas em métodos sorológicos, pois os anticorpos da mãe podem ter sido transmitidos pela placenta. Então, os critérios para indicação de tratamento são fundamentados na evidência de sífilis materna, sua adaptação à terapêutica, na presença de sinais fetais ou exames neonatais que sugerem sífilis congênita e na comparação de exames sorológicos não treponêmicos da mãe e do lactente no dia do parto. Existem algumas evidências clínicas sugestivas de sífilis congênita, tais como: hepatoesplenomegalia, icterícia, erupção cutânea e hidropsia, que devem ser avaliadas com cautela para auxiliar no diagnóstico. O neonato com qualquer suspeita deve receber acompanhamento, rastreio de alterações e testagem de HIV (CDC, 2015**).**

Tratamento

A sífilis gestacional, quando não tratada, pode acarretar consequências fetais sérias como o parto prematuro e a amblose. Ressalta-se que, com a terapêutica materna inadequada, os recém-nascidos podem apresentar quadros assintomáticos e dificultar o rastreamento e o diagnóstico, culminando na ausência de tratamento nesse cenário (MACÊDO *et al.*, 2017). O único fármaco eficaz e que é capaz de reduzir a chance de transmissão vertical ao feto durante a gestação é a penicilina G. Esse antimicrobiano deve ser ajustado de acordo com o estágio da doença sifilítica na mulher (CDC, 2015).

Com uma testagem positiva para sífilis, recomenda-se o início do tratamento, independente da sintomatologia, para que ocorra o mais precocemente possível, bem como a avaliação do parceiro sexual. A benzilpenicilina benzatina é o principal fármaco de escolha para gestantes ou não. Mesmo que o tratamento já tenha sido iniciado, é necessário que as gestantes realizem um segundo teste para melhor monitoramento e controle da infecção (CDC, 2015).

O esquema de tratamento de sífilis recente para gestantes é feito com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). No caso de sífilis tardia, o esquema de tratamento é a aplicação da primeira dose de benzilpenicilina 2,4 milhões UI, intramuscular, no dia da consulta. Repetir semanalmente por mais 2 semanas, o intervalo entre as doses deve ser 7 dias e, caso ultrapasse 14 dias, é necessário

reiniciar o esquema de tratamento (BRASIL, 2020a).

Febre, cefaleia, *rash* e dor muscular podem surgir com o tratamento, mas geralmente melhoram espontaneamente em 1 ou 2 dias. Caso necessário, prescrever paracetamol ou dipirona 500 mg de 6 em 6 horas. Caso a paciente tenha histórico de reação grave à penicilina, deve-se discutir com o especialista qual a alternativa mais adequada para a situação. Em casos de sinais e sintomas neurológicos e oftalmológicos ou na sífilis terciária ativa, deve-se solicitar uma punção lombar para investigação de neurossífilis (BRASIL, 2020a).

O monitoramento da resposta ao tratamento é feito pela comparação entre um novo VDRL/RPR com VDRL/RPR prévio. É importante solicitar ao laboratório o monitoramento com testes não treponêmicos laboratoriais mensalmente e, após o parto, repetir até completar 1 ano (3, 6, 9 e 12 meses) (BRASIL, 2020a).

Recém-nascidos de mães não tratadas ou cujo tratamento foi inadequado, devem receber a terapia com penicilina G com doses ajustadas de acordo com as manifestações clínicas, sorológicas, radiológicas e hematológicas que apresentarem com base em seu peso. Ressalta-se a importância do acompanhamento em todos os casos de sífilis congênita ou em situações sugestivas (SES-SP, 2008).

Caso houver alterações clínicas, sorológicas, radiológicas ou hematológicas o tratamento do recém-nascido é feito na primeira semana de vida com benzilpenicilina potássica/cristalina na dose de 50.000 UI/Kg, via intravenosa. Após a primeira semana, tratar de 8/8 horas por 10 dias. Se houver um atraso maior que 24 horas na dose é preciso reiniciar o tratamento. Uma alternativa terapêutica é a benzilpenicilina procaína 50.000 UI/Kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias (BRASIL, 2020a; SES-SP, 2008).

Na ausência de sinais ou sintomas, e inexistência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas, liquóricas e a sorologia do recém-nascido for negativa, deve-se indicar o esquema medicamentoso com benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/Kg, via intramuscular, em dose única e realizar o acompanhamento neonatal. Caso não seja possível garantir esse acompanhamento, deve-se ministrar outro esquema terapêutico (BRASIL, 2020a; SES-SP, 2008).

Crianças com clínica e sorologia sugestivas de sífilis congênita na etapa pós-natal (após 28º dia de vida) precisam ser investigadas para tal, por meio do exame liquórico e demais terapêuticas de rotina. Se o diagnóstico for confirmado, o infante deve ser tratado conforme preconizado anteriormente, mantendo os esquemas de dose e atentando-se para os intervalos das aplicações para benzilpenicilina cristalina a cada 4 horas e para benzilpenicilina procaína a cada 12 horas (SES-SP, 2008). A criança deve receber seguimento ambulatorial mensal até os 6 meses de idade e após isso, seguir bimestralmente até o primeiro ano de vida. Quanto à realização de VDRL, este exame deve ser feito com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo-o assim que apresentarem dois testes negativos repetidos. Se existirem sinais clínicos sugestivos de infecção treponêmica congênita deve ser realizado o teste, mesmo que fora desse período recomendado (SES-SP, 2008).

Nos casos que o título sorológico aumenta ou que não há negativação até os 18 meses de idade, deve-se investigar novamente e seguir com o tratamento. Para confirmação, outro teste após os 18 meses deve ser realizado. Então, preconiza-se que sejam ofertados a essas crianças, acompanhamento neurológico, oftal-

mológico e audiológico semestral por pelo menos 2 anos (SES-SP, 2008).

As recomendações para o controle da sífilis gestacional e congênita envolvem o diagnóstico precoce e medidas assistenciais profiláticas, considerando os grupos mais suscetíveis ao desenvolvimento desta infecção. Para determinar métodos efetivos para profilaxia de sífilis em mulheres de idade fértil é necessário estabelecer quais fatores levam a essa suscetibilidade para que se possa realizar o manejo adequado (MACÊDO *et al*, 2017)

O primeiro ponto em destaque é a necessidade de implementação de medidas que incentivem as práticas sexuais seguras, com uso de preservativo em todas as relações, independentemente de parceiro fixo ou não. Além disso, é importante o acompanhamento pré-natal, que deve ser realizado com um número adequado de consultas durante a gestação, o que permite o monitoramento e diagnóstico precoce da sífilis gestacional, buscando efetivar o tratamento da gestante e reduzir os riscos de consequências ao feto. As medidas preventivas também devem ser tomadas pelo parceiro, pois em caso de reinfecção, a sífilis pode se perpetuar por mais tempo na gestação. É necessária a imple-mentação de medidas que visem a acessibilidade ao serviço de saúde às popu-lações de baixa renda e que se encontram em regiões distantes dos grandes centros (MACÊDO *et al*, 2017)

CONCLUSÃO

Conforme dados oficiais do Ministério da Saúde, entre as 3 milhões de mulheres que dão à luz no Brasil anualmente, 1,6% são portadoras de sífilis no momento do parto. Para o controle adequado da doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*, necessita-se uma alta suspeição clínica, com testagem de pacientes assintomáticas, tratamento e monitoramento de todos os casos e de seus parceiros sexuais. As estratégias profiláticas devem voltar-se para as necessidades sociodemográficas e adequadas ao risco de cada gestante.

Na assistência pré-natal é importante conversar com a paciente sobre sua prática sexual e suas parcerias sexuais, além de enfatizar a necessidade de um acompanhamento adequado da gestação. Para o combate à sífilis congênita, é fundamental o rastreamento precoce e o tratamento da gestante com benzilpenicilina benzatina, após um teste reagente. Afinal, quanto mais é postergado o tratamento, maior o risco de infecção para o concepto.

O presente estudo evidencia que, apesar da disponibilidade de diagnóstico e tratamento dessa infecção, a sífilis ainda se mostra prevalente no território nacional. Por conseguinte, é importante ampliar as políticas de rastreamento e atentar para as subnotificações, principalmente durante o período pré-natal, evitando a contaminação vertical e minimizando a sua incidência. A ampliação do rastreio com a maior quantidade de gestantes triadas pode ser uma alternativa, além de observar se essa triagem é feita de forma adequada nas Unidades de Saúde.

Deste modo, novos estudos podem ser realizados para confirmar essa hipótese. Para tal, o profissional de saúde deve estar bem-preparado para garantir o tratamento adequado da gestante, além do correto registro na caderneta de pré-natal, o que impede que o recém-nascido passe por intervenções bio-médicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a relação mãe e bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sifilis>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST), 2020a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Boletim epidemiológico especial**:** sífilis. Brasília: Ministério da Saúde. 2020b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: DF, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2021.

CDC. Division of STD Prevention. National Center for HIV/AIDS. Viral Hepatitis. STD, and TB Prevention. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. CDC, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/syphilis-pregnancy.htm>. Acesso em: 14 mai. 2021.

CONCEIÇÃO, H.N. *et al.* Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Rio de Janeiro, Revista Saúde em debate, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, out./dez. 2019.

LIN, J. S. *et al.* Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA Network, v. 320, n. 9, p. 1-8, Sept. 2018.

MACÊDO, V.C. e*t al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. Rev. Saúde Pública, v. 51, p. 1-12, 2017.

PAZ L.C. *et al.* Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 4, p. 486-487, ago. 2005.

ROTTA, O. Diagnósticos sorológicos da sífilis. Na. Bras. Dermatol., v. 80, n. 3, p. 299-302, dez. 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES-SP). Serviço de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP. Coordenadoria de Controle de Doenças-CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação**.** Revista de Saúde Pública**,** v. 42, n. 4, p. 768-772, ago. 2008.

SOUZA, B.S.O. *et al.* Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Professor Aloísio Teixeira, Macaé, RJ, Brasil, v. 16, n 2., p. 94-98, jan. 2018.

TAYRA, A *et al.* Duas décadas de vigilância epidemiológica da sífilis congênita no Brasil: a propósito das definições de casos. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 19, n. 3-4, p. 111-119, jan. 2017.

VALDERRAMA, J. *et al.* Sífilis materna y sífilis congênita em América Latina: um problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica, v. 16, n. 3, p. 211-217, set. 2004.

WORKORSKY, K.A. & BOLAN, G.A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Centro de Controle e Prevenção de Doenças, v. 64, n. 33, p. 1-137, jun. 2015.

CAPÍTULO 06

A importância do protocolo clínico para gestantes, parturientes e puérperas em meio a pandemia da Covid-19

AUTORES
Anna Vitória Soares Gonçalves de Oliveira[1]
Denise de Souza Luz[1]
Eluany Nogueira de Freitas[1]
Iohanna Melo de Araújo [1]
Maria Isabel Teles Nogueira[1]
Vittoria Giulia da Silva Marrone[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas da Faculdade de Medicina Nova Esperança –FAMENE.

Palavras-chave: Covid-19; gestantes; maternidade.

INTRODUÇÃO

O aparecimento de novas doenças infectocontagiosas cursa com grave problema de saúde pública mundial. Recentemente, foi identificado uma nova cepa do coronavírus na China, na cidade Wuhan, em dezembro de 2019. Trata-se de um vírus RNA que causa infecções respiratórias leves, moderadas e até síndromes graves, os quais normalmente são encontrados em humanos, mamíferos e aves. A transmissão costuma ocorrer pelo ar, por contato pessoal com secreções ou superfícies contaminadas, toque ou aperto de mão, seguido de contato com a boca, nariz ou olhos (JUNIOR, 2020).

Devido à alta virulência e rápida disseminação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou esse vírus como uma pandemia em 11 de março de 2020, por ser uma doença que se propaga rapidamente por vários continentes. O Ministério da Saúde confirmou no dia 26 de fevereiro de 2020, o primeiro caso de coronavírus no Brasil e, no Rio Grande do Norte, no dia 12 de março de 2020 (BRASIL, 2020a).

Nesse contexto, considerando sua facilidade de propagação a partir das secreções respiratórias e alterações orgânicas que ele causa, foram propostos protocolos que definiram os grupos de risco. As gestantes e puérperas foram incluídas nesse grupo de risco por possuírem maior vulnerabilidade para doenças infectocontagiosas, como o coronavírus. Diante do cenário atual, o Ministério da Saúde criou protocolos específicos para esse grupo, incluindo para as maternidades, buscando um cuidado contínuo e rigoroso para evitar o contágio (JUNIOR, 2020).

Com a finalidade de reduzir a transmissão durante a assistência à gestante, parturiente e puérpera, por meio da prevenção e controle da infecção causada pela Covid-19, tornou-se necessário estudos para investigar o manejo clinico nas maternidades, no estado do Rio Grande do Norte. Neste sentido, o objetivo do presente trabalho foi o de aprofundar e difundir conhecimento sobre os protocolos clínicos de atenção às gestantes com coronavírus para contribuir na formação de profissionais e acadêmicos da área da saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, realizada no período de fevereiro a abril de 2021, elaborada mediante pesquisas em artigos científicos obtidos nas plataformas: PubMed, LILACS, Medscape e Scielo. Foram utilizados os Descritores de Ciência da Saúde (DeCS) as seguintes palavras: Covid-19; SARS-COV-2; maternidades. Esta busca resultou em 808 artigos que foram submetidos aos critérios de seleção.

Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos indexados; na língua inglesa, espanhola e portuguesa; contendo data associadas; publicados entre 2016 e 2021. Excluíram-se artigos incompletos e não disponíveis gratuitamente. Após critérios de seleção restaram 07 artigos que foram submetidos a leitura minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram apresentados em fluxogramas e de forma descritiva, abordando aspectos como: gestantes como grupo de risco para a Covid-19; manejo clínico de gestantes na atenção especializada no estado do Rio Grande do Norte; atendimento para gestantes e classificação de cenários clínicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os cuidados pré-natais e pós-

natais sejam mantidos e as mulheres e recém-nascidos tenham acesso a todas as etapas, conforme o protocolo de encaminhamento para o tratamento de complicações e serviços auxiliares como: laboratório, bancos de sangue e transporte oportuno e seguro às unidades de saúde. Além disso, os resultados adversos associados ao parto não supervisionado superam os riscos potenciais de transmissão da Covid-19 em instalações de saúde (WHO, 2020).

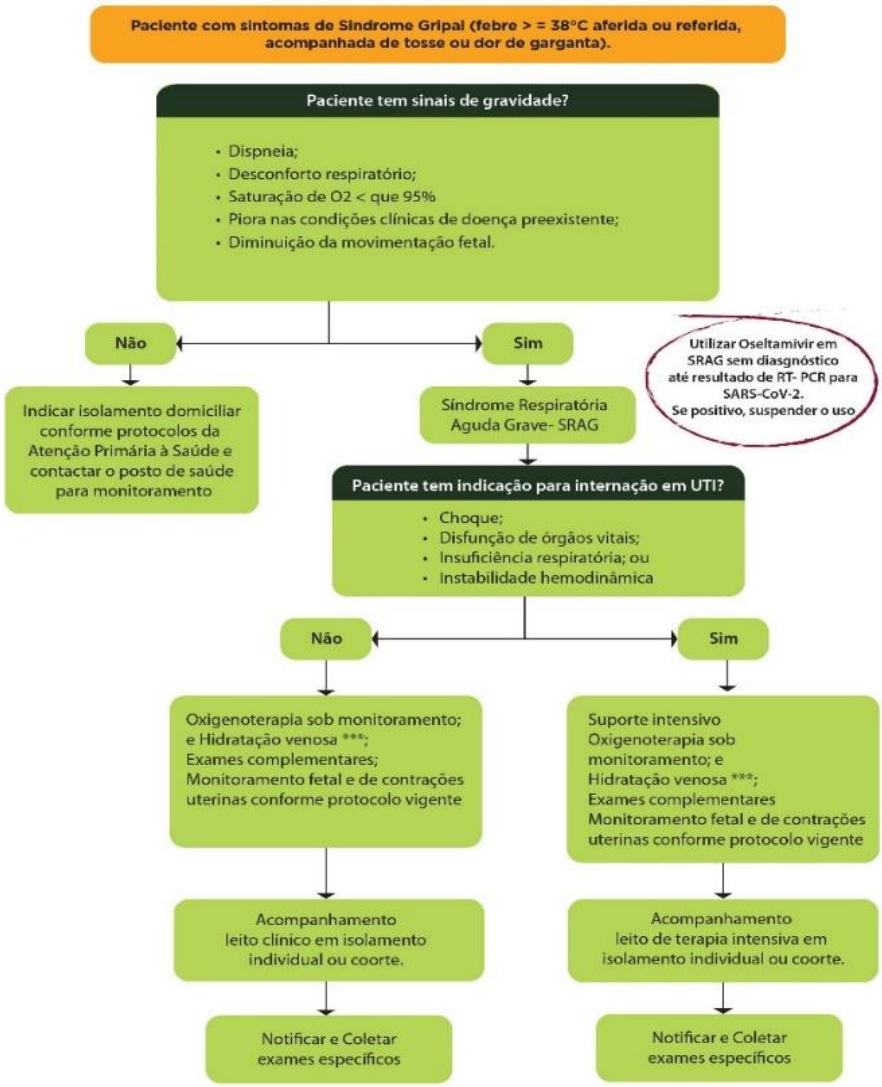
O Ministério da Saúde considerou como grupo de risco para a Covid-19, grávidas em qualquer idade gestacional e puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal). Diante disso, o manejo desse grupo é preconizado na atenção especializada a partir do momento de sua entrada no serviço de saúde para realizar triagem (BRASIL, 2020b).

A princípio, criou-se uma proposta de fluxo de atendimento para as gestantes e uma classificação de cenários clínicos nas maternidades (**Fluxograma 6.1**), segundo o Ministério da Saúde. Os principais sintomas de coronavírus na gestante que devem ser analisados são: a síndrome gripal (febre > 38° C, tosse e dor de garganta) associadas ou não, a sinais de gravidade (dispneia, desconforto respiratório e saturação de O2 < 95%, os quais pioram nas condições clínicas de alguma doença pré-existente e diminuição da movimentação fetal). Caso não apresente os sinais de gravidade, ela vai para isolamento domiciliar, de acordo com o protocolo da atenção básica de saúde. No entanto, se existir sinais de gravidade, faz-se o RT-PCR para SARS-COV-2 e utiliza-se oseltamivir, enquanto não houver o diagnóstico. Se o resultado for positivo, suspende-se o seu uso (BRASIL, 2020b).

Na sequência, com o diagnóstico positivo, deve-se avaliar se a paciente necessita de internação na UTI. Caso a paciente esteja em choque, com disfunção de órgãos vitais, insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica, deve-se encaminhar para UTI com suporte intensivo de oxigenoterapia sob hidratação venosa, exames complementares, monitoramento fetal e das contrações uterinas. Após isso, faz-se o monitoramento do leito em isolamento individual ou coorte para proceder a notificação compulsória e coletar exames específicos (BRASIL, 2020b). Entretanto, na ausência de indicações para internação em UTI, faz oxigenoterapia sob monitoramento, hidratação venosa, exames complementares, monitoramento fetal e das contrações uterinas no leito clínico em isolamento individual ou coorte e deve-se notificar e coletar exames específicos. Vale ressaltar que não é indicado o uso profilático de antibióticos e corticoides na ausência de infecções associadas, sendo esses prescritos apenas em situações pontuais (não há evidência de benefícios no tratamento do SARS-COV-2) (BRASIL, 2020b).

No estado do Rio Grande do Norte foi preconizada uma proposta de fluxo de atendimento para gestante e uma classificação clínica, divididos em cenários e categorias (**Fluxograma 6.2**). Na triagem inicial da gestante é questionado sobre sintomas específicos do coronavírus (gripais e sinais de gravidade). Aquelas que forem assintomáticas e afebris são classificadas como risco verde (cenário um), porém, na presença de febre e qualquer outro sintoma respiratório a gestante receberá uma máscara e será encaminhada para segunda triagem (área amarela) para aferição da temperatura, oximetria e frequência respiratória (PONTES *et al.*, 2020).

Fluxograma 6.1 Fluxo de manejo clínico de gestantes na atenção especializada



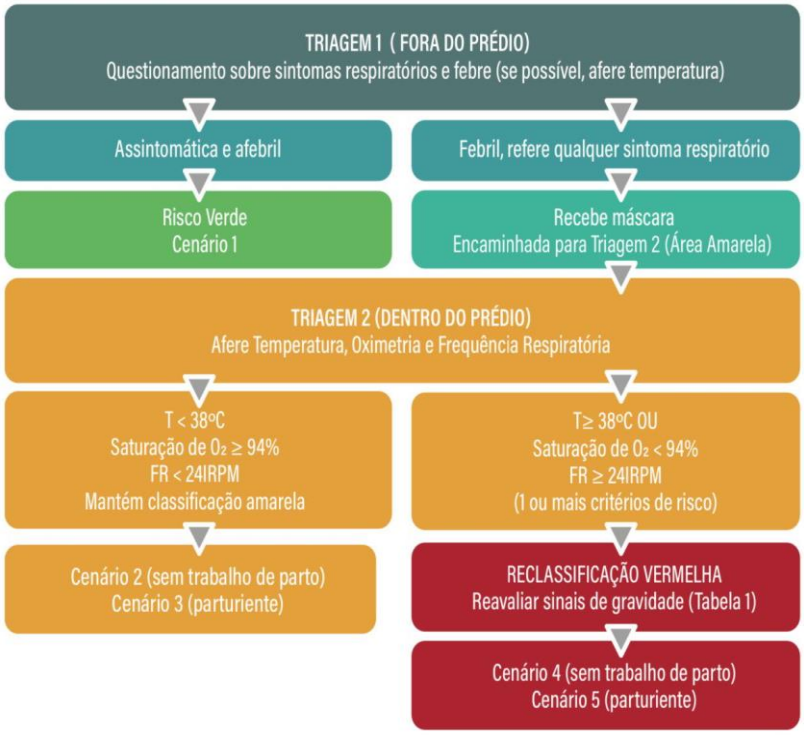
Fonte: Brasil, 2020b.

Na iminência da temperatura menor que 38° C, saturação de oxigênio ≥ 94%, frequência respiratória menor que 24 irpm, mantém-se na classificação amarela, enquadrando-a no cenário dois (sem trabalho de parto) ou cenário três (parturiente). Na hipótese de a paciente apresentar os itens anteriormente citados fora do padrão descrito, será reclassificada como vermelha (reavaliar sinais de gravidade) e integrará ao cenário quatro (sem trabalho de parto) ou cenário cinco (parturiente) (PONTES *et al*., 2020). Diante do que foi exposto, houve a necessidade de desenvolver cenários clínicos para o manejo adequado no atendimento obstétrico durante a pandemia da Covid-19 no Rio Grande do Norte. No cenário um (área verde) fica restrito o atendimento obstétrico conforme a rotina do serviço. O cenário dois (área amarela) é composto por gestantes que receberão orientações sobre o isolamento domiciliar por 14 dias e garantir o seguimento na atenção primária de saúde, monitoramento de febre, sinais respiratórios e estado geral, além de avaliar através de exames físicos e obstétricos padrões (PONTES *et al.*, 2020).

O cenário três é constituído por parturientes de risco amarelo que, além de realizar os mesmos procedimentos que o cenário dois, têm a necessidade de conduzir um trabalho de parto em centro obstétrico Covid. Outrossim, o

cenário quatro é formado por gestantes da área de risco vermelho, ou seja, que apresentam sinais de gravidade, as quais podem solicitar leito de UTI para internação e controle clínico. Em relação ao cenário cinco, equivalente às parturientes da área vermelha, o controle é mais rigoroso, o qual compreende a realização de exames laboratoriais e imaginológicos, além de antibioticoterapia para pneumonia atípica e avaliação da necessidade de resolução da gravidez por via alta, se houver restrição respiratória materna e variação do pH (PONTES *et al.*, 2020).

Fluxograma 6.2 Proposta de fluxo de atendimento para gestantes e classificação de cenários clínicos



Fonte: Pontes *et al.*, 2020.

CONCLUSÃO

Foi possível aferir que a Covid-19 está relacionada ao ciclo gravídico-puerperal. Por isso, são utilizados protocolos específicos para esse grupo de risco no intuito de implementar recomendações que padronizem as condutas médicas e de tratamento para aumentar a efetividade na assistência e segurança dessas pacientes, buscando melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis.

Com o intuito de padronizar as ações em saúde no grupo afetado, os protocolos utilizados neste artigo foram de suma importância, pois ambos elucidaram sobre o manejo clínico. Assim, cada um com sua particularidade conseguiu alcançar os objetivos de prestar um atendimento seguro e eficaz em meio a pandemia. Além de informar e difundir o conhecimento aos profissionais e acadêmicos da saúde.

Convém ressaltar a importância da liberação ao acesso do protocolo na Paraíba, pois ainda não se encontra em domínio público e impossibilitou o estudo dos protocolos das maternidades neste estado. Para agregar novos conhecimentos, faz-se necessário a realização de outras pesquisas similares ao tema, por ser

uma doença recente e com poucas evidências cientificas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxo de manejo clínico de gestantes na atenção especializada, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Fluxo-de-manejo-clinico-de-gestantes.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

JUNIOR, A.T. Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da Covid-19. *In*: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 05 fev. 2021.

PONTES, A.C. *et al.* Covid-19 e gravidez: orientações para a linha de cuidado no ciclo gravídico-puerperal no Rio Grande do Norte. Natal/RN: Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, 2020. Disponível em: <http://www.institutosantosdumont.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ISD-informativo-Covid19-e-gravidez_Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-linha-de-cuidado-no-ciclo-grav%C3%ADdico-puerperal-no-Rio-Grande-do-Norte.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maintaining essential health services: operational guidance for the Covid-19 context. Switzerland: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.unscn.org/uploads/web/file/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.2-eng.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2020.

CAPÍTULO 07

Gravidez na adolescência e suas consequências socioeconômicas e psicológicas

AUTORES
Victoria Tinoco Boechat[1]
Nathalia Ferreira Nunes[1]
Nataly Gomes Tolentino[1]
Camila Pereira Barbosa[1]
Brenda Andrade Marquesine[1]
Mariana Tavares Contin[1]
Pedro Santiago Ribeiro Mafra[1]
Yasmim Bochear Cortes de Freitas[1]
Dayana da Costa Simon Bizarro[1]
Carlos Wilson Dala Paula Abreu[2]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina do Centro Universitário UNIFAMINAS, Muriaé/MG.
[2]Docente no Departamento de Saúde da Mulher do Centro Universitário UNIFAMINAS e Hospital São Paulo, Muriaé/MG.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; risco biopsicossocial; problema social.

A adolescência é definida como o período da vida que compreende as idades entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias. É uma fase de descobertas, de busca pela autonomia e definição da sua própria identidade, tanto na questão emocional como na sexualidade. A partir do momento em que o adolescente explora sua vida sexual de uma maneira intensa, em busca de novas experiências, passa a ficar vulnerável a vários tipos de violência. Além do uso de álcool e drogas, infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e, consequentemente, a uma gravidez precoce (DUARTE *et al.*, 2018).

De acordo com relatório publicado em 2018 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa mundial de gravidez em adolescentes é estimada em 46 nascimentos para cada mil adolescentes e jovens mulheres entre 15 e 19 anos. Na América Latina e no Caribe, a taxa é estimada é de 65,5 nascimentos. No Brasil, um em cada cinco bebês nasce de uma mãe com idade entre 10 e 19 anos, o número chega a 65 nascidos e a proporção de nascidos de mães entre 10 e 19 anos é de 18% (SANTOS *et al*, 2017).

A gestação de uma adolescente tem grandes repercussões sociais. De fato, o nível socioeconômico tem sido um dos principais fatores relacionados à ocorrência da gravidez na adolescência, pois as classes econômicas menos favorecidas apresentam os maiores índices de gravidez não planejada. Não é incomum que a gravidez na adolescência provoque consequências imediatas no estado emocional dos jovens envolvidos. Alguns sentimentos como insegurança, desespero, medo e sentimento de solidão podem estar presentes no momento da descoberta (ABORDA *et al.*, 2014). De maneira geral, a gestação na adolescência é classificada de alto risco para as mães e recém-nascidos. Existem evidências de sua ocorrência repercuta negativamente nos índices de escolaridade desses adolescentes, impactando no nível de escolaridade da mãe, diminuindo suas oportunidades futuras (FASULA *et al.*, 2019). Em função disso, a gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade e por isso, tornou-se um problema social e de saúde pública (DIAS & AQUINO, 2006; GONÇALVES & KNAUTH, 2006; PANTOJA, 2003).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi o de revisar na literatura científica sobre a gravidez na adolescência e suas consequências socioeconômicas e psicológicas, valorizando as principais diretrizes validadas para o assunto. Ademais, analisar alguns aspectos de natureza biopsicossocial de gestantes adolescentes, segundo a faixa etária.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre os meses março e abril de 2021, por meio das bases de dados bibliográficos indexados em: Latino-americano de Publicações Científicas Seriadas (Latindex), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Science Citation Index e Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: gravidez na adolescência; consequências da gravidez na adolescência; gravidez na adolescência: socioeconômico e psicológico em português e em inglês, obtendo-se um número considerável de artigos para análise bibliográfica e estatística. Após foi realizada combinação dos descritores anteriores, a fim de

filtrar e direcionar a o estudo, dando-se foco em gravidez na adolescência, consequências sócio-econômicas e psicológicas.

Os critérios de seleção foram: artigos publicados entre 1998 e 2021; nos idiomas inglês, português e espanhol; que abordassem as consequências socioeconômicas e psicológicas da gravidez na adolescência. Critérios de exclusão: que abordavam outras formas de consequências às vidas das adolescentes. Desta busca resultaram em 20 artigos, posteriormente submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em figura e discutidos de forma descritiva com base em: gravidez não planejada, alterações maternas e riscos materno e fetal devido à imaturidade fisiológica da mulher, possíveis causas para a má adesão à realização do pré-natal, distúrbios alimentares, como a bulimia e a anorexia, aumento dos casos de evasão escolar, comportamento autodestrutivo na esfera da sexualidade e da reprodutividade na adolescência, aumento de casos de desempregos, menor produtividade no mercado de trabalho e aumento dos gastos relacionados à assistência de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período da adolescência, as mulheres vivenciam alterações fisiológicas e comportamentais que possibilitam o amadurecimento para a vida adulta e concepção. Uma gravidez nesse período representa um obstáculo para o acesso às oportunidades socioeconômicas e não permitir o planejamento familiar e de saúde reprodutiva de forma adequada. Isso aumenta a vulnerabilidade em diversos aspectos. Segundo Ávalos *et al.*, (2018), a maioria das adolescentes grávidas não planeja a gestação e, por vezes, praticando abortos inseguros, resultando em diversos danos à saúde psi-cológica e física da mulher.

A maior concentração de adolescentes grávidas está nas classes economicamente mais desfavorecidas. Ademais, aquelas que vivenciaram ou estão em situação de violência intrafamiliar se encontram em condições econômica, social e educacional piores do que aquelas que não estão nesta situação (MIURA & TARDIVO, 2015).

Em contrapartida, Chuang *et al.*, (2011) mencionam que fatores protetores contra a gravidez na adolescência incluem: ambiente familiar propício com pais vigilantes e exigentes acerca das obrigações educacionais e que desaprovam a iniciação precoce da atividade sexual. O alcance de elevados níveis acadêmicos e amizades que não são sexualmente ativas também são citados como fatores de proteção.

A média nacional evidencia um panorama de declínio de partos em adolescentes a partir do ano 2000 (22%) para 17% em 2015. No entanto, ainda se encontram fragilidades envolvendo as regiões com condições socioeconômicas menores, como no Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2015). No ano de 2015, a região Nordeste lidera os casos de gravidez entre adolescentes de 10 a 19 anos de idade (32% dos casos), seguido pelo Sudeste com 32% e do Norte com 14 (BRASIL, 2017).

O risco de gravidez entre adolescentes no Brasil foi pouco mais que o dobro do observado em países da América do Norte (28,3/1 mil) e quatro vezes superior ao estimado para os países da Europa em 2010 (16,2/1 mil mulheres de 15 a 19 anos). Estes fatos evidenciam as acentuadas desigualdades sociais que tem consequência direta na falta de planejamento familiar e no contexto instável de procriação (ONU, 2015).

A gravidez na adolescência é considerada de alto risco materno e fetal devido a imaturidade fisiológica da mulher. O crescimento rápido, o desenvolvimento hormonal e a menarca caracterizam-se por mudanças físicas importantes, assim como o desenvolvimento das glândulas mamárias, do útero e seus anexos e do alargamento da pelve. É um período de predisposição às situações de risco, incluindo o comportamento sexual imprudente não intencional, relacionado às alterações psicológicas típicas dessa fase da vida (CRUZ *et al*., 2016). A maioria das mortes das jovens mulheres ocorre devido às complicações decorrentes da gravidez precoce e do parto. Dentre elas, destacam-se os abortos inseguros executados de forma clandestina e em condições insalubres que culminam na morte materna (UNFPA, 2013).

As comorbidades mais prevalentes durante a gestação em adolescentes são: hipertensão gestacional, infecções do trato urinário, anemia, corrimentos vaginais patológicos e abortamentos. Elas são agravantes da gestação, apresentando risco materno e fetal pela baixa adesão ao pré-natal, nesta faixa etária, bem como a baixa qualidade da assistência (AZEVEDO *et al.*, 2015). Para Chuang *et al.*, (2011), as possíveis causas para a má adesão à realização do pré-natal são: o desconhecimento dos serviços disponíveis, a falta de entendimento sobre qual o tipo de cuidado é necessário durante a gravidez, o desejo de esconder a gravidez e o atraso no reconhecimento do estado gravídico. Silva & Surita (2017) reforçam que, a falta de autonomia de tais gestantes na tomada de decisões é um fator para o início tardio e atraso no pré-natal. Representando fatores de piores prognósticos e desfechos da gestação.

O impacto da gravidez na adolescência atinge o setor econômico do país. A adolescente gestante caracteriza aumento dos casos de evasão escolar, resultando em futuros desempregos, menor produtividade no mercado de trabalho e ainda, eleva os gastos relacionados à assistência de saúde prestada à mãe e à criança (UNFPA, 2013). Como resultado, observa-se o aumento da chance de novas gestações não planejadas no futuro e a necessidade de medidas de intervenção educacional formal e sexual. Consequentemente à gestação precoce e à longa expectativa de anos férteis por vir dessas pacientes, a estimativa de possíveis repetições de gestações não planejadas durante a adolescência faz-se necessário.

Em um estudo realizado por pesquisadores norte-americanos (CRITTENDEN & BORIS, 2009), foram incluídas 354 primigestas menores de 19 anos, com idade gestacional inferior a 29 semanas e sujeitas a pelo menos duas fragilidades sociodemográficas. Foram analisados fatores de risco, tais como: saúde mental, agressão física, uso de substâncias, experiências de vida negativas e controle de natalidade. Obteve-se como resultado, a incidência de Repetição Rápida de Gravidez (RRG), aquela ocorrida em menos de 24 meses após a última gestação em 41,5%.

Comparado à realidade brasileira, Domenico *et al.*, (2018), através de um estudo coorte realizado na cidade do Rio de Janeiro, demonstrou ligações probabilísticas que reafirmam a presença de maiores taxas de repetição de gravidez em adolescentes com inadequados níveis educacionais. Metade das gestantes avaliadas afirmaram a ocorrência de RRG e como resultado, obteve-se os piores indicadores clínicos e desfechos gestacionais.

Referente aos impactos psicológicos, observa-se que as atitudes de alto risco, tais como: atividade sexual desprotegida e a própria gestação na adolescência são interpretados

como "uma expressão de comportamento autodestrutivo na esfera da sexualidade e da reprodutividade na adolescência" (SILVA, 1998). Muitas vezes, traduzindo em insatisfações com as próprias condições sociais, familiares ou difíceis situações pelas quais a adolescente está passando.

Associado aos aspectos nutricionais envolvidos durante a adolescência e a gestação, os impactos psicológicos podem ser traduzidos nas repercussões ocasionadas pelo sobrepeso e a obesidade. Uma vez que, "aproximadamente 30 a 40% das mulheres brasileiras afetadas durante a idade reprodutiva com repercussões físicas e psicológicas levam ao aumento do risco de doenças não transmissíveis e a um ciclo de morbidade e pobre condição de saúde" (SILVA, 2017). Distúrbios alimentares, tais como a bulimia e a anorexia são prevalentes nesta faixa etária.

Observa-se que, mesmo tendo diminuição na curva de crescimento global da gravidez na adolescência, ainda existem muitas ocorrências que geram um quadro preocupante. Uma vez que, a gravidez na adolescência pode ser um fator de risco físico e psicológico para o binômio mãe e bebê e, consequentemente para a sociedade (OMS, 2016). Assim, se mostra necessário a criação de estratégias comprovadas que operem de forma a evitar a gestação precoce. Medidas estas que corresponsabilizem as famílias e a sociedade para a promoção de fatores ambientais, paternidade e maternidade responsiva, orientação sobre o futuro e o comportamento sexual de risco, incluindo um caminho de desenvolvimento que associe a promoção da saúde com a prevenção de gravidez na adolescência (KOGAN *et al.*, 2013).

Altas taxas de gestações imprevistas sinalizam outras dimensões que ultrapassam a falta de informação qualificada ou o acesso aos métodos contraceptivos. Apontam para a ausência de políticas públicas que foquem na complexidade do exercício da contracepção, independentemente do momento da vida (CABRAL & REIS, 2021).

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitem inferir que a gestação na adolescência tem grandes repercussões na esfera socioeconômica e psicológica, trazendo danos para a vida da mãe e à sua saúde, bem como a do bebê, principalmente sobre as perspectivas de vida futura de ambos. Desse modo, devem ser estimulados projetos, programas e publicações que abordem o tema, principalmente acerca de sua prevenção.

Devido à complexidade que envolve a fase da adolescência, a abordagem deve ser feita de forma ampla, por parte das famílias, religiosos, educadores, profissionais de saúde, buscando meios de promover a valorização deste grupo por eles mesmos, fornecendo-lhes apoio e conhecimento para que possam decidir com responsabilidade sobre sua sexualidade. A prevenção da gravidez na adolescência é uma corresponsabilidade de cada componente da equipe da saúde e vai além de aprimorar a escuta, fortalecer os vínculos, garantir o acesso às informações e aos métodos anticoncepcionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABORDA, J.A *et al*. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. Cad. Saúde Coletiva, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

ÁVALOS, D.S e*t al.* Estrategia de unidades de salud familiar: su impacto en la tasa de embarazo en adolescentes en Paraguay. Rev Panam Salud Publica, v. 42, p. 1-7, 2018.

AZEVEDO, W.F *et al.* Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Revista Einstein, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil. Brasília: DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescenciatem-queda-de-17-no-brasil>. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Informações de Saúde. Brasília: DF, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: 30 mar. 2021.

CABRAL, C.S.B & REIS, E. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 8, p. 1-5, 2021.

CHUANG, *J et al.* Pregnancy in adolescence. Encyclopedia of Adolescence, Columbia University, 2011. p. 231-236.

CRITTENDEN, C & BORIS, N. The role of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat pregnancy in adolescence. Journal of Adolescent Health, v. 44, p. 25–32, 2009.

CRUZ, M.S *et al*. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. Revista Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, v. 46, n. 46, p. 243-266, 2016.

DIAS, A.B., & AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 1447-1458. 2006.

DOMENICO, J. *et al*. Repeat pregnancy during adolescence and educational level in Brazil. International Journal of Population, v. 3, n. 3, p. 121-127, 2018.

DUARTE, E.S *et al*. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. Dê Ciência em Foco, v. 2, n. 1, p 45-52, 2018.

FASULA, A.M *et al.* Socioecological risk factors associated with teen pregnancy or birth for young men: A scoping review. Journal of Adolescence, v. 74, p. 130–145, 2019.

GONÇALVES, H., & KNAUTH, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. Revista de Antropologia, v. 49, p. 625-643, 2006.

KOGAN, S. *et al*. Avoiding adolescent pregnancy: a longitudinal analysis of African-American youth. Journal of Adolescent Health, v. 53, p 14-20, 2013.

MIURA, P.O & TARDIVO, L.S.L.P.C. A violência intrafamiliar em adolescentes grávidas: reflexões sobre a história de vida e aspectos psicodinâmicos. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, v. 20, n. 2, p. 331-348, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Acelerar el progresso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia em América Latina y el Caribe. Informe de Consulta Técnica, Washington, 2016. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescen.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

PANTOJA, A.L.N. Ser alguém na vida: uma análise socioantropológica da gravidez/maternidade na adolescência em Belém do Pará, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, sup. 2, p. 335-343, 2003.

SANTOS, B.R. *et al*. Gravidez na adolescência: impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres, 2017. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolesc%C3%AAncia%20final.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

SILVA, J & SURITA, F. Pregnancy in adolescence - a challenge beyond public health policies. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 41-43, 2017.

SILVA, J. Pregnancy during adolescence: Wanted vs. Unwanted. International Journal of Gyencology & Obstetrics, v. 63, p. 151-156, 1998.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência. Divisão de Informação e Relações Externas do UNFPA, Nova Iorque: UNFPA, 2013. Disponível em: <https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/relatorio_fnuap13.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

UNITED NATIONS ORGANIZATION (ONU). World population prospects: key findings & advance tables. New York: United Nations, 2015. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html>. Acesso em: 15 maio 2021.

CAPÍTULO 08

Depressão e estresse na gravidez: há consequências no desenvolvimento fetal?

AUTORES
Francine Mariana Caetano[1]
Géssica Luísa Silva de Souza[1]
Larissa Lorrayne Soares de Menezes[1]
Lívia Maria Rosatto Moda[4]
Marina Alves Uccella[1]
Paulo Vinícius Magalhães dos Santos[1]
Renato Barbosa Ferreira[2]
Sarah Sayonara Cavalcante dos Santos[3]
Wille Ygor Alves[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alfenas.
[2]Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.
[3]Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Oeste da Bahia.
[4]Docente no Departamento de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Alfenas.

Palavras-chave: depressão; estresse; gestação.

A exposição às situações mais estressantes, a expressão de sentimentos de maneira livre e as questões hormonais e fisiológicas predispõem as mulheres a desenvolverem um quadro depressivo mais acentuado em relação aos homens (BARLOW & DAVID, 2016). Além do mais, o período da gestação promove diversas mudanças fisiológicas e psicológicas extremamente significativas no organismo da mulher. Alterações como: transformações corporais (aumento abdominal e das mamas), náuseas, vertigem, dores e mal-estar geral que podem se mostrar como agentes estressores. Visto que, causam desconforto para a gestante por aumentar suas dificuldades e limitações, ocasionando possíveis frustrações (MONTEIRO *et al*., 2018; BORDERS *et al*., 2017).

Somado a isso, a gestação traz impactos na identidade da mulher e em suas relações interpessoais, bem como em preocupações sobre o parto, a saúde do bebê e a expectativa de conseguir ou não, atingir o "comportamento materno ideal" imposto pela sociedade contemporânea (CUNHA *et al.*, 2020; IBRAHIM & LOBEL, 2020). Um estudo qualitativo evidenciou que o estresse pré-natal pode estar relacionado a essa tentativa frustrada de alcançar um padrão irreal de condutas maternas. Uma vez que, as gestantes relataram como obstáculo, ter de aprender a lidar com as exigências da maternidade, muitas vezes colocadas como "regras sociais", as quais incluem abdicar de ideais, fazer escolhas difíceis, geralmente inconciliáveis e suprir todas as demandas com dedicação extrema (CUNHA *et al.*, 2020; PEARLSTEIN *et al.*,2015).

Sendo assim, esses fatores estressores, sejam psicossociais ou biológicos, estimulam de maneira crônica o hipotálamo e ativam constantemente o eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), que produz o cortisol e pode desencadear importantes impactos no desenvolvimento fetal e na progressão da gestação. Nessa conjuntura, percebe-se que há uma maior relevância do estresse crônico em detrimento do estresse agudo, por desencadear uma desregulação sistêmica dos hormônios que desempenham funções consideráveis na cascata do parto normal, tais como: o amadurecimento cervical e a contração do músculo liso uterino (IBRAHIM & LOBEL, 2020; BORDERS *et al*., 2017).

Dentre as alterações fisiológicas ocorridas na gravidez é importante citar que o sistema endócrino é profundamente modificado. Nessa situação, há elevações de CRH, ACTH, do cortisol sérico total e livre e da globulina de ligação aos corticosteroides (CBG), uma proteína transportadora do cortisol. É sabido que a placenta, principal órgão desenvolvido na gestação, é responsável pelas mudanças no circuito do estresse, atuando na secreção de CRH. Apesar da hipercortisolemia ser um indicador de estresse crônico, as gestantes normalmente apresentam um aumento do cortisol basal e dos demais hormônios envolvidos no eixo HHA, o que pode dificultar, por exemplo, uma identificação precoce do estresse como condição patológica (FLESERIU *et al*., 2016).

Dessa maneira, como a maior parte dos estudos apontam que a depressão afeta várias questões psicológicas, nos casos de depressão gestacional há a forte tendência de afetar a cognição e o emocional materno (TETI & GELFAND, 1991). Logo, efeitos estressores são fatores de risco para que a depressão pré-natal ocorra e, além de ser o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez, é o principal fator de risco para a depressão pós-natal (PEREIRA & LOVISI, 2007). Em suma, o objetivo desse estudo foi o de investigar e discutir a correlação entre o estresse materno, a

depressão gestacional e as consequências de ambos no desenvolvimento fetal.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de abril a setembro de 2020, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e Medline. Foram utilizados os descritores: estresse; depressão pré-natal e desenvolvimento fetal. Desta busca foram encontrados 45 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos de todos os idiomas; publicados no período de 2006 a 2020 e que abordassem as temáticas propostas para esta pesquisa; disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados; disponibilizados na forma de resumo; que não abordassem diretamente a proposta estudada ou que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 19 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: estresse durante a gravidez, consequências do estresse e da depressão gestacional para o feto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo visou analisar e delimitar a relação estabelecida entre estresse materno, a depressão gestacional e as consequências de ambos no desenvolvimento fetal. Nesse sentido, foram utilizados como objetos de estudo dezenove publicações que atenderam aos critérios de inclusão explicitados anteriormente.

No que tange o local no qual foram veiculadas as pesquisas que compõem o presente estudo, oito foram publicadas em revistas médicas, seis em revistas multidisciplinares, quatro em revistas sobre psicologia e uma em revista de enfermagem.

Dos artigos que embasam a presente revisão integrativa, dezesseis foram desenvolvidos em universidades, um em hospital universitário e universidade (multicêntrico), um em hospital universitário e instituto de pesquisa (multicêntrico) e um em instituto de pesquisa.

Ademais, no que concerne o tipo de delineamento de pesquisa, dos dezenove trabalhos que integraram esta revisão, observou-se a predominância, respectivamente, dos tipos: coorte (doze publicações); dois casos-controle; duas revisões sistemáticas e três revisões que não foram objetivas quanto ao delineamento proposto.

Sobre os resultados, das conclusões e correlações encontradas nos artigos, 17 produções confirmaram a associação estabelecida entre o estresse materno, depressão e suas consequências negativas no desenvolvimento fetal. Outros achados importantes foram: a associação entre altos níveis de cortisol e o estresse pré-natal, a necessidade de métodos de rastreamento exclusivo para gestantes e o impacto do estilo de vida materno no surgimento da depressão (KEANE *et al.*, 2021; BRUIJN *et al.*, 2019; GONZALEZ *et al.*, 2018; FLESERIU *et al.*, 2016; BRUMMELTE *et al.*, 2010).

Diante dos resultados supracitados, os artigos analisados convergem para uma vertente de que a saúde psicológica da mãe no período pré-parto e pós-parto influenciam no desenvolvimento do feto e do recém-nascido (REISSLAND *et al.*, 2018). Dentre os artigos, a maioria ressaltou a relação que há entre o sofrimento psicológico da mãe (como estresse e depressão) e o prejuízo no desenvolvimento fetal, sendo que implica em casos de menor

massa ponderal do bebê, diminuição no laço afetivo entre mãe e filho, alteração do eixo HPA e de que a exposição do feto aos hormônios produzidos pela mulher durante a gestação (cortisol), influenciam no desenvolvimento da personalidade infantil (GILLES *et al.*, 2018*;* KWON & BANG, 2011; WEINSTOCK, 2010; DIEGO *et al.*, 2006*;* DIPIETRO *et al.*, 2006*).*

A presente revisão de literatura, ao reunir artigos que demonstram a mesma conclusão, reforçam a complexidade do processo de gestação, seja para a mãe como para o filho. Os fatores ambientais como geradores de estresse e ansiedade, por exemplo as angústias trazidas pela Covid-19, são responsáveis por interferir na saúde do feto ao produzir mudanças psicológicas. Assim como os fatores internos, como a produção hormonal, refletem no desenvolvimento do feto (BERTHELOT *et al.*, 2019*;* WEINSTOCK, 2010; DAVIS *et al.*, 2007*)*. Dessa forma, diante da gama de fatores influenciadores, a gestação mostra-se como um período de extremo cuidado à saúde materna, seja para assistir seus sinais e sintomas físicos como para seus aspectos psicológicos. Ademais, o acompanhamento da saúde mental da gestante para promover alívio do sofrimento psicológico, pode ser alcançado pela abordagem holística, como por exemplo, a psicoterapia, atividade física e acompanhamento interdisciplinar (CASTRO *et al.*, 2020*;* ISGUT *et al*., 2017). Estas ações são fundamentais para promover o bem-estar integral da mulher enquanto gestante e ainda como um indivíduo portador de particularidades, bem como o feto em desenvolvimento, abarcando todas os parâmetros de um ser humano em formação seja física e psicológica.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a exposição da gestante às situações estressantes e aos hormônios do estresse como o cortisol, geram consequências negativas para o desenvolvimento do feto, a personalidade infantil e a saúde mental da gestante. Níveis elevados de hormônios relacionados ao estado de estresse materno causam sofrimento psicológico que pode desencadear a depressão gestacional e levar a desordens fisiológicas na gestante e impactar negativamente no curso da gravidez e no desenvolvimento fetal.

Além disso, a depressão pré-natal pode causar efeitos potenciais de longo prazo sobre a saúde da criança, como por exemplo, o prejuízo no desenvolvimento cognitivo, elevados níveis basais de cortisol e problemas comportamentais. Nesse âmbito, é preciso uma abordagem atenciosa dos profissionais de saúde para rastrear as mulheres em situações de estresse e estado depressivo e efetuar intervenções para evitar consequências negativas para a mãe e o bebê.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARLOW, D.H. Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BERTHELOT, N. *et al.* Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregant women during coronavirus disease 2019 pandemic. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, v. 99, p. 848-855, 2020.

BORDERS, A.E.B. *et al.* Using item response theory to optimize measurement of chronic stress in pregnancy. Social Science Research, v. 64, p. 214-225, 2017.

BRUIJN, A.T.C.E. *et al.* Prenatal maternal emotional complaints are associated with cortisol responses in toddler and preschool aged girls. Development Psychobiology, v. 51, p. 553-563, 2009.

BRUMMELTE, S. *et al.* Elevated corticosterone levels in stomach milk, sérum, and brain male female offspring after maternal corticosterone treatment in the rat. Developmental Neurobiology, v. 70, p. 714-725, 2010.

CASTRO, R.T.A. *et al.* Psychological predictors of gestacional outcomes in second trimester pregnant women: associations with daily uplifts. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 301, p. 869-874, 2020.

CUNHA, A.C.B. *et al.* "Tornar-se mãe": Alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. Interação em Psicologia, v. 24, p. 279-287, 2020.

DAVIS, E.P. *et al.* Prenatal exposure to maternal deression and cortisol influences infant temperament. Journal of the American Academy of Child & Psychiatry, v. 46, p. 737-746, 2007.

DIEGO, M.A. *et al.* Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weigh. Journal of Biobehavioral Medicine, v. 68, p. 747-753, 2006.

DIPIETRO, J. A. *et al.* Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child. Chil Development, v. 77, p.573-587, 2006.

FLESERIU, M. *et al.* Hormonal Replacement in Hypopituitarism in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, v. 101, p. 3888-3921, 2016.

GILLES, M. *et al.* Maternal hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) system activity and stress during pregnancy: effects on gestational age infant's anthropometric measures at birth. Journal Psychoneuroendocrinology, v. 94, p. 152-161, 2018.

GONZALEZ, B. R. *et al.* Newborn infant's hair cortisol levels reflect chronic maternal stress during pregnancy. Plos One, v. 13, p. 123-127, 2018.

IBRAHIM, S. M. & LOBEL, M. Conceptualization, measurement, and effects of pregnancy-specific stress: review of research using the original and revised Prenatal Distress Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine, v. 43, p. 16-33, 2020.

ISGUT, M. *et al.* The impacto f psychological distress during pregnancy on the developing fetus: biological mechanisms and the potential benefits of mindfulness interventions. J. Perinat.Med, v. 45, p. 999-1011, 2017.

KEANE, J.M. *et al.* Identifying a biological signature of prenatal maternal stress. JCI insight, v. 6, p. 1010-1117, 2021.

KYUNG, K.M. Relationship of prenatal stress and depression to maternal-fetal attachment and fetal growth. Journal Koren Acad Nurs, v. 41, p. 276-283, 2011.

MONTEIRO, P.G.A. *et al.* Percepções de mulheres acerca do estresse vivenciado na gestação. Atas Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2, p. 1142-1149, 2018.

PEARLSTEIN, T.M.D. Depression during pregnancy. Clinical Obstetrics & Gynaecology, v. 29, p. 754-764, 2015.

PEREIRA, P.K. & LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. Rev. Psiq. Clín, São Paulo, v. 35, p.144-153, 2008.

REISSLAND, N. *et al.* Effects of maternal anxiety and depression on fetal neuro-development. Journal of Affective Disorders, v. 24, p. 469-474, 2018.

TETI, D.M. & GELFAND, D.M. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The

mediational role of maternal self-efficacy. Child Development, v. 62, p. 918-929, 1991.

WEERTH, C. Prenatal stress and the development of psychopathology: Lifestyle behaviors as a fundamental part of the puzzle. Development an Psychopathology, v. 30, p. 1129-1144, 2018.

WEINSTOCK, M. Intrauterine factors as determinants od depressive disorder. Isr J Psychiatry Relat Sci, v. 47, p. 36-45, 2010.

CAPÍTULO 09

Principais evidências e controvérsias da mamografia: uma breve revisão de literatura

AUTORES

Ana Carolina Monteiro Braz[1]

Andreza Resende Wanzellott[1]

Eduarda de Souza Coelho[1]

Isadora Campos de Castro[1]

Jennifer Soares de Oliveira[1]

Júlia Lage Costa Ferreira[1]

Lucas Ailton Fonseca Resende[1]

Marialice Sabará Possa[1]

Paola Carvalho Megale[1]

Thaís Furieri Nascimento[1]

Thalya Teles[1]

André Luis Canuto[2]

FILIAÇÃO

[1]Acadêmicos da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE.

[2]Prof. MSc. da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a maior causa de morte por câncer em mulheres no Brasil e no mundo é a segunda neoplasia maligna mais comumente diagnosticada, sendo que nos Estados Unidos é o câncer feminino mais frequente. A idade é um fator de risco direto, por isso, o rastreamento é essencial para permitir que as mulheres acometidas por essa patologia tenham um diagnóstico precoce condizente com um prognóstico favorável (aproximadamente 100% de cura) (INCA, 2020; 2019; WILDIERS *et al.*, 2007).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2017 a estimativa foi de 57.960 novos casos de câncer de mama, já no ano de 2020, a estimativa alcançou 66.280 casos, evidenciando um aumento do número de diagnósticos. Os dados do INCA mostram que 18.295 mulheres vieram a óbito em decorrência dessa patologia em 2019, dado este que reafirma a necessidade da ampliação do rastreamento mamográfico (INCA, 2020; 2019).

Sem dúvidas, o rastreamento se difere de testes diagnósticos e o fato de ser realizado em pessoas sadias diminui em 30% a ocorrência de mortes por câncer de mama em mulheres com idade entre 50 e 69 anos (INCA, 2020).

Essas evidências justificam a adoção do rastreio como política de saúde pública. No entanto, a comunidade científica debate acerca do estabelecimento de critérios para o rastreamento, tendo em vista a necessidade de definir a melhor forma de garantir que a população tenha acesso ao rastreio, principalmente na idade com maior risco (INCA, 2019). Dentre os benefícios que podem ser alcançados, destacam-se: a redução da morbimortalidade do câncer de mama e os possíveis efeitos negativos (exposição excessiva à radiação durante os exames preventivos), a necessidade de exames complementares diante de resultados falso positivos, além do tratamento desnecessário que pode ocorrer diante de lesões indolentes (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

A estratégia brasileira para o controle do câncer de mama passou a ser recomendada como política pública em 2004, através da repetição periódica de mamografia em mulheres sem sinais ou sintomas suspeitos desse câncer, na rotina de atenção integral à saúde da mulher (INCA, 2019). As diver-gências entre o Ministério da Saúde (MS) e as sociedades de especialidades médicas são no estabelecimento do tempo de intervalo entre um rastreamento e outro, além da idade em que o rastreio deve ser iniciado e os critérios de risco que devem anteceder o início do rastreamento (INCA, 2019).

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi discutir as principais controvérsias existentes entre o Ministério da Saúde e as sociedades de especialidades médicas à luz das mais atuais evidências disponíveis acerca das orientações para a execução do rastreamento do câncer de mama. Apresentar as recomendações específicas e a síntese de evidências das diretrizes.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de fevereiro a abril de 2021 acerca das discussões sobre câncer de mama. A busca por referencial ocorreu nas bases de pesquisa de bibliotecas virtuais: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), UpToDate e *Google* acadêmico. Foram utilizadas as palavras-chave: câncer de mama; mamografia; rastreamento. Desta busca

resultaram 56 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão para o estudo compreendem artigos publicados entre os anos de 2006 e 2021, textos completos, nos idiomas inglês e português. Os critérios de exclusão foram: textos que não possuíam informações pertinentes à discussão.

A seleção ocorreu por meio de leitura de títulos, resumos e, quando necessária, a leitura íntegra dos textos como forma de selecioná-los de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Após avaliação crítica foram selecionados 21 artigos, posteriormente analisados para a coleta de dados.

Os resultados foram apresentados e discutidos de forma descritiva, abordando as temáticas: diferenças nas indicações de rastreamento do câncer de mama entre o Ministério de Saúde e as sociedades médicas brasileiras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O risco de câncer de mama aumenta com a idade, de modo que, com o aumento da expectativa de vida da população e exposição aos fatores de risco fazem com que a incidência do câncer de mama se eleve (WILDIERS *et al.*, 2007). Segundo o INCA, há diversos subtipos de câncer de mama e, devido a isso, podem ocorrer variadas formas de evolução. Deste modo, é notável a necessidade do rastreamento na rotina da saúde da mulher com o intuito de facilitar o diagnóstico precoce para um tratamento específico segundo as características de cada subtipo. À medida em que se pensa em prevenir e diagnosticar precocemente, a mamografia é considerada, atualmente, o exame mais indicado (INCA, 2019).

Inicialmente, é fundamental diferenciar os conceitos de prevenção, rastreamento e diagnóstico. A prevenção é toda e qualquer medida que tenha impacto na redução de mortalidade e morbidade das pessoas. O rastreamento envolve os exames e testes aplicados em pessoas sadias, capazes de garantir benefícios frente aos riscos da intervenção (SOUSA & RIBEIRO, 2009).

Assim, o exame ideal para o rastreio é aquele que possui aplicabilidade para a população em geral e que reduz a mortalidade, além de apresentar um bom custo efetividade. Por fim, os exames diagnósticos são realizados de acordo com a clínica apresentada pela paciente. Em outras palavras, quando existem sinais e sintomas da doença, podendo ser feito no estágio inicial ou nas fases mais avançadas.

Considerando o aumento do risco de câncer de mama com o avançar da idade, o Ministério da Saúde do Brasil criou diretrizes para proporcionar a detecção precoce considerando o balanço favorável entre os riscos e os benefícios. Recomendando o rastreamento mamográfico bienal para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade (BRASIL, 2020).

Inclusive, o MS preconiza que mulheres na faixa etária entre 40 e 49 anos de idade façam o acompanhamento anual com o ginecologista. Caso existam alterações na cor da pele da mama ou a presença de massas, nódulos, retração da pele ou do mamilo, feridas ou descarga papilar espontânea, deve-se realizar mamografia, não devendo esperar a mulher atingir a quinta década de vida. Por fim, mulheres acima dos 35 anos de idade que apresentam risco elevado, mesmo na ausência de alteração no exame físico das mamas, deve-se indicar a mamografia anualmente (BRASIL, 2020).

Tal direcionamento tem por objetivo atingir uma meta de cobertura de rastreamento realista e garantir que todas as mulheres dessa faixa etária sejam rastreadas, oferecendo a mamo-

grafia para 50% a cada ano, atingindo a cobertura de 100% da população-alvo em dois anos. Além de rastrear a faixa etária com mais benefício, uma vez que, parece ainda haver controvérsia sobre a real efetividade na redução da mortalidade por câncer de mama quando o rastreio é feito entre os 40 e 49 anos de idade, de acordo com análises de resultados de mamografia feitas em pacientes com idade entre 39 e 74 anos (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Entre as revisões sistemáticas selecionadas pelo Ministério da Saúde com enfoque em faixas etárias, duas mostraram resultados significativos que contribuíram para a preconização do rastreamento mamográfico a partir dos 50 anos de idade. A revisão de Magnus *et al.*, (2011), mostrou que não houve eficácia significativa na redução da mortalidade por câncer de mama na faixa etária entre 39 e 49 anos de idade. A revisão sistemática do *American College of Physicians* avaliou a faixa etária de 40 a 49 anos e demonstrou uma redução relativa da mortalidade (entre 7% e 23%) nos ensaios clínicos analisados. Entretanto, os autores do estudo observaram que o aumento absoluto dos danos seria maior nessa faixa etária quando comparados ao rastreamento em mulheres mais velhas (ARMSTRONG *et al.*, 2007).

Neste contexto, busca-se evitar resultados falso positivos que ocorrem em 61% das mamografias feitas anualmente e em apenas 42% quando a periodicidade é bienal, segundo a metanálise da Cochrane (NELSON *et al.*, 2018). Os resultados falso-positivos ainda foram observados com maior frequência em mulheres mais jovens e naquelas que possuem mamas densas (GØTZSCHE & NIELSEN, 2006).

Análises mostram que o rastreamento realizado conforme as indicações do Ministério da Saúde diminuem a incidência de radiação ionizante. Segundo Nelson *et al.*, (2018), em um trabalho realizado no Canadá em 2018 há evidências da ocorrência de 20 a 25 óbitos por câncer induzidos por radiação, em cada 100 mil mulheres rastreadas por meio de mamografias anuais, na faixa etária de 40 a 80 anos de idade. Estudos também evidenciam que, concomitantemente, diminuiriam os tratamentos desnecessários em lesões iniciais que não apresentam evolução maligna com o tempo. Como evidenciam os dados do estudo americano que em 30% das mulheres rastreadas com frequência foram tratadas desnecessariamente (NELSON *et al.*, 2018; GØTZSCHE & NIELSEN, 2006).

Assim, a partir da primeira mamografia de rastreio recomendada pelo Ministério da Saúde, as condutas e indicações da próxima dependeriam do resultado, ou seja, da classificação baseada no sistema *Breast Image, Report And Data System* (BI-RADS) da *American College Of Radiology* (ACR). De modo que, os casos suspeitos teriam a indicação de controle pelo médico responsável, por meio da repetição da mamografia, exames de ultrassonografia mamária e investigação diagnóstica com a realização de biópsia, caso necessário. Estas condutas podem assegurar que, em casos suspeitos de malignidade, os procedimentos necessários para confirmação diagnóstica e tratamento para o câncer de mama em unidade terciária ocorram (BRASIL, 2020).

De acordo com os dados do estudo de Gøtzsche & Nielsen, realizado em 2006, 2.000 mulheres foram convidadas para o rastreamento durante 10 anos e demonstrou que uma morte é evitada e 10 mulheres são tratadas desnecessariamente, considerando uma amostra de 2.000 mulheres. Esses dados condizem com a indicação da mamografia do Ministério da Saúde, que objetiva evitar o sobrediagnóstico e o sobretratamento de resultados falso positivos.

Os quais geram ansiedade, excesso de exames e tratamentos invasivos desnecessários.

Uma das justificativas comumente usadas para a defesa do rastreamento mamográfico é a possibilidade de um tratamento precoce, evitando mastectomias. No entanto, em função do sobrediagnóstico, os dados dos ensaios clínicos de Gøtzsche e Nielsen (2006) revelaram um aumento de 30% no número de cirurgias mamárias com o rastreamento (incluindo mastectomia e cirurgias conservadoras), quando comparada às mulheres não rastreadas. O excesso de cirurgias está associado aos danos desnecessários à saúde das mulheres, incluindo a mortalidade pós-operatória e outras complicações potencialmente fatais em longo prazo (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Igualmente, o aumento excessivo de tratamentos radioterápicos associados ao sobrediagnóstico também pode resultar em mortes adicionais que não ocorreriam sem o rastreamento. Sendo assim, de acordo com o Ministério da Saúde, avaliando o balanço entre os riscos e os benefícios, o rastreamento com mamografia em outras faixas etárias e periodicidades é desfavorável (BRASIL, 2020).

Contrapondo o proposto pelo Ministério da Saúde, as recomendações publicadas pela Comissão Nacional de Mamografia que engloba o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) no ano de 2012, indicam o rastreamento mamográfico anual nas mulheres com idade entre 40 e 74 anos de idade. O rastreamento só é indicado a partir dos 75 anos de idade se houver uma expectativa de vida maior do que sete anos, baseada nas comorbidades prévias (URBAN *et al.*, 2017)

De acordo com Mattos *et al.*, (2013) em um estudo realizado no Brasil, a incidência do câncer de mama em mulheres jovens aumentou nos últimos anos, principalmente na faixa etária de 44 a 49 anos de idade. Também evidenciou que as mulheres entre 45 e 59 anos de idade têm o mesmo risco de serem diagnosticadas com câncer como aquelas a partir de 60 anos, o que justificaria o rastreio em mulheres mais jovens. Esse rastreio busca a diminuição da mortalidade devido ao câncer de mama. Diversos estudos randomizados duplo cego mostraram uma redução de aproximadamente 30% na mortalidade das mulheres entre 39 e 49 anos de idade que realizaram a mamografia e obtiveram um diagnóstico precoce (DUFFY *et al.*, 2020; HELLQUIST *et al.*, 2011).

A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) ratifica que a mamografia é uma das principais formas de detecção precoce do câncer de mama, pois é capaz de detectar alterações pré-malignas e tumores muito pequenos, com chance de cura de 90% quando tratados em estágios iniciais. Além disso, acerca do exame clínico das mamas, a SBOC diz que, quando realizado isoladamente, não existem estudos que comprovem qualquer vantagem para a redução da mortalidade, por isso deve ser evitado como método de rastreio quando não associado ao exame mamográfico (SBO, 2019).

Segundo a Comissão Nacional de Mamografia, a população entre 40 e 49 anos de idade é responsável por 15 a 20% dos casos de câncer de mama no Brasil, número que deve ser levado em conta quando se pensa em rastreamento (URBAN *et al.*, 2017).

Um outro estudo realizado no Reino Unido, o *UK Age Trial* (2015), demonstrou que é necessária a triagem de cerca de 1400 mulheres para prevenir uma morte durante 10 anos. Esse mesmo estudo mostrou que, comparativamente,

o número de incidência cumulativa resultou em um pequeno número de sobrediagnóstico, sugerindo que os benefícios desses resultados compreendem a redução da mortalidade por câncer de mama com o rastreio anual, em mulheres com idades entre 40 e 49 anos (DUFFY *et al.*, 2020).

No estudo de Gøtzsche e Nielsen (2006), o sobrediagnóstico em mulheres com idade inferior a 50 anos foi mal elucidado, visto que, nessa faixa etária a chance de um diagnóstico é menor. Contudo, quando realizado em idade precoce, garante uma sobrevida pós-diagnóstico maior. Além disso, nos países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade pelo câncer de mama é maior na quarta década de vida, quando comparada com os países desenvolvidos (BADAN *et al.*, 2014; GONZAGA *et al.*, 2014).

Isso explica as recomendações da Comissão Nacional de Mamografia diferirem um pouco das recomendações de algumas sociedades estrangeiras, como por exemplo, da *Canadian Task Force on Preventive Health Care e do Royal Australian College of General Practitioners*, os quais são contra o rastreamento em mulheres mais jovens (MAINIERO *et al.*, 2017; TONELLI *et al.*, 2011).

Acerca do rastreamento em mulheres mais jovens com risco usual, principalmente na quarta década de vida, fica evidente o benefício do diagnóstico precoce em longo prazo. Principalmente se o acompanhamento for superior a 8 anos (NYSTRÖM *et al*., 1993).

Em situações de alto risco para o câncer de mama existem indicações particularizadas de mamografia anual, baseado principalmente na idade da paciente e no tipo de risco que ela apresenta. Em mulheres com mutação do gene BRCA 1 ou 2 ou com parentes de primeiro grau com mutação comprovada, há indicação de rastreamento a partir dos 30 anos de idade. Em mulheres com história de irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade, o exame deve ser feito 8 anos após o tratamento radioterápico. Quando houver história pessoal de hiperplasia atípica lobular ou ductal, carcinoma *in situ* e diagnóstico de síndromes genéticas que elevam esse risco, recomenda-se rastrear a partir do diagnóstico. Por fim, nos casos de mulheres com risco maior ou igual a 20%, baseado na história familiar, o ideal é fazer a mamografia 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem. Sendo que, em todas as situações acima, o rastreamento não é recomendado antes dos 30 anos. Essas recomendações são sustentadas pelo *American College of Radiology* (URBAN *et al.*, 2017).

No rastreamento de mulheres com risco usual, a ultrassonografia deve ser considerada como adjunta à mamografia naquelas que possuem mamas densas. A ressonância magnética (RNM) não está indicada e a tomossíntese pode ser feita em associação à mamografia digital, quando possível. Já no rastreamento de mulheres com alto risco para câncer de mama, a ultrassonografia só deve usada como substituta da RNM naquelas mulheres que, por algum motivo, não possam fazer a RNM. A tomossíntese está indicada em associação à mamografia digital, quando possível (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

De acordo com o *American College of Radiology* e com a *American Society of Breast Imaging*, a RNM é indicada em mulheres com alto risco para câncer de mama, associada à mamografia. De modo que, a ultrassonografia só é indicada para essas mulheres, caso elas não possam realizar a RNM. Independentemente da densidade da mama, corroborando com as indicações da Comissão Nacional de Mamografia (BADAN *et al.*, 2014).

Entretanto, essas sociedades e alguns estudos ressaltam que o uso da ultrassonografia

em mulheres com mamas densas deve ser analisado criteriosamente, pois pode haver um alto número de falsos positivos (MAINIERO *et al.*, 2017; TONELLI *et al.*, 2011; TRUFELLI *et al.*, 2008).

Ao analisar a taxa de mortalidade por câncer de mama em mulheres acima dos 40 anos de idade, diagnosticadas precocemente e estratificadas por grau histológico, existe uma letalidade menor em pacientes com câncer de grau 1 e 2. Deixando claro que o rastreio tem por objetivo alcançar a detecção precoce desses tumores, alterando o prognóstico em longo prazo e, provavelmente, alcançando a cura completa na maioria dos casos. Nas mulheres com diagnóstico de câncer grau 3, a intervenção apenas confere menor fatalidade nos primeiros 10 anos. Sugerindo que, na maioria das pacientes, a mamografia tem como objetivo prevenir a morte pelo (DUFFY *et al.*, 2020).

Ao observar as indicações de rastreio dentro da quarta década de vida, entre 40 e 44 anos de idade, há uma redução da mortalidade menor, quando comparada com o grupo de mulheres entre 45 e 49 anos (HELLQUIST *et al.*, 2011). O que pode ser uma alternativa em relação às divergências entre o Ministério da Saúde e as sociedades médicas brasileiras. Visando um acordo entre as partes, podendo haver uma redução de 5 anos na idade de rastreio, elevando o benefício de diagnóstico precoce e propiciando uma redução de 5 anos de exposição à radiação ionizante se iniciado aos 45 anos de idade.

CONCLUSÃO

Considerando o exposto, fica claro que o câncer de mama é uma doença que exige uma atenção especial, pois é responsável por muitas mortes anualmente. Sendo assim, é importante que seja feito o adequado rastreio, a fim de aumentar a chance de detecção precoce. Consequentemente, diminuindo as mutilações e efeitos colaterais dos tratamentos agressivos, bem como aumentando a qualidade de vida e a probabilidade de cura.

Dessa forma, os profissionais da saúde esperam por melhores consensos que possam orientar a sua prática clínica. De modo que, ocorra eficiência na indicação do exame de rastreio, culminando em melhores resultados em relação à redução da morbimortalidade pelo câncer de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMSTRONG, K. *et al*. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v. 146, n. 7, p. 516-526, Apr. 2007.

BADAN, G.M. *et al.* Complete internal audit of a mammography service in a reference institution for breast imaging. Radiologia Brasileira, v. 47, n. 2, p. 74-78, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISCAN: Sistema de informação do câncer: versão 1.7.1. Brasília: DF, 2020. Disponível em: <http://siscan.saude.gov.br>. Acesso em: 26 fev. 2021.

DUFFY, S.W. *et al*. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. The Lancet Oncology, v. 21, n. 9, p. 1165-1172, 2020.

GONZAGA, C.M.R. *et al.* Disparities in female breast cancer mortality rates between urban centers and rural areas of Brazil: Ecological time-series study. The Breast, v. 23, n. 2, p. 180-187, 2014.

GØTZSCHE, P.C. & NIELSEN, M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 1, p. 1-13, 2006.

HELLQUIST, B.N. *et al.* Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years: evaluation of the Swedish mammography screening in young women (SCRY) cohort. Cancer, v. 117, n. 4, p. 714–722, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>. Acesso em: 15 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MAINIERO, M.B. *et al.* ACR Appropriateness Criteria ® Breast Cancer Screening. Journal of the American College of Radiology, v. 14, n.11, p. 383–390, 2017.

MAGNUS, M.C. *et al*. Effectiveness of mammography screening in reducing breast cancer mortality in women aged 39–49 years: a meta-analysis. Journal of women's health, Larchmont, v. 20, n. 6, p.845-852, June. 2011.

MATTOS, J.S.C. *et al.* The Impact of breast cancer screening among younger women in the Barretos region, Brazil. Anticancer Research, v. 33, n. 6, p. 2651, 2013.

MIGOWSKI, A. *et al*. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I - Métodos de elaboração. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 6, 2018.

NELSON, H.D. *et al*. Harms of breast cancer screening: systematic review to update the 2009 U.S. Preventive services task force recommendation. Annals of Internal Medicine, v 164, n. 4, p. 256-67, 2016. Erratum in: Annals of Internal Medicine, v. 169, n. 10, p. 740, 2018.

NYSTRÖM, L. *et al.* Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. The Lancet, v. 341, n. 8851, p. 973–978, 1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA, SBOC apoia nota de esclarecimento sobre divulgações falsas referentes à mamografia, 2019. Disponível em <https://sboc.org.br/noticias/item/1522-sboc-apoia-nota-de-esclarecimento-sobre-divulgacoes-falsas-referente-a-mamografia>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SOUSA, M.R. de. &. RIBEIRO, A.L.P. Revisão sistemática e metanálise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 92, n. 3, p. 241–251, 2009.

TONELLI, M. *et al.* Canadian task force on preventive health care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. Canadian Medical Association Journal v. 183, p. 1991-2001, 2011.

TRUFELLI, D.C. *et al.* Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público.

Revista da Associação Médica Brasileira v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.

URBAN, L. *et al*. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. Radiologia Brasileira, v. 50, n. 4, p. 244–249, 2017.

WILDIERS, H. *et al.* Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. The Lancet, v.8, n. 12, p. 1101-1115, 2007.

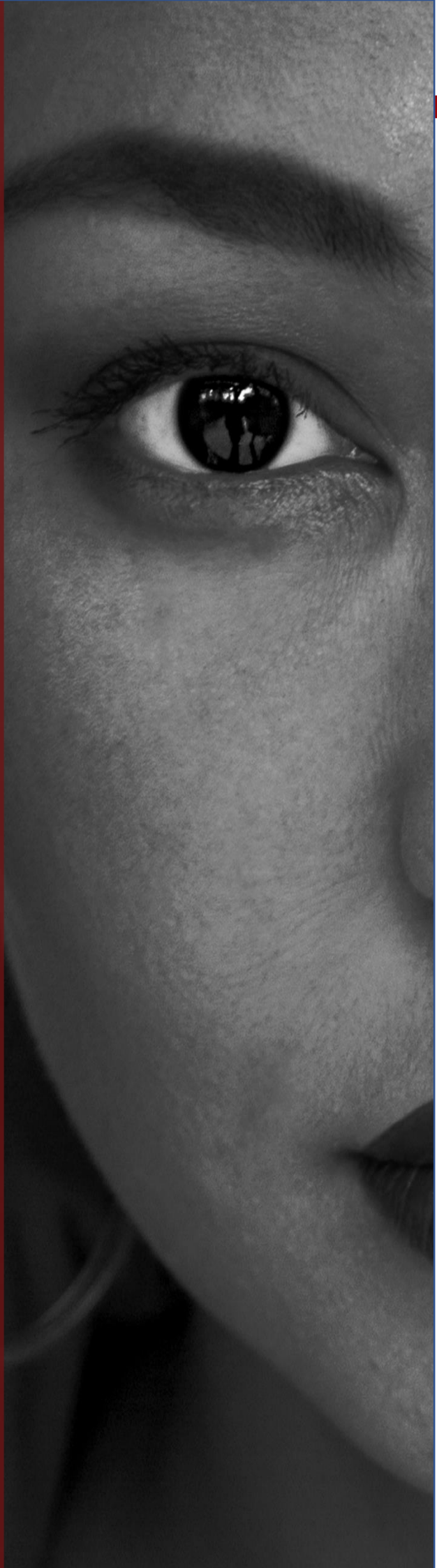
CAPÍTULO 10

Síndrome dos ovários policísticos (SOP): uma revisão narrativa

AUTORES
Amanda Sales Emilhano[1]
Beatriz Eduarda Pereira[1]
Beatriz Jeremias[1]
Fernanda Mathias Rabelo Peixoto[1]
Isabela Carolina da Silva[1]
Isabelle Sarpa[1]
Laura Santos de Araújo[1]
Marcela Bertoldo Harada[1]
Milena Barbosa de Araújo[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

Palavras-chave: síndrome dos ovários policísticos; síndrome de Stein; Leventhal.



A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) ou ainda, Síndrome de Stein e Leventhal é uma disfunção endócrina da menacme, afetando cerca de 6% a 16% das mulheres. É uma importante causa de amenorreia neste período. Acarreta alterações metabólicas e ovarianas, caracterizando-se por menstruação infrequente ou amenorreia, hiperandrogenismo clínico ou laboratorial e padrão ovariano ultrassonográfico policístico. Para o diagnóstico, é necessário excluir as outras causas de amenorreia e apresentar duas das três características citadas, chamados de critérios de Rotterdam. Dessa forma, apesar de o nome da síndrome envolver o termo "policístico", o padrão observado à ultrassonografia (USG) não é critério suficiente e nem essencial para fechar o diagnóstico (GOMES, 2011).

A etiologia da doença ainda não é muito bem estabelecida. Há estudos que demonstram que a SOP é uma desordem multigênica, com variações gênicas que envolvem síntese, regulação e ação de androgênios e seus receptores, bem como ação e secreção de insulina e gonadotrofinas (COSTA *et al.*, 2007). A história familiar é, nesse contexto, considerada um fator de risco para a doença.

Sua fisiopatologia é complexa e envolve disfunção no ciclo menstrual, hiperinsulinemia e obesidade. Acredita-se que, o tecido adiposo aumentado leva à conversão periférica de estrona, a qual acarreta em *feedback* positivo com o hormônio luteinizante (LH), mantendo seus níveis constantes e elevados e negativo com o hormônio folículo estimulante (FSH), o que resulta em folículos estacionados em estágios iniciais. A ausência de pico de LH ocasiona a anovulação com consequente nível reduzido de progesterona. Os baixos níveis de FSH são incapazes de ativar a aromatase de forma adequada, de maneira a tornar os ovários uma fonte de androgênios. Soma-se a isso, o fato de a obesidade estar intimamente ligada à hiperinsulinemia, a qual reduz a produção de globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), que é a proteína que origina androgênios inativos, tornando a testosterona livre e agravando ainda mais o quadro. Portanto, há um ciclo patogênico bastante amplo que culmina em suas manifestações (ROSA-E-SILVA, 2018).

Assim, muitas pacientes com o quadro apresentam hiperinsulinismo, resistência insulínica (RI), síndrome metabólica (SM), obesidade, anormalidades no perfil lipídico, predisposição para o diabetes tipo 2 (DM II), doença cardiovascular (DCV) e predisposição a cânceres de mama e endométrio (CAMPOS *et al.*, 2021).

A abordagem se baseia na mudança no estilo de vida, com foco na dieta e em exercícios físicos e medicamentos. Podendo sofrer variações, uma vez que, os sintomas e as complicações apresentados pelas pacientes podem ser diferentes. Anticoncepcionais orais, dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, espironolactona, finasterida e metformina são alguns exemplos que podem ser utilizados no manejo da síndrome (CAMPOS *et al.*, 2021; MOTA *et al.*, 2012).

Neste contexto, o objetivo deste traba-lho foi listar os principais pontos acerca da síndrome dos ovários policísticos, explicitando sua fisiopatogenia e implicações na vida da mulher.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre abril e maio de 2021, por meio de pesquisas na base de dados do *Google* acadêmico. Foram utilizados os descritores: SOP *and* hiperandrogenismo. Desta busca foram encontrados 529 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português; publicados entre 2007 e 2021, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa e disponibilizados na íntegra. Foi priorizado textos da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), acerca do manejo clínico, com a intenção de agrupar protocolos e diferentes abordagens terapêuticas preconizados pelas autoridades brasileiras.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 12 artigos, posteriormente submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas, figuras e de forma descritiva, discutidos em categorias temáticas abordando: o diagnóstico, os sinais e sintomas, a fisiopatologia e o tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SOP é uma das endocrinopatias que mais acomete as mulheres, chegando a atingir 10% da população feminina. Possui um histórico incompreensivo, principalmente pela sua heterogeneidade fenotípica, junto de seus variados desfechos endócrinos e metabólicos. Existem indícios de que seu início se dá na vida intrauterina, apresentando manifestações metabólicas na infância, mas só pode ser realmente observada na puberdade (SANTOS *et al.*, 2021).

Sua relação com a disfunção do metabolismo lipídico e glicídico e toda implicação que isso traz, fez com que o foco de estudo da SOP fosse além do sistema reprodutor, mas sim do organismo como um todo.

Diagnóstico

O diagnóstico da SOP é essencialmente por exclusão de patologias especificas de hiperandrogenismo. Sendo essas patologias: hiperplasia suprarrenal congênita, tumor secretor de andrógenos, Síndrome de Cushing, hipotireoidismo, hiperprolactinemia (ROSA-E-SILVA, 2018).

Feito a exclusão desses diagnósticos diferenciais, tem-se os critérios de Roterdã. Para fechar o diagnóstico é necessário a presença de pelo menos dois dos três critérios (**Tabela 10.1**).

Tabela 10.1 Consenso para a Síndrome dos ovários policísticos

Critérios de Roterdã
Oligovulação ou anovulação
Hiperandrogenismo clínico ou bioquímico (hiperandrogenemia)
Ovários Policísticos

Fonte: FEBRASGO, 2018.

Deve-se pontuar nesses critérios quando houver:

a. Ausência de ciclo menstrual por 90 dias ou menor ou igual a 9 ciclos menstruais no ano;

b. Acne, hirsutismo e alopecia de padrão androgênico ou hiperandrogenismo laboratorial;

c. Mais de 20 folículos antrais de tamanho entre 2 mm e 9 mm, em pelo menos um dos ovários ou volume ovariano ≥ a 10 cm^3. Não deve ser considerado o ovário que apresenta folículo dominante ou corpo lúteo (GOMES, 2021).

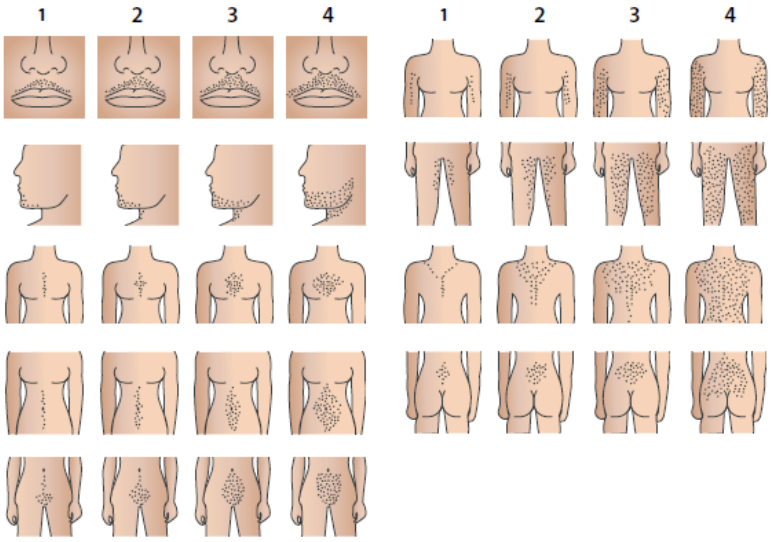
Sinais e sintomas

Na adolescência, as queixas mais recorrentes são: hirsutismo (**Figura 10.1**), irregularidade menstrual, obesidade, acantose *nigricans*, acne persistente, alopecia, seborreia ou hiperidrose. Sendo o hirsutismo o melhor marcador de hiperandrogenismo na adolescência (YELA, 2018).

Na mulher adulta, o hiperandrogenismo traz como queixas mais comuns: distúrbios menstruais, infertilidade, hirsutismo, acne persistente e alopecia. Sendo que, por muito tempo, esses foram consideradas os maiores problemas que a SOP traria para suas portadoras. Atualmente sabe-se que a SOP é um importante marcador de risco metabólico, principalmente para o desenvolvimento de DM 2 e doenças cardiovasculares (SOARES JÚNIOR *et al.*, 2018).

Os distúrbios menstruais são considerados anormais quando apresentam ciclos menores que 25 dias ou maiores que 35 dias. A anovulação é a ausência habitual de ovulação e consequente amenorreia, enquanto a oligovulação é a ocorrência de no máximo 6 ciclos ovulatórios por ano (CARVALHO, 2018).

Figura 10.1 Índice de Ferriman-Galleway para avaliação de hirsutismo



Fonte: Yela, 2018.

A infertilidade está intimamente ligada às queixas de distúrbios menstruais e frequentemente ligada à SOP. Sendo a síndrome responsável por 80% da infertilidade anovulatória (CARVALHO, 2018). O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado no histórico menstrual da paciente. Os ovários policísticos, que não são obrigatórios para diagnóstico, são caracterizados pela presença de 12 ou mais folículos em cada ovário, medindo de 2 mm a 9 mm de diâmetro ou ovários aumentados de volume (GOMES, 2021).

A obesidade e a resistência insulínica também aparecem frequentemente como sinais da SOP, devido ao desequilíbrio hormonal da síndrome. A obesidade na SOP é caracterizada pelo aumento da extensão dos adipócitos e não pelo aumento do seu número, configurando obesidade hipertrófica devido o hiperandrogenismo (SANTOS *et al.*, 2021).

É recorrente a presença de diferentes padrões de dislipidemia nas mulheres com SOP, sendo: diminuição do HDL-c, aumento do LDL-c, do colesterol total e do triglicérides. Essas modificações ocorrem pelo aumento da resistência à insulina e do hiperandrogenismo, além de fatores ambientais (SANTOS *et al.*, 2021).

A composição corporal também é modificada com o hiperandrogenismo, de forma que há um acúmulo acentuado de gordura região abdominal (SOARES JÚNIOR *et al.*, 2018).

Fisiopatologia

Dentre os fatores metabólicos, o efeito clássico da síndrome, responsável por grande parte dos sintomas, é o hiperandrogenismo. Isso deve-se ao desbalanço na secreção de LH e FSH. O padrão da secreção das gonadotrofinas é modificado, de forma que os pulso de LH são de maior amplitude, característica patognomônica da SOP. Com isso, a secreção do FSH fica diminuída e os níveis elevados de LH estimulam as células da teca a produzirem quantidades aumentadas de androgênios, predominantemente, a testosterona (ROSA-E-SILVA, 2018).

Como o desenvolvimento folicular depende de uma sincronia entre as gonadotrofinas, a insulina, o fator de crescimento insulina-like (IGF-1), o hormônio antimülleriano, as enzimas e outros fatores de crescimento, esse desbalanço hormonal traz impactos na foliculogênese ovariana. Nas mulheres porta-doras de SOP há um recrutamento maior de folículos, mas devido à baixa secreção do FSH, esses folículos não maturam e ficam em estágios intermediários. Quando essa condição está presente, observa-se a morfologia ovariana policística (ROSA-E-SILVA, 2018).

Observa-se ainda, uma ação importante da insulina e do IGF-1 na produção aumentada de androgênios nas portadoras da síndrome, independentemente da obesidade. A insulina tem ação direta na produção de androgênios ovarianos, pois tem ação sinérgica ao LH nas células da teca (ROSA-E-SILVA, 2018).

Além disso, a insulina está envolvida na redução da SHBG, que é a proteína carreadora de androgênios pelo fígado. Esses dois mecanismos aumentam a concentração da testosterona livre no organismo, corroborando para os sinais e sintomas do hiperandrogenismo (BENETTI-PINTO, 2018).

Tratamento

Atualmente busca-se proporcionar um tratamento da SOP não apenas para abordagem da parte reprodutiva (infertilidade, anovulação e hirsutíssimo), mas também voltadas à promoção e prevenção da saúde cardiovascular. Em virtude de que, diversas alterações clínicas e laboratoriais são encontradas nestas mulheres, por exemplo: síndrome metabólica, hiperandrogenismo, risco cardiovascular, intolerância à glicose e alteração do índice de massa corporal (CAMPOS *et al.* 2021).

Hiperandrogenismo

É uma das principais disfunções na SOP, presente em 70% a 80% das pacientes. O tratamento deve ser prolongado e baseia-se, principalmente, no uso de contraceptivos combinados e drogas antiandrogênicas. O mecanismo de ação dos contraceptivos se dá por: bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano pelo progestagênico, reduzindo a produção de LH e, consequentemente, resultando em uma menor produção de androgênios. A ação do estrogênio oral sobre o fígado aumenta a SHBG; alguns progestagênicos possuem uma ação antiandrogênica por bloquearem receptores androgênicos ou inibirem a enzima 5 alfa redutase. Drogas antiandrogênicas: ciproterona, espironolactona, finasterida e flutamida podem ser usadas isoladamente ou associadas aos contraceptivos orais. Isso depende de uma avaliação global da paciente e da intensidade das queixas (BENETTI-PINTO, 2018).

Medidas cosméticas também podem ser associadas ao tratamento, principalmente aquelas relacionadas ao hirsutíssimo localizado. Algumas medidas são: depilação mecânica, descoloração de pêlos. O tratamento deve ser seguido por seis meses para uma posterior reavaliação. No caso de desejo de

gestação o tratamento deve ser interrompido (CAMPOS, 2021; CARVALHO, 2018).

Dislipidemia

Portadoras de SOP possuem maior chance de disfunção lipídica quando comparadas a mulher sem comorbidade e da mesma idade. Isso decorre do aumento a da resistência insulínica, obesidade central e o hiperandrogenismo (SOARES, 2018).

O principal alvo terapêutico é a redução do LDL, partícula mais associada aos eventos cardiovasculares. Para isso, mudanças no estilo de vida são a base do tratamento da dislipidemia na SOP, por exemplo, a alimentação saudável, a perda de 5% a 10% do peso inicial e uma rotina de atividade física contribuem para a melhora do perfil lipídico e de outros fatores da síndrome (CAMPOS, 2021; MARCHESAN & SPRITZER, 2018).

O contraceptivo oral, que é a primeira escolha no tratamento do hiperandrogenismo, pode acarretar em aumento do nível de triglicérides e HDL e reduzir o LDL. Assim, nas pacientes dislipidêmicas, a recomendação deve ser cautelosa e dependendo dos níveis pode ser contraindicada. Nesses casos, o acompanhamento com o endocrinologista deve ser considerado (MACIEL, 2018).

O tratamento farmacológico deve ser individualizado em pacientes com idade inferior a 40 anos, quando não atingir os alvos terapêuticos com as mudanças no estilo de vida. Especialmente quando existirem outros fatores de risco cardiovasculares. As estatinas são os fármacos de primeira escolha e, se hipertrigliceridemia de moderada à severa, deve-se optar pelo uso dos fibratos (MARCHESAN & SPRITZER, 2018).

Hiperinsulinemia, resistência insulínica e intolerância à glicose

O uso de sensibilizantes da insulina passou a ser parte do tratamento da SOP quando se comprovou o papel da resistência insulínica em sua fisiopatologia. Desta forma, quando comprovado o quadro de hiperinsulinêmica ou resistência insulínica na paciente, deve-se utilizar a metformina na dose de 1000 mg a 1500 mg/dia. Além do efeito sensibilizante da insulina, provoca redução do hiperandrogenismo, mas não deve ser usada de forma isolada com esse objetivo (GOMES, 2021; BENETTI-PINTO, 2018).

Uma nova droga tem sido utilizada, o mio inositol (MI). Trata-se de um sensibilizador da insulina, utilizado com suplemento alimentar. Os resultados têm mostrado uma diminuição significativa na glicemia de jejum e do índice HOMA-IR (com finalidade de determinar a resistência à insulina), mas ainda carece de mais estudos (MACIEL, 2018).

Nesse aspecto, as medidas de mudança no estilo de vida são fundamentais e inclusive, parte do tratamento. A prática de exercícios frequentes é uma importante forma de sensibilização da insulina e redução de 5% a 10% do peso inicial, inclusive com significativa redução na resistência insulínica (CAMPOS *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

A SOP acomete cerca de 6% a 10 % das mulheres em idade reprodutiva, ou seja, cerca de 105 milhões na idade entre 15 e 49 anos de idade. Pode ser clinicamente suspeitada frente às manifestações de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne, alopecia) e ciclos menstruais irregulares. Embora sua etiologia ainda não seja completamente compreendida, o conhecimento da anormalidade no eixo hipotálamo-hipofisário, esteroidogênese e resistência

insulínica são essenciais para um tratamento eficiente.

O foco da investigação clínica deve ser o reconhecimento precoce e o subsequente tratamento das possíveis sequelas metabólicas. É importante orientar e estimular estas pacientes a modificarem o estilo de vida, adotando uma dieta balanceada e exercícios físicos regulares.

O tratamento visa reduzir os sinais do hiperandrogenismo, restaurar os ciclos ovulatórios regulares, controlar traços da síndrome metabólica e possíveis repercussões emocionais. A escolha do tratamento dependerá da gravidade dos sintomas e dos objetivos específicos, considerando sempre as eventuais conseqüências e a qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENETTI-PINTO, C.L. Tratamento das manifestações androgênicas. *In:* Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Cap. 5. p. 56-67.

CAMPOS, A.E. *et al*. O impacto da mudança do estilo de vida em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. e4354, 2021.

CARVALHO, B.R. Particularidades no manejo da infertilidade. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Cap. 8. p. 88-103.

COSTA, L.O.B.F. *et al.* Prevalência da síndrome metabólica em portadoras da síndrome dos ovários policísticos. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 1, p. nd. 2007.

MOTTA, E. L. A. da. *et al*. M. O uso de sensibilizadores de insulina no tratamento de infertilidade em pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP). Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 34, n. 3, p. 99-101, 2012.

GOMES, P.C.A. Aspectos ultrassonográficos na síndrome dos ovários policísticos: novas recomendações. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 6525-6535, 2021.

MACIEL, G.A. Uso de sensibilizadores de insulina: Como? Quando? Até quando? In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Cap. 7. p. 78-87.

MARCHESAN, L.B & SPRITZER, P.M. Abordagem do dismetabolismo lipídico. *In:* Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Cap. 6. p. 68-77.

ROSA-E-SILVA, A.C. Conceito, epidemiologia e fisiopatologia aplicada à prática clínica. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Cap. 1. p. 1-15.

SANTOS, R.M.A. *et al*. As alterações bioquímicas na síndrome dos ovários policísticos: uma breve revisão, v. 4, n. 1, p. 772–785, 2021.

SOARES JÚNIOR, J.M. *et al.* Repercussões metabólicas: quais, como e por que investigar? *In:* Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Cap. 3. p. 29-39.

YELA, D.A. Particularidades do diagnóstico e da terapêutica da síndrome dos ovários policísticos na adolescência. *In*: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Cap. 2. p. 16-28.

CAPÍTULO 11

Terapêutica na síndrome dos ovários policísticos

AUTORES
Fernanda Paes Leme Zanini[1]
Gabriella Freitas Pereira Bartolomeu[1]
Helena Campoli Reggiani[1]
Isadora Farias Costa[1]
Isadora Pinheiro Felix[1]
Isadora Teixeira de Faria[1]
Júlia Sade Resende[1]
Mariana Araújo Basílio[1]
Raquel Athayde Braga Machado[1]
Victor Pinheiro Felix[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Palavras-chave: síndrome dos ovários policísticos; hiperandrogenismo; tratamento.

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma desordem metabólica e endócrina heterogênea constituída por oligomenorreia ou anovulação crônica, hiperandrogenismo e resistência a insulina. Os sintomas associados geralmente surgem nos primeiros anos da puberdade e se caracterizam por ciclos menstruais irregulares, anovulação e acne (STRACQUADANIO *et al.*, 2018).

Dependendo do critério diagnóstico, aproximadamente 6% a 20% das mulheres em idade reprodutiva são afetadas. Os critérios de Rotterdam são geralmente utilizados para as mulheres adultas, porém para as adolescentes foram delineados diferentes critérios diagnósticos (WITCHEL *et al.*, 2019).

A SOP está associada a pulsos de hormônio liberador de gonadotrofina persistentemente rápidos, excesso de hormônio luteinizante (LH) e secreção do hormônio folículo estimulante (FSH), que contribuem para a produção excessiva de andrógenos ovarianos e disfunção ovulatória. Além disso, a hiperinsulinemia gerada pela resistência à insulina aumenta a produção de androgênio, bem como a sua biodisponibilidade, em virtude dos níveis reduzidos de ligação do hormônio sexual à globulina (MCCARTNEY & MARSHALL, 2016).

A SOP está relacionada com anormalidades cardiometabólicas, risco aumentado de doença cardiovascular e doença vascular subclínica, diminuição da tolerância à glicose, diabetes *mellitus* tipo 2, níveis diminuídos de lipoproteína de alta densidade (HDL) e níveis mais altos de triglicerídeos e lipoproteína de baixa densidade (LDL) (MCCARTNEY & MARSHALL, 2016).

Nesse contexto, nas pacientes com chance de SOP e na confirmação diagnóstica, o manejo compreende, primeiramente, intervenções por meio de ações educativas, mudanças no estilo de vida e alimentação. Posteriormente, intervenções medicamentosas direcionadas ao controle dos sintomas. As intervenções medicamentosas são definidas individualmente de acordo com os sintomas (WITCHEL *et al.*, 2019).

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi o de analisar novas perspectivas no tratamento da SOP, no intuito de proporcionar às portadoras dessa síndrome, a melhora da qualidade de vida.

MÉTODO

O presente estudo é uma revisão de literatura, realizada no período de abril e maio de 2021, por meio de referenciais teóricos das bases de dados PubMed. Foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde (DECS): *polycystic ovary syndrome; hyperandrogenism; hirsutismo; treatment; adolescent*. Esta busca resultou em 22 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2000 a 2020 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 16 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: o hirsutismo e a acne, oligomenorreia ou amenorreia, infertilidade e obesidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SOP é a endocrinopatia mais comum nas mulheres em idade reprodutiva e suas manifestações clínicas se apresentam de forma variada, tendo como base a hiperandrogenemia. Os sinais e sintomas mais evidentes são os quadros de hirsutismo, acne, oligomenorreia ou amenorreia e infertilidade. Ademais, a presença de obesidade ou sobrepeso têm grandes repercussões na clínica da paciente, sendo um alvo terapêutico importante para a melhora do quadro. Como sua manifestação é variada, é importante ressaltar e consolidar que a terapia para a SOP é específica e dinâmica, devendo se enquadrar nas necessidades individuais de cada mulher. Os tratamentos disponíveis não revertem o distúrbio, entretanto, a perda de peso significativa pode apresentar esse efeito em algumas mulheres obesas com SOP (MCCARTNEY & MARSHALL, 2016).

Hirsutismo e acne

O tratamento da SOP é baseado nas manifestações clínicas dos diferentes órgãos e sistemas, uma vez que é responsável por repercussões hormonais, metabólicas, reprodutivas e psíquicas no organismo (PICCINI *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a SOP geralmente engloba manifestações clínicas dermatológicas secundárias ao hiperandrogenismo, como a acne e o hirsutismo. Apresenta, na maioria das vezes, quantidades adequadas de estrogênios e deficiência na secreção de progesterona. Assim, dentre as opções de tratamento farmacológico que contemplam a resolução da acne e do hirsutismo, o anticoncepcional hormonal oral (ACHO) é a linha de primeira escolha. Ele atua diminuindo os níveis plasmáticos de testosterona livre, visto que aumenta a globulina ligadora de gonadotrofina (MCCARTNEY & MARSHALL, 2016).

Apesar do ACHO aumentar o risco de hipercoagulabilidade e de trombogênese, ele é usado associado com qualquer tipo de progestágeno ou com o acetato de ciproterona. Atuando como antagonista do receptor de andrógeno e, consequentemente, como normalizador dos níveis androgênicos no organismo. Essa ação é responsável por atenuar as manifestações clínicas referentes à acne e ao hirsutismo (MCCARTNEY & MARSHALL, 2016).

Em quadros moderados e graves é comum associar anticoncepcionais orais com drogas antiandrogênicas, como espironolactona, acetato de ciproterona e finasterida. A espironolactona atua inibindo a ligação da testosterona em seus receptores e na atuação da enzima 5-α-redutase, presente na biossíntese androgênica. Por outro lado, o acetato de ciproterona também age como um antiandrogênico esteroidal, podendo ser usado isoladamente ou em combinação com os ACHO. Ele se liga ao receptor androgênico e inibe sua síntese, bloqueia a secreção de gonadotrofinas, pois com a baixa concentração de testosterona a secreção de gonadotrofinas é inibida, gerando redução do LH e da produção androgênica. Por fim, inibe enzimas envolvidas na síntese do androgênio. Pode-se utilizar a finasterida, sendo ela um inibidor da enzima 5-α-redutase, reduzindo as concentrações séricas da dihidrotestosterona (DHT). Entretanto, seu uso é contraindicado em casos de gravidez (BENETTI-PINTO, 2018).

O tratamento da acne pode ser realizado de forma isolada, primeiramente, utilizando terapias tópicas. O objetivo principal é a redução na produção do sebo e da inflamação. Na forma de acne leve é sugerido o tratamento com peróxido de benzoíla a 0,1% ou 2,5% ou ainda, re-

tinoides tópicos de forma isolada ou combinados. Na forma de acne moderada ou grave é necessário o uso de ACHO combinados, a fim de diminuir os níveis androgênicos sistêmicos, bem como o uso de antibióticos macrolídeos por 3 ou 4 meses, na tentativa de reduzir a inflamação gerada pelas lesões acneicas (WITCHEL *et al.*, 2019).

Como abordado por McCartney e Marshall (2016), a hiperandrogenemia em mulheres, principalmente relacionado aos níveis supranormais de testosterona e da dihidrotestosterona (DHT), leva ao aumento de pelos em áreas sensíveis ao androgênio, tais como: lábio superior, região esternal e abdome. Assim, o tratamento do hirsutismo envolve o uso de medicamentos que diminuem a produção endógena de andrógenos, associado aos métodos de remoção do pelo (depilação com cera ou química, terapia baseada em luz, tricotomia). A eletrólise é uma forma de extrair o pelo permanente, pois promove a destruição do bulbo capilar. Ademais, a terapia baseada em luz compreende a luz intensa pulsada e os *lasers*, que apresentam resultados positivos no tratamento, sendo o laser associado à melhora na qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres jovens com SOP (WITCHEL *et al.*, 2019).

Oligomenorreia ou amenorreia

A anovulação crônica é definida pela ausência persistente da ovulação, se manifestando clinicamente por amenorreia (ausência da menstruação) ou oligomenorreia (ciclos que ocorrem a intervalos acima de 35 dias). Provocada por uma alteração na secreção dos hormônios folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH). A disfunção ovariana e a anovulação crônica são distúrbios comuns da SOP e constituem fatores de aumento no risco de desenvolvimento de hiperplasia endometrial e posteriormente, carcinoma endometrial (PEREIRA *et al.*, 2015).

Na SOP, o tratamento da amenorreia é feito com a administração de progestagênios cíclicos ou anticoncepcional hormonal combinado oral (ACHO). Os quais promovem regularização do ciclo menstrual e proteção contra carcinoma endometrial. Entretanto, o uso cíclico de progestagênios não trata o hiperandrogenismo, ao contrário dos ACHO que podem auxiliar no tratamento dessa condição. Nos quadros que envolvem a resistência à insulina, esta deve ser amenizada com a alteração no estilo de vida, especialmente a redução do peso, o uso de substâncias sensibilizadoras, (metformina na dosagem entre 500 mg e 2500 mg ao dia); pioglitazona (15mg a 45 mg ao dia); mio inositol (4 g ao dia). Contudo, existem poucas evidências acerca do uso desses dois últimos medicamentos (BENETTI-PINTO, 2018).

Caso a paciente apresente o desejo de engravidar, o anticoncepcional oral deve ser suspenso e a ovulação deve ser induzida. A droga de escolha para indução da ovulação em pacientes com SOP é o citrato de clomifeno (CC) na dose de 50 mg a 200 mg/dia, durante cinco dias, a partir do 3º, 4º ou 5º dia do ciclo menstrual. Pacientes com SOP resistentes ao CC podem utilizar drogas que diminuem os níveis de insulina, isoladamente ou em associação ao CC. A utilização isolada da metformina (1500 mg a 2000 mg/dia) promove a ovulação em 78% a 96% das pacientes. Pacientes com níveis elevados de DHEAS (deidroepiandrosteronas) são mais resistentes ao CC e podem beneficiar-se da administração de corticoide. A fertilização *in vitro* (FIV) pode ser utilizada nos casos em que a estimulação ovariana foi exagerada, com o objetivo de evitar o cancelamento do ciclo. Pacientes com SOP parecem ter maior risco de abortamento após FIV (JUNQUEIRA *et al.*, 2003).

Infertilidade

A fisiopatologia da infertilidade anovulatória na SOP envolve diversos eixos endócrinos. As mulheres portadoras dessa síndrome apresentam redução dos níveis da proteína transportadora de hormônios sexuais (SBGH), com aumento das frações livres de estrogênio e androgênio, provocando a manifestação clínica característica da SOP, o hiperandrogenismo. Isso causa a diminuição dos níveis séricos de hormônio folículo estimulante (FSH), níveis mais altos de hormônios luteinizante (LH), outro importante estímulo à síntese androgênica, bem como do hormônio antimulleriano (AMH) (TANBO *et al.*, 2018). Destaca-se que, a resistência insulínica e a hiperinsulinemia repercutem no hiperandrogenismo por atuarem de forma sinérgica ao LH nas células da teca. O resultado dessa interação é a alteração do desenvolvimento folicular normal, com prejuízo no desenvolvimento do folículo dominante, ainda que com um número normal de folículos primordiais (TANBO *et al.*, 2018).

Quando é necessária a utilização de medicamentos para a indução de ovulação, o citrato de clomifeno (CC) deve ser considerado como fármaco de primeira linha. Ele promove o aumento da secreção de hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e do nível das gonadotrofinas LH e FSH, liberados pela hipófise. Estudos mostram que, apesar de ter ovulação com o uso do CC, a taxa de gravidez é baixa. Uma possível explicação pode ser dada pelos efeitos antiestrogênicos do CC que podem gerar a diminuição da espessura endometrial e alterar o muco (BHERING *et al.*, 2020).

Outra opção utilizada é a metformina, uma droga insulino sensibilizante da classe das biguanidas. A maioria dos estudos mostrou que a metformina melhora significativamente os ciclos menstruais e as taxas de ovulação na maioria das mulheres com SOP. Além disso, foi relatado uma diminuição do risco de aborto, mediado pelo aumento de alguns fatores necessários para implantação e proteção da gravidez (PASQUALI, 2018).

Nos últimos anos, o Letrozol, um fármaco da classe dos inibidores da aromatase que aumenta a liberação de FSH pela adenohipófise, tem sido muito usado quando a paciente não apresenta resposta ao tratamento com o citrato de clomifeno (CC). Diferentemente do CC, o letrozol não apresenta efeitos antiestrogênicos, o que pode ser vantajoso quando se analisa as taxas de gravidez como desfecho (PRITTS, 2010).

Uma revisão narrativa de 2019 apontou o letrozol como uma opção eficaz e segura para induzir a ovulação em mulheres com SOP, considerando-o como primeira linha de tratamento. O letrozol demonstrou taxas satisfatórias de ovulação e gestação, por isso pode ser considerada a primeira alternativa medicamentosa tendo resposta satisfatória e segura em casos de resistência ao CC (COSTELLO *et al.*, 2019).

Segundo Bhering *et al.*, (2020), a associação da metformina com letrozol pode aumentar a taxa de nascidos vivos e é uma terapia alternativa para pacientes resistentes ao tratamento com citrato de clomifeno (CC). Essa combinação se mostrou benéfica em alguns estudos analisados, com aumento das taxas de ovulação, gravidez e nascidos vivos. No entanto, os dados ainda são inconsistentes e carecem de melhor evidência.

Com o custo mais elevado de tratamento, as gonadrotofinas são hormônios glicoproteicos que podem ser encontradas nas formas de FSH urinário (uFSH), preparações urinárias altamente purificadas de FSH (HPuFSH), Gona-

dotrofinas da Menopausa Humana (HMG) ou na forma de variantes recombinantes (FSH recombinante – rFSH). Todas elas são muito utilizadas no tratamento da infertilidade porque permitem a maturação e o desenvolvimento folicular. Podem ser utilizadas em associação com o letrozol, visando estimular a ovulação e acelerar o desenvolvimento do corpo lúteo (BHERING *et al.*, 2020).

A fertilização *in vitro* é considerada o tratamento de terceira escolha. O protocolo 'curto', baseado em antagonista é a opção preferida para pacientes com SOP. Afinal, está associada a um menor risco de desenvolver síndrome de hiperestimulação ovariana (BHERING *et al.*, 2020).

Obesidade

A obesidade está geralmente presente nas pacientes com SOP e pode interferir no processo de ovulação por meio dos três mecanismos a seguir: aumento da aromatização periférica de andrógenos no estrogênio (matriz) e inibição da síntese hepática de SHBG, o que leva a um aumento na fração livre de estradiol e testosterona. Além do aumento dos níveis de insulina, ele coopera com as gonadotrofinas (LH) e estimula as células da teca, no estroma ovariano, a sintetizar andrógenos (SILVA *et al.*, 2016).

A obesidade está associada a níveis mais elevados de resistência à insulina, principalmente na obesidade robótica, em que a gordura está mais localizada na região abdominal. Em comparação com a população em geral, a resistência à insulina é mais comum em pacientes com SOP, representando cerca de 50% dos casos. A resistência à insulina e a hiperinsulinemia estão envolvidas na disfunção da produção de esteroides ovarianos na SOP. A insulina altera a produção de esteroides ovarianos, independentemente da secreção de gonadotrofina na SOP. A insulina e o receptor IGF-1, fator de crescimento semelhante à insulina, estão presentes nas células do estroma ovariano. O IGF é uma substância com fortes semelhanças estruturais e funcionais da pró-insulina (CAMPOS *et al.*, 2021).

As relações entre a obesidade e a SOP são complexas, mas as evidências indicam que a resistência à insulina e o hiperandrogenismo representam uma ligação entre estas duas condições. Estudos demonstram que a exposição ao excesso de androgênios no período intrauterino, neonatal ou na vida adulta, aumenta a expressão de genes envolvidos na lipogênese, predispondo ao acúmulo de massa gorda, principalmente na região abdominal (SILVA *et al.*, 2016).

A perda de peso é a recomendação inicial para pacientes obesas. Ela diminui a insulina e, consequentemente, reduz o estímulo à produção de androgênio promovido pela mesma. A mudança do estilo de vida é a abordagem mais efetiva, barata e sem efeitos colaterais. Consiste na prática de atividades físicas regulares e dieta balanceada. A perda de apenas 2% a 7% do peso melhora praticamente todos os parâmetros da SOP, como a função ovariana e reduzindo os níveis de andrógenos. Estes efeitos estão relacionados à redução nos níveis de insulina e à melhora da resistência insulínica (PELUSI & PASQUALI, 2003).

As principais drogas utilizadas para o tratamento da obesidade em pacientes com SOP são a metformina e as tiazolidinedionas. A metformina é uma biguanida que atua preliminarmente suprimindo a glicogênese hepática, aumentando a sensibilidade periférica à insulina e diminuindo a absorção intestinal de glicose. As tiazolidinedionas, também conhecidas como glitazonas (rosiglitazona e pioglitazona), formam outra classe de medicamentos usada em pacientes com diabetes.

Esses agentes ligam-se aos receptores insulínicos nas células de todo o corpo, tornando-as mais responsivas à insulina, reduzindo os níveis séricos de insulina e de glicose (ARAÚJO *et al*., 2000).

De forma semelhante à metformina, a rosiglitazona e a pioglitazona mostraram que podem melhorar a função ovulatória em algumas pacientes. Entretanto, as glitazonas são medicamentos considerados categoria C e, portanto, devem ser usadas como agentes indutores da ovulação em casos restritos. Devendo ser suspensos assim que se confirme a gravidez (ARAÚJO *et al*., 2000).

CONCLUSÃO

A SOP é uma doença que está relacionada com diversos órgãos do corpo humano e suas manifestações clínicas diferem em cada paciente. Por isso, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com cada caso. O hiperandrogenismo, a infertilidade, a obesidade e a oligomenorreia são sintomas e sinais clínicos presentes na SOP. Sendo assim, são os principais alvos para o tratamento da doença.

Destaca-se que, a mudança do estilo de vida configura-se como um método de extrema importância na terapêutica de pacientes que apresentam a síndrome dos ovários policísticos. A perda ponderal, associada à mudança de estilo de vida, por meio de uma alimentação saudável e a prática de atividade física devem ser estimulados. Afinal, são fundamentais para a redução do risco metabólico e melhora dos níveis glicêmicos, podendo até mesmo contribuir para o reajuste dos ciclos ovulatórios. Essa abordagem impacta nos níveis de andrógenos, na função ovariana e na resistência insulínica, sendo ideal a sua realização.

Além disso, o tratamento farmacológico das pacientes deve ser realizado conforme as especificidades de cada quadro clínico. Existem diferentes medicamentos para cada queixa apresentada. Para o tratamento da acne e do hirsutismo, o anticoncepcional hormonal oral (ACHO) é a linha de primeira escolha. Ademais, o uso de contraceptivos orais combinados (estrogênio e progesterona) são indicados como terapia para a disfunção menstrual. Entretanto, caso a paciente apresente o desejo de engravidar, o contraceptivo oral deve ser suspenso e a ovulação estimulada. O que pode ser feito com o uso do citrato de clomifeno, associado ou não à metformina. Para o tratamento da resistência insulínica recomenda-se o uso dos antidiabéticos orais.

Não é possível reverter o quadro de SOP, entretanto, o tratamento pode melhorar o quadro clínico da paciente, que está em idade reprodutiva. Desse modo, é de extrema importância a orientação por parte do ginecologista, sobre os impactos dessa síndrome no corpo da mulher, bem como a instituição de medidas que diminuam os fatores de risco e melhorem a qualidade de vida dela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L.M.B. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 509-518, dez. 2000.

BENETTI-PINTO, C.L. Tratamento das manifestações androgênicas. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: 2018. Cap 5. p.56-67.

BHERING, N. *et al*. Comparison of the efficacy of ovulation induction drugs in women with polycystic ovary syndrome resistant to clomiphene citrate Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 4, p. 10826-10842 jul./aug. 2020.

CAMPOS, A.E. *et al*. O impacto da mudança do estilo de vida em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. e4354, fev. 2021.

COSTELLO, M. *et al.* A Review of first line infertility treatments and supporting evidence in women with polycystic ovary syndrome. Medical Sciences, v. 7, n. 9, p. 95-105, 2019.

JUNQUEIRA, P.A. de A. *et al.* Síndrome do ovário policístico. Revista da Associação Médica Brasileira. Diretrizes em foco ginecologia, São Paulo, v. 49, n. 01, p. 26-42, jan./mar. 2003.

MCCARTNEY, C.R. & MARSHALL, J.C. Polycystic Ovary Syndrome. New England Journal of Medicine, v. 375, n. 1, p. 54-64, 2016.

PASQUALI, R. Contemporary approaches to the management of polycystic ovary syndrome. Therapeutic Advances In Endocrinology And Metabolism, v. 9, n. 4, p. 123-134, Feb. 2018.

PELUSI, C. & PASQUALI, R. Polycystic ovary syndrome in adolescents: pathophysiology and treatment implications. Treat Endocrinol., v. 2, n. 4, p. 215-230, 2003.

PEREIRA, J.M. *et al*. Síndrome do ovário policístico: terapia medicamentosa com metformina e anticoncepcionais orais. Saúde & Ciência em Ação, v. 1, n. 1, p. 26-42, jul./dez. 2015.

PICCINI, C.D. *et al*. Síndrome dos ovários policísticos, complicações metabólicas, cardiovasculares, psíquicas e neoplásicas de longo prazo: uma revisão sistematizada. Clinical & Biomedical Research, v. 40, n. 3, mar. 2021.

PRITTS, E.A. Letrozole for ovulation induction and controlled ovarian hyperstimulation. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, v. 22, p. 289-294, 2010.

SILVA, R. do C. *et al.* Síndrome dos ovários policísticos, síndrome metabólica, risco cardiovascular e o papel dos agentes sensibilizadores da insulina. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 281-290, abr. 2006.

STRACQUADANIO, M. *et al.* Effects of myo-inositol, gymnemic acid, and l-methylfolate in polycystic ovary syndrome patients. Gynecological Endocrinology, v. 34, p. 495-501, 2018.

TANBO, T; *et al*. Ovulation induction in polycystic ovary syndrome. Acta Obstet Gynecol Scand, v. 97, n. 10, p. 1162-1167, 2018.

WITCHEL, S.F. *et al.* Polycystic ovary syndrome: pathophysiology, presentation, and treatment with emphasis on adolescent girls. Journal of the Endocrine Society, v. 3, n. 8, p. 1545-1573, 2019.

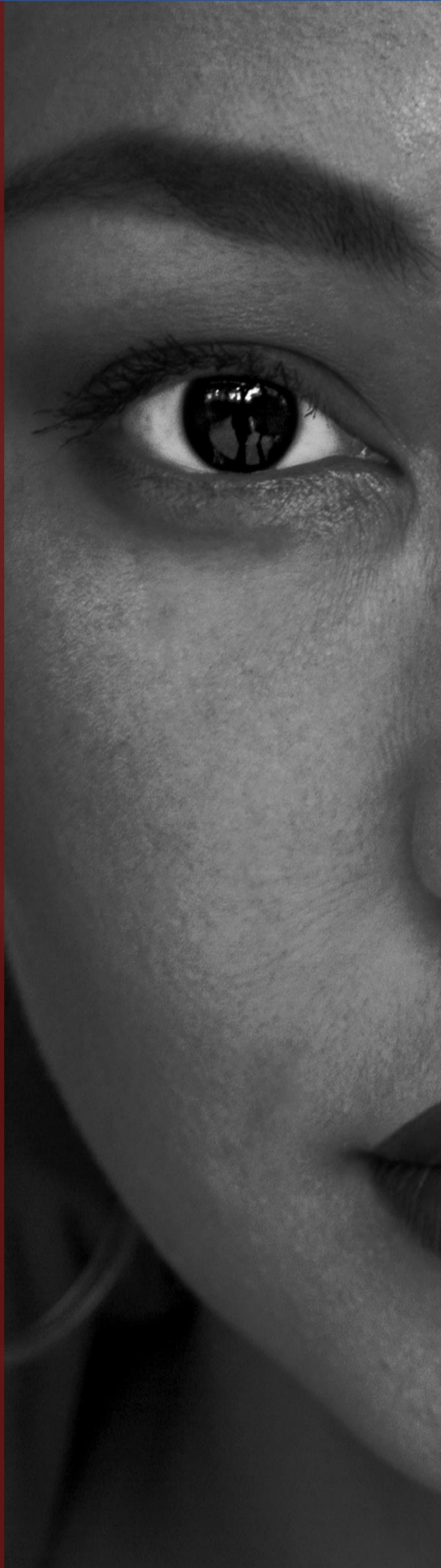
CAPÍTULO 12

Uso de metformina no tratamento da resistência insulínica em pacientes com síndrome dos ovários policísticos

AUTORES
Luiza Cardoso Vieira[1]
Eudes Urzedo Costa Júnior[1]
Elisa Maia Alkmim[1]
Rafael Lourenço Donadeli[1]
Maria Alice Guadalupe[1]
Gabriela Ferreira Freiria[1]
Vinícius Leite Melo[1]
Amanda Pais Ravasio[1]
Letícia Maria Pereira de Miranda[2]
João Victor Souza Gomes[3]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste.
[2]Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
[3]Pós-graduando de Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia da Faculdade Vanguarda e Portal Fisio em Ortopedia.

Palavras-chave: metformina; síndrome dos ovários policísticos; resistência à insulina.



A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) acomete aproximadamente 10% das mulheres em período reprodutivo. Possui etiopatogenia multifatorial não completamente conhecida e suas principais características clínicas são: hiperandrogenismo em variados graus de apresentação clínica e anovoluação crônica (FEBRASGO, 2018).

Ainda não há um consenso quanto aos critérios diagnósticos da SOP, porém os mais utilizados são os estabelecidos no Consenso de Rotterdam, sendo a exclusão obrigatória de outra doença que possa estar associada ao hiperandrogenismo e a presença de pelo menos dois dos três achados: oligoamenorreia; hiperandrogenismo clínico ou laboratorial; morfologia ultrassonográfica de policistose ovariana. Seu diagnóstico é quase sempre clínico, caracterizado pela irregularidade menstrual e hiperandrogenismo clínico (FEBRASGO, 2018).

Quanto à irregularidade menstrual, a oligoamenorreia é marcada pela ausência de menstruação por pelo menos 90 dias ou menos de 9 ciclos menstruais em um ano. Nos casos em que não são tão claras as manifestações hiperandrogênicas, é importante que seja feito a diferenciação de outras doenças que cursam com anovulação crônica como a hiperprolactinemia e a insuficiência ovariana prematura. Para isso, deve ser solicitado a dosagem hormonal de prolactina e hormînio folículo estimulante (FSH), não sendo necessário dosar o hormônio luteinizante (LH) (FEBRASGO, 2018).

Em relação ao hiperandrogenismo clínico, o diagnóstico é comumente subjetivo, envolvendo a avaliação da distribuição de pelos pelo corpo, aumento da oleosidade da pele, presença de acne, quedas de cabelo e, em casos mais graves, sinais de virilização com clitotoromegalia e alopecia androgênica (FEBRASGO, 2018).

Essa apresentação clínica é decorrente dos efeitos dos androgênios sobre os folículos pilosos e sebáceos, levando aos sinais e sintomas clínicos do hiperandrogenismo (acne, pelo oleosa, queda de cabelo, clitoromegalia e alopécia androgênica). Cabe ressaltar que, várias outras doenças com repercussões endócrinas relacionadas ao hiperandrogenismo podem apresentar quadro clínico muito semelhante, sendo especialmente importante o diagnóstico diferencial com tumores produtores de androgênios, hiperprolactinemia, disfunções tireoidianas e hiperplasia adrenal congênita (FEBRASGO, 2018).

Nos casos em que as manifestações clínicas não são tão claras, deve ser feito uso de exames de imagens, preferencialmente ultrassonografia pélvica transvaginal bidimensional, a fim de avaliar a morfologia ovariana (FEBRASGO, 2018). Segundo as recomendações da *American Society for Reproductive Medicine/European Society of Humam Reproduction and Embriology* (2018), os critérios diagnósticos são: presença de 20 ou mais folículos ovarianos com diâmetro médio de 2 mm a 9 mm ou volume ovariano total ≥ à 10 cm^3 em um ou ambos os ovários.

A etiopatogenia envolve componentes genéticos, fatores metabólicos, ambientais e distúrbios endócrinos hereditários. Dentre os componentes endócrinos, o estudo da fisiopatologia da doença evidencia uma hipersecreção do hormônio luteinizante (LH) e baixa secreção ou limite inferior da normalidade do hormônio folículo estimulante (FSH) (DUMESIC *et al*., 2015). O aumento nos níveis de LH resulta no aumento da produção de androgênios, especialmente a testosterona que, devido ao desequilíbrio entre LH e FSH, não é convertida em estradiol, resultando na

ocorrência de hiperandrogenismo, característico dessa doença (FEBRASGO, 2018).

Esse desequilíbrio entre o LH e o FSH repercute no desenvolvimento folicular, que é dependente de uma sincronia entre o LH e o FSH com outros componentes endócrinos e metabólicos. Há impacto sobre a foliculogênese ovariana com maior recrutamento e ativação folicular, acompanhada de redução da atresia desses folículos que, devido aos baixos níveis de FSH permanecem em estágio intermediário. O que confere ao ovário a morfologia policística (FEBRASGO, 2018; DUMESIC *et al.*, 2015*;* HILLIER, 1994).

Além das gonadotrofinas, outro hormônio envolvido na fisiopatologia da SOP é a insulina que, frequentemente encontra-se aumentada em nas portadoras de SOP. A hiperinsulinemia age estimulando a produção de androgênios e aumentando a concentração de testosterona livre, potencializando os efeitos desse hormônio (FEBRASGO, 2018; NESTLER, 1997; DUNAIF *et al.*, 1989). Além de suas repercussões nos ciclos ovulatórios e nas características androgênicas, a SOP é considerada um relevante fator de risco metabólico (BARACAT & SOARES-JUNIOR, 2007).

A ocorrênica de dislipidemia, geralmente marcada por queda do HDL colesterol e alta dos triglicerídeos em pacientes com SOP, é multifatorial e decorrente, principalmente, da resistência insulínica e do hiperandrogenismo. A prevalência de resistência insulínica varia entre 44% e 70%, não sendo claramente definida. É caracterizada pela redução da sensibilidade dos tecidos à ação da insulina. Sabe-se que, quanto maior for a presença de androgênios na circulação sanguínea, maior será a possibilidade de desenvolver resistência insulínica, intolerância à glicose e diabetes *mellitus* tipo 2. Além disso, a hiperinsulinemia potencializa os efeitos androgênicos, ao influenciar a maior concentração de androgênios livres circulantes, responsáveis pelos efeitos androgênicos (FEBRASGO, 2018).

A glicemia deve ser avaliada na primeira consulta e reavaliada após um a três anos, devido ao risco da paciente para desenvolver diabetes *mellitus*. Para a avaliação clínica devem ser observados os sinais e sintomas característicos de resistência insulínica como: acantose *nigricans* e de diabetes *mellitus (*poliúria, polidipsia e perda recente de peso). Em relação à avaliação laboratorial, deve-se solicitar glicemia de jejum, hemoglobina glicada ou glicemia após sobrecarga de glicose, especialmente nas pacientes de alto risco para desenvolvimento de diabetes *mellitus* (TEEDE *et al.*, 2018; FEBRASGO, 2018; ROCHA *et al.*, 2011).

Neste contexto, atestada a resistência insulínica na SOP, o tratamento com fármacos sensibilizadores de insulina tornou-se uma opção aceita, especialmente pelo uso da metfotmina pelo de custo reduzido e segurança (FEBRASGO, 2018). É necessário destacar que, o papel implícito da metformina no manejo de doenças ainda não é esclarecido por completo (LV & GUO, 2020). Esse fármaco inibe o complexo mitocondrial I, de suma importância para o transporte de elétrons e gera a cascata de reações ativando a adenosina 5′-monofosfato proteína quinase ativada (AMPK). Isso ocorre, pois essa inibição inicial gera um incremento da concentração intracelular de adenosina difosfato (ADP) e uma redução da concentração de adenosina trifosfato (ATP). A partir disso, as moléculas de ADP promovem a ativação da AMPK, importante para vários processos metabólicos como a homeostase energética, o metabolismo de glicose e o metabolismo de lipídios (LV & GUO, 2020).

Existem registros na literatura da ativação da AMPK pela metfotmina, através da via

lisossomal (ZHANG, 2016). Essas reações resultam na inibição da produção da glicose pelo fígado e, paralelamente, a AMPK auxilia na manutenção da integridade barreira intestinal, o que ajuda a combater a resistência insulínica (AN & HE, 2016). A metformina é capaz alterar a homeostase metabólica por meio da inibição da sinalização do receptor de insulina e do fator de crescimento semelhante à insulina (IGF). De forma consoante, alguns estudos relacionam o uso desse fármaco à diversos outros processos celulares (LV & GUO, 2020).

No tocante aos valores posológicos da terapia medicamentosa da resistência insulínica da SOP com metformina, a dose indicada é de 1000 mg a 1500 mg/dia, podendo chegar até a 2500 mg/dia. Nesse sentido, a prescrição inicial é geralmente menor (1 comprimido de 500 mg por dia) e gradualmente aumentada até a dose terapêutica (um comprimido de 500 mg/dia por semana). Em casos específicos, o tratamento pode requerer a administração de 1 comprimido de 800 mg duas ou até mesmo três vezes ao dia, totalizando 1700 mg a 2250 mg/dia. Se a apresentação do fármado optada for de 1g, pode ser ingerido de 1 a 2 vezes ao dia, com o início gradual (FEBRASGO, 2018).

Para reduzir a possibilidade de efeitos colaterais e retardar a velocidade de absorção, é aconselhável que a administração desse medicamento seja feita juntamente com uma refeição. Entre os efeitos colaterais mais relatados destacam-se os relacionados ao trato gastrointestinal, embora não ocorra em todos as pacientes. O efeito colateral mais grave é a acidose lática, embora muito rara (FEBRASGO, 2018).

A indicação de metformina para a terápêutica da síndrome dos ovários policísticos tem usabilidade específica. Nesse sentido, tem-se que as pacientes que cursam com anovulação crônica que provoca infertilidade, especialmente as que possuem índice de massa corporal menor que 30 Kg/m^2 são candidatas ao uso de metformina (FEBRASGO, 2018).

Esse tratamento pode ser prescrito para portadores de SOP que realizam estimulação ovariana por meio de gonadotrofinas (FEBRASGO, 2018). No estudo controlado randomizado cruzado, realizados por Tagliaferri *et al.*, (2017), constatou-se que o uso de metformina gerou melhora nas carac-terísticas clínicas e endócrinas da SOP e, de forma mais específica, provocou benefícios no quadro glicoinsulinêmico em paciente obesas afetadas pela síndrome.

Apesar disso, uma revisão sistemática com metanálise realizada por Kim *et al.*, (2020), evidenciou que a indicação da terapia com metformina deve ser feita de forma criteriosa e deve ser precedida pela tentativa de mudanças no estilo de vida. É importante ressaltar que, o uso de metfotmina na SOP, por vezes, está instituido em terapias farmacológicas combinadas, recomendadas para cenários distintos, cujas evidências requer maior fundamentação (FEBRASGO, 2018).

Frente ao exposto, quais os efeitos do uso da metformina em pacientes com síndrome dos ovários policísticos frente à resistência insulínica? A partir desse questionamento, objetivou-se esclarecer os aspectos envolvidos nessa problemática e elucidar os reais benefícios ou danos dessa indicação.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada em abril de 2021 nas bases de dados PubMed. Foram utilizados de forma combinada os seguintes descritores: *polycystic ovary syndrome; polycystic ovarian syndrome; drug therapy; insulin resistance; metformin*. Desta

busca resultaram 281 artigos, submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período entre 2015 e 2020; do tipo "ensaio clínico" e "ensaio clínico randomizado e controlado"; que abordavam o tratamento farmacológico não hormonal com a metformina no tratamento da resistência insulínica em pacientes com síndrome dos ovários policísticos; artigos que citam: ovários policísticos, metformina e resistência à insulina. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados; que não abordavam o uso de metformina no tratamento da resistência insulínica em pacientes com síndrome dos ovários policísticos.

Seguindo os critérios acima descritos, foram encontrados selecionados 13 artigos que foram lidos de forma integral para a coleta dos dados. Os dados foram extraídos de maneira independente e alocados na **Tabela 12.1**, contemplando as seguintes informações: primeiro autor do artigo; ano de publicação; título; medicamento utilizado; associações ou comparações com outros medicamentos; principal resultado encontrado. Posteriormente discutidos de forma descritiva com base nos parâmetros metabólicos: (1) *Homeostasis model assessment of insulin resistance* (HOMA-RI), (2) Teste de tolerância oral à glicose (TTOG-75), (3) Área sob a curva da insulina (AUC-insulina) e nos parâmetros antropométricos: (1) Índice de massa corporal (IMC) e (2) Circunferência abdominal (CA).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Parâmetros metabólicos

Os chamados parâmetros metabólicos, na presente revisão, são o conjunto dos principais exames e índices relacionados diretamente à resistência insulínica que foram analisados nos artigos selecionados. Dentre eles, podemos destacar o HOMA-RI (*homeostasis model assessment of insulin resistance*), TTOG-75 (teste de tolerância oral à glicose), AUC-insulina (área sob a curva da insulina).

O HOMA-RI é um indicador de resistência insulínica, calculado pela fórmula: [insulina de jejum (mU/L) x glicemia de jejum (mmol/L)] ÷ [22,5]. Tal indicador é validado para estudos epidemiológicos e pacientes com valores > 2,5 são considerados insulino-resistentes (TAO *et al*., 2018; FRUZZETTI *et al*., 2017).

Nos artigos analisados, foi possível observar uma variação dos valores do HOMA-RI em pacientes com síndrome do ovário policístico ao utilizarem como tratamento a metformina. Oito artigos com significância estatística comprovada, com $p < 0,05$, reduziram os valores de HOMA-RI (GANIE *et al*., 2020; ALI *et al*., 2019; EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; ZHENG *et al*., 2019; BODUR *et al.*, 2018; SEYAM & HEFZY, 2018; TAO *et al*., 2018; FRUZZETTI *et al.*, 2017). Sendo que, a maior redução desse parâmetro foi de 3,66 (± 2.56, $p < 0,001$) (ALI *et al*., 2019) e a menor foi de 0,8 (± 0,2 $p = 0,001$) (SEYAM & HEFZY, 2018). Dois artigos analisaram tal parâmetro, porém não apresentaram significância estatística (ZAHRA *et al*., 2017; BASIOS *et al*., 2015). O artigo de Ruan *et al.*, (2018) não analisou esse parâmetro. Outros dois artigos demonstraram redução nos níveis de HOMA-RI, embora não possuíssem dados de significância estatística (LI *et al.*, 2020; SHOKRPOUR *et al.*, 2019)

A redução dos níveis de HOMA-RI apresentado pelos artigos foi indicada como um importante parâmetro metabólico para avaliação dos efeitos da Metformina em mulheres com SOP, já que o uso desse índice é um método adequado para estudos em larga escala (GELONEZE & TAMBASCIA, 2006). Como

o esperado, a metformina atuou de forma importante na resistência insulínica, já que a redução desse índice implica na melhora do quadro glicoinsulinêmico das pacientes.

A dosagem da insulina de jejum é uma medida de fácil uso para avaliar a sensibilidade à insulina no organismo (GELONEZE & TAMBASCIA, 2006). Seis artigos evidenciaram redução nos valores de insulina de jejum ao utilizarem a metformina para o tratamento de pacientes com SOP e essa variação apresentou significância estatística (GANIE *et al.*, 2020; ALI *et al.*, 2019; EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; ZHENG *et al.*, 2019; SEYAM & HEFZY, 2018; TAO *et al.*, 2018). Um artigo analisou a variação de valores de insulina, contudo não obteve significância estatística (ZAHRA *et al.*, 2017). Por outro lado, quatro artigos não analisaram esse parâmetro e dois artigos apresentaram redução nos níveis de insulina de jejum, entretanto não apresentaram os dados de significância estatística (BODUR *et al.*, 2018; RUAN *et al.*, 2018; FRUZZETTI *et al.*, 2017; BASIOS *et al.*, 2015).

Apesar de a dosagem de insulina de jejum ser um índice que apresenta críticas quanto a sua interpretação e aplicação clínica, ela se correlaciona com a intensidade da resistência insulínica do paciente (GELONEZE & TAMBASCIA, 2006). Na maioria dos artigos selecionados foi usada como um parâmetro metabólico para a análise dos efeitos da metformina em pacientes com SOP (GANIE *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; ALI *et al.*, 2019; EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; SHOKRPOUR *et al.*, 2019; ZHENG *et al.*, 2019; SEYAM & HEFZY, 2018; TAO *et al.*, 2018; ZAHRA *et al.*, 2017)

Dentre os exames preconizados na avaliação laboratorial de mulheres com SOP, está o TTGO-75 (FEBRASGO, 2018). Esse é um teste utilizado para avaliar a sensibilidade à insulina, por meio da análise da resposta do organismo, durante 2 a 3 horas após a ingestão oral de 75 g de glicose (GELONEZE & TAMBASCIA, 2006). Um artigo analisou o valor de TTOG-75 ao utilizar a metformina em pacientes com SOP, apresentando redução de 0,83 mmol/L nos 180 minutos do exame ($p = 0,009$) (TAO *et al.*, 2018). Doze artigos não avaliaram esse índice (GANIE *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; ALI *et al.*, 2019; ZHENG *et al.*, 2019; EL SHARKWY; SHARAF EL-DIN, 2019; SHOKRPOUR *et al.*, 2019; BODUR *et al.*, 2018; RUAN *et al.*, 2018; SEYAM; HEFZY, 2018; ZAHRA *et al.*, 2017; FRUZZETTI *et al.*, 2017; BASIOS *et al.*, 2015).

Além disso, um dos resultados obtidos pelo exame TTGO-75, está o AUC-insulina, que é um parâmetro que indica a área sob a curva da insulina (TAO *et al.*, 2018). Dentre os artigos selecionados, três apontaram a redução dos valores de AUC-insulina ao ser realizado o uso da metformina nas pacientes com SOP, de 10870 ± 3555 mU/mL 180 min para 8140 ± 2125 mU/mL 180 min Fruzzetti *et al.*, (2017), de 326.05 ± 12.49 mU/Lxh para 233,66 ± 12,23 mU/Lxh Zheng *et al.*, (2019) e de 122,66 ± 18,61 para 88,67 ± 11,95 Tao *et al.*, (2018), apresentando significância estatística. Por outro lado, dez artigos não analisaram esse parâmetro (GANIE *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; ALI *et al.*, 2019; EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; SHOKRPOUR *et al.*, 2019; BODUR *et al.*, 2018; RUAN *et al.*, 2018; SEYAM; HEFZY, 2018; ZAHRA *et al.*, 2017; BASIOS *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que, embora TTOG-75 e AUC-insulina não sejam parâmetros descritos na maioria dos artigos analisados, são indicadores de sensibilidade à insulina e apresentaram alterações com significância esta-

tística após o uso de metformina em pacientes com SOP (ZHENG *et al.*, 2019, TAO *et al.*, 2018; FRUZZETTI *et al.*, 2017).

Ao analisar os dados apresentados, percebe-se que o uso da metformina em pacientes com SOP está relacionado com a alteração benéfica de alguns parâmetros metabólicos importantes para a análise da indicação de uso desse medicamento, como HOMA-RI, insulina de jejum, TTOG-75 e AUC-insulina (ALI *et al.*, 2019; EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; ZHENG *et al.*, 2019; GANIE *et al.*, 2020; BODUR *et al.*, 2018; SEYAM & HEFZY, 2018; TAO *et al.*, 2018; FRUZZETTI *et al.*, 2017).

Parâmetros antropométricos

Em relação aos parâmetros antropométricos, o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal (CA) também foram analisados devido à relação com a síndrome metabólica que. Muitas vezes, vai ao encontro à resistência insulínica em pacientes com SOP. Sabe-se que há uma maior prevalência em relação à obesidade em pacientes com síndrome do ovário policístico (QUIÑÓNEZ *et al.*, 2000). A categorização quanto às pessoas que têm ou não obesidade é dada pelo IMC, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), classificando o indivíduo pelo cálculo baseado na altura e no peso corporal.

Dos estudos inclusos nesta revisão, doze avaliaram o IMC dos participantes com o intuito de verificar a interferência que o medicamento pode ter nessa variável (GANIE *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; ZAHRA *et al.*, 2017; ALI *et al.*, 2019; EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; SHOKRPOUR *et al.*, 2019; TAO *et al.*, 2018; BODUR *et al.*, 2018; RUAN *et al.*, 2018; SEYAM; HEFZY, 2018; FRUZZETTI *et al.*, 2017; BASIOS *et al.*, 2015). Outros três, ao analisar e fazer a comparação entre os resultados pré e pós, verificaram que não houve mudança significativa na variação de IMC (EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; RUAN *et al.*, 2018; ZAHRA *et al.*, 2017). Oito dos estudos incluídos verificaram uma diferença significativa dessa variável (GANIE *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; ALI *et al.*, 2019; SHOKRPOUR *et al.*, 2019; ZHENG *et al.*, 2019; SEYAM; HEFZY, 2018; TAO *et al.*, 2018; FRUZZETTI *et al.*, 2017). Li *et al.*, (2020), dentre todos os estudos, verificaram uma maior variação entre os grupos, observando uma redução média de 2,68 no IMC dos participantes. Esse estudo utilizou por seis meses uma dosagem de 1500 mg de metformina por dia. Nos estudos incluídos não foi possível verificar uma mudança do perfil dos participantes, em relação à classificação de sobrepeso e obesidade para a normalidade referente ao IMC.

Além do IMC, sabe-se que na SOP, o aumento da CA tem relação direta com a hiperinsulinemia e com o hiperandrogenismo, uma vez que, corresponde à gordura visceral. Sabendo disso, ao analisar os dados coletados, notou-se que, no grupo de mulheres com SOP tratadas com metformina houve redução da CA, diminuindo 3,85 cm no primeiro e passando, respectivamente, de 93.40 ± 3.41cm no início do estudo para 90.52 ± 3.30 cm ao final do estudo com p-valor de 0,013, de 106,0 ± 16,1 cm para 104 ± 15,8 cm sem p-valor e de 82.8 (78.9 até 86.6) cm para 79.9 (76.4 to 83.3) cm com p-valor menor que 0,01 (LI *et al.*, 2020; ZHENG *et al.*, 2019; TAO *et al.*, 2018; BASIOS *et al.*, 2015). Os outros nove artigos não avaliaram tal parâmetro (GANIE *et al.*, 2020; ALI *et al.*, 2019; EL SHARKWY & SHARAF EL-DIN, 2019; SHOKRPOUR *et al.*, 2019; BODUR *et al.*, 2018; RUAN *et al.*, 2018; SEYAM; HEFZY, 2018; FRUZZETTI *et al.*,

2017; ZAHRA *et al.*, 2017). Dessa forma, é possível inferir que o uso da metformina em pacientes diagnosticadas com SOP e resistência insulínica, auxilia na redução do IMC e CA.

Os resultados evidenciados foram apresentados na **Tabela 12.1**.

Tabela 12.1 Estudos utilizados na revisão integrativa

Primeiro autor	Ano	Medicamento	Associações ou comparações
Franca Fruzzetti	2016	Metformina e Mio-inositol	Metformina *vs* Mio-inositol
Maryam Shokrpour	2019	Metformina e Mio-inositol	Metformina *vs* Mio-inositol
Yujing Li	2019	Metformina e Rosiglitazona	Metformina *vs* Rosiglitazona *vs* Metformina + Rosiglitazona
Durr-E-Shewar Ali	2019	Metformina e Pioglitazona	Metformina *vs* Metformina + Pioglitazona
Mohd	2019	Metformina e rosiglitazona	Metformina. + Rosiglitazona *vs* Espironolactona + Rosiglitazona *vs* Rosiglitazona
Emaduldin Seyam	2018	Sinvastatina e Metformina	Sinvastatina + Metformina *vs* Sinvastatina *vs* Metformina
M. Zahra	2016	Metformina	Metformina
Xiangyan Ruan	2018	Diane-35, Orlistate e Metformina	Diane-35 + Orlistate *vs* Diane-35 + Metformina *vs* Diane-35 + Orlistate + Metformina
Serkan Bodur	2018	Drospirenona, Etinilestradiol e Metformina	Drospirenona + Etinilestradiol *vs* Metformina *vs* Drospirenona + Etinilestradiol + Metformina.
Siyuan Zheng	2019	Metformina	Metformina *vs* Exenatida
Ibrahim El Sharkwy	2019	Metformina e L-carnitina	Metformina + L-carnitina *vs* Metformina + Placebo
G. Basios	2014	Metformina	Metformina
Tao	2018	Metformina e Saxagliptina	Metformina *vs* Saxagliptina *vs* Metformina + Saxagliptina

Legenda: *vs, versus: comparado com; +: associado com.*

CONCLUSÃO

O uso da metformina em pacientes com SOP possui influência na resistência insulínica e melhora dos parâmetros metabólicos e antropométricos, comprovados por meio de resultados com significância estatística.

No que se refere aos parâmetros metabólicos, observou-se uma redução dos níveis de insulina de jejum e do índice HOMA-RI, AUC-insulina e TTOG-75. Vale ressaltar a importância deste último no controle da sensibilidade à insulina, embora a maior parte dos estudos não tenha avaliado tal parâmetro. Geralmente estes métodos de avaliação laboratorial mais simples, como o HOMA-RI, são mais baratos e de fácil realização, sendo

viáveis para caracterizar a resistência insulínica em grandes grupos.

Em relação aos parâmetros antropométricos, o uso da metformina no tratamento da SOP contribui para a melhora do índice de massa corporal e a circunferência abdominal, reduzindo o risco de comorbidades influenciadas por tais fatores, como a síndrome metabólica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALI, D.E.S. *et al*. Treatment with metformin and combination of metformin plus pioglitazone on serum levels of il-6 and il-8 in polycystic ovary syndrome: a randomized clinical trial. Hormone and Metabolic Research, v. 51, n. 11, p. 714–722, 2019.

AN, H. & HE, L. Current understanding of metformin effect on the control of hyperglycemia in diabetes. The Journal of endocrinology, v. 228, n. 3, p. 97-106, Marc. 2016.

BARACAT, E.C. & SOARES-JUNIOR, J.M. Ovários policísticos, resistência insulínica e síndrome metabólica Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, p. 117-119, 2007.

BASIOS, G. *et al.* The impact of metformin treatment on adiponectin and resistin levels in women with polycystic ovary syndrome: A prospective clinical study. Gynecological Endocrinology, v. 31, n. 2, p. 136–140, 1 Feb. 2015.

BODUR, S. *et al.* The effects of different therapeutic modalities on cardiovascular risk factors in women with polycystıc ovary syndrome: a randomızed controlled study. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 57, n. 3, p. 411–416, Jun. 2018.

DUMESIC, D.A. *et al.* Scientific statement on the diagnostic criteria, epidemiology, pathophysiology, and molecular genetics of polycystic Ovary Syndrome. Endocrine Reviews, v. 36, n. 5, p. 487–525, Oct. 2015.

DUNAIF, A. *et al.* Profound peripheral insulin resistance, independent of obesity, in polycystic ovary syndrome. Diabetes, v. 38, n. 9, p. 1165–1174, Sept. 1989.

EL SHARKWY, I. & SHARAF EL-DIN, M. l-Carnitine plus metformin in clomiphene-resistant obese PCOS women, reproductive and metabolic effects: a randomized clinical trial. Gynecological Endocrinology, v. 35, n. 8, p. 701–705, Aug. 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA (FEBRASGO). Síndrome dos ovários policísticos. *In:* Comissão nacional de ginecologia endócrina (Ed.). Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n.4. São Paulo, p. 103, 2018.

FRUZZETTI, F. *et al.* Comparison of two insulin sensitizers, metformin and myo-inositol, in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). Gynecological Endocrinology, v. 33, n. 1, p. 39–42, 2 Jan. 2017.

GANIE, M.A. *et al.* Coadministration of metformin or spironolactone enhances efficacy of rosiglitazone in management of PCOS. Gynecological Endocrinology, v. 36, n. 4, p. 308–312, Apr. 2020.

GELONEZE, B. & TAMBASCIA, M.A. Avaliação laboratorial e diagnóstico da resistência insulínica. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 50, n. 2, p. 208–215, abr. 2006.

HILLIER, S.G. Current concepts of the roles of follicle stimulating hormone and luteinizing hormone in folliculogenesis. Human Reproduction, v. 9, n. 2, p. 188–191, Feb. 1994.

KIM, C.H. *et al.* Effects of lifestyle modification in polycystic ovary syndrome compared to metformin only or metformin addition: a systematic review and meta-analysis. Scientific reports, v. 10, n. 1, p. 7802, May. 2020.

LI, Y. *et al.* Comparing the individual effects of metformin and rosiglitazone and their combination in obese women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. Fertility and Sterility, v. 113, n. 1, p. 197–204, Jan. 2020.

LV, Z. & GUO, Y. Metformin and its benefits for various diseases. Frontiers in endocrinology, v. 11, p. 191, 2020.

NESTLER, J.E. Insulin regulation of human ovarian androgens. Human reproduction, Oxford, England, v. 12 Suppl 1, p. 53–62, Oct. 1997.

QUIÑÓNEZ ZARZA, C. *et al.* Obesidad, hipertensión arterial, alteraciones metabólicas y el síndrome de ovarios poliquísticos (SOP). Ginecol. obstet. Méx, v. 68, n. 7, p. 317–22, July. 2000.

ROCHA, M.P. *et al.* Dyslipidemia in women with polycystic ovary syndrome: incidence, pattern and predictors. Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological

Endocrinology, v. 27, n. 10, p. 814–819, Oct. 2011.

RUAN, X. *et al.* Effect of Diane-35, alone or in combination with orlistat or metformin in Chinese polycystic ovary syndrome patients. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 297, n. 6, p. 1557–1563, Jun. 2018.

SEYAM, E. & HEFZY, E. Long-term effects of combined simvastatin and metformin treatment on the clinical abnormalities and ovulation dysfunction in single young women with polycystic ovary syndrome. Gynecological Endocrinology, v. 34, n. 12, p. 1073–1080, Dec. 2018.

SHOKRPOUR, M. *et al*. Comparison of myo-inositol and metformin on glycemic control, lipid profiles, and gene expression related to insulin and lipid metabolism in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled clinical trial. Gynecological Endocrinology, v. 35, n. 5, p. 406–411, May. 2019.

TAGLIAFERRI, V. *et al*. Metformin vs myoinositol: which is better in obese polycystic ovary syndrome patients? a randomized controlled crossover study. Clinical Endocrinology, v. 86, n. 5, p. 725–730, May. 2017.

TAO, T. *et al.* Comparison of glycemic control and β-cell function in new onset T2DM patients with PCOS of metformin and saxagliptin monotherapy or combination treatment. BMC Endocrine Disorders, v. 18, n. 1, Feb. 2018.

TEEDE, H. J. et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Human reproduction, Oxford, England, v. 33, n. 9, p. 1602–1618, Sept. 2018.

ZAHRA, M. *et al*. Effects of metformin on endocrine and metabolic parameters in patients with polycystic ovary syndrome. hormone and metabolic research, v. 49, n. 2, p. 103–108, Feb. 2017.

ZHENG, S. *et al*. Circulating zinc-α2-glycoprotein is reduced in women with polycystic ovary syndrome, but can be increased by exenatide or metformin treatment. Endocrine Journal, v. 66, n. 6, p. 555–562, Marc. 2019.

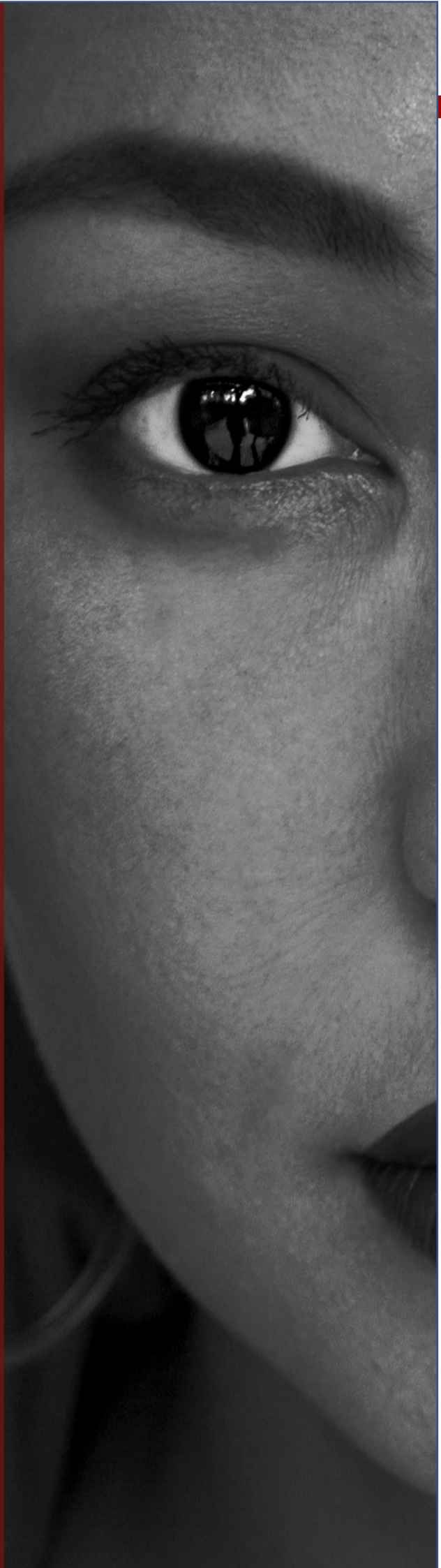
CAPÍTULO 13

A abordagem clínica e a importância do diagnóstico precoce na endometriose

AUTORES
Mayra Loures de Oliveira[1]
Larissa Rezende Lima Pereira[1]
Carlos Miguel Pirovani Júnior[2]
Darley Souza de Oliveira[2]
Gabriela de Matos Reis[1]
Jefferson Matheus Nunes Dutra[2]
José Márcio Barboza Albuquerque Filho[3]
Júlio Tales Martins Andrade[3]
Luís Augusto Batista da Silva[3]
Mariane de Matos Reis[1]
Rafael Cambraia Artoni[3]
Rapphael Romanelli Andrade de Oliveira[3]
Ricardo Pereira Leal Júnior[3]
Tiago Luis Machado Miranda[3]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina no Centro Universitário de Caratinga (UNEC).
[2]Acadêmicos do Curso de Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).
[3]Acadêmicos do Curso de Medicina na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).

Palavras-chave: endometriose; afecção ginecológica; ginecologia.



INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica inflamatória, crônica e progressiva caracterizada pelo aparecimento de tecido endometrial além da cavidade uterina, provocando intensas dores e o aumento do fluxo menstrual. Ela se manifesta no decorrer da fase reprodutiva da vida da mulher, sendo os ovários, saco de Douglas, folheto posterior do ligamento largo, ligamento uterossacro, útero, tubas uterinas, cólon sigmoide, apêndice e ligamentos redondos como os sítios mais acometidos (ROLIM *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; TOMÁS & METELLO, 2019; COSTA *et al.*, 2018; BENTO & MOREIRA, 2018; GOMES & ALVES, 2018; AMARAL, 2017; SOUZA *et al.*, 2016).

A partir de 1869, na Alemanha, após a primeira observação da alteração em um material de necropsia, por Rokitansky, surgiram inúmeras tentativas de justificar o surgimento daquelas lesões, sua morfologia, a patogênese da doença e sua apresentação clínica (GOMES & ALVES, 2018; SOUZA *et al.*, 2016). Em 1927, Sampson, nomeou as lesões com o termo endometriose e as conceituou como a presença de tecido similar ao do endométrio. Instalado no exterior da cavidade uterina, provocado pelo refluxo de tecido endometrial através das trompas de falópio durante o período da menstruação, causando um processo inflamatório (SÁ, 2019; AMARAL, 2017; SOUZA *et al.*, 2016).

Essa doença inflamatória acomete e gera danos em cerca de 70 milhões de mulheres no mundo, passando a ser uma importante causa de hospitalização em países desenvolvidos (BENTO & MOREIRA, 2018; BENTO & MOREIRA, 2017). É uma doença que acarreta grande repercussão na vida de várias mulheres, como a dificuldade para realizar as atividades rotineiras em casa, no trabalho, ter relações sexuais e sociais. Entre os períodos de 2009 e 2013, o Brasil teve 71.818 internações por essa patologia, sendo a dor o fator protagonista dessas consequências negativas. Atualmente é considerada um grande problema de saúde pública (AGUIAR *et al.*, 2020; GOMES & ALVES, 2018; BAPTISTA, 2018; BENTO & MOREIRA, 2018; BENTO & MOREIRA, 2017).

Além da dor, é observado alguns casos de infertilidade, representado por 30% a 50% das mulheres com a doença, pois é gerada pelas aderências e a ovulação ineficiente (ROLIM *et al.*, 2020; TOMÁS & METELLO, 2019; AMARAL, 2017; SOUZA *et al.*, 2016). Ela acomete de 5% a 10% das mulheres em idade fértil, sendo a faixa etária entre 30 e 45 anos a com maior incidência. Apesar das asiáticas possuírem maior probabilidade de portarem a doença, ainda pode ser encontrada em outros grupos étnicos com menor prevalência e, em mulheres com mais de um filho não foi observado muitos casos (ROLIM *et al.*, 2020; GOMES *et al.*, 2018; BAPTISTA, 2018; AMARAL, 2017; FARIA, 2017).

Conforme parâmetros do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose, classificada pela *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM), a doença é dividida em estágios de acordo com o local de instalação, sendo: estágio 1 (representado por implantes isolados e com ausência de aderências importantes, ou seja, acometimento mínimo); estágio 2 (presença de implantes superficiais menores que 5 cm, com ausência de aderências importantes, ou seja, acometimento leve); estágio 3 (vários implantes, aderência peritubárias e periovarianas explícitas, ou seja, acometimento moderado); estágio 4 (inúmeros implantes superficiais e profundos, englobando endometriomas, aderências densas e firmes, ou

seja, acometimento grave) (TOMÁS & METELLO, 2019; SÁ, 2019; BAPTISTA, 2018; AMARAL, 2017; FARIA, 2017; SOUZA *et al.*, 2016). Nesse contexto, o presente trabalho teve como objetivo abordar os marcos relevantes para o diagnóstico preciso da endometriose, favorecendo uma terapêutica adequada.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada em maio de 2021. A busca bibliográfica ocorreu em teses e artigos disponíveis em bancos de dados como: Scielo, Pubmed e *Google* Acadêmico. Foram utilizados os descritores: endometriose; afecção ginecológica; saúde da mulher; lesões uterinas e dor pélvica.

Os critérios de seleção foram: artigos em língua portuguesa e inglesa, publicados, preferencialmente nos anos de 2016 a 2020, com temas relacionados com a abordagem da endometriose. Os critérios de exclusão foram: artigos que não cumpriam aos critérios de inclusão.

Desta busca foram encontrados 35 materiais e após submetidos aos critérios de seleção resultaram em 22 estudos. Posteriormente foi realizada a leitura aprofundada para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados e discutidos com base na importância clínica da endometriose, correlacionando a etiologia, os sinais e sintomas, a fisiopatologia, o diagnóstico, a profilaxia e o tratamento da doença.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A região pélvica é a mais acometida pela endometriose, pode haver penetração abaixo da superfície peritoneal e, raramente, acometem cicatrizes operatórias, fígado, pulmão e pâncreas. Algumas teorias tentam explicar a histopatogenia dessa doença, como a teoria da indução tumoral, a teoria de Sampson ou teoria da menstruação retrógrada e a teoria da metaplasia celômica. Essas teorias possuem em comum a indução de moléculas de adesão e a super expressão de metaloproteinases de matriz e ativadores de plasminogênio, permitindo danos à matriz extracelular na doença inflamatória pélvica em questão, posteriormente adentrando o tecido peritoneal (TOMÁS & METELLO, 2019; VERRAEST, 2018; BAPTISTA, 2018; NETTO, 2017; RIBEIRO, 2017).

Os radicais livres de oxigênio (RLO) e o estresse oxidativo funcionam como mediadores inflamatórios da endometriose, pois lesionarão os eritrócitos e as células endometriais peritoneais, gerando um estímulo de fagócitos mononucleares e reparo da lesão oxidativa na cavidade pélvica. A formação de estrogênio pelas células endometriais impossibilita a destruição delas pelos macrófagos ativados e células NK, pois os mecanismos de citotoxicidade e fagocitose são barrados por esse hormônio (TOMÁS & METELLO, 2019; SÁ, 2019; NETTO, 2017; SOUZA *et al.*, 2016).

Algumas mulheres se tornam inférteis devido à grande capacidade de distorção da anatomia pélvica, ocasionada pela doença, provocando disfunção tubo ovárica, redução quantitativa ou qualitativa ovocitária, disfunção ou impedimento do transporte de gametas, alteração espermática e dificuldade da implantação do embrião no útero, bem como no transporte do óvulo pela tuba uterina. Imagina-se que as diferentes manifestações clínicas possuem origens distintas e sofram intervenções ambientais, imunológicas e genéticas (TOMÁS & METELLO, 2019; NETTO, 2017; SOUZA *et al.*, 2016).

Algumas neoplasias ginecológicas podem ter fisiopatologia em comum com a endometriose, como por exemplo, o câncer de endométrio e de ovário. Além disso, pacientes portadoras da doença em questão possuem maior risco para o desenvolvimento de câncer de ovário com evolução para malignidade (BAPTISTA, 2018).

É muito observado em pacientes que possuem o diagnóstico de endometriose, a presença de dor pélvica, alterações intestinais, dismenorreia, disúria, dispareunia e infertilidade. Quando há presença de algum sintoma em locais atípicos do tecido endometrial, que ocorrem apenas no período menstrual, devem ser avaliados por outros especialistas, pois pode ser decorrente de uma endometriose não ginecológica (SALOMÉ *et al.*, 2020; CAMARGO, 2019; COSTA *et al.*, 2018; GOMES & ALVES, 2018; AMARAL, 2017; SOUZA *et al.*, 2016; ANDRADE *et al.*, 2016). Ademais, a manifestação de sintomas pode aparecer com intensidades diferentes, inclusive ser assintomática, o que dependerá do grau da doença e do local acometido (GOMES & ALVES, 2018; GOMES *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2016).

Como essa afecção ginecológica é uma doença estrogênio dependente, algumas situações que elevam a exposição a este hormônio aumentam o risco de surgimento da endometriose. Ciclos menstruais curtos com fluxo prolongado, menarca antecipada, dor menstrual intensa, mulheres que demoram para engravidar, nuliparidade, gemelares, anomalias mullerianas, baixo peso ao nascer ou com histórico familiar da patologia são considerados fatores de risco para a endometriose. Sabe-se ainda, que essa patologia apresenta influência direta com alimentos ingeridos frequentemente (álcool, bebida de soja na infância, cafeína, dieta rica em gordura e carne vermelha) (ROLIM *et al.*, 2020; GOMES & ALVES, 2018; BAPTISTA, 2018; AMARAL, 2017; NETTO, 2017; RIBEIRO, 2017; ANDRADE *et al.*, 2016).

Devido a maior tendência de mulheres pertencentes as classes sociais mais privilegiadas procurarem com regularidade os atendimentos médicos para infertilidade e dor pélvica, é observado que essas pacientes possuem maior número de diagnósticos da doença, quando comparadas à de classe social menos favorecida. Além disso, algumas toxinas ambientais podem também predispor à doença e em contrapartida, gestações e contraceptivos hormonais podem atuar como protetores contra a doença (ALVES, 2018; AMARAL, 2017; GOMES &; NETTO, 2017).

Nesse contexto, são realizados exames físico e ginecológico, história clínica, dosagem do marcador CA 125, exames de imagem pela laparoscopia ou laparotomia com observação de implantes endometriais externamente ao útero. Além do exame anatomopatológico de biópsias, ecocolonoscopia, ultrassonografia pélvica e transvaginal com vias urinárias e com preparo intestinal para efetuar o diagnóstico da endometriose. Somado a isso, é importante atentar-se para os sinais e sintomas clínicos manifestados pelas pacientes, pois uma boa anamnese e um exame físico detalhado irão auxiliar no raciocínio clínico da patologia (ROLIM *et al.*, 2020; TOMÁS & METELLO, 2019; SÁ, 2019; BORGES, 2018; GOMES *et al.*, 2018; AMARAL, 2017; SOUZA *et al.*, 2016).

É notório a relevância de um diagnóstico precoce e preciso, pois atinge diretamente o lado emocional das mulheres acometidas, auxiliando na redução de sofrimentos e angústias por aguardar respostas e um tratamento que alivie seus sintomas. A descoberta da causa da sintomatologia apresentada no exame físico detalhado favorece e auxilia no manejo ade-

quado da dor, infertilidade e de outras manifestações clínicas observadas (ROLIM *et al.*, 2020; SALOMÉ *et al.*, 2020; TOMÁS & METELLO, 2019).

Diante do exposto, observa-se que é importante promover a singularidade no momento do tratamento das pacientes, com o objetivo de avaliar as sintomatologias apresentadas nos locais de acometimento da patologia, na profundidade das lesões para analisar se há ou não, a manifestação da vontade de engravidar (TOMÁS & METELLO, 2019; GOMES & ALVES, 2018; BORGES, 2018; AMARAL, 2017; SOUZA *et al.*, 2016). É inegável que a participação ativa de uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, nutricionistas e médicos (generalistas, cirurgião geral e ginecologistas), auxiliarão no esclarecimento sobre a importância da terapêutica da endometriose para dificultar a progressão e o reaparecimento da doença (AGUIAR *et al.*, 2020; COLLINET *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2016).

Além disso, o trabalho proposto por essa equipe deve possibilitar ações de saúde, seguido do diagnóstico e do tratamento, atentando-se para a saúde mental dessas mulheres. Essas pacientes acometidas podem apresentar indícios de depressão, ansiedade, medo, insegurança e incapacidade, fazendo-as se isolar da sociedade e inclusive ter problemas conjugais e até sexuais (AGUIAR *et al.*, 2020).

Em razão disso, são adotadas medidas farmacológicas com a introdução de analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), dispositivo intrauterino (DIU), medicamentos hormonais (análogos ao GnRH e anticoncepcionais à base de progesterona). Quando o caso não pode ser solucionado com a terapêutica medicamentosa, torna-se necessário a inserção do tratamento cirúrgico, seja para a retirada do útero e anexos (se a paciente não apresentar desejo de engravidar), seja pela remoção do tecido endometrial que se localiza além da cavidade uterina e dos órgãos sequelados pela doença (ROLIM *et al.*, 2020; GOMES & ALVES, 2018; AMARAL, 2017; SOUZA *et al.*, 2016).

Tem sido muito indicada as terapias integrativas como: homeopatia, acupuntura, acompanhamento nutricional, massagem, *pilates*, estimulação elétrica nervosa, atividades aeróbicas e *yoga*, com o intuito de amenizar as manifestações clínicas (AMARAL, 2017). É importante salientar que a escolha da conduta advém da opinião médica, das complicações da patologia e das condições financeiras da paciente com endometriose (GOMES & ALVES, 2018).

Além disso, alguns vegetais possuem potencial de induzir a progressão ou a regressão da doença. No geral, as frutas cítricas, por serem ricas em vitamina A, e o ômega-3 diminuem os riscos da ocorrência da endometriose. Uma vez que, essa vitamina modifica a formação acentuada de citocinas nessa afecção ginecológica e o ácido retinoico produz citocinas pró-inflamatórias. Em contrapartida, alguns alimentos acentuam os riscos da ocorrência da patologia, sendo representados pelos vegetais crucíferos, óleos de peixe e ácidos graxos, isso ocorre devido a sua complicada digestão ou absorção (SÁ, 2019).

Nesse contexto, a prevenção ainda não é bem estabelecida, todavia, sabe-se que há uma relação entre a utilização de anticoncepcionais orais e a menor incidência dessa afecção ginecológica. A gestação também pode ser benéfica no tratamento da doença, além de proporcionar uma maior dificuldade de aparecimento de novos implantes de endométrio no exterior do útero. Para auxiliar na segurança da saúde das mulheres, principalmente para aquelas que estão em idade fértil, realizar consultas

anuais com o ginecologista, monitorando e afastando o agravamento dos sintomas e a necessidade de procedimentos mais invasivos (AGUIAR *et al.*, 2020; GOMES & ALVES, 2018; NETTO, 2017).

CONCLUSÃO

Levando em consideração o cenário apresentado, é de grande importância clínica o manejo integral da endometriose, frisando a etiologia, os fatores de risco, a fisiopatologia, o diagnóstico, o tratamento e a sua prevenção. Essa afecção ginecológica é considerada um processo inflamatório, crônico e progressivo que requer acompanhamento multidisciplinar para amenizar as complicações e o sofrimento gerados com a progressão da doença.

Ressalta-se ainda, a relevância do diagnóstico precoce baseado em uma boa anamnese e em um exame físico detalhado, complementado por exames de imagem e laboratoriais para a confirmação da doença. Dessa forma, é possível proporcionar um tratamento individualizado, focado na redução dos prejuízos físicos e emocionais que corroboram com a insatisfação das pacientes.

À vista disso, é indispensável que haja maiores investimentos em pesquisas voltadas para a discussão de uma intervenção precoce das manifestações clínicas da endometriose. O intuito é assegurar uma conduta terapêutica ainda mais eficaz e menos invasiva para garantir a remissão do quadro ou até mesmo, de medidas preventivas eficientes, dada a sua visibilidade na atualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, F.A. *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres com diagnóstico de endometriose. Revista Unítalo em Pesquisa, v. 10, n. 4, p. 73-90, 2020.

AMARAL, P.P. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose. 2017. 35 f. Tese de Doutorado em Farmácia. Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2017.

ANDRADE, A.G. *et al*. Tratamento cirúrgico da endometriose profunda: série de 16 casos. Acta Obstet Ginecol Port, v. 10, n. 1, p. 15-20, 2016.

BAPTISTA, K.C.R. Avaliação do efeito do açaí (*Euterpe oleracea*) em modelo de endometriose e descrição dos dados de toxicidade e do efeito anticancerígeno do açaí em modelos experimentais. 2018. 128 f. Tese de Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2018.

BENTO, P.A.S.S. & MOREIRA, M.C.N. Quando os olhos não veem o que as mulheres sentem: a dor nas narrativas de mulheres com endometriose. Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 3, p. 01-20, 2018.

BENTO, P.A.S.S. & MOREIRA, M.C.N. A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 9, p. 3023-3032, 2017.

BORGES, A.J.S. Aspectos atuais da endometriose. 2018. 32 f. Tese de Doutorado em Medicina. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2018.

CAMARGO, B.B. A influência dos fatores dietéticos na endometriose. 2019. 17 f. Tese de Doutorado em Medicina. Manhuaçu: Centro Universitário UNIFACIG, 2019.

COLLINET, P. *et al.* Manejo da endometriose: diretrizes de prática clínica CNGOF/HAS versão resumida. Jornal de Ginecologia Obstetrícia e Reprodução Humana, v. 47, n. 07, p. 265-274, 2018.

COSTA, A. *et al*. Tratamento da endometriose pélvica: Uma revisão sistemática. Revista Científica Fagoc. Saúde, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2018.

FARIA, M.A. Mecanismos fisiopatológicos de infertilidade na endometriose mínima a ligeira. 2017. 29 f. Tese de Doutorado em Curso de Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2017.

GOMES, J.W.F. *et al.* Ressecção de endometriose ureteral com reimplante ureterovesical por videolaparoscopia. Revista Urominas, v. 5, p. 36-37, 2018.

GOMES, N.A. & ALVES, K. A ressonância magnética no diagnóstico de endometriose profunda com acometimento intestinal: relato de caso. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 15, n. 38, p. 25-39, 2018.

NETTO, M.C.S. Endometriose: revisão de literatura. 2017. 45 f. Tese de Doutorado em Medicina. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2017.

OLIVEIRA, F.S. *et al.* Endometriose e gestação: existe impacto no desfecho gestacional? Revista de Patologia do Tocantins, v. 7, n. 02, p. 26-30, 2020.

RIBEIRO, D.S. Etiopatogenia da endometriose: estado da arte. 2017. 46 f. Tese de Doutorado em Medicina. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2017.

ROLIM, J.R. *et al.* Endometriose: aspectos atuais e perspectivas das pacientes. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 1, p. 901-915, 2020.

SÁ, F.S.R. Terapia hormonal na endometriose. 2019. 73 f. Tese de Doutorado em Farmácia. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, 2019.

SALOMÉ, D.G.M. *et al.* Endometriose: epidemiologia nacional dos últimos 5 anos. Revista de Saúde, v. 11, n. 02, p. 39-43, 2020.

SOUZA, G.K.T. *et al.* Endometriose X infertilidade: revisão de literatura. Encontro de extensão, docência e iniciação científica, v. 3, n. 1, p. 01-04, 2016.

TOMÁS, C. & METELLO, J.L. Endometriose e infertilidade. Onde estamos? Acta Obstet Ginecol Port, v. 13, n. 4, p. 235-241, 2019.

VERRAEST, X.P.M. Novas abordagens cirúrgicas no diagnóstico e tratamento da endometriose. 2018. 28 f. Tese de Doutorado em Medicina. Porto: Universidade do Porto, 2018.

CAPÍTULO 14

Candidíase: uma revisão narrativa

AUTORES
Ana Sofia Fortunato Borges[1]
Cecília Menezes da Cruz[1]
Gabriela Beloti Freitas[1]
Júlia Siqueira Costa Papi[1]
Laura Constanti Botan[1]
Luiza de Castro Cançado Braga[1]
Maria de Lourdes Souza Gonçalves[1]
Maria Luisa Pedigoni Ponce[1]
Marieni Martins[1]
Milena Barbosa de Araújo[1]
Natália Luiza Sandoval Mendes[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

Palavras-chave: candidíase vulvovaginal; Candida albicans; fatores de risco.

INTRODUÇÃO

A candidíase vulvovaginal (CVV) é um processo infeccioso do trato geniturinário inferior feminino, causada por várias espécies de candida, comprometendo principalmente a vulva e a vagina. As principais espécies de interesse clínico são as subespécies de Candida *albicans, glabrata, krusei, parapsilosis e tropicalis* (CAMARGO *et al*., 2008). Queixas de sintomas vaginais são extremamente comuns, gerando cerca de 10 milhões de consultas ao ano, somente nos Estados Unidos (KENT *et al*., 1991).

A CVV caracteriza-se clinicamente pela ocorrência de prurido vulvar intenso, dispareunia, disúria, edema e eritema vulvovaginal. De modo que, o prurido é o sintoma mais importante quando comparado às vulvovaginites de outras etiologias. Há também a presença de corrimento vaginal branco, espesso e inodoro e, eventualmente, podem surgir pontos branco amarelados nas paredes da vagina e do colo uterino (PEIXOTO *et al*., 2018).

Por acometer milhões de mulheres anualmente, determinando grande desconforto, interferindo nas relações sexuais e afetivas e prejudicando o desempenho laboral, a CVV tem sido considerada um importante problema de saúde pública mundial. Assim, o objetivo deste trabalho foi realizar levantamento bibliográfico para ampliar os conhecimentos sobre CVV e CVVR (candidíase vulvovaginal recorrente), bem como caracterizar a *C. albicans* neste processo.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada entre abril e maio de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados do Google acadêmico. Foram utilizados os descritores: candidíase e vulvovaginites. Desta busca foram encontrados 2050 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no entre 1998 e 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 20 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabela, figura e de forma descritiva, discutidos em categorias temáticas abordando: a etiologia, as manifestações clínica, diagnóstico, fatores de risco e o tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia

O gênero Candida é o que mais causa infecções oportunistas em seres humanos, contudo, costuma ser assintomática em pessoas saudáveis. Ela compreende aproximadamente 200 diferentes espécies, sendo que cerca de 10% estão associadas às infecções. Ela pode ter origem endógena, ou seja, da própria flora vaginal ou exógena, oriunda de práticas sexuais (SOARES *et al*., 2019).

Muitas são as espécies de Candida, sendo divididas em dois grupos principais: a *Candida albicans* e as não *albicans*. As principais representantes desse segundo grupo são a *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. pseudotropicalis*, *C. krusei*, *C. lusitaniae* e *C. guillermondi*. Nos últimos anos, foi observado um aumento de 10% a 20% na frequência dessas espécies, indicando a diminuição da

prevalência da *C. albicans*, após décadas do seu predomínio na candidíase vaginal (FURTADO *et al*., 2018).

A *Candida albicans* é um tipo de fungo dimórfico. Em seu estado saprofítico, se apresenta na forma leveduriforme (blastoconídeo) e está associado à colonização assintomática. Também pode se apresentar nas formas filamentosas (pseudo hifas e hifas verdadeiras), presentes nos processos patogênicos. Em condições de crescimento subótimas pode ocorrer o surgimento de clamidósporos (esporos arredondados que possuem uma espessa parede celular). Por isso, é considerado pleomórfico e tem a capacidade de se adaptar a diferentes nichos biológicos (ÁLVARES *et al.*, 2007).

Manifestações clínicas

A candidíase vulvovaginal, juntamente com a candidíase oral são consideradas as duas formas mais comuns de infecções fúngicas oportunistas. A *Candida albicans* pode fazer parte da flora normal em baixas concentrações. Por fatores ainda pouco conhecidos, passa do estado de saprófita para o estado infeccioso. Invadindo as camadas do epitélio vaginal pela produção de enzimas com atividade proteolítica (proteinases) que favorecem a aderência e o dano às células epiteliais. Possuem ainda, a capacidade de formação de biofilmes, o que facilita as recidivas. Após a invasão da mucosa vaginal pelo fungo inicia a infecção clínica sintomática que frequentemente é marcada por: prurido, ardência local, corrimento, disúria e dispareunia. Essas manifestações são constantemente associadas às outras condições ginecológicas (LINHARES *et al.*, 2018; ECKERT *et al.*, 1998).

O sintoma mais frequente e constante é o prurido, estando presente em quase todas as mulheres com candidíase. Esse sintoma pode ser tão intenso e intolerável que a paciente necessita de atendimento de urgência. Entre as causas mais comuns de pruridos vaginais estão as vulvovaginites por candida *albicans*. A queixa de prurido tem sido referida como a mais importante nas portadoras de candidíase vulvovaginal, o que permite uma diferenciação com as vaginites de outras etiologias, nas quais a mesma é menos frequente (FILHO *et al.*, 2016; HOLANDA *et al*., 2007).

Os corrimentos são definidos como resíduos vaginais não hemorrágicos. São comumente encontrados na cândida e possuem quantidade variável, coloração branca, consistência grumosa (tipo "nata de leite"), em placas, aderente à parede vaginal (**Figura 14.1**). Esse corrimento tem como fator desencadeador ou de piora, o período pré-menstrual, quando o pH vaginal se torna mais ácido (GRANADO, 2013).

Figura 14.1 Vulvite eritematosa com edema de pequenos lábios e microerosões. Corrimento branco grumoso aderido à parede vaginal

Fonte: Sobel, 2007.

As queixas clínicas são decorrentes principalmente pelo prurido que gera irritação local e piora à noite ou pelo calor, além do ardor e dispareunia que podem estar presentes. A disúria pode surgir porque a própria micção coloca a urina em contato com o epitélio vulvar e vestibular que encontram-se inflamados pela candida (BEREK, 2014).

Ao exame ginecológico, observa-se a vulva edemaciada, hiperemiada e com sinais de co-

çadura (fissuras e escoriações periféricas pustolopapulares bem delimitadas). Pelo exame especular, nota-se hiperemia da mucosa vaginal e a presença de conteúdo vaginal esbranquiçado ou amarelado, em quantidade variável, de aspecto fluido, espesso ou ocular, podendo até estar preso às paredes vaginais (FILHO *et al.*, 2016).

Há relatos de importantes distúrbios psiquiátricos nessas mulheres que são acometidas com essa patologia, devido ao quadro de prurido intenso, ardor e secreção vaginal constantes. Esses sintomas podem se agravar durante a micção, coito, exploração ginecológica ou até mesmo quando a paciente se deita, motivos que potencializam o surgimento de desordens psíquicas (SIDRIM & ROCHA, 2004).

De acordo com esses sintomas, elas podem ser classificadas em complicadas ou não complicadas. Nas complicadas, os sintomas são recorrentes (quatro episódios ou mais com achados clínicos em um período de 12 meses, os sintomas são intensos, não é causada por candida e acomete mais as mulheres imunodeprimidas, principalmente às diabéticas). Na não complicada, os sintomas são de leves à moderados, esporádicos ou raros), o principal agente etiológico é a *Candida albicans* e acomete principalmente mulheres imunocompetentes (FILHO *et al.*, 2014).

Fatores de risco

Diversas condições são consideradas fatores de risco para a CVV, configurando altas incidências, acometendo mulheres de todas as idades. Rosa & Rumel (2004), em estudo com 135 mulheres constataram a relação entre os ciclos menstruais regulares e os casos de candidíase vulvovaginal, possivelmente pelas variações hormonais que contribuem para o aparecimento da doença. Assim, é possível justificar a alta incidência de CVV por ocorrer em 1/3 das mulheres em idade reprodutiva (SOARES *et al.*, 2019).

Em um estudo observacional realizado com 50.279 mulheres que procuraram atendimento ginecológico entre 2014 e 2016 em uma instituição na Alemanha, constatou-se que 23,4% das pacientes faziam uso de anticoncepcionais orais. Mostrando a influência hormonal sobre a doença. Foram estudadas mulheres no período gestacional, as quais se encontram em um estado de imunossupressão associado às variações hormonais, que mostrou o aumento da predisposição para essa doença (JACOB *et al.*, 2018),

Estudos apontam ainda que certos hábitos de higiene podem desencadear a CVV, por exemplo: a higiene íntima realizada no sentido do ânus para a vagina, carreando leveduras que desencadeiam a doença (SOARES *et al.*, 2019; ROSA & RUMEL, 2004).

A presença de diabetes *mellitus* descompensada promove alterações metabólicas, a principal delas é o aumento de glicogênio pelo estado de hiperglicemia, o que pode desencadear a CVV. Deste modo, é essencial o controle da glicemia em pacientes diabéticas. O uso de antibióticos sistêmicos e locais parecem estar relacionados com a destruição da microbiota vaginal fisiológica, possibilitando a proliferação de organismos patogênicos. O uso de roupas justas ou sintéticas podem desencadear a CVV, devido a redução da aeração local, aumentando a umidade e o calor vaginal (SOARES *et al.*, 2019; HOLANDA *et al.*, 2007).

A grande variedade de fatores predisponentes e a ausência de estudos que apontem a real incidência desses, faz com que a candidíase seja uma patologia de difícil controle.

Diagnóstico

O diagnóstico de CVV deve levar em conta a clínica da paciente, o exame físico e os testes realizados no consultório ou no laboratório. O teste de mais fácil acesso é a citologia a fresco. Ele é realizado com material retirado das paredes laterais da vagina, com espátula de Ayre ou *swab*, depositado em lâmina e misturado com uma ou duas gotas de solução fisiológica e coberta com lamínula. Nesse exame, é possível observar uma flora composta por lactobacilos, hifas e esporos nos casos de CVV. Para melhorar a visualização das hifas e esporos, pode ser adicionado o KOH a 10% que destrói os elementos celulares e melhora a sensibilidade do teste. Outro teste que pode ser realizado é o de pH, principalmente pelo seu baixo custo e fácil acesso. Na VVC, o pH não costuma estar alterado e, quando apresenta valores normais (de 3,8 a 4,5), diminui a hipótese de vaginose bacteriana, tricomoníase e vaginite atrófica (FEUERSCHUETTE, 2010).

Caso o exame da microscopia for positivo, não há necessidade de realizar a cultura da secreção. Contudo, se realizada, deve ser feita no meio de cultura de Agar Sabouraud. O diagnóstico por cultura é mais específico, sendo possível dar resultado negativo na microscopia e positivo na cultura (FURTADO, 2018).

Existem outros testes utilizados para o diagnóstico de CVV, embora por vezes, sejam desnecessários. Dentre eles destacam-se: as sondas de homologia do DNA (que podem fornecer bons resultados) e a reação em cadeia da polimerase (PCR) para detectar a presença da candida e especificar a espécie. A PCR é mais sensível do que a cultura, mas não oferece vantagem na prática clínica (ARAÚJO, 2020).

Tratamento

O tratamento empírico e a automedicação aumentam a resistência fúngica medicamentosa e por consequência, com os casos de repetição (SOARES *et al*., 2019).

Não obstante, achados de *Candida spp*. Nos exames de rotina do Papanicolau não significam, necessariamente, que a paciente tenha a doença. Visto que, a levedura possui um estágio comensal não patogênico, presente na microbiota vaginal natural. Tal fato aliado à ausência de sinais e sintomas no exame ginecológico concluem que a paciente não deve receber nenhum tratamento medicamentoso, mas sim orientações em relação aos fatores predisponentes (SOARES *et al.*, 2019).

O tratamento episódico agudo tem como finalidade a remissão clínica e microbiológica da candidíase, enquanto o profilático objetiva evitar a recidiva da doença, sendo realizada por um período maior para erradicá-lo do organismo (SHIOZAWA *et al.*, 2007).

Muitas mulheres não respondem à terapia inicial e os casos de recidivas são frequentes, sendo necessário um tratamento com regime de manutenção, que pode durar meses e causar efeitos adversos como: insônia, ansiedade, disúria e dor vaginal. A terapia com medicamentos orais apresenta melhor resposta quando comparada aos antifúngicos tópicos (LEAL *et al.*, 2016).

Para o tratamento profilático, preconiza-se o uso intravaginal de clotrimazol (duas cápsulas de 100 mg, duas vezes por semana, durante seis meses) ou terconazol 0,8% creme intravaginal (aplicação completa de 5g) por sete dias. Se o tratamento for por via oral, recomenda-se o uso de duas cápsulas de cetoconazol de 200 mg, durante cinco dias, sempre após o perído da menstruação, por um período de seis meses; uso de fluconazol de 150 mg, administrado durante um mês ou ainda, uam cápsula de itraconazol de 200 mg, administradas por período de um mês (SHIOZAWA *et al.*, 2007).

Em caso de confirmação diagnóstica, a escolha terapêutica irá depender do critério médico, além do quadro clínico e das características intrínsecas de cada paciente. De maneira geral, os antifúngicos mais utilizados compõem as classes dos azóis, que atuam inibindo a síntese do ergosterol na célula; dos polieno, que atuam alterando a permeabilidade da membrana celular fúngica. Quanto à formulação, podem ser tópicas (pomadas e óvulos vaginais) e orais (SOARES *et al*., 2019).

A respeito dos azóis, há uma taxa média de eficácia em torno de 85% a 90% nos casos não complicados. Nestes casos, destacam-se: os imidazóis (butoconazol, clotrimazol, miconazol e cetoconazol) e os triazóis (fluconazol e terconazol). A terapia com agentes azóis orais apresenta melhor índice de cura em relação aos de uso tópico, além de ser a via preferida pela maioria das mulheres. Entretanto, apresenta maior potencial de toxicidade e de efeitos colaterais (SOARES *et al.*, 2019).

Os polienos são representados pela anfotericina B e a nistatina, esta última apresenta 75% a 80% de cura nos casos não complicados, quando comparada aos azóis. A nistatina, bem como alguns azóis (butoconazol, clotrimazol, terconazol e miconazol) devem ser uma alternativa de uso tópico em gestantes, pois a medicação oral é contraindicada. A anfotericina B tem sido utilizada na forma de creme vaginal associada ao antibiótico tetraciclina, indicada em casos críticos (SOARES *et al*., 2019).

O cetoconazol e o itraconazol são opções para episódios eventuais ou para supressão. Nestes casos é indicado o uso de fluconazol oral 150 mg, uma vez por semana; clotrimazol vaginal 500 mg, uma vez por semana ou na dose de 200 mg, duas vezes por semana. Estes medicamentos não são indicados para o tratamento de manutenção, devido seus efeitos colaterais. O fluconazol é o único antifúngico oral aprovado pela FDA (*Food and Drug Administration*) para o tratamento da CVV, mas recomenda-se evitar o seu uso profilático pelo risco de resistência antifúngica (SOARES *et al.*, 2019).

O uso do terconazol 0,8% em creme é uma opção terapêutica tópica para administração intravaginal por 3 dias (aplicação completa de 5 g). Além da utilização de 600 mg de ácido bórico supositório ou por administração intravaginal, duas vezes ao dia, por 14 dias (SHIOZAWA *et al.*, 2007).

Terapias não medicamentosas tem sido desenvolvidas em virtude dos riscos associados ao uso de medicamentos e ao crescente índice dos casos de recorrência. A terapia fotodinâmica utiliza uma droga fotossensibilizante, como o azul de metileno, que absorve a luz na presença de oxigênio e produz espécies reativas de oxigênio que reagem com componentes celulares dos microrganismos e gera morte celular. No entanto, há carência de estudos na literatura sobre os efeitos da TFD em vaginites por Candida *albicans*. A fototerapia com uso de LED azul 405 nm, tem ação fungicida e seus efeitos variam dependendo da dose, comprimento de onda e natureza do microrganismo, devido a presença de porfirinas (substâncias fotossensibilizadoras que geram oxigênio singleto e radicais livres que cursam com a morte celular) (LEAL *et al.*, 2016).

Não é recomendado o tratamento do parceiro assintomático, salvo em casos de balanite ou outra forma de candidíase cutânea na área genital. Embora alguns pesquisadores proponham esse tratamento pelo risco de transmissão sexual (SOARES *et al*., 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVARES, C.A. *et al*. Candidíase vulvovaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras. J Bras Patol Med Lab, v. 43, n. 5, p. 319-327, out. 2007.

ARAÚJO, I.M.D. *et al.* Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3788-3803 mar./abr. 2020.

BEREK, J.S. Berek e Novak: tratado de ginecologia. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p 200-230.

CAMARGO, F.P. *et al.*. Serviço de Ginecologia do Município de Santo Ângelo-RS. NewsLab, v. 6, p. 96-104, 2008.

CANDIDO, R.C. *et al.* Atividade *in vitro* de agentes antimicóticos determinada pelo método e-Test contra espécies de Candida em forma vaginal. Mycopathologia, v. 144, p. 15-20, 1998.

ECKERT, L.O. *et al.* Vulvovaginal candidíase clinical manifestations, rick factors, management algortham. Osteetgy necol, v. 92, p. 57-65, 1998.

FEUERSCHUETTE, O.H.M. *et al.* Candidíase vaginal recorrente: manejo clínico: revisão sistematizada. Femina, v. 38, n. 2, p. 31-36, 2010.

FILHO, A.L.D.S. *et al.* Manual SOGIMIG de emergências ginecológicas . MedBook Editora, 2016. Disponível em:https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830512/. Acesso em: 17 jun. 2021.

FURTADO, H.L.A. *et al.* Fatores predisponentes na prevalência da candidíase vulvovaginal. Rev. Investig, Bioméd, São Luís, v. 10, n. 2, p. 190-197, 2018.

GRANADO, B.M. *et al.* SMGF Ginecologia. Manual do residente da Escola Paulista de Medicina. Univ. Fed. de São Paulo. Grupo GEN, 2013. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-0309-8/>. Acesso em: 15 maio 2021.

HOLANDA, A.A.R. de. *et al.* Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 29, n. 1, p. 3-9, jan. 2007.

JACOB, L. *et al.* Prevalence of vulvovaginal candidiasis in gynecological practices in Germany: A retrospective study of 954.186 patients. Current Medical Mycology, v. 4, n. 1, p. 06-11, July. 2018.

KENT, H.L. *et al.* Epidemiology of vaginitis. Am J Obstet Gynecol, v. 165, p. 1168-1176, 1991.

LEAL, M.R.D. *et al.* Tratamento da candidíase vulvovaginal e novas perspectivas terapêuticas: uma revisão narrativa: uma revisão narrativa. Revista Pesquisa em Fisioterapia, Salvador, Bahia, v. 6, n. 4, p. 462-467, nov. 2016.

LINHARES, I.M. *et al.* Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447208/. Acesso em: 17 jun 2021

PEIXOTO, J.V. *et al.* Candidíase: uma revisão de literatura. Brazil: Braz. Jour. of Surg. and Clin. Res. V.8, n.2, pp.75-82 ,Set - Nov 2014.

ROSA, M. I. da. & RUMEL, D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 26, n. 1, p. 6-10, fev. 2004.

SHIOZAWA, P. *et al*. Tratamento da candidíase vaginal recorrente: revisão atualizada. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 48-50, mai. 2007.

SIDRIM, J. J. C. & ROCHA, M. F. G. Micologia médica à luz de autores contemporâneos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 102-146.

SOARES, D.M. *et al.* Candidíase vulvovaginal: uma revisão de literatura com abordagem para Candida *albicans.* Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Rio Branco, Acre, v. 25, n. 1, p. 28-34, out. 2019.

SOBEL, J.D. Vulvovaginal Candidosis. The Lancet, v. 369, p. 1961-1971, 2007.

CAPÍTULO 15

A infecção pelo papilomavírus humano e suas consequências na saúde da mulher

AUTORES
Bárbara Martins Mello de Oliveira[1]
Victória Martins Mello de Oliveira[2]
Rogério Fernandes Saar Garcia Júnior[1]
Juliana Fernandes Saar Garcia[1]
Julianna Teixeira Cardoso[1]
Dara Campos de Oliveira[3]
Kaio Gomes de Freitas[1]
Letícia Andrade de Souza[1]
Luan José Martins Pereira[1]
Caroline Kíssila Pereira Pascoal[4]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/UNIVAÇO).
[2]Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV).
[3]Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).
[4]Docente do Curso de Medicina no Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES/UNIVAÇO).

Palavras-chave: papilomavírus humano; mulher; infecções sexualmente transmissíveis.

INTRODUÇÃO

Trata-se de um DNA vírus de cadeia dupla, responsável por infecções do epitélio escamoso, induzindo a síntese de uma ampla variedade de lesões tipicamente cutâneo-mucosas, especialmente na região anogenital (CARVALHO *et al.*, 2021). Sabe-se que a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) é alta e aumenta a cada ano. A estimativa é de que mais de 290 milhões de pessoas tenham quadros infecciosos causados pelo papilomavírus humano em todo o mundo (SUEHIRO *et al.*, 2021).

Dentre esses, 45 infectam o trato genital, enquanto o restante provoca lesões tegumentares. Os tipos relacionados ao trato anogenital podem ser classificados em baixo ou alto risco oncogênico. De modo que, o grupo denominado de baixo risco relaciona-se às lesões benignas e intraepiteliais de baixo grau, enquanto o de alto risco associa-se às lesões intraepiteliais escamosas e aos carcinomas (CARVALHO *et al.*, 2021).

A persistência da infecção por alguns sorotipos de HPV pode progredir para o câncer de colo do útero, que é uma afecção que computou cerca de 16.710 mil novos casos no ano de 2020. O seu potencial oncogênico é bem estabelecido e, ultimamente, tem sido ampliado por situações de imunossupressão em parcelas cada vez maiores da população, levando ao comprometimento da sobrevida e da qualidade de vida dos indivíduos afetados (SUEHIRO *et al.*, 2021).

Logo, uma das principais estratégias adotadas para o controle da contaminação e, consequentemente, da incidência de câncer de colo do útero é a vacinação (BRASIL, 2015). No Brasil, a vacina HPV quadrivalente foi incorporada ao Programa Nacional de Imunização (PNI) no ano de 2014 e disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita. A vacina, que é ofertada em duas doses para meninas de nove a quatorze anos e para os meninos de onze a quatorze, engloba os sorotipos 6, 11, 16 e 18.

Diante da análise do perfil epidemiológico e da prevalência da infecção pelo papilomavírus humano, surgiu a motivação para a escrita de um capítulo de livro. Portanto, o objetivo deste trabalho foi expor os principais pontos da literatura a respeito do HPV e de suas consequências na saúde da mulher, frisando e fortificando os protocolos de atendimento e manejo dos pacientes acometidos, bem como as estratégias de prevenção pertinentes e relacionadas a essa afecção.

MÉTODO

O presente estudo segue os preceitos de um estudo exploratório, por meio de pesquisas bibliográficas. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada em abril de 2021, por meio das bases de dados: SciELO, PubMed, LILACS e MedLine.

Os critérios de seleção incluiram artigos de revistas científicas publicados, preferencialmente, nos últimos 5 anos (2016 a 2021) e, alguns de 2011 a 2015, além de livros referente à área e documentos de órgãos governamentais. Para confiabilidade e segurança das informações foram avaliados os Qualis dos periódicos para selecionar aqueles entre A1 e B4. Para as seleções das fontes, foram consideradas as bibliografias que permeiam as etiologias e as consequências do Papilomavírus (HPV) em mulheres.

Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados ou aqueles escritos fora da língua inglesa ou portuguesa. Desta busca resultaram 25 materiais, posteriormente submetidos à leitura aprofundada para a coleta de dados. Os

resultados foram apresentados e discutidos em: etiologia e epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas e suas complicações, diagnóstico, tratamento e prevenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia e epidemiologia

Os vírus do papiloma humano (HPVs) possuem tropismo por células epiteliais cutâneas ou mucosas. A prevalência global da infecção por HPV é de aproximadamente 12%, com variação regional substancial. No Brasil, há uma prevalência geral de infecção por HPV cervical variando de 13,7% a 54,3% na população geral e de 10% a 24,5% entre mulheres com resultados citológicos normais. As informações disponíveis sobre a prevalência de HPV em outras partes do corpo, como oral e esofágica são limitadas (COLPANI *et al.*, 2016).

São descritos mais de 400 tipos de papilomavírus, dos quais 218 estão relacionados a infecções em humanos. Destes, 45 infectam o trato genital, enquanto os demais causam doenças de pele, sendo que os mais comuns estão descritos na **Tabela 15.1**. Estima-se que o HPV seja a causa de 99% dos cânceres cervicais, 90% dos cânceres anal, 65% dos cânceres vaginais, 50% dos cânceres vulvares e por 45 a 90% dos cânceres orofaríngeos. A rota de transmissão do HPV é, principalmente, por meio do contato pele a pele ou pele e mucosa (PETCA *et al.*, 2020).

Tabela 15.1 Tipos mais comuns de HPV com potencial oncogênico de baixo e alto risco

Potencial oncogênico em lesões de	Tipos de HPV
Baixo risco mucoso	6, 11, 13, 32, 40, 42, 43, 44, 61, 72, 74, 81, 83 e 84
Baixo risco cutâneo	3, 7, 10, 27, 28, 29, 40, 43, 49, 57, 75, 76, 78 e 94
Alto risco mucoso	16, 18, 26, 30, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 67, 68, 69, 70, 73 e 82
Alto risco para câncer cervical	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59

Fonte: adaptada de Burd & Dean, 2016.

Embora seja transmitido principalmente por contato sexual, a infecção por papiloma é comumente adquirida através de abrasões na pele, durante a passagem por um canal de parto infectado (papiloma laríngeo de início juvenil), autoinoculação ou por sexo oral. As infecções por HPV de alto risco são assintomáticas e a grande maioria das pessoas expostas geralmente o eliminam sem qualquer intervenção alguns meses após o contágio e cerca de 90% desaparecem no período de dois anos. Uma pequena proporção de infecções com alguns tipos específicos de HPV pode persistir e progredir para um câncer (PYTYNIA *et al.*, 2014).

A transmissão vertical da infecção por HPV pode ocorrer a partir do pai ou mãe para a prole em uma taxa de aproximadamente 20%. A infecção é capaz de ocorrer no momento da fertilização, via ovócito ou espermatozoide infectado. Da mãe, o vírus pode ser transmitido ao embrião, feto ou bebê durante a gravidez ou parto, sendo essa última, a via mais comum. Mulheres com verrugas genitais frequentemente evoluem para HPV persistente e há uma maior chance de transmissão intrauterina

para o feto. A transmissão perinatal geralmente ocorre por contato direto com o trato genital materno infectado ou por infecção ascendente, especialmente após ruptura prematura das membranas. No entanto, a resolução completa da infecção, na maioria dos neonatos, ocorre até o primeiro ano de vida (CARVALHO, 2021).

O HPV pode ser transmitido horizontalmente entre adultos e crianças sexualmente não expostos (autoinoculação) e heteroinoculação (meio do contato próximo: beijos e contato digital), nestes casos, a infecção persiste preferencialmente na cavidade oral. De outro modo, pode ocorrer via fômites ao utilizar toalhas ou outros objetos infectados. Em clínicas ginecológicas, sondas de ultrassom transvaginais e colposcópios podem transmitir a infecção, caso a desinfecção dos aparelhos seja inadequada (PETCA *et al*., 2020).

Fisiopatologia

A contaminação ocorre quando há um contato abrasivo entre um indivíduo saudável e um portador do HPV e, dessa forma, o vírus alcança a lâmina basal do epitélio por meio das microlesões nos tecidos cutâneos e mucosos (ROSA *et al*., 2009). Assim, a patogênese do papilomavírus humano inicia quando ele emprega as proteínas do capsídeo, L1 e L2, como meio de auxiliar a passagem para o interior das células (BURD & DEAN, 2016).

Ao atingir o meio intracelular, esse microrganismo introduz o próprio DNA no núcleo da célula hospedeira, inclusive alguns estudos sugerem que L2 participa desse processo (BURD & DEAN, 2016). Dentro do núcleo, cada tipo viral se comporta de maneira distinta, sendo que as espécies de HPV causadoras de lesão benigna não incorporam o genoma viral no DNA da célula, ou seja, são extracromossomais. Já os subtipos oncogênicos são capazes de introduzir o genoma viral no DNA do hospedeiro (ROSA *et al*., 2009).

Foi descoberto que os HPVs de alto risco produzem proteínas como E7 e E6, as quais atuam desregulando a atividade celular. É importante lembrar que, a interrupção das mitoses, à medida que o epitélio escamoso estratificado se diferencia, é um processo fisiológico. Contudo, essas proteínas virais do papilomavírus dificultam esse mecanismo (SOUZA *et al.*, 2015). Tal situação decorre do bloqueio da pRb pela proteína E7, desse modo, é propiciada a multiplicação celular desordenada. Já a destruição do gene supressor de tumor p53 por E6, inibe a apoptose celular (BURD & DEAN, 2016). Dessa maneira, esses fatores modificam o ciclo celular e contribuem para a malignização das lesões (ROSA *et al*., 2009).

Após se estabelecer no hospedeiro, células basais infectadas sofrem mitoses com intuito de renovar as camadas epiteliais escamosas superiores. Por conseguinte, isso promove a replicação e a produção de novos HPVs, os quais encontram-se preparados para transmitir e reiniciar o ciclo em um próximo receptáculo (BURD & DEAN, 2016).

É válido ressaltar que, durante o quadro infeccioso, o sistema imune produz uma resposta mediada por células T com intuito de combater a infecção por HPV, com supressão ou eliminação permanente do infectante. Como o ciclo viral é intracelular restrito, ele promove replicação sem ocasionar viremia. Desse modo, a resposta imunológica do portador é pouco estimulada. Assim, os processos inflamatórios são limitados devido a ação do papilomavírus humano em inibir as formas de sinalização por citocinas pró-inflamatórias. Um exemplo disso é a repressão dos interferons tipo 1 nos queratinócitos. Dessa maneira, as funções das células de Langerhans (apresentar antígenos e

fagocitá-los) são bloqueadas (BURD & DEAN, 2016).

Ademais, pela facilidade de contaminação na região anogenital durante o coito, mais de 80% dos jovens sexualmente ativos não apresentam nenhuma disfunção clínica. Se porventura houver uma lesão benigna, na maioria dos casos haverá uma resposta imune mediada por células TCD4+ da classe Th1 e, consequentemente, regressão dessa ferida (DOORBAR *et al*., 2012). Em geral, o HPV de baixo risco causa uma infecção transitória e retrocede de forma espontânea. Contudo, as formas virais resistentes permanecem por um longo período, contribuindo para o surgimento de lesões precursoras de câncer (BURD & DEAN, 2016). Há uma estimativa que aproximadamente 20% das mulheres manifestam infeção persistente.

Um ponto que cabe a ser destacado é a habilidade do HPV permanecer em latência. Logo, sua reprodução ocorre somente se a célula infectada se replicar. Tal situação pode durar de semanas até anos e, em consequência disso, a carga viral é mínima e a transmissibilidade é baixa. Ainda não foi identificada a razão pela qual o HPV deixa o período de latência e volta à fase ativa, mas uma queda na imunidade pode desencadear uma reativação desse agente (DOORBAR *et al*., 2012).

No momento em que a região contaminada deixa de ser subclínica e se torna uma infecção ativa, há a possibilidade de surgir lesões benignas hiperproliferativas, como o condiloma acuminado ou lesões malignas, como por exemplo, o carcinoma cervical (BURD & DEAN, 2016).

As lesões de alto grau se desenvolvem em indivíduos com infecção persistente, já que essa situação favorece uma maior expressão dos oncogenes (BURD & DEAN, 2016). Diante desse contexto, verifica-se uma grande concentração de mutações e, consequentemente, a célula deixa de processar de maneira correta o DNA e se transforma em uma neoplasia. Por isso, o papilomavírus humano tipo 16 é a espécie mais comum nos processos neoplásicos, já que a permanência dele é maior que os outros tipos virais (DOORBAR *et al*., 2012).

Além disso, há fatores que aumentam a probabilidade de uma lesão evoluir para um carcinoma. Tais aspectos estão relacionados não só a fatores inerentes ao hospedeiro, como sexo, idade e a competência do sistema imune, mas por causas ambientais (estresse, fumo, IST's e uso de anticoncepcionais). Mesmo o HPV oncogênico ser frequentemente encontrado nas mulheres, ele raramente evolui para um carcinoma cervical (DOORBAR *et al*., 2012).

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas variam de acordo com o tipo de HPV que está envolvido na infecção, a região que o vírus tem predileção e da resposta imune do hospedeiro (MAGALHÃES *et al*., 2021).

Na maioria dos casos, as pessoas infectadas pelo HPV não apresentam nenhuma manifestação clínica ou subclínica, devido ao período de latência que pode durar meses ou anos. As manifestações clínicas detectáveis induzidas pelo HPV são polimórficas, pontiagudas, espiculadas, com circunvoluções ou planas. Podem ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas e ter variações em seu tamanho, ter a cor da pele, ser eritematosa ou hiperpigmentada, apresentar a superfície semelhante ao da da couve-flor ou ser fosca. Em muitos casos, os pacientes são assintomáticos, mas alguns podem ter a lesão pruriginosa,

dolorosa, friável ou sangrenta (CARVALHO *et al*., 2021).

Nas infecções por HPV, as manifestações mais comuns são as verrugas que acometem várias localizações, em geral, na pele de extremidades, pele genital e as mucosas oral e laríngea (LETO *et al.*, 2011).

Verruga comum

As verrugas comuns apresentam-se como pápulas ou nódulos elevados, podem consistir em uma superfície rugosa da cor da pele ou amarelada, sendo únicas ou múltiplas, com tamanhos variados que podem se associar para formar grandes placas (MAGALHÃES *et al*., 2021).

Verruga plana

As verrugas planas apresentam-se levemente elevadas, da cor da pele ou pigmentadas, sua superfície pode ser plana, lisa ou ligeiramente áspera. O tamanho das lesões varia de 1 mm a 5 mm de diâmetro ou mais e podem ser arredondadas ou poligonais. Estão presentes, principalmente, na face e no dorso das mãos (LETO *et al*., 2011).

Verruga palmoplantar

As verrugas palmoplantares consistem em pápulas hiperceratóticas, podendo ser profundas ou superficiais, que quando localizadas nas áreas de pressão, são muito dolorosas. Afetam, principalmente, crianças e adolescentes ao entrarem em contato direto com o HPV ou de forma indireta, como andar descalço em locais públicos ou no compartilhamento de objetos pessoais (MAGALHÃES *et al*., 2021).

Lesões benignas na mucosa anogenital

As verrugas genitais são as manifestações clínicas mais comuns de infecções por HPV na região anogenital. Elas se apresentam de tamanhos variados, pápulas ou placas e, muitas vezes, com vegetações que dão o aspecto de couve-flor. Podem ser da cor da pele, rosados ou acastanhados e possuem relação com os HPVs 6 e 11 (MAGALHÃES *et al*., 2021).

Lesões benignas na mucosa oral

A maioria das infecções por HPV na cavidade oral são subclínicas, sendo transmitida por via oral genital ou pelo contato com objetos contaminados. As lesões podem se apresentar de forma múltiplas, sésseis, esbranquiçadas ou rosadas, no lábio superior ou na língua. Os HPVs 2 e 4 são os mais relacionados com lesões benignas na mucosa oral (BETZ *et al*., 2019).

Complicações: câncer de colo do útero

O carcinoma cervical, uma das principais complicações do papilomavírus humano (HPV), é o quarto tipo de câncer mais comum do mundo entre o sexo feminino. Essa condição é diagnosticada aproximadamente 530.000 vezes, anualmente. Nesse sentido, é importante salientar que a maioria dos cânceres de colo do útero são atribuídos às infecções advindas do HPV 16 (50%) e do HPV 18 (20%). Contudo, apesar de raros, existem outros 13 sorotipos oncogênicos, sendo eles: 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, e 82 (BRUNI *et al.*, 2016).

A patogênese se dá, inicialmente, pela persistência da infecção do sorotipo oncogênico no epitélio metaplásico da zona de transformação cervical. Dessa forma, a infecção cervical pode progredir para lesões intraepiteliais pré-malignas glandulares ou escamosas, classificada histopatologicamente como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). A maioria das lesões NIC podem regredir espontaneamente. Contudo, fatores como a infecção pelos subtipos de HPV de altas taxas

de oncogenicidade, quadros de imunossupressão ou uma coinfecção pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, podem levar à persistência do patógeno e, consequentemente, à progressão para displasia cervical (MELLO & SUNDSTROM, 2019).

Complicações: câncer vulvar

O câncer vulvar é uma condição rara, correspondente a cerca de 1% dos casos ginecológicos. Nesse contexto, a infecção pelo HPV está associada com a maioria dos carcinomas de células escamosas vulvares, sendo os sorotipos HPV 16 (72%), HPV 33 (6,5%) e o HPV 18 (4,6%) os mais comuns para o desenvolvimento dessa neoplasia. Esse tipo de câncer é um achado frequente em mulheres jovens e que já tiveram múltiplos parceiros sexuais (SALLUM *et al*., 2011).

A patogênese do câncer vulvar advém de uma lesão precursora associada ao papilomavírus, denominada de Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV). Além disso, a disseminação dessa displasia se dá por meio da invasão local de tecido adjacente ao tumor primário, influenciando no fator prognóstico do paciente. Sendo assim, os linfonodos (inguinais, superficiais e pélvicos) são a principal via disseminadora, na qual é realizada por intermédio da embolização (SALLUM *et al*., 2011).

Complicação: câncer vaginal

A neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) é definida pela presença de células escamosas atípicas na genitália externa e é menos comum do que a neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) e a neoplasia intraepitelial cervical (NIC). O papilomavírus humano é a causa mais comum da NIVA e, dentre os sorotipos mais prevalentes estão o HPV 16 e o HPV 18 (DARRAGH *et al*., 2012).

Complicações: câncer anal

A Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA) é um precursor na patogênese do câncer anal, provocada pela infecção persistente de sorotipos oncogênicos do HPV, principalmente, no sexo feminino. Contudo, sua história natural é pouco compreendida. Nesse caso, entende-se que o HPV 16 e o HPV 18 são responsáveis por aproximadamente 72% dos casos de neoplasia da região anal. Além disso, o estado nodal e o tamanho do tumor primário são fatores que interferem diretamente no prognóstico dessa displasia (EDGE *et al*., 2010).

Complicações: tumor de Buschke-Lowestein

Na maioria dos casos, verrugas genitais relacionadas ao HPV regridem dentro de cerca de 6 meses com ou sem tratamento. Entretanto, existem casos raros de infecção por HPV 6 e HPV 11 em que podem ser reportados a presença de um condiloma acuminado gigante (Tumor de Buschke-Lowestein). Essa lesão caracteriza-se por sua grande extensão e aspecto verrucoso que envolve a região anogenital. Além disso, o condiloma acuminado gigante, mesmo não sendo considerado inicialmente como uma lesão maligna, possui um potencial de malignização e agressividade em indivíduos imunodeprimidos (COELHO *et al*., 2008).

Complicações: câncer de cavidade oral e orofaringe

Apesar da baixa frequência no sexo feminino, o carcinoma epidermoide, uma das principais lesões malignas da cavidade oral e orofaríngea, pode atingir indivíduos infectados pelo HPV. Isso ocorre porque o subtipo 16, por exemplo, é frequentemente encontrado na área bucal de pacientes com câncer dessa região.

Nesse sentido, é importante ressaltar que fatores de risco para o carcinoma da cavidade oral e orofaríngea, como o tabagismo e o etilismo, são potencializados pela infecção do HPV. Visto que, o papilomavírus humano é capaz de intensificar a ação carcinogênica do álcool e do tabaco (SOBRAL *et al*., 2014).

Complicações: papilomatose respiratória

A papilomatose respiratória recorrente (PRR), causada pelos subtipos 6 e 11 do HPV, é uma neoplasia benigna comum da laringe, principalmente, entre crianças. A manifestação mais frequente apresentada em pacientes com PRR é a rouquidão, em consequência de uma lesão notavelmente pequena na região laríngea, que é marcada por remissão espontânea (KAYODE, 2012).

Epidermodisplasia verruciforme

A epidermodisplasia verruciforme é uma genodermatose rara de caráter recessivo ligada ao cromossomo X. É caracterizada por uma infecção disseminada pelo beta papilomavírus (HPVs, 5, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 19-25), na qual é identificado o desenvolvimento de carcinomas cutâneos, lesões pitiríase versicolor *like*, verrugas planas e lesões maculares hipo ou hiperpigmentadas. Ademais, as lesões, na maioria das vezes, se destacam na infância e tornam-se malignas em cerca de 30% dos casos, entre a terceira e a quarta década de vida (WOLFF *et al*., 2008).

Diagnóstico

O diagnóstico da infecção por HPV leva em conta os dados da história, exame físico e complementares com a pesquisa direta do vírus ou indiretamente, através das alterações provocadas pela infecção nas células e no tecido. Dentre as técnicas utilizadas para o diagnóstico, recomendam-se:

Papanicolau: é o exame preventivo mais comum. Ele não detecta o vírus, mas as alterações que ele pode causar nas células. Indicado na rotina de "*screening*" para o câncer cervical ou na presença de lesão HPV induzida no sentido de diagnóstico de neoplasia intraepitelial ou câncer invasor associado (BRASIL, 2020).

Inspeção com ácido acético a 5%: avalia o colo uterino que com esta solução se torna eficaz para ajudar na identificação de lesões precursoras do câncer cervical, aumentando a sensibilidade da citologia cérvicovaginal. Pode ainda, ser de grande auxílio na triagem dos casos para a colposcopia e biópsia, mesmo em locais em que não haja condições adequadas para a realização da citologia (BRASIL, 2020).

Colposcopia e peniscopia: exame feito por um aparelho chamado colposcópio que aumenta o poder de visão do médico, permitindo identificar as lesões na vulva, vagina, colo do útero e pênis (BRASIL, 2020).

Biópsia: é a retirada de um pequeno pedaço para análise. A sua indicação baseia-se no aspecto e localização. Se a atipia colposcópica é maior, a lesão é plana e está localizada no colo uterino deve-se biopsia-la para ter o correto diagnóstico histológico e dirigir a conduta. Lesões verrugosas localizadas na vagina ou vulva, que pelo aspecto predizem o diagnóstico clínico de infecção viral, no geral, não precisam ser biopsiadas (BRASIL, 2015).

Teste de hibridização molecular: é a técnica mais sensível de detecção da infecção pelo papilomavírus humano. O uso desta tecnologia no reconhecimento da presença do HPV oncogênico pode reduzir consideravelmente o número de citologias falso negativas (BRASIL, 2020).

Captura híbrida: é uma reação de amplificação de sinal e associa métodos de hibridização molecular e antígenos monoclonais. É o exame mais moderno para fazer diagnóstico do HPV. Detecta com alta sensibilidade e especificidade o DNA do HPV em amostra de escovado ou biópsia do trato genital inferior, grupo (de baixo ou alto riscos) e a carga viral. É evidente para alguns que, a detecção do HPV não pode ser utilizada como ferramenta de diagnóstico isoladamente, mas pode melhorar muito a avaliação de NIC na prática clínica (HOLUB *et al.*, 1999).

Reação em cadeia de polimerase (PCR): teste de alta sensibilidade, consiste em amplificação do alvo, ou seja, do DNA viral e posterior hibridização. Tem sido utilizado principalmente em pesquisas, sendo o padrão ouro para comprovar ou não, a existência do DNA do HPV (NONNENMACHER *et al.*, 2002).

Hibridização *in situ*: método de hibridização que demonstra o DNA viral na célula, tendo-se a oportunidade de avaliar o tecido ou esfregaço celular ao mesmo tempo em que se avalia a presença ou não do vírus. É menos sensível que os dois anteriores. Quando se aumenta muito esta sensibilidade, principalmente na análise de lesões de baixo grau, pode haver reação cruzada entre as sondas, diminuindo a acurácia do método (NONNENMACHER *et al.*, 2002).

Tratamento

O tratamento da infecção causada pelo HPV não é específico e, atualmente, os que estão disponíveis não parecem modificar a história natural do vírus (CARVALHO *et al.*, 2021). Em alguns casos, mesmo não realizando o manejo, as lesões desaparecem, não se alteram ou aumentam em número e volume (BRASIL, 2020). O manejo das verrugas anogenitais visa destruir as lesões e deve ser realizado de forma individualizada, levando em consideração as suas extensões, quantidades e localizações. No entanto, o tratamento não elimina a infecção por HPV, visto que, o material genético viral pode permanecer de forma latente nas células infectadas, por longos períodos. Assim, pode haver a recorrência de sintomas depois de meses ou até anos da infecção inicial, devido a uma reativação do vírus (CARVALHO *et al.*, 2021).

Dentre as opções tópicas para tratamento das verrugas anogenitais causadas pelo HPV estão o ácido tricloroacético (ATA) de 60% a 80% e a solução de podofilina de 10% a 25% que devem receber aplicação ambulatorial; creme imiquimode a 5% e creme de podofilotoxina a 0,5% que podem ser autoaplicados pelo paciente, desde que haja rígido acompanhamento e orientação do médico responsável (CARVALHO *et al.*, 2021). No caso do ATA, há a destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico em contato com o agente cáustico que pode levar à danos teciduais, justificando a restrição de sua aplicação pelo paciente (BRASIL, 2020). A aplicação da podofilina é indicada semanalmente sobre o condiloma acuminado e pode ser realizada conjuntamente com talco. O creme imiquimode deve ser usado durante três dias alternados, semanalmente, visando o desaparecimento das verrugas por meio do seu efeito modulador da resposta imune (BRASIL, 2020). O creme de podofilotoxina deve ser aplicado de forma cíclica, duas vezes ao dia por 3 dias, seguidos de 4 dias sem o uso (BRASIL, 2020).

Há disponível as terapias ablativas como eletroterapia, crioterapia e *laser* que são muito eficazes no tratamento de verrugas anogenitais (CARVALHO *et al.*, 2021). A eletroterapia é adequada para destruir em uma única sessão,

lesões exofíticas, pedunculadas e volumosas. Seus resultados variam de acordo com a experiência do operador. Já a exérese cirúrgica, que também exige anestesia local, promove a eliminação completa de lesões volumosas e permite o estudo histopatológico dos fragmentos. Para tratamento de verrugas isoladas e queratinizadas, a crioterapia é o tratamento mais utilizado ambulatorialmente, sendo que o nitrogênio líquido é capaz de promover citólise térmica de forma bem tolerada pelo paciente, em uma frequência que varia de acordo com a resposta individual ao tratamento (BRASIL, 2020).

Os efeitos adversos dos tratamentos tópicos são, em sua maioria, irritações locais na área em que ocorrem as aplicações e podem envolver vermelhidão, sensibilização cutânea e prurido. As restrições dos tratamentos devem ser consideradas, sendo que durante o período gestacional são contraindicados o uso de podofilina e imiquimode, enquanto o ATA e crioterapia podem ser utilizados na gravidez (BRASIL, 2020).

Caso não ocorrer melhora dos sintomas depois de três sessões terapêuticas ou não se resolver depois de seis sessões, a alteração desta deve ser recomendada ou associada a outros tratamentos, desde que haja o devido controle dos efeitos inflamatórios sobre os tecidos normais. Além disso, o profissional responsável deve conscientizar a paciente de que o tratamento não erradica o vírus e, portanto, caso a paciente ou seu parceiro (a) notem uma nova lesão, devem procurar atendimento médico (BRASIL, 2020).

Prevenção

A prevenção da infecção primária pelo HPV não é simples de ser feita, pois trata-se de uma infecção sexualmente transmissível, a mais disseminada atualmente (NTANASIS-STATHOPOULOS *et al*., 2020). Há controvérsias sobre a eficácia do uso de preservativos para evitar a transmissão do HPV, pois o contágio pode ocorrer através do contato com áreas não protegidas pelo preservativo. Entretanto, alguns estudos sugerem que o uso frequente de códon permite a regressão da infecção e diminui o risco de verrugas genitais. Relações monogâmicas e restringir o número de parceiros sexuais pode contribuir para a prevenção. No entanto, tem se observado o aumento na troca e no número de parceiros sexuais ao longo da vida, em praticamente toda a população. A monogamia, portanto, não deve ser incentivada como método protetor por diminuir a procura pela vacinação e o *status* de relacionamento do paciente pode mudar a qualquer momento, bem como o seu parceiro pode ser infiel (WATERS *et al*., 2021).

Como a infecção persistente pelo HPV está relacionada ao câncer de colo uterino, a prevenção desse tipo de câncer pode ser realizada através da vacinação, de preferência antes do início da vida sexual do indivíduo em ambos os sexos; pela coleta periódica de citologia oncótica cervical em mulheres sexualmente ativas (WATERS *et al*., 2021).

A vacinação é uma medida eficaz que evita o surgimento de lesões pré-malignas e verrugas genitais. O Ministério da Saúde disponibiliza, através do SUS, a vacina quadrivalente contra os tipos 6 e 11 (relacionados às verrugas genitais) e 16 e 18 (responsáveis por lesões malignas na região anogenital) (BRASIL, 2015). O novo esquema vacinal contempla duas doses da vacina em meninas de 9 a 14 anos de idade e meninos de 11 a 14 anos, aplicadas em intervalo de 6 meses entre as doses. Com prescrição médica, pessoas de ambos os sexos vivendo com HIV/Aids, portadores de câncer e transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea, com idade entre 9 e 26 anos devem receber três

doses da vacina com intervalo de 2 meses entre primeira e segunda dose e de 6 meses entre primeira e terceira dose (BRASIL, 2018).

A citologia oncótica cervical identifica lesões causadas pela infecção por HPV em mulheres que são ou foram sexualmente ativas. Pacientes hígidas devem realizar a primeira coleta aos 25 anos de idade, com intervalo anual entre os dois primeiros exames. Caso não sejam detectadas alterações, o citopatológico poderá ser coletado em intervalos de 3 anos, até os 64 anos de idade. Entretanto, o primeiro rastreio pode ser obtido a qualquer momento na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, seguindo o esquema mencionado entre as coletas. Ao completar 64 anos ou mais, o rastreio pode ser interrompido na ausência de lesão neoplásica pré-invasiva pregressa e com dois exames normais nos últimos 5 anos. Pacientes com mais de 64 anos de idade que nunca realizaram a citologia oncótica cervical devem ser submetidas a duas coletas, aguardando de 1 a 3 anos entre a primeira e segunda amostra e se não existir alterações em ambos os exames, não necessitam continuar o rastreio. As alterações serão avaliadas de acordo com o tipo e as características da paciente (idade) (INCA, 2016).

Algumas situações especiais podem ocorrer, gestantes podem realizar o citopatológico oncótico cervical durante o pré-natal se estiverem no público-alvo para primeira coleta ou a gravidez coincidir com o momento de novo rastreio. Mulheres após a menopausa devem seguir as recomendações para a população em geral, bem como as histerectomizadas podem pausar o rastreamento se fizeram histerectomia total e não possuem história prévia de lesões de alto grau. Contudo, se houve lesão pré-maligna ou maligna anterior à histerectomia, o seguimento será de acordo com o tipo de lesão. Pacientes imunossuprimidas devem ser submetidas à coleta logo após iniciarem a vida sexual, com intervalo de 6 meses entre as duas primeiras coletas e anual a partir de então, durante todo o estado de imunossupressão. Em pacientes HIV positivo que apresentarem CD4+ menor que 200/mm³ está indicada a coleta semestralmente e medidas para a melhora da contagem CD4+ (INCA, 2016).

A captura híbrida de HPV identifica os subtipos envolvidos na infecção, apresenta alta sensibilidade e especificidade, entretanto ainda não é utilizado rotineiramente para rastreio (SITARZ & SZOSTEK, 2019).

CONCLUSÃO

A infecção pelo HPV é uma das ISTs mais prevalentes em todo o mundo, estando presente em quase toda a população sexualmente ativa e é responsável por acarretar repercussões na saúde e nos gastos públicos. Há cerca de 200 subtipos do vírus capazes de infectar o ser humano, com diferentes graus de virulência. Apresenta variadas manifestações clínicas dependendo do subtipo, sítio de contaminação e características imunológicas do hospedeiro.

O HPV é eliminado naturalmente do organismo em 90% dos casos, porém o fato de se associar a alguns tipos de cânceres, como de colo de útero e laríngeo e ser extremamente comum, leva à preocupação com os outros 10% dos casos. Não existe tratamento específico para a infecção, sendo possível tratar as lesões geradas (verrugas genitais e alterações ao exame citopatológico) de acordo com o tipo. O diagnóstico pode ser feito através da pesquisa direta do vírus e de características das alterações geradas, entretanto, pode não ser eficiente na prevenção da transmissão. O uso de preservativos, eficaz para evitar outras ISTs, mesmo com a resolução espontânea da infecção pelo HPV em portadores, não impede

totalmente a disseminação do vírus que poderá ser transmitido por contato com áreas não cobertas pelo preservativo.

Diante do exposto, conclui-se que a vacina é a melhor forma de prevenção contra a infecção ocasionada pelo HPV e o desenvolvimento de suas complicações. Os profissionais de saúde devem saber indicar a vacina e educar a população sobre a sua importância. Além disso, o método de captura híbrida é muito promissor e provavelmente substituirá a tradicional citologia oncótica nos próximos anos, permitindo melhorar a classificação NIC. Uma vez que, mesmo vacinando a população, o rastreio se manterá necessário. Dessa forma, em longo prazo, haverá a melhora da qualidade de vida de milhões de mulheres e a diminuição dos gastos com o tratamento das manifestações causadas pelo vírus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BETZ, S.J. HPV-related papillary lesions of the oral mucosa: a review. Head and Neck Pathol, v. 13, p. 80-90, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/h/hpv>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRUNI, L. *et al.* ICO information centre on HPV and cancer (HPV information centre). Human papillomavirus and related diseases in the world: summary report, 2016. Disponível em: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BURD, E.M. & DEAN, C.L. Human Papillomavirus. Microbiology spectrum, v. 4, p. 177-195, 2016.

CARVALHO, N.S. *et al.* Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, p. 1-10, 2021.

COELHO, F.M.P. *et al.* Tumor de Buschke-Lowestein: tratamento com imiquimod para preservação esfincteriana. Revista Brasileira de Coloproctologia, v. 28, p. 342-346, 2008.

COLPANI, V. *et al.* Prevalence of papillomavirus in Brazil: a systematic review protocol. British Medical Journal Open, v. 6, p. 1-34, 2016.

DARRAGH, T.M. *et al.* The lower anogenital squamous terminology standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Archives of Pathology & Laboratory Medicine, v. 136, p. 1266-1297, 2012.

DOORBAR, J. *et al.* The biology and life-cycle of human papillomaviruses. Vaccine, v. 30, p. 55-70, 2012.

EDGE, S.B. *et al.* editors. AJCC cancer staging manual. New York: Springer, 2010. p. 165-173.

HOLUB, Z. *et al.* Evaluation of the role of the HPV test in routine clinical practice: prospective study. Ceska Gynekol, v. 64, p. 238-241, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de detecção precoce e apoio à organização de rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. rev. atual. p. 31-45. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

KAYODE, A.S. The descriptive review, from recurrent respiratory papillomatosis of the disease, an enigmatic. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, v. 16, p. 108-114, 2012.

LETO, M.G.P. *et al.* Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 86, p. 306-317, 2011.

MAGALHÃES, G. M. *et al*. Update on human papilloma virus part I: epidemiology, pathogenesis, and clinical spectrum. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 96, p. 1-16, 2021.

MELLO, V. & SUNDSTROM, R.K. Cancer, cervical intraepithelial neoplasia (cin) treasure island, FL: StatPearls Publishing, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544371/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

NONNENMACHER, B. *et. al.* Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. Revista Saúde Pública, v. 36, p. 95-100, 2002.

NTANASIS-STATHOPOULOS, I. *et al.* Current trends in the management and prevention of human papillomavirus (HPV) infection. Journal of the Balkan Union of Oncology. v. 25, p. 1281-1285, 2020.

PETCA, A. *et al*. Non-sexual HPV transmission and role of vaccination for a better future (Review). Experimental and Therapeutic Medicine, v. 20, p. 186-191, 2020.

PYTYNIA, K.B. *et al.* Epidemiologia do câncer orofaríngeo associado ao HPV. Journal of Oral Oncology, v. 50, p. 380-344, 2014.

ROSA, M.I. *et al.* Papilomavírus humano e neoplasia cervical. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, p. 953-964, 2009.

SALLUM, L.F.T.A. *et al.* Câncer de vulva. Projeto diretrizes clínicas na saúde suplementar. Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar, Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2011. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/ans/cancer_de_vulva.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

SITARZ, K. & SZOSTEK, S. Food and drug administration approved molecular methods for detecting human papillomavirus infection. Ginekologia Polska, v. 90, p. 104-108, 2019.

SOBRAL, A. P. V. *et al.* Correlação do papilomavírus humano com o carcinoma epidermóide bucal: revisão sistemática. Revista de cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, v. 14, p. 95-102, 2014.

SOUZA, G. C. S. *et al.* Papilomavírus humano: biologia viral e carcinogênese. Femina, v. 43, p. 189-192, 2015.

SUEHIRO, T.T. *et al*. High molecular prevalence of HPV and other sexually transmitted infections in a population of asymptomatic women who work or study at a Brazilian university. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v. 63, p. 1-10, 2021.

WATERS, A. V. *et al.* Monogamy as a Barrier to human papillomavirus catch-up vaccination. Journal of Womens Health, v. 30, p. 705-712, 2021.

WOLFF, K. *et al.* Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: MacGraw Hill, 2008.

CAPÍTULO 16

Câncer do colo do útero, vírus HPV e a participação da Enfermagem no tratamento e prevenção da doença

AUTORES
Adriana Karine Oliveira de Andrade[1]
Marilia Carla Cunha Silva[2]
Josianne Rocha Barboza[3]

FILIAÇÃO
[1]Enfermeira pela Instituição de Ensino Superior Franciscano. Paço do Lumiar/MA.
[2]Enfermeira pela Instituição de Ensino Superior Franciscano. Paço do Lumiar/MA.
[3]Doutoranda em Biotecnologia na Rede Bionorte/UFMA. Orientadora.

Palavras-chave: câncer; HPV; enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero conhecido no mundo cientifico como carcinoma cervical, é um problema considerado de saúde pública no Brasil. Ele pode estar presente nas mulheres na faixa etária em que se encontram sexualmente ativas. Esta doença ocorre em função de vários fatores sendo o *papilomavírus humano* (HPV), descrito como um fator preponderante no processo neoplásico (ANJOS *et al.*, 2010; CAETANO *et al.*, 2006; GREENWOOD *et al.*, 2006).

Aproximadamente 17.000 óbitos ocorrem por ano, sendo que a faixa mais acometida se encontra entre os 20 e 29 anos de idade. A maior taxa de ocorrência é entre os 45 aos 49 anos de idade.

No Brasil, o câncer do colo do útero é a terceira neoplasia maligna que aco-mete as mulheres, apenas superado pelos cân-ceres de pele não melanoma e o de mama. A maior taxa de incidência dos casos de câncer de colo do útero encontra-se na região Sudeste, seguida pela região Nordeste (INCA, 2016)

Os principais fatores que influenciam no processo neoplásico são: multiplicidade de parceiros sexuais, desnutrição, nível educacional e a situação socioeconômica (GUIMARÃES *et al.*, 2009).

O papel do profissional na área da saúde, principalmente em oncologia, não se restringe e o tratamento do paciente, mas inclusive aos seus familiares, pois o câncer requer tratamento prolongado e é passível de efeitos colaterais.

É necessário que os profissionais da saúde, inclu-sive o enfermeiro, tenham mais esclarecimento sobre a doença para que assim, possam contri-buir de forma efetiva (ANJOS *et al.*, 2010).

MÉTODO

No presente estudo, a metodologia adotada foi a revisão bibliográfica, de caráter descritivo e qualitativo, realizada em janeiro de 2017.

Foi utilizado material de fonte secundária disponível na base de dados dos seguintes sites: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e no *site* do Instituto Nacional de Câncer (INCA), utilizando como palavras chaves: câncer de colo de útero, papiloma vírus humano e ação da enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2010 a 2020 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 20 materiais que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: fisiologia e prevalência; fatores de risco; sinais e sintomas; prevenção; diagnóstico; tratamento e cuidados da enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia e prevalência

O câncer do colo de útero é uma doença mundial, embora apresente o maior potencial de cura quando diagnosticado precocemente. É o tipo de tumor que acomete a porção inferior do útero, caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão,

comprometendo o tecido subjacente (estroma), podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância (INCA, 2016).

São conhecidos diversos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo de útero, tendo relação com a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), tabagismo, iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros, multiparidade, uso de contraceptivos orais, baixa ingestão de vitaminas e coinfecção por agentes infecciosos como HIV e *Chlamydia trachomatis*. Dentre estes fatores, a infecção pelo vírus HPV representa o principal fator responsável para desenvolvimento do processo neoplásico (GOMES *et al.*, 2012).

O vírus (HPV) é considerado o agente de infecções de transmissão sexual mais comum. O número de mulheres portadoras de DNA do vírus do HPV é alto, cerca de de 290 milhões em todo o mundo (GUIMARÃES *et al.*, 2012).

Historicamente, a associação do vírus HPV com o câncer de colo de útero começou em 1949, quando o patologista George Papanicolau introduziu o exame mais difundido no mundo para detectar a doença: o exame Papanicolau 1. Com esse exame, permitiu identificar mulheres com alterações celulares pré-malignas, possibilitando observar uma associação entre a atividade sexual com o desenvolvimento do câncer de útero (NAKAGAWA *et al.*, 2010).

Atualmente, estudos confirmaram a presença do DNA do Papiloma vírus na maioria dos carcinomas invasivos, levando à tese mundialmente aceita de que, a infecção pelo vírus HPV é a possível causa para o desenvolvimento do carcinoma invasivo (ANJOS *et al.*, 2010). O câncer do colo de útero é o segundo tipo de câncer mais frequente nas mulheres, sendo responsável por mais de 250.000 mortes no ano de 2005. Cerca de 80% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento (GOMES *et al.*, 2012).

No Brasil, o câncer do colo do útero é a terceira neoplasia maligna que acomete as mulheres, apenas superado pelos cânceres de mama e do colorretal. Estudos efetuados nacionalmente demonstram que a infecção por HPV de alto risco é semelhante à dos países subdesenvolvidos, com predominância maior nas mulheres entre 26 e 45 anos de idade (INCA, 2016).

Fatores de risco e sinais e sintomas

Existem algumas causas que são consideradas essenciais para desenvolver o HPV: fatores ligados à imunidade, genética e ao comportamento sexual. Além do tabagismo, a vida precoce sexual com número elevado de parceiros sexuais, o uso de pílulas anticoncepcionais (DIÓGENES *et al.*, 2012).

A associação do câncer uterino com o HPV é muito comum, estima-se que cerca de 80% das mulheres com a vida sexual ativa irão adquirir HPV ao longo da sua vida. No entanto, embora a infecção pelo papilomavírus humano seja um dos fatores necessários para o desenvolvimento do câncer, não é possível afirmar que é o único responsável pelo câncer cervical uterino (DANTAS *et al.*, 2012; NAKAGAWA *et al.*, 2010).

O HPV é apontado como responsável por 70% dos casos de câncer uterino, sendo considerado uma doença que se desenvolve lentamente e que pode evoluir sem sintomas na sua fase inicial. Contudo, pode agravar-se para sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada às queixas urinárias ou intestinais em casos mais avançados (ANJOS *et al.*, 2013).

Prevenção

O controle populacional consiste na realização do rastreamento através do exame preventivo para o câncer do colo do útero, conhecido com o exame Papanicolau. Procedimento simples e de baixo custo, capaz de detectar as alterações em fases pré-malignas, quando são curáveis com medidas relativamente simples. O exame preventivo do colo do útero é a estratégia aconselhável para detectar lesões futuras que servirão de base para o diagnóstico da doença (DANTAS *et al.*, 2012).

Mediante o lento processo de evolução da doença, a intervenção prematura pelo exame preventivo torna-se indispensável para aumentar as possibilidades de sobrevivência da mulher e, consequentemente tornar o tratamento menos dispendioso. A possiblidade de detecção precoce reduz, consideravelmente, a morbilidade feminina. Tendo em vista tornar possível a aplicação do tratamento adequado. Fato que possibilita a cura desta enfermidade em 100% dos casos quando realizados precocemente (GUIMARÃES *et al.*, 2012).

A implantação dos programas de atenção integral à saúde da mulher tem a finalidade de tentar reduzir os índices de morbidade relacionados às causas preveníveis e evitáveis. Objetivam ainda, aumentar tanto a cobertura quanto a resolutividade dos serviços de saúde na execução de ações preventivas à neoplasia do colo de útero, bem como as suas consequências físicas, psíquicas e sociais (DANTAS *et al*. 2012).

Como medida de prevenção contra o vírus do HPV podem ser adotados o uso de preservativo nas relações sexuais e a realização da vacina contra o HPV para meninas com a faixa etária de 9 a 13 anos. A vacinação por sua vez, mostra-se eficaz em 91,6% para infecção incidental e até 100% contra as infecções persistentes. Atualmente existem duas vacinas contra o HPV, a bivalente, contra os tipos 16 e 18 e a quadrivalente, contra os tipos 6, 11, 16 e 18. Ambas mostram uma redução significante na incidência de infecções persistentes pelo HPV. No entanto, o exame preventivo (Papanicolau) deve ser realizado mesmo em mulheres imunizadas contra o HPV, pois a vacina não protege contra todos os tipos oncogênicos do HPV (SANTOS & SOUZA, 2013).

Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico pode ser feito com exames preventivos que possibilitam a detecção precoce do câncer de colo do útero, essa é a principal estratégia para fazer o diagnóstico da doença. O exame do Papanicolau é utilizado como principal método de detecção das lesões decorrentes do HPV e diagnóstico do câncer de colo do útero. As lesões podem ser diagnosticadas por meio de exames labo-ratoriais (citopatológico, histopatológico e de biologia molecular) ou pelo uso de ins-trumentos de lentes de aumento (GOMES *et al.*, 2012).

O método do Papanicolau é realizado pelo profissional de saúde que, em geral é médico ou enfermeiro e pode ser feito em postos de saúde da rede pública. Consiste na coleta do material cervical do colo uterino para estudar as células descamadas e esfoliadas da parte externa e interna do colo uterino, onde são evidenciadas as alterações celulares típicas compatíveis com a presença do HPV (GREENWOOD *et al.*, 2006).

De acordo com a literatura não há tratamento específico para eliminar o vírus, mas as lesões clinicas devem tratadas por meio de: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapia biológica ou pela combinação dessas modalidades (INCA, 2016).

Cuidados da Enfermagem

Todos os profissionais de Enfermagem devem conhecer, planejar e realizar o controle dos cânceres, acolher de forma humanizadas, prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher. É fundamental que os profissionais da área estejam orientados sobre a patologia, bem como os possíveis resultados sempre que for necessário aconselhar sobre o retorno dos exames, encaminhando-as para acompanhamento médico (SANTOS & SOUZA, 2013).

É necessário que o profissional de Enfermagem tenha conhecimento suficiente em relação à neoplasia do colo do útero em relação aos fatores de risco e aos modos de prevenção primária e secundária. Afinal, é a articulação dessas ações que tornará a assistência à paciente mais eficiente (NAKAGAWA *et al.*, 2010).

Neste sentido, o enfermeiro pode atuar na prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino, identificando as populações de alto risco, desenvolvendo ações de orientação, prevenção e educação em saúde (DANTAS *et al.*, 2012).

CONCLUSÃO

Este trabalho foi de grande importância pois possibilitará ao público e aos estudantes de Enfermagem o maior conhecimento sobre o HPV, sua detecção e prevenção. De modo que pode ser possível reduzir a taxa de mortalidade e torná-lo o fator de risco minimamente possível.

O vírus do HPV é um grande fator para o surgimento do câncer de colo de útero, contudo, existem outros fatores causadores dessa patologia. Apesar dos avanços no conhecimento a seu respeito, o número de morbimortalidades entre as mulheres por câncer de colo de útero continua elevado. Assim, espera-se da saúde pública a priorização de programas que abordem a saúde da mulher.

É de extrema importância o processo de educação em saúde para que a mulher tenha informações suficientes sobre os fatores de risco e a forma de prevenção, no intuito de diminuir o risco de mortalidade. Diante do exposto, constatou-se de que é possível atenuar os efeitos do câncer do colo do útero se for intensificado os procedimentos preventivos que visam o rastreio e a prevenção.

Ademais, é necessário que a educação dos possíveis portadores seja otimizada com campanhas nacionais que atinjam toda a nação, principalmente nas regiões cujo poder econômico e nível educacional são mínimos. Ressalta-se que a capacitação dos profissionais que atuam nesta área e a disponibilidade de equipamentos e insumos necessários para efetivar o combate ao vírus HPV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, S.J.S.B. *et.al*. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. 4, p. 508-513, jul./ago. 2013.

CAETANO, R. *et al.* Custo efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-118, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Controle do Câncer de colo do útero. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http:// www1.inca.gov.br/inca /Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF>. Acesso em: 13 jun. 2016.

DANTAS, C.N. *et al.* A consulta de Enfermagem na prevenção do câncer cérvico uterino para mulheres que a vivenciaram. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 3, p. 591-600, jun. 2012.

DIÓGENES, M.A.R. *et al.* Fatores de risco para câncer cervical e adesão ao exame Papanicolau entre trabalhadoras de Enfermagem. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 1, p. 200-210, fev. 2012.

GREENWOOD, S. A. *et.al*. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 503-509, 2006.

GOMES, C.H.R. *et al*. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no norte de minas gerais. Revista brasileira de cancerologia, v. 58, n. 1, p. 41-45, 2012.

GUIMARÃES, J.A.F. *et al*. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2012.

NAKAGAWA J.T.T. *et al*. Vírus HPV e câncer de colo de útero. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 2, p. 307-311, mar./abr. 2010.

SANTOS, U.M. & SOUZA, S.E.B. Papiloma vírus humano, câncer do colo uterino e Papanicolaou: uma revisão de literatura. Revista Saúde Pública Santa Catarina, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 80-90, 2013.

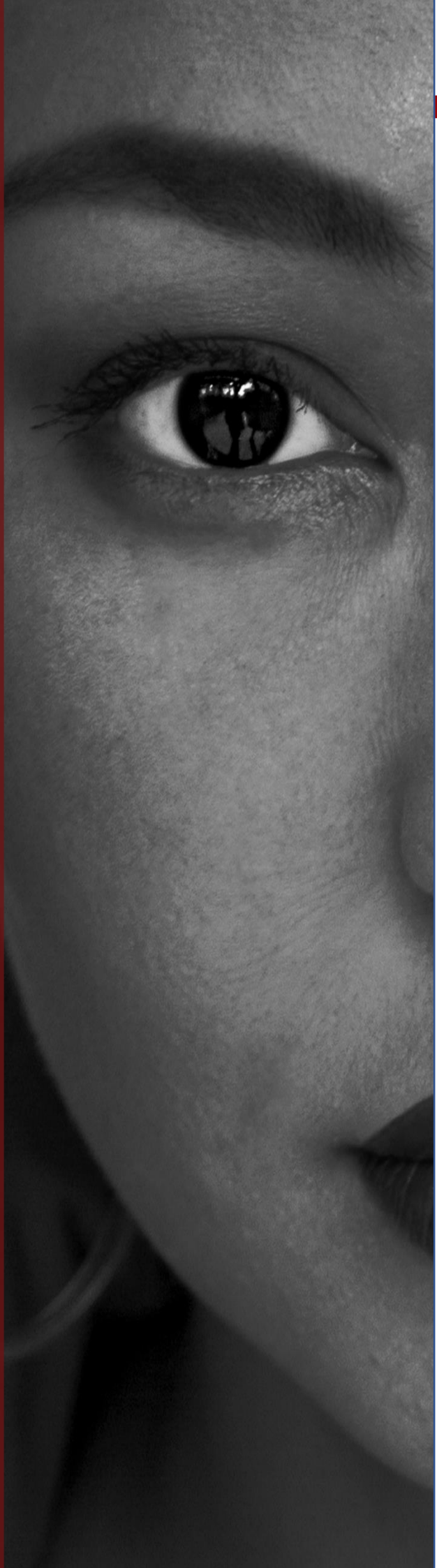
CAPÍTULO 17

Ações realizadas pelo enfermeiro para promover o aleitamento materno durante a permanência no Alojamento Conjunto

AUTORES
Brenda Domingos Vitorino Santos[1]
Bárbara Jordânia Rodrigues Silva[1]
Clara Rodrigues de Andrade[1]
Evelin Reis Macedo[1]
Rafaela Dias Pardini[2]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais.
[2]Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais.

Palavras-chave: alojamento conjunto; enfermagem; aleitamento materno.



INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde instituiu em 2016, a portaria n° 2.068, que dispõe as normas para a implementação da atenção integral e humanizada à saúde da mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto (AC). Este é definido como "o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta" (BRASIL, 2016).

O AC possibilita o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e o bebê e a interação com outros membros da família e, principalmente, propicia a consolidação do aleitamento materno efetivo (BRASIL, 2016). Desta forma, evidencia-se a importância de garantir às mulheres o direito de permanecerem no mesmo ambiente que o filho, após o parto. De modo que a equipe de saúde pode oferecer cuidados assistenciais fundamentais à mãe e ao recém-nascido.

Diante disso, o período em que as puérperas permanecem no AC é marcado por intensos aprendizados, pois é uma oportunidade de elevar sua confiança em relação aos cuidados que desempenhará com o bebê e na amamentação (RODRIGUES *et al.*, 2016).

O aleitamento materno contribui para a prevenção de mortes infantis, promove a saúde física e mental da criança e da mãe. Dentre os fatores associados à adesão da amamentação, é fundamental o apoio dos profissionais de saúde e o fortalecimento da rede de apoio no incentivo do aleitamento materno (FERREIRA *et al.*, 2018).

Desse modo, o enfermeiro destaca-se como agente potencializador da adesão ao aleitamento materno. Em sua formação acadêmica adquire conhecimentos que o capacitam para promover e auxiliar a puérpera e orientá-la sobre os benefícios da amamentação (FERREIRA *et al.*, 2018).

Assim, o presente trabalho teve por objetivo, analisar quais ações os enfermeiros desempenham na promoção do aleitamento materno durante a permanência no alojamento conjunto.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, realizada em maio de 2021. A revisão narrativa é uma maneira de revisar a literatura de forma não sistematizada. É uma metodologia mais simples, portanto, a questão norteadora pode ser pouco especifica ou então mais ampla. Além disso, pode-se abordar um tema de forma livre, sem rigores metodológicos (CASARIN *et al.*, 2020).

A questão norteadora da pesquisa foi: quais ações os enfermeiros desempenham para a promoção do aleitamento materno no alojamento conjunto? A busca por referencial teórico ocorreu nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde: alojamento conjunto AND Enfermagem, resultando em 81 artigos, submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre os anos de 2017 e 2020 e que atendessem a pergunta norteadora, sendo utilizado o português como idioma principal. Os critérios de exclusão foram: teses, livros e dissertações. Desta seleção resultaram 9 artigos, dos quais foram extraídos os dados (apresentados no **Quadro 17.1**) e discutidos de forma narrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão, os dados foram apresentados no **Quadro 17.1**. Todos os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2017 e 2020 com destaque para o ano de 2018 com 4 publicações. Observou-se que a Revista de Enfermagem UFPE on-line apresentou maior frequência sobre o tema, totalizando 3 publicações.

Quadro 17.1 Dados dos artigos selecionados com relação as ações de enfermagem para promoção do aleitamento materno no AC

Título	Autor	Revista	Objetivo
Desenvolvimento e validação do instrumento específico para complexidade assistencial de puérperas e recém-nascidos: Escala Fantinelli	FANTINELLI *et al.* (2020)	Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.	Desenvolver e validar um sistema de avaliação de complexidade assistencial adaptado para puérperas e recém-nascidos, com base em duas escalas preexistentes
Validação de instrumento para fundamentar dimensionamento de profissionais de enfermagem em alojamento conjunto	DINI *et al.*, (2020)	Rev. Bras. Enferm.	Construir e validar um instrumento para classificação de binômios puérpera e neonato que subsidie o dimensionamento de pessoal em unidades de alojamento conjunto
Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco	DUART *et al.*, (2019)	Rev. Enferm. UERJ	Analisar o preparo de famílias para a alta do alojamento conjunto acerca dos cuidados domiciliares com o neonato
Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança	SILVA *et al.*, (2018)	Texto e Contexto	Avaliar os fatores associados à prática do aleitamento materno na primeira hora após o parto
Conhecimento de nutrizes sobre aleitamento materno: contribuições da enfermagem	MARTINS *et al.*, (2018)	Rev. Enferm. UFPE	Descrever o conhecimento e as dúvidas de nutrizes sobre o aleitamento materno
Percepção das nutrizes acerca do valor útil do apoio ao aleitamento materno	ALVES *et al.*, (2018)	J Nurs Health	Analisar a valoração axiológica da mulher nutriz quanto ao apoio no processo de lactação
O enfermeiro educador no puerpério imediato em alojamento conjunto na perspectiva de Peplau	FERREIRA *et al.*, (2018)	Revista Eletrônica de Enfermagem	Compreender as orientações apreendidas por puérperas em alojamento conjunto e discutir as ações do enfermeiro educador na perspectiva da Teoria de Peplau
Cuidados e orientações de Enfermagem às puérperas no alojamento conjunto	MERCADO *et al.*, (2017)	Rev. Enferm. UFPE	Verificar as orientações prestadas pelo enfermeiro à puérpera em alojamento conjunto
Importância do colostro para a saúde do recém-nascido: percepção das puérperas	SANTOS *et al.*, (2017)	Rev. Enferm. UFPE	Compreender a percepção das puérperas quanto à importância do colostro para a saúde do neonato e realizar cuidado educativo às puérperas e seus familiares quanto à importância do colostro

Constatou-se que a Enfermagem contribui e estimula de forma significativa para o aleitamento materno no alojamento conjunto, por meio de diferentes ações.

Esse ambiente possibilita promover o cuidado integral do binômio mãe e bebê, além de favorecer o vínculo entre eles. Outra questão que merece ser destacada é a construção do vínculo com a equipe de Enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2018)

Levando-se em conta que, a equipe de Enfermagem é responsável por prestar os cuidados integrais à mãe e ao bebê, pode-se perceber que essa prática favorece o papel

educador do enfermeiro. Visto que, a partir das orientações prestadas é possível promover saúde para a mãe e o bebê, ressaltando a cientificidade da profissão. A partir disso, pode-se dizer que o enfermeiro, no cenário da promoção do AC, é responsável por contribuir com o empoderamento da mulher para a realização dos cuidados de si própria e do neonato, auxiliando-a diretamente neste processo (FERREIRA *et al.*, 2018).

O aleitamento materno possui variados benefícios comprovados, tanto para o recém-nascido quanto para a mãe, inclusive para os familiares próximos (SILVA *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2018). Em vista disso, estratégias têm sido elaboradas por órgãos internacionais com o intuito de promover e incentivar cada vez mais o aleitamento materno. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), fundou o Hospital Amigo da Criança, na qual foram estabelecidos os dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Um destes passos é promover o contato entre mãe e bebê, imediatamente após o nascimento. Viabilizar o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido é considerado de suma importância. Estudos ressaltam pontos positivos relacionado ao AC e amamentação precoce. O contato pele a pele é uma das recomendações da OMS, que destaca que tal ação facilita o aleitamento, a criação de vínculo entre mãe e filho e proporciona inúmeros benefícios para a mulher (SILVA *et al.*, 2018).

Diante do exposto, o enfermeiro exerce papel primordial no AC, principalmente no que tange os aspectos relacionado à amamentação. A Enfermagem é a categoria profissional que está em contato direto com a puérpera e o neonato, ensinando o posicionamento e a pega correta para um aleitamento efetivo, o tempo das mamadas, a forma de extração manual do leite materno e os cuidados adequados com as mamas, a fim de evitar alterações futuras que possam prejudicar o processo de amamentação (DUARTE *et al.*, 2019; ALVES *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2018; MERCADO *et al.*, 2017).

Para Mercado *et al.*, 2017, o enfermeiro exerce constantemente a função de educador em saúde, portanto, deve dispor de conhecimento técnico e cientifico para intervir de maneira adequada nas intercorrências e aconselhar a nutriz sobre os detalhes da prática do aleitamento. Ressalta-se que, o profissional deve adotar uma comunicação simples e clara para uma melhor compreensão por parte da paciente, objetivando a prestação de uma assistência segura e de qualidade (MERCADO *et al.*, 2017).

O puerpério é uma fase em que surgem diversas dúvidas, medos e dificuldades. Cada puérpera tem um tipo de conhecimento, de cultura. Assim, é necessário realizar uma escuta ativa sobre tais singularidades e demandas advindas da puérpera. Além das orientações é importante dar espaço para que a mãe e os familiares se sintam à vontade para expor dúvidas e suas perspectivas, favorecendo também uma troca de experiências (DUARTE *et al.*, 2019; MARTINS *et al.*, 2018).

Apesar de todas as estratégias, podem existir empecilhos que dificultam a promoção do aleitamento materno. Reforçando a importância do profissional de Enfermagem que atua como um facilitador, provendo educação em saúde, quebrando tabus e desmitificando mitos (SILVA, *et al.*, 2018). Além disso, o apoio ao aleitamento materno é percebido também em situações que necessitam do auxílio da Enfermagem para a complementação do leite por copo, mamadeira ou translactação (DINI *et al.*, 2020).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomendam um formulário para observação e avaliação da mamada. Desta forma, por meio desse instrumento, o enfermeiro é capaz de avaliar os comportamentos esperados das mães e dos bebês e identificar problemas e prescrever cuidados específicos (FANTINELLI *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Constatou-se diferentes ações em saúde realizadas pelo profissional de Enfermagem no setor de alojamento conjunto, a fim de promover um aleitamento materno eficaz, o autocuidado materno e para com o neonato. Por ser um período com diferentes sensações, dúvidas e receios, a equipe de Enfermagem é considerada essencial na prestação de informações e cuidados acerca do processo de amamentação e de cuidado com o neonato, conforme a demanda da nutris.

O aleitamento materno é um suprimento muito rico e de extrema importância, com benefícios tanto para o recém-nascido quanto para a mãe. Estimular a amamentação reduz a chances de o bebê desenvolver infecções e estimula o vínculo afetivo. Sendo assim, o profissional de Enfermagem tem responsabilidades no processo de amamentação na sala de parto e no AC, dado o tempo que permanece em contato direto com a mãe e recém-nascido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V.H. *et al*. Percepção das nutrizes acerca do valor útil do apoio ao aleitamento materno. J Nurs Health, v. 8, n. 3, p. e188306, 2018.

BRASIL. Portaria n° 2.068 de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União. Brasília, 24 out. 2016. Seção 1. pg. 13066. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html#:~:text=e%20de%20ensino.-,Art.,parte%20do%20servi%C3%A7o%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 01 maio 2021.

CASARIN, S.T. *et al*. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health, v. 10, n. 5, p. e20104031, 2020.

DINI, A.P. *et al*. Validation of an Instrument to guide Nursing Staffing in Obstetric Rooming in. Revista Brasileira de Enfermagem**,** v. 73, n. 4, p. 1-7, 2020.

DUARTE, F.C.P. Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. Ver. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 27, p. e38523, 2019.

FANTINELLI, A.A. *et al*. Development and validation of the specific instrument for assistance complexity of puerperal and newborns: fantinelli scale. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**,** v. 20, n. 2, p. 431-439, Jun. 2020.

FERREIRA, A.P. *et al.* O enfermeiro educador no puerpério imediato em alojamento conjunto na perspectiva de Peplau. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 20, n. 8, p. 1-9, jun. 2018.

MARTINS, D.P. *et al*. Conhecimento de nutrizes sobre aleitamento materno: contribuições da enfermagem. Ver. Enferm. UFPE, v. 12, n. 7, p 1870-1878, 2018.

MERCADO, N.C., *et al*. Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. Rev. Enferm. UFPE, Recife, v. 11, p. 3508-3515, set. 2017.

RODRIGUES, A.P. *et al.* Caracterização sociodemográfica e obstétrica de puérperas internadas em alojamento conjunto no Brasil. Cienc. Enferm., v. 22, n. 1, p. 113-23, abr. 2016.

SILVA, J.L.P. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. Texto Contexto Enferm, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018.

CAPÍTULO 18

Projeto de intervenção em amamentação: hospital e maternidade da região metropolitana de BH/MG

AUTORES
Marilza Alves de Souza[1]
Camila Rodrigues Dias[2]
Daniel Carvalho Buitrago[2]
Fernanda Teixeira Fonseca Viana[2]
Rayane Fernandes Rodrigues[2]
Marcela Perdigão de Assis Costa[2]

FILIAÇÃO
[1]Docente Preceptor de Enfermagem na Universidade da Região Metropolitana de BH/MG.
[2]Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade da Região Metropolitana de BH/MG.

Palavras-chave: amamentação; puerpério; lactação.

INTRODUÇÃO

"Amamentar é muito mais do que nutrir a criança". A amamentação é o primeiro contato de uma mãe com o filho, contribui para a criação de vínculo emocional, a proteção e o desenvolvimento do cognitivo da criança em longo prazo (BRASIL, 2015).

Segundo o caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde de Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (2015), a amamentação tem papel essencial no estado nutricional do bebê, na defesa contra infecções. O processo de amamentação é complexo e muitas mães têm dificuldades, por isso, é de extrema importância que o profissional da saúde identifique e intervenha nas demandas necessárias para cuidar da mãe e do filho. Mesmo com toda a facilidade do acesso à informação que se tem hoje em dia, ainda é comum muitas mulheres não conseguirem seguir com a amamentação de seus filhos. Um dos motivos é a falta de apoio ou de informação, fatores que desmotivam essas mães (BRASIL, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), existem variâncias e definições acerca da classificação de aleitamento materno, sendo elas:

• Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos.

• Aleitamento materno predominante: quando a criança recebe leite materno, água, água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

• Aleitamento materno: quando a criança recebe leite materno direto da mama ou ordenhado, independentemente de receber ou não, outros alimentos.

• Aleitamento materno complementado: quando a criança recebe leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, mas não de substituí-lo.

• Aleitamento materno misto ou parcial: quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi realizar uma atividade educativa com gestantes e puérperas na sala de espera de um hospital e maternidade localizado na região metropolitana de Belo Horizonte.

MÉTODO

O presente trabalho consistiu em um projeto de intervenção realizado em março de 2021 pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem da PUC Minas Betim em um hospital e maternidade localizado na região metropolitana de Belo Horizonte**.**

Para fundamentar o presente estudo foi realizado a busca de referencial teórico em bibliotecas virtuais: BVSalud e Scielo, utilizando os descritores: aleitamento materno; benefícios do leite materno; assistência de enfermagem na amamentação.

Após conversa com a enfermeira coordenadora da Unidade, foi apontada a demanda e proposto que fosse realizado uma intervenção com foco na "Amamentação" direcionado para as gestantes.

Para tal, foi elaborado um instrumento que representasse as mamas e no seu interior foram colocados cartões descrevendo os mitos e verdades, bem como a importância da amamentação, baseada no Caderno de Atenção Básica e Saúde da Criança, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.

O instrumento foi apresentado na sala de espera junto às gestantes. De modo que os

acadêmicos se revezaram para fazer as explicações.

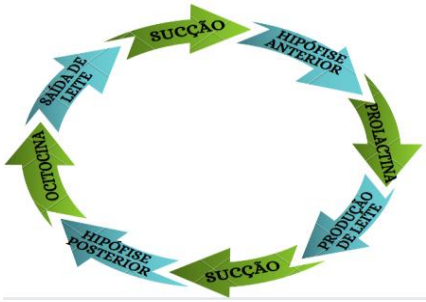
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção foi realizada no dia 16 de março de 2021, utilizando um protótipo que representou as mamas e, no seu interior, foram colocados cartões com alguns mitos e verdades sobre a amamentação.

A primeira fase de avaliação e monitoramento do projeto ocorreu no dia da intervenção, por meio do entrosamento com as gestantes para sua participação da atividade de forma espontânea. Inicialmente a proposta foi de realizar a intervenção na recepção, mas por estar vazia, decidiu-se realizá-la no Alojamento Conjunto.

Os acadêmicos se apresentaram e esclareceram os objetivos da intervenção. Posteriormente, mostraram como acontece a produção do leite (**Figura 18.1**), por meio de um cartaz que descrevia o mecanismo (sucção do bebê, mensagem levada ao cérebro e hormônio que produz o leite) e reforçado a importância do aleitamento materno exclusivo. Balões foram utilizados para demonstrar os diferentes tipos de mamas para que as mães entendessem que tamanho e formato de mama não influenciam na amamentação.

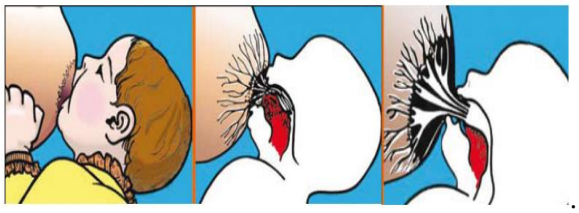
Figura 18.1 Ciclo da fisiologia da lactação



No primeiro quarto, havia uma mãe de 16 anos que tinha acabado de ter sua primeira filha por parto cesáreo. Após a intervenção, questionamos se ela tinha alguma dúvida ou se precisava de ajuda. A puérpera referiu dor no mamilo, porque não estava conseguindo amamentar corretamente a filha. Esta intervenção é reforçada por Boccolini *et al.*, (2011) quando cita que o profissional de saúde assume papel normatizador e regulador do aleitamento materno, embasada no saber científico construído, devendo agir com ética e respeito ao binômio mãe e bebê para fortalecer seus vínculos.

Na sequência, foi auxiliada no posicionamento correto, na técnica de sucção (**Figura 18.2**) e em poucos minutos conseguiu amamentar com sucesso. Neste sentido, cabe ao enfermeiro auxiliar à puérpera, principalmente nas primeiras mamadas, encorajando-a e fornecendo apoio e orientações sobre a amamentação. Visto que, além dos benefícios nutricionais, físicos e psicológicos, o ato de amamentar fortalece o vínculo que se inicia desde a gestação (ALMEIDA, 1999).

Figura 18.2 Pega adequada ou boa pega pelo bebê na amamentação



Fonte: Brasil, 2015.

Nos demais quartos deu-se continuidade à intervenção neste mesmo formato (apresentação do assunto seguida da abordagem individual das mães).

Foi notório o interesse e a atenção das participantes acerca do tema, principalmente daquelas que estavam com dúvidas e dificuldades no processo de amamentação. Todo conteúdo foi construído de modo a reforçar

como o leite materno é o alimento mais completo, contendo vitaminas, minerais, gordura, açúcares e proteínas apropriados para para o bebê (JAQUES, 2017).

Na recepção, foi deixada uma caixa com frases sobre a amamentação, sendo:

a. Evita a diarreia e possíveis complicações, como a desidratação. Por isso é importante a exclusividade do aleitamento materno até os 6 meses de idade.

b. O aleitamento materno beneficia a mãe e a criança em longo prazo. Diminuindo o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes.

c. A amamentação gera menos gastos, tendo em vista que, fórmulas infantis possuem um custo alto. A esse valor devem-se acrescentar mamadeiras, bicos, gás de cozinha e gastos com eventuais doenças.

d. A amamentação gera benefícios psicológicos para mãe e para o filho. Promove o vínculo afetivo, promove afeto e sentimento de segurança.

e. Os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação. É um período de intenso aprendizado para a mãe e para o bebê.

f. O bebê em aleitamento materno não tem horários para mamar, podendo mamar até 12 vezes ao dia, dependendo da sua fome.

g. O leite materno contém TODOS os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros 6 meses de vida.

h. O aleitamento materno contribui para o melhor desenvolvimento cognitivo (efeito positivo na inteligência).

i. O tempo de permanência do bebê em cada mamada não deve ser fixado, pois cada mãe e bebê levam um tempo para poder esvaziar a mama.

j. O aleitamento materno pode melhorar a qualidade de vida das famílias, uma vez que, as crianças sob amamentação adoecem menos, são mais felizes repercutindo nas relações familiares.

k. Evita a morte infantil, pois os componentes do leite protegem a criança de infecções. Do ponto de vista imunológico, o aleitamento é visto como uma “vacina”, devido à sua composição rica em substâncias necessárias para o desenvolvimento e a imunidade do bebê (ALMEIDA, 1999).

l. Além da proteção contra o câncer de mama e o diabetes tipo 2, o aleitamento materno protege contra o câncer do ovário, câncer de útero, hipertensão, obesidade, osteoporose e depressão pós-parto.

m. O aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida reduz o risco de alergia à proteína do leite de vaca, dermatite atópica, asma e sibilos recorrentes. Este argumento é reforçado por Jaques (2017) que ilustra as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativas à amamentação, sendo: o bebê deve receber aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, não sendo necessários nenhum outro alimento complementar ou bebida.

n. O aleitamento materno reduz a chance de obesidade e sobrepeso em crianças menores de 3 anos.

o. A amamentação é um excelente método anticoncepcional nos primeiros 6 meses após o parto, desde que, a mãe esteja amamentando exclusivamente e ainda não tenha menstruado.

p. O aleitamento materno reduz a prevalência do câncer de mama, independentemente da idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa.

q. A sucção que o bebê faz para mamar melhora o desenvolvimento da cavidade bucal.

Alinhamento correto dos dentes e boa oclusão (fechamento) dentária.

r. Evita infecções respiratórias e otites, principalmente na amamentação exclusiva até os seis meses de vida.

A **Figura 18.3** mostra os acadêmicos responsáveis pela implementação do projeto explicitado.

Figura 18.3. Acadêmicos autores da intervenção.

CONCLUSÃO

Ao realizar a intervenção sobre a importância da amamentação, de abordar individualmente as puérperas para saber se estavam confortáveis durante a amamentação, foi possível intervir e promover uma mamada satisfatória e efetiva ao bebê, além de contribuir para formação de vínculo entre a mãe e o bebê e destes com os acadêmicos. Outros benefícios experenciados pelas puérperas foi a contração uterina que contribuiu para a involução uterina e a diminuição dos lóquios.

A caixa confeccionada, que continha algumas frases com mitos, verdades e informações sobre a amamentação foi doada à recepção, onde há um grande fluxo de gestantes e puérperas. Apesar de a prática ter sido relocada para outro setor, a intervenção realizada teve sucesso e alcançou os objetivos propostos.

Ficou evidente que, é importante e necessário utilizar os espaços de salas de espera e inclusive criar ambientes em que se possa promover ações educativas às puérperas. Afinal, muitas carecem de apoio e informação no processo de amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA. J.AG. de. Amamentação: a relação entre o biológico e o social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/rdm32> Acesso em: 24 mar. 2021.

BOCCOLINI, C.S. *et al*. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45 n. 1. P. 69-78, Fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 08 março 2021.

JAQUES, J. A. Orientações realizadas por Enfermeiros para promover o aleitamento materno: uma revisão integrativa. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-Uruguaiana, Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riu/5273/1/JAQUELINE%20JAQUES.pdf. Acesso em: 24 mar. 2021.

CAPÍTULO 19

Violência contra mulheres durante a pandemia da Covid-19

AUTORES
Carolina Basso[1]
Martina Marcante[1]
Sheron Amanda Prill[1]
Angelita Maria Ferreira Machado Rios[2]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
[2]Professora do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil ULBRA/Canoas; Médica-legista Psiquiatra do Instituto Geral de Perícias/RS.

Palavras-chave: violência doméstica; Covid-19; isolamento social.

INTRODUÇÃO

Após um ano do início da pandemia da Covid-19, várias medidas continuaram sendo adotadas na tentativa de reduzir as taxas de transmissão do SARS-COV-2, tais como o uso de máscara, higienização das mãos, distanciamento de no mínimo um metro e o isolamento social (CHU *et al.*, 2020). Este último recurso contribuiu para a ampliação do tempo de convivência diário no ambiente familiar e o aumento da violência contra a mulher (VCM) durante a pandemia. A exemplo do momento atual, estudos descreveram o aumento dos casos de violência doméstica em grandes catástrofes e crises econômicas (MARQUES *et al.*, 2020).

A violência doméstica, que pode ser física, sexual ou psicológica, é um problema de saúde pública frequente no ambiente privado e tem como principal agressor, o parceiro da vítima. Esse tipo de violência pode ser motivada por diversos fatores, sobretudo pela desigualdade de gênero, em que as relações se mantêm de maneira hierárquica (LEITE *et al.*, 2017). Podem contribuir ainda para o cenário violento no ambiente familiar: o aumento do estresse do agressor, impossibilidade de convívio social, iminência da redução de renda, aumento do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas no domicílio (MARQUES *et al.*, 2020).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, uma mulher é agredida a cada quatro minutos. Com a pandemia do novo coronavírus, a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH) ampliou o atendimento do serviço dos canais Disque 100 e Ligue 180, criados pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). Dados de março e abril de 2020 apontaram para um aumento de 27% do número de denúncias de violência contra a mulher feitas pelo Ligue 180, passando de 15.683 denúncias em março e abril de 2019 para 19.915 em 2020, durante o período também afetado pela crise da saúde (BRASIL, 2021; GBM, 2020).

Em 2019, o Ligue 180 registrou um total de 1,3 milhão de atendimentos telefônicos, sendo 6,5% por denúncias de violações contra a mulher (BRASIL, 2021). No ano de 2020, cerca de 10 mil atendimentos e de mil denúncias de violações de direitos humanos por dia foram registradas pelo Disque 100 e o Ligue 180 ou seja, aproximadamente 3,5 milhões de atendimentos no ano. Durante a quarentena, houve um aumento na demanda por serviços de proteção como as Casas da Mulher Brasileira, Centros de Referência, Casas Abrigo e Patrulha Maria da Penha, responsáveis por garantir condições seguras para as mulheres. Tais serviços se tornaram disponíveis e de fácil acesso pelo telefone ou por *internet* (FORNARI *et al.*, 2021; LINDER, 2020; MOREIRA & DA COSTA, 2020; GULATI & KELLY, 2020; DAHAL *et al.*, 2020; FISHER & STYLIANOU, 2019).

Considerando a realidade brasileira e a manutenção de medidas sanitárias, este estudo teve como objetivo, analisar as informações disponíveis em bases de dados sobre a violência doméstica durante a pandemia da Covid-19 e compreender os fatores envolvidos nesse fenômeno.

MÉTODO

Nos meses de fevereiro a março de 2021 foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados *PubMed e Scielo*. Foram utilizados os seguintes descritores: violência doméstica; Covid-19; isolamento social; violência doméstica. Desta busca foram encontrados 38 artigos,

posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de seleção foram: publicações sobre os temas violência doméstica e Covid-19, publicações a partir de janeiro 2020; nos idiomas inglês, espanhol e português. Os critérios de exclusão foram: textos que abordavam a temática desejada e não se enquadravam aos demais critérios de seleção.

Resultaram 19 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta dos dados. Os resultados foram apresentados e discutidos em categorias temáticas sobre: o aumento da violência contra a mulher durante a pandemia, o porquê do aumento da violência doméstica e as ações que devem ser realizadas para mudar essa realidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por que a violência contra a mulher aumentou durante a pandemia?

O isolamento social é uma medida fundamental para o combate à pandemia da Covid-19, por contribuir com a redução das taxas de transmissão do coronavírus (MARQUES *et al.*, 2020). Entretanto, ocasionou uma coexistência doméstica forçada e uma exposição diária maior das vítimas com os agressores, transformando o lar em um lugar perigoso (ZERO & GEARY, 2020; VAN GELDER *et al.*, 2020; MAZZA *et al.*, 2020; EL-SERAG & THURSTON, 2020).

Evidências recentes sugerem que quando os homens saem de casa, as taxas de violência contra a mulher diminuem, considerando que o aumento da convivência pode tensionar ainda mais as relações interpessoais, tornando mais frequentes os episódios de violência (MARQUES *et al.*, 2020; LINDER, 2020).

No Brasil, entre março e junho de 2020, a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH) recebeu 139.792 denúncias, sendo a maior concentração de notificações no mês de maio, onde ocorreu a taxa mais elevada de isolamento social (BRASIL, 2021). Esta elevação pode estar relacionada com a limitação de contato da vítima com outros familiares, serviços sociais, amigos e locais que pudessem prestar algum tipo de assistência ou criar uma rede de apoio para o fornecimento de suporte à interrupção do ciclo da violência (MARQUES *et al.*, 2020).

Neste contexto, a vítima pode sentir-se desassistida por causa da impossibilidade de receber visitas e pela redução do contato social, mas também pode apresentar receio de procurar assistência médica e psicossocial temendo o contágio pelo coronavírus (SILVA *et al.*, 2020; ZERO & GEARY, 2020; MOREIRA & DA COSTA, 2020).

Essa falta de liberdade e privacidade pode gerar estresse físico e psicológico acentuado com o aumento do trabalho doméstico e do cuidado com crianças, idosos e familiares doentes. O confinamento forçado e níveis crescentes de humilhações pode ocasionar microtraumas cumulativos, prejudicando ainda mais a vida dessas mulheres (FORNARI *et al.*, 2021; MARQUES *et al.*, 2020; EL-SERAG & THURSTON, 2020; MAZZA *et al.*, 2020). Assim, o cansaço pode aumentar a vulnerabilidade psicológica, impedindo qualquer resposta de resistência ao agressor e comprovar a tese de que o ambiente doméstico pode ser uma esfera de exercício de poder masculino (VIEIRA *et al.*, 2020).

A responsabilidade de prover recurso financeiro doméstico normalmente é masculina e, mesmo que o número de denúncias tenha aumentado durante o período de isolamento social, muitas vítimas permaneceram em seus relacionamentos abusivos devido à dependência financeira (MOREIRA & DA COSTA,

2020). O colapso econômico mundial consecutivo à pandemia gerou impacto nos recursos mais simples do cotidiano, aumentando a vulnerabilidade econômica de mulheres que, de modo geral, ganham menos. Dados coletados anteriormente à pandemia no quarto trimestre de 2019 apontavam que, no Brasil, a taxa de desemprego entre as mulheres é desproporcionalmente mais alta (13,1%) em comparação ao sexo masculino (9,2%). Além disso, a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho foi, naquele período, de 53,1%, em comparação a 71,6% dos homens, contribuindo para uma renda insuficiente e limitando a busca por liberdade e independência (FORNARI *et al.*, 2021; GBM, 2020).

Por que os homens agridem?

É possível associar o estresse econômico à violência intrafamiliar. Visto que, culturalmente, o papel do homem tradicional foi construído como provedor da família. Assim, os fatores econômicos como o desemprego, a incapacidade de sustentar suas famílias e de atender às expectativas sociais de uma masculinidade bem-sucedida, geram sentimentos inadequados. A frustração crônica, estresse e decepção impulsionaram o comportamento controlador, possessivo e destrutivo do agressor. Estes comportamentos são considerados gatilhos para a violência intrafamiliar, inadvertidamente utilizada como uma forma de reafirmação do poder masculino (FORNARI *et al.*, 2021; MOREIRA & DA COSTA, 2020; PETERMAN *et al.*, 2020).

Segundo dados da ONDH, 28.846 denúncias sobre violência doméstica protocoladas no primeiro semestre de 2020 tiveram o fator financeiro como motivo principal da violência, seguido do conflito de ideias entre casais que computou outras 63.089 denúncias de violência intrafamiliar (BRASIL, 2021). Uma das possíveis explicações para estes números estaria no fato de que a violência doméstica envolve questões de poder e controle, agravadas pela presença masculina no domicílio durante a quarentena. O ambiente doméstico, originalmente sob comando feminino, passa a ser ambiente de disputa e exacerbação da violência (ZERO & GEARY, 2020; PETERMAN *et al.*, 2020; EL-SERAG & THURSTON, 2020).

Com a pandemia, as consequências do distanciamento social e os temores com a infecção pessoal e familiar trouxeram comprometimentos emocionais às vítimas e agressores (GULATI & KELLY, 2020). Apesar de, na maioria dos casos, o agressor não sofrer de uma doença psiquiátrica reconhecida, muitos homens desenvolveram ou agravaram transtornos mentais como: depressão, ansiedade, abuso do uso de álcool e drogas. Lamentavelmente, devido às restrições da pandemia estas desordens são usadas como desculpa para fugir do apoio psicológico ou do uso de psicofármacos, aumentando ainda mais a vulnerabilidade das vítimas aprisionadas em um ambiente doméstico inseguro (PETERMAN *et al.*, 2020; VAN GELDER *et al.*, 2020; GULATI & KELLY, 2020; XUE *et al.*, 2020). Durante o primeiro semestre de 2020, 6.067 das denúncias tiveram como motivação mudanças nas condições mentais dos agressores (BRASIL, 2021).

O vírus SARS-COV-2 é pouco conhecido, o que gera sentimento de impotência, dor, medo e tristeza. Assim, há um aumento do nível de estresse do agressor gerado pelo medo de adoecer e a incerteza sobre o futuro, adotando o comportamento agressivo como uma forma de se sentir vivo e real. O medo da contaminação viral pode criar um ambiente propício para comportamentos coercitivos e controladores, exacerbando formas mais graves de violência contra a mulher (FORNARI *et al.*, 2021;

PETERMAN *et al.*, 2020; MAZZA *et al.*, 2020).

Quais as consequências que a violência contra a mulher acarreta?

O abuso por meio da violência pode ser a base da deterioração da saúde da mulher, prejudicando o manejo de condições crônicas (MILLER & MCCAW, 2019). A ligação entre a violência por parte do parceiro íntimo e os problemas de saúde ocorre porque o estresse agudo e crônico pode ativar vias neuro-endócrinas e alterar o sistema imunológico. Esse desequilíbrio pode causar encurtamento do telômero e aumentar o risco de doenças crônicas como: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dor crônica, problemas gastro-intestinais, doenças cardiovasculares, infecções sexualmente transmissíveis, traumatismo cra-nioencefálico e distúrbios do sono (ZERO & GEARY, 2020; MAZZA *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020; MILLER & MCCAW, 2019).

Existem cinco tipos de violência doméstica que estão previstos no Artigo 7 da Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, sendo: violência física, psicológica, sexual, patri-monial e moral. A violência física pode ter como consequências: contusões, lacerações e fraturas, especialmente na cabeça, pescoço e face, que podem resultar em uma variedade de lesões cerebrais traumáticas. O estrangu-lamento, forma comum de violência, pode gerar sequelas neurológicas em longo prazo devido à anoxia e ser um preditor de lesões futuras e homicídio (MILLER & MCCAW, 2019).

A violência psicológica resulta de atos que prejudicam a saúde mental da mulher, causando danos à autoestima ou ao desenvolvimento psicológico da pessoa. Esse tipo de violência envolve ameaças, comentários degradantes, humilhação, esforços para monitorar ou con-trolar a vítima, privações, brutalidade, formas de autoritarismo. Consequentemente, há um aumento do risco de doenças mentais múltiplas como: transtornos de alimentares e de humor, ansiedade, estresse pós-traumático, depressão, suicídio, abuso de substâncias (MAZZA *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020; GULATI & KELLY, 2020; MILLER & MCCAW, 2019).

A violência sexual inclui qualquer ação cometida por meio de força ou de coerção, a prática de relações sexuais contra a sua vontade, a recusa do parceiro em usar preservativos e outras formas de coerção reprodutiva, como pressionar uma mulher a engravidar contra seus desejos. Tais mazelas são associadas aos problemas de saúde reprodutiva e sexual, in-cluindo a gravidez tendenciosa, infecções sexualmente transmissíveis, especialmente pelo vírus da imunodeficiência humana. Além disso, há uma associação da violência com riscos de complicações obstétricas e ginecológicas, mor-te associada à gravidez, parto prematuro e baixo peso ao nascer, fatores de risco para a depressão periparto (MILLER & MCCAW, 2019).

A violência contra a mulher também acarreta graves consequências à saúde mental e física dos filhos. A exposição de crianças e adolescentes à violência por parte de adultos dentro da família, seja por testemunho ou vitimização, pode estar associada à ansiedade, depressão, transtornos alimentares, uso de substâncias, tabagismo ou suicídio. Assim, há um risco aumentado da criança se tornar uma vítima da violência praticada pelo parceiro íntimo ou de se tornar um perpetrador da violência doméstica na idade adulta, mantendo o padrão violento transgeracional (MAZZA *et al.*, 2020; MILLER & MCCAW, 2019).

No Sistema Único de Saúde (SUS) houve um aumento dos custos com os cuidados de saúde relacionados às práticas médicas, gine-cológicas, psicológicas, além de outras aten-ções relacionados ao trauma sofrido por essas

mulheres (MILLER & MCCAW, 2019). Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em 2014 mostraram que, 223.796 mulheres foram atendidas e duas em cada três vítimas de violência (147.691 casos) necessitaram da atenção médica. A cada dia daquele ano, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde por alguma violência que haviam sofrido. A violência física, presente em 48,7% dos atendimentos, é a mais frequente e apresenta uma maior incidência nas faixas etárias iniciais do ciclo de vida da mulher. Em segundo lugar está a violência psicológica, presente em 23,0% dos atendimentos (WAISELFISZ, 2015).

CONCLUSÃO

Durante o isolamento social, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade à violência doméstica. De modo que se faz necessária a ampla divulgação das formas de notificação dos diversos tipos de violência no ambiente doméstico, facilitando o acesso das vítimas aos órgãos de proteção e aumentando o número de equipes destinadas ao atendimento dessa demanda.

Por ser um mecanismo conhecido há muito tempo pelas vítimas, é fundamental garantir o atendimento 24 horas dos serviços: Ligue 180, do Disque 100 e do 190. Também é fundamental que aplicativos para celulares sejam utilizados para realizar denúncias de casos de estupro, agressão física e descumprimento de medidas protetivas de urgência**.**

A mídia exerce um importante papel ao conscientizar e sensibilizar a população em geral, além de divulgar serviços como linhas diretas, abrigos e consultores jurídicos que promovam a denúncia de violência durante os raros momentos de ausência do agressor. As redes sociais ajudam as mulheres a se sentirem conectadas e apoiadas, fornecendo um sistema de suporte e contatos de emergência. Páginas eletrônicas e robôs digitais disponibilizam informações de como denunciar o agressor de forma segura. Essas páginas também podem servir para mapear os casos de violência e informar os serviços especializados para o atendimento do problema (FORNARI *et al.*, 2021).

É importante que as vítimas mantenham contato com suas famílias, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e conhecidos para que haja a interrupção do ciclo de violência e a redução nas taxas de subnotificação de casos de VCM. Subnotificação é normalmente elevada devido ao medo, estigma, normas sociais ou falta de confiança no sistema de justiça. Assim, acredita-se que a estimativa dessa taxa seja ainda maior durante a quarentena.

Neste contexto, é fundamental ter agilidade na avaliação das denúncias de violência contra a mulher e a garantia da instalação de medidas protetivas de urgência sempre que necessárias, através do encaminhamento de todas as denúncias registradas no ligue 180 para órgãos públicos federais, estaduais e municipais.

A triagem de rotina para a violência doméstica deve ser implementada em qualquer serviço de saúde, incluindo locais de teste para Covid-19. É fundamental que os profissionais de saúde e outros trabalhadores estejam treinados para identificar palavras e gestos que possam sinalizar violência, a fim de direcionar as pacientes para serviços especializados.

Intervenções nas práticas de atenção primária destinadas às vítimas reduzem o risco de violência, sendo a Telemedicina uma nova oportunidade para conversas mais longas relacionadas à triagem de violência contra a mulher e atenção em saúde mental. Essa tecnologia faz parte da nova realidade mundial e, em muitos locais, tem sido a primeira linha de defesa dos médicos para retardar a

propagação do coronavírus, ao manter o distanciamento social e prestar serviços por telefone ou videoconferência. Entretanto, devido à proximidade ao agressor, esse serviço não pode ser utilizado por muitas vítimas de abuso (VIDAL-ALABALL *et al*., 2020).

Na quarentena, é importante que os setores públicos e privados potencializem todos os esforços no enfrentamento da violência doméstica nas suas diversas modalidades, garantindo o bem-estar das pessoas em situação de vulnerabilidade. Reduzir a violência contra a mulher é assegurar a diminuição de uma fatalidade que se propaga através das gerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Disque 100 e Ligue 180 registram cerca 1 mil denúncias de violações de direitos humanos por dia em 2020. Governo do Brasil, 2021. Disponível em: <http://www.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. 1º semestre de 2020. Governo do Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br >. Acesso em: 17 mar. 2021.

CHU, D.K. *et al*. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and Covid-19: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, v. 395, n. 10242, p. 1973-1987, 2020.

DAHAL, M. *et al*. Mitigating violence against women and young girls during Covid-19 induced lockdown in Nepal: A wake-up call. Globalization and Health, v. 16, n. 1, p. 1-3, 2020.

EL-SERAG, R. & THURSTON, R.C. Matters of the heart and mind: interpersonal violence and cardiovascular disease in women. Journal of the American Heart Association, v. 9, n. 4, p. 1-4, 2020.

FISHER, E.M. & STYLIANOU, A.M. To stay or to leave: factors influencing victims' decisions to stay or leave a domestic violence emergency shelter. Journal of Interpersonal Violence, v. 34, n. 4, p. 785-811, 2019.

FORNARI, L. F. *et al*. Domestic violence against women amidst the pandemic: coping strategies disseminated by digital media. Revista brasileira de Enfermagem, v. 74, Suppl 1, p. I-IX, 2021.

GRUPO BANCO MUNDIAL (GBM). O combate à violência contra a mulher (VCM) no Brasil em época de Covid-19. Grupo Banco Mundial, p. 20, 2020.

GULATI, G. & KELLY, B.D. Domestic violence against women and the Covid-19 pandemic: What is the role of psychiatry? International Journal of Law and Psychiatry, v. 71, p.1-4, July./Aug. 2020.

LEITE, F.M. C. *et al*. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 51, n. 33, p. 1-12, 2017.

LINDER, J. Governo "zera" repasses a programa de combate à violência contra a mulher. Estadão. São Paulo, 04 de fev de 2020. Disponível em: <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,governo-zera-repasses-a-programa-de-combate-a-violencia-contra-a-mulher,70003184035>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MARQUES, E.S. *et al*. Violence against women, children, and adolescents during the Covid-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. Cadernos de Saude Publica, v. 36, n. 4, p. 1-6, 2020.

MAZZA, M. *et al*. Danger in danger: Interpersonal violence during Covid-19 quarantine. Psychiatry Research, v. 289, p. 1-6, July. 2020.

MILLER, E. & MCCAW, B. Intimate partner violence. The New England Journal of Medicine, v. 380, p. 850-857, 2019.

MOREIRA, D.N. & DA COSTA, M.P. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. International Journal of Law and Psychiatry, v. 71, p.1-4, July./Aug. 2020.

PETERMAN, A. *et al*. Pandemics and violence against women and children. Center for Global Development, CGD Working. Washington, DC: Center for Global v. 1, n. 1, p. 6-18. 2020. Disponível em: <https://www.cgdev.org/publication /pandemics-and-violence-against-women-and-children>. Acesso em: 17 mar. 2020.

SILVA, A.F. *et al*. Marital violence precipitating/intensifying elements during the covid-19 pandemic. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, n. 9, p. 3475-3480, 2020.

VAN GELDER, N. *et al*. Covid-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. EClinical Medicine, v. 21, p. 1-2, 2020.

VIDAL-ALABALL, J. *et al*. Telemedicine in the face of the Covid-19 pandemic. Atención Primaria, v. 52, n. 6, p. 418-422, 2020.

VIEIRA, P.R. *et a*l. The increase in domestic violence during the social isolation: What does it reveals? Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, p. 1-5, 2020.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. v. 1, n. 1, p. 41-54, 2015.

XUE, J. *et al*. A pandemia oculta da violência familiar durante o Covid-19: Aprendizagem não supervisionada dos tweets. Journal of medical Internet research, v. 22, n. 11, p. 1-2, 2020.

ZERO, O. & GEARY, M. Covid-19 and intimate partner. Rhode Island medical journal (2013), v. 103. p. 57-59, June. 2020.

CAPÍTULO 20

Violência contra a mulher durante a pandemia: fatores relacionados ao aumento dos casos

AUTORES
Juliana Vieira Queiroz Almeida[1]
Sarah Louredo Torquette[2]
Bruno Henrique Gonçalves Almada[2]
Vitor Couri Blassioli[2]
Fernanda Vieira Queiroz de Almeida[3]
Elda Cristina de Souza Ribeiro Rodrigues[3]
Yuri Diniz Debs[4]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS-BH).
[2]Acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG).
[3]Médica pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC Araguari).
[4]Médico Legista da Polícia Civil de Minas Gerais.

Palavras-chave: violência contra a mulher; pandemia; Covid-19.

O coronavírus 19, vírus primeiramente relatado na China em 2019, causador da doença Covid-19, se mostrou capaz de causar uma infecção do trato respiratório altamente contagiosa e potencialmente fatal. Dentro de três meses a doença se espalhou pelo mundo e, até o início de maio de 2020, havia contaminado 3.992.967 de pessoas e causado 274.985 mortes (TOCHIE *et al.*, 2020).

Para a contenção do novo coronavírus foram necessárias medidas de isolamento social, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a fim de reduzir o aumento do número de casos e não sobre-carregar os sistemas de saúde (MARQUES *et al.*, 2020; PIRNIA *et al.*, 2020). Com isso, a pandemia declarada em março de 2020 e as medidas de contenção necessárias para diminuição dos casos se mostraram muito correlacionadas às variáveis socioeconômicas (GULATI & KELLY, 2020; SEDIRI *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada três mulheres (35%) em todo o mundo sofrem ou já sofreram violência sexual ou física (BELLIZZI *et al.*, 2020; JAVED & CHATTU, 2020; GEBREWAHD *et al.*, 2020). Sendo a violência contra as mulheres (VCM) um problema de saúde pública, tanto no mundo desenvolvido quanto no mundo em desenvolvimento (GEBREWAHD *et al.*, 2020). A real magnitude do problema é possivelmente subestimada, uma vez que, outras modalidades de violência (doméstica financeira e psi-cológica) são mais difíceis de identificar. De modo que, dentro de alguns contextos sociais há comunidades que as aceitam (JAVED & CHATTU, 2020; GULATI & KELLY, 2020).

Sendo assim, a OMS estima que os números sejam ainda mais altos, considerando que, um em cada quatro países não possuem leis que protejam especificamente as mulheres contra a violência doméstica (JAVED & CHATTU, 2020). Dessa forma, é necessário realçar quais são as causas e gatilhos para o abuso, a fim de que eles possam ser identificados e combatidos por medidas públicas de saúde (DE LARA & ARELLANO, 2020).

Há diversos fatores decorrentes da pandemia que levam a um estresse adicional, como a impossibilidade de trabalhar (redução do acesso às necessidades e aos serviços básicos de saúde), levando à diminuição do apoio, da quantidade de abrigos e de linhas de ajuda disponíveis. O que pode impactar ne-gativamente no aumento da violência domés-tica (GULATI & KELLY, 2020; MARQUES *et al.*, 2020; ROESCH *et al.*, 2020; SEDIRI *et al.*, 2020). Dessa forma, em epidemias anteriores como a da ebola e a do Zika, notou-se que a violência, principalmente contra as mulheres, mudou de natureza e escala. Existindo uma preocupação expressiva acerca do aumento da violência durante à Covid-19 (ROESCH *et al.*, 2020). Essa preocupação foi expressa pela China, Espanha, França, Itália e Reino Unido, bem como relatórios de muitos outros países indicaram o aumento da VCM (LUNDIN *et al.*, 2020; ABUHAMMAD, 2020; (GULATI & KELLY, 2020).

A violência pode envolver componentes psicológicos, físicos, financeiros e sexuais. As-sim como atos de controle ou coação, podendo estar presente em todos países e classes sócio-econômicas (GULATI & KELLY, 2020; SEDIRI *et al.*, 2020; TOCHIE *et al.*, 2020). Neste sentido, a Covid-19 e a VCM podem ser consideradas pandemias inter-relacionadas (BELLIZZI *et al.*, 2020).

Neste contexto, o objetivo desse estudo foi averiguar se houve aumento do número de casos de violência contra à mulher em diversos países, inclusive no Brasil. Verificar quais

fatores relacionados à pandemia poderiam ter induzido a ocorrência desse suposto aumento.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa integrativa realizada em março de 2021, nas plataformas PubMed e Cochrane com os descritores: *violence against women* e *pandemic*, sendo usado o operador boleano "AND" para associação dos termos.

Na plataforma Cochrane foram encontrados 2 artigos, sendo selecionado apenas um pelo título e resumo. No PubMed foram encontrados 38 artigos, sendo pré-selecionados 31 textos pelo título, finalizando em 18 materiais pelo artigo completo.

Como critérios de inclusão foram definidos: artigos publicados a partir de dezembro de 2019 sobre violência contra a mulher. Como critérios de exclusão definiu-se: artigos que abordavam somente ações e formas de combate à violência. Ademais, foi selecionado o balanço do ano de 2019 acerca da Central de Atendimento à Mulher e uma notícia de março de 2021 sobre os registros de denúncias de violência contra a mulher do ano de 2020, emitido pelo Governo Federal.

Com isso, foram analisadas 20 referências para a escrita do capítulo, os resultados foram apresentados e discutidos em categorias temáticas, sendo elas: violência no Brasil; violência em outros países ocidentais; violências em países orientais; e fatores decorrentes da pandemia que influenciaram na violência doméstica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Violência no Brasil

Em 2019, o Ligue 180 registrou 85.412 denúncias de VCM, sendo 67.438 (78,96%) acerca de violência doméstica e familiar. Já no ano de 2020 ocorreram mais de 105.000 denúncias, sendo 75.753 (72%) sobre o mesmo tipo de violência. As outras 29.919 (28%) das denúncias se referem aos direitos civis e políticos que, causam sofrimento psicológico à mulher, incluindo cárcere privado e condição símile à escravidão (BRASIL, 2021; 2020).

Somente entre os dias 1 e 25 de março houve um crescimento de 18% das denúncias registradas pelo Disque Direitos Humanos - Disque 100 e pela Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 (GEBREWAHD *et al.*, 2020). Sendo assim, estima-se que os números poderiam ser maiores se a manipulação psicológica e manutenção das mulheres em casa não ocorresse, já que o isolamento permite que elas sejam vigiadas e impedidas de conversar com familiares e amigos e, consequentemente, sejam impedidas de efetivar denúncias (GEBREWAHD *et al.*, 2020). Além disso, foi relatado aumento de violência em alguns estados (MARQUES *et al.*, 2020). No Rio de Janeiro houve aumento de 50% dos casos de VCM na primeira semana de distanciamento e no Paraná, Ceará, Pernambuco e São Paulo houve um aumento de cerca de 15% de denúncias de vio-lência doméstica, segundo dados da polícia militar (MARQUES *et al.*, 2020).

Dessa forma, podemos observar que no Brasil a violência doméstica aumentou (BRASIL, 2021; GEBREWAHD *et al.*, 2020; MARQUES *et al.*, 2020). Além disso, pode-se traçar um perfil da maioria mulheres que são das víti-mas de violência no Brasil, sendo elas, majo-ritariamente, mulheres declaradas como de cor parda, de 35 a 39 anos, com ensino médio com-pleto e renda de até um salário-mínimo (BRASIL, 2021).

Violência em outros países ocidentais

Houve grande temor com o alto índice de violência doméstica que ocorreu durante a

pandemia em diversos países. Sendo que o aumento está intimamente ligado às medidas de contenção tomadas para controlar a infecção. De acordo com a divisão do Meridiano de Greenwich, os países ocidentais que relataram essas taxas foram a Espanha, Reino Unido, Estados Unidos (EUA) e Argentina (LUNDIN *et al.*, 2020; GULATI & KELLY, 2020).

No Reino Unido, um estudo feito para investigar a violência contra mulheres no período da pandemia, entre os dias 23 de março e 12 de abril de 2020, constatou que as mortes causadas por esse tipo de violência duplicaram em relação à taxa média dos últimos 10 anos (ROESCH *et al.*, 2020).

Nos Estados Unidos, em Portland, houve aumento de 20% das detenções por violência doméstica durante o período da pandemia, quando as escolas fecharam, em comparação com as semanas anteriores (MAHMOOD *et al.*, 2021). Os relatos de violência doméstica cresceram de 21 a 35% após o início da quarentena nos EUA (GEBREWAHD *et al.*, 2020).

Na Argentina, desde o bloqueio que ocorreu 20 de março de 2020, os casos de violência doméstica e chamadas de emergência aumentaram 25% (MAHMOOD *et al.*, 2021; SEDIRI *et al.*, 2020).

No México, a violência estrutural contra as mulheres atinge todas as camadas da sociedade e é normalizada, principalmente pela imprensa, que oculta os casos de feminicídio. A violência doméstica é o tipo mais prevalente afetando também àqueles que estão ao redor das mulheres. A taxa de feminicídios perpetua sem queda por anos e aumentou 7,7% entre os meses de janeiro e junho de 2020 em relação ao ano anterior (DE LARA & ARELLANO, 2020).

Violência em países orientais

Desde o início da pandemia causada pela Covid-19 muitos países orientais relataram um aumento da VCM (MAHMOOD *et al.*, 2021; LUNDIN *et al.*, 2020; GEBREWAHD *et al.*, 2020; VIERA *et al.*, 2020; ROSEBOOM, 2020; TADESSE *et al.*, 2020; SÁNCHEZ *et al.*, 2020; GULATI & KELLY, 2020; MARQUES *et al.*, 2020). Países como Chipre e Cingapura, apresentaram um aumento do número de ligações de denúncias de 30% e 33%, respectivamente (SRI *et al.*, 2021).

Na Itália houve um crescimento acentuado de 74,5% na média mensal de registro de mulheres que contataram os serviços de proteção à mulher em relação ao ano de 2018. Cerca de um quarto dessas solicitações foram feitas por mulheres que acessaram essa rede pela primeira vez e, desse modo, é possível traçar uma associação entre a Covid-19 e a VCM. Além disso, a rede italiana de abrigos para mulheres que sofrem algum tipo de violência de gênero mostrou uma ampliação na sua busca de 74,5% em comparação com o ano interior na mesma época. Dessa forma, mais de 2800 mulheres procuraram abrigo no período de 2 de março a 5 de abril de 2020 (BELLIZZI *et al.*, 2020).

Em uma província de Hubei na China, a polícia relatou que a violência doméstica triplicou em de fevereiro de 2020 em comparação com o mesmo mês em 2019, estimando uma relação de 90% entre a pandemia da Covid-19 e a violência doméstica (GEBREWAHD *et al.*, 2020; VIERA *et al.*, 2020; ROESCH *et al.*, 2020; BELLIZZI *et al.*, 2020).

Um estudo feito na Jordânia revelou ser comum a violência doméstica na sua população, destacando um padrão de dinâmica intrafamiliar, principalmente, contra crianças e mulheres (ABUHAMMAD, 2020). Tal estudo, revelou que os homens usam da violência como uma forma de expressar sua raiva ou vergonha, estas causadas por um sentimento de incapacidade de atingir os ideais masculinos

hegemônicos, caracterizado como a responsabilidade do homem ser o provedor de suas famílias (ABUHAMMAD, 2020).

Outro dado importante foi divulgado por um estudo feito com 300 mulheres no Curdistão do Iraque em junho de 2020, no qual foi demonstrado um aumento de 5,5% na prevalência de abuso emocional e violência física. Em relação ao abuso emocional, os modos de agressão em destaque foram a humilhação, com um aumento de 3,7% e o medo ou intimação, com aumento de 7,2%. Além disso, houve aumento também na violência sexual (MAHMOOD *et al*., 2021).

Na Tunísia foi feito um estudo com 751 mulheres durante o bloqueio iniciado oficialmente no dia em 22 de março de 2020. Apesar do artigo não mencionar o fim do bloqueio, foi demonstrado que a violência contra mulheres durante este período aumentou em 10,4%, sendo a violência psicológica a mais frequente. Foi observado que 96% das entrevistadas sofreram esse tipo de violência, seguida por 41% violência econômica e 10% violência física. Todavia, os números de mulheres que sofrem violência são provavelmente maiores, pois estima-se que 90% das mulheres violentadas não procuraram ajuda (SEDIRI *et al*., 2020).

Na França, desde o bloqueio que ocorreu em 17 de março de 2020, os casos de violência doméstica e chamadas de emergência aumentaram 30% (MAHMOOD *et al*., 2021; SRI *et al*., 2020). Além disso, a cada três dias uma mulher morre na França, o que é relacionado à violência por parceiro íntimo, que cresceu 30% durante o confinamento domiciliar (TOCHIE *et al*., 2020).

No Irã, observou-se uma possível relação entre a violência e outros fatores demográficos, por exemplo, pobreza e baixo *status* social. Haja vista que, as províncias com as maiores taxas de violência também apresentavam as maiores taxas de desemprego e pobreza (PIRNIA *et al*., 2020).

Fatores decorrentes da pandemia que influenciaram na violência doméstica

Conforme a pandemia da Covid-19 se espalhava por continentes e comunidades, as pessoas foram forçadas a responder com medidas preventivas estritas, como ficar em casa e manter o distanciamento social (GEBREWADH *et al.*, 2020). Nesse sentido, o isolamento social imposto pela pandemia trouxe à tona e de forma potencializada, alguns indicadores preocupantes sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher (VIEIRA *et al*., 2020).

Paradoxalmente, o isolamento, uma medida eficaz no combate à disseminação do SARS-CoV-2, oferece um ambiente ideal capaz de acelerar ou desencadear diferentes tipos de violência contra mulheres e crianças (ABUHAMMAD, 2020).

Na perspectiva das vítimas, na maioria mulheres, verifica-se inúmeros fatores condizentes com o expressivo aumento da violência doméstica. A *priori*, a permanência em casa para mulheres sob um relacionamento abusivo aumenta o risco de violência (MAHMOOD *et al.*, 2021). Dado que o maior tempo de contato com o agressor é um fator central. Ao passo que, a ordem governamental para evitar aglomerações mantendo o distanciamento social e o fechamento de locais de trabalho podem ter restringido indiretamente as mulheres ao ambiente domiciliar e, em última instância, expondo-as ao aumento de abusos por parte de seus parceiros (TADESSE *et al.*, 2020; ROESCH *et al*., 2020).

Além do fato de que, a própria casa representa um local inseguro para as mulheres pela dificuldade de rastreamento da violência em âmbito domiciliar, ou seja, importantes obstáculos capazes de inviabilizar a denúncia.

Dentre eles destacam-se: o comportamento agressivo e controlador do agressor, baixa privacidade, medo de contaminação por Covid-19, diminuição do apoio e proteção social durante a pandemia e escassa disponibilidade de instalações (SÁNCHEZ *et al.*, 2020).

Intuitivamente, é bem elucidado que nestes tempos estressantes, estando as mulheres confinadas em ambientes fechados sem acesso à sistemas de suporte, verifica-se um aumento do risco de violência (SRI *et al.*, 2021). Em vistas de que interrupções nos serviços de saúde e de proteção social, bem como a diminuição do acesso às redes de apoio (igrejas, abrigos, plataformas de ajuda e contato com amigos e familiares), impactam no estímulo à perpetuação de comportamentos abusivos (GULATI & KELLY, 2020). Assim, além da mudança radical nas condições de vida e na capacidade de acessar serviços e necessidades essenciais, esse confinamento aumenta o estresse e o desconforto (MAHMOOD *et al.*, 2021).

Ao mesmo tempo que houve aumento da violência doméstica, verificou-se um expressivo aumento da carga feminina de trabalho doméstico e do cuidado de crianças, idosos e familiares enfermos. Isso constitui um fator que aumenta a vulnerabilidade, frente aos episódios de abuso. Tendo em vista que, a sobrecarga para a mulher é capaz de reduzir sua capacidade de evitar conflitos com o agressor, deixando-a mais suscetível à violência física, psicológica e sexual (MARQUES *et al.*, 2020).

Ademais, muitas mulheres ficaram desempregadas em virtude da recessão econômica global e da desigualdade de gênero no mercado de trabalho (ABUHAMMAD, 2020). Sendo o desemprego um fator que diminui a chance de denúncia da violência doméstica, em virtude da dependência financeira do parceiro. Além disso, a impossibilidade de trabalho informal, devido à quarentena, dificulta a autonomia da vítima em relação à figura do homem provedor (VIEIRA *et al.*, 2020).

Simultaneamente, sob a ótica do agressor, identificam-se algumas variáveis capazes de exercer influência em sua postura agressiva e coercitiva. Dentre elas é possível destacar: o aumento do estresse induzido pelo medo de contágio, impossibilidade do contato social, estressores psicológicos e econômicos, especialmente em classes desfavorecidas, aumento expressivo de mecanismos de enfrentamento negativo (consumo de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas (TADESSE *et al.*, 2020; MARQUES *et al.*, 2020).

Ademais, homens com transtorno de personalidade, depressão, ansiedade, uso de álcool, e drogas, transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade possuem um risco maior de executar violência doméstica contra mulheres em comparação com aqueles sem nenhum desses quadros (GULATI & KELI, 2020).

CONCLUSÃO

A pandemia relacionada à Covid-19 desencadeou no mundo, uma série de consequências que afetaram diversas áreas, inclusive a vida socioeconômica da população. Pode-se perceber pelo estudo realizado que as alterações causadas pela pandemia impactaram de forma negativa na ocorrência do aumento da violência doméstica.

Entre os fatores ligados à pandemia que induziram o aumento dos casos de violência contra a mulher foram encontrados: o isolamento social; a dificuldade de acesso às redes de apoio; a piora da condição financeira; a perda da independência financeira; a elevação do nível de estresse psicológico e emocional; a diminuição do acesso aos serviços de saúde; o

aumento do consumo de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas.

Evidenciou-se também que houve um aumento do número de casos de violência contra a mulher em diversos países. Alguns estudos comprovaram o aumento das detenções, chamadas de emergências e mortes causadas por esse tipo de violência. Neste sentido, constatou-se que a pandemia do coronavírus-19 e a violência contra a mulher estão intimamente relacionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUHAMMAD, S. Violence against Jordanian Women during Covid-19 Outbreak. International journal of clinical practice v. 75, p. nd. 2021.

BELLIZZI, S. *et al*. Violence against women in Italy during the Covid-19 pandemic. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 150, n. 2, p. 258-259, 2020.

BRASIL. Balanço 2019 – Ligue 180, Central de Atendimento à Mulher. Governo Federal, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Disponível em: <https://www.sds.sc.gov.br/index.php/downloads/direitos-humanos/4229-balanco-ano-2019-central-de-atendimento-a-mulher-ligue-180/file>. Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Canais registram mais de 105 mil denúncias de violência contra mulher em 2020. Governo Federal, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/canais-registram-mais-de-105-mil-denuncias-de-violencia-contra-mulher-em-2020>. Acesso em: 19 abr. 2021.

DE LARA, A.M & ARELLANO, M.D.J.M. The Covid-19 pandemic and ethics in Mexico through a gender lens. Journal of bioethical inquiry, v. 17, n. 4, p. 613-617, 2020.

GEBREWAHD, G.T. *et al*. Intimate partner violence against reproductive age women during Covid-19 pandemic in northern Ethiopia 2020: a community-based cross-sectional study. Reproductive health, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2020.

GULATI, G. & KELLY, B.D. Domestic violence against women and the Covid-19 pandemic: What is the role of psychiatry? International journal of law and psychiatry, v. 71, p. nd. 2020.

JAVED, S. & CHATTU, V.K. Patriarchy at the helm of gender-based violence during Covid-19. AIMS Public Health, v. 8, n. 1, p. 32-35, 2021.

LUNDIN, R. *et al.* Gender-based violence during the Covid-19 pandemic response in Italy. Journal of global health, v. 10, n. 2, p. nd. 2020.

MAHMOOD, K.I. *et al*. The impact of Covid-19 related lockdown on the prevalence of spousal violence against women in Kurdistan Region of Iraq. Journal of interpersonal violence, v. nd. p. nd. 2021.

MARQUES, E.S. *et al*. Violence against women, children, and adolescents during the Covid-19 pandemic: overview, contributing factors, and mitigating measures. Cadernos de saúde pública, v. 36, p. nd. 2020.

PIRNIA, B. *et al*. Honour killings and violence against women in Iran during the Covid-19 pandemic. The Lancet Psychiatry, v. 7, n. 10, p. e60, 2020.

ROESCH, E. *et al*. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. BMJ, v. 369, p. m1712, 2020.

ROSEBOOM, T.J. Violence against women in the covid-19 pandemic: we need upstream approaches to break the intergenerational cycle. BMJ, v. 369, 2020.

SÁNCHEZ, O.R. *et al*. Violence against women during the Covid-19 pandemic: An integrative review. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 151, n. 2, p. 180-187, 2020.

SEDIRI, S. *et al*. Women's mental health: acute impact of Covid-19 pandemic on domestic violence. Archives of women's mental health, v. 23, p. 1-8, 2020.

SRI, A.S. *et al*. Covid-19 and the violence against women and girls: The shadow pandemic. International Journal of Social Psychiatry, v. nd. p. nd. 2021.

TADESSE, A.W. *et al*. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among married women during Covid-19 pandemic restrictions: a community-based study. Journal of interpersonal violence, v. nd. p. nd. 2020.

TOCHIE, J.N. *et al*. Intimate partner violence during the confinement period of the Covid-19 pandemic: exploring the French and Cameroonian public health policies. The Pan African Medical Journal, v. 35, n. 54, p. 54, 2020.

VIEIRA, P.R. *et al.* Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, p. nd. 2020.

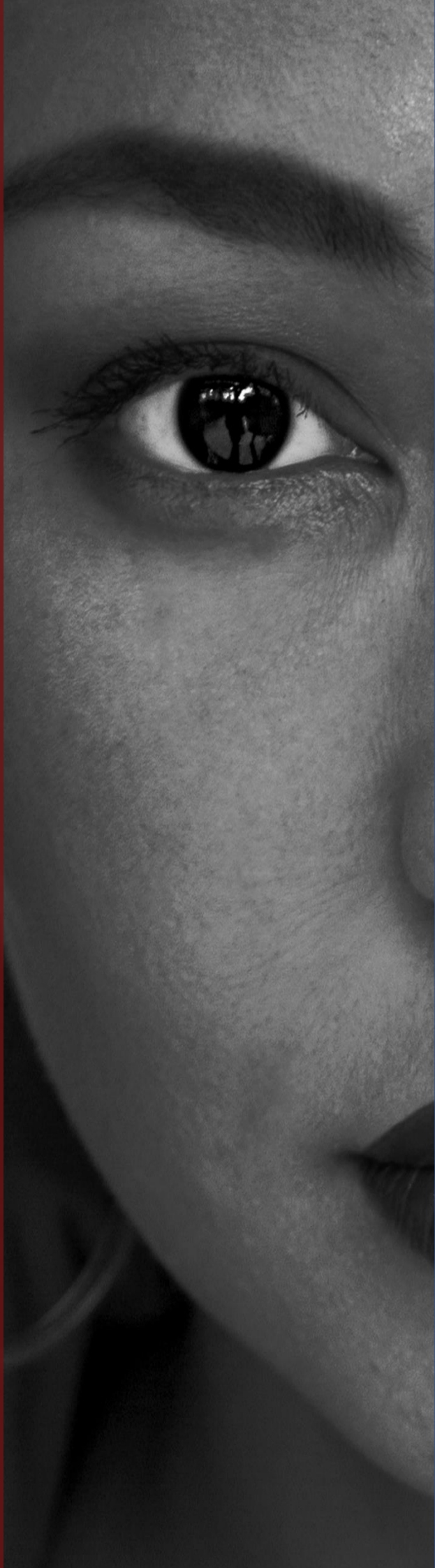
CAPÍTULO 21

Conduta médica frente a uma paciente vítima de violência sexual

AUTORES
Amanda Carolina Aguilar[1]
Ana Clara Toledo Detoni[2]
Bárbara de Almeida Duarte[3]
Caroline Belucio Gaetano[4]
Gabriela Medeiros de Souza[4]
Leticia Maffioletti Teixeira[5]
Luisa Trevisan del Hoyo[6]
Maria Clara Rocha Zica[7]
Mayara Marcela Nascimento[8]
Miriam Vitória Rodrigues dos Santos[9]
Sara Malheiros Nascimento[10]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade José Rosário Vellano.
[2]Acadêmica do Curso de Medicina do Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC).
[3]Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Potiguar.
[4]Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade FACERES - São José do Rio Preto.
[5]Acadêmica de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense.
[6]Acadêmica da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente (UNOESTE).
[7]Acadêmica de Medicina do Centro Unificado de Brasília (UniCEUB).
[8]Acadêmica de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
[9]Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó.
[10]Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Atenas (UNIATENAS) – Paracatu.

Palavras-chave: violência sexual; violência contra a mulher; crimes sexuais.



INTRODUÇÃO

A violência sexual contra mulheres é um problema de saúde pública que atinge diferentes partes do mundo. Assim, tem sido elaboradas ações para amparar tais vítimas, incluindo na área da saúde por normalmente ser na atenção primária o primeiro lugar em que a mulher procura ajuda (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Esse tipo de violência, baseada no gênero, pode gerar dano ou sofrimento físico e psicológico, bem como outras repercussões, inclusive a morte. Dessa forma, é necessária uma abordagem multidisciplinar para essas pacientes, visando sempre um atendimento humanizado, capaz de acolher e tentar diminuir os possíveis impactos deste crime. Visto isso, os médicos devem pensar de forma cuidadosa, no risco de infecções sexualmente transmissíveis, assim como no risco de gestação indesejada, traumas físicos e psicológicos.

Por definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência sexual é uma derivação de qualquer ato ou insinuação sexual não consentida, independendo da relação do agressor com a vítima ou do contexto em que ambos se inserem. Essa violência está relacionada com diversos agravos: trauma físico, abuso de drogas ilícitas e álcool, distúrbios gastrointestinais, inflamações pélvicas crônicas, dores de cabeça, asma, ansiedade, depressão e distúrbios psíquicos como a tentativa de suicídio (BEZERRA *et al.*, 2018).

Além de se tratar de uma forma de violação dos direitos humanos, o abuso sexual é uma questão de saúde pública, tendo em vista os danos à integridade física e mental de suas vítimas. Inclusive sérios problemas na saúde reprodutiva e consequente aumento dos custos sociais e econômicos (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, esse capítulo teve como objetivo expor como os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, devem agir diante de uma mulher vítima de violência sexual, protegendo-a de mais traumas e acolhendo-a com humanidade e empatia.

MÉTODO

Foi realizada revisão integrativa da literatura nos meses de abril e maio de 2021. O estudo ordenou, sistematizou e incluiu pesquisas com diferentes enfoques metodológicos, permitindo somar e combinar dados teóricos e empíricos para melhor compreensão da temática.

Foram seguidas as etapas preconizadas para a realização da revisão integrativa: estabelecimento do problema (questão ou hipótese primária); seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão e exclusão; caracterização dos estudos (definição das informações a serem coletadas por meio de critérios claros); análise dos resultados (identificando similaridades e conflitos); apresentação e discussão dos achados (MENDES *et al.*, 2008).

Para identificar os estudos que abordavam o tema no Brasil, foram feitas buscas sistemáticas nas bases de dados eletrônicos: *Pubmed, Scielo e Google* Acadêmico. Os descritores utilizados foram: violência contra a mulher; Brasil. Desta busca foram encontrados 27 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Para a seleção dos estudos foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos realizados no Brasil, publicações feitas entre 2018 e 2021 e que abordassem o tema violência contra a mulher. Foram excluídas revisões de literatura e sistemáticas ou quando o título não abordava o tema proposto.

Além disso, devido à relevância epidemiológica e no que diz respeito às condutas que o médico brasileiro deve respeitar, o presente estudo considerou adicionar à bibliografia utilizada, publicações e protocolos criados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Logo, foram incorporadas 10 referências que cumpriam o mesmo perfil de descritores independentemente do ano de publicação.

Após os critérios de seleção restaram 18 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em uma tabela e de forma descritiva, discutidos em categorias temáticas abordando: a definição e classificação, condutas de atendimento, consequências psicológicas e prevenção do ato de violência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição e classificação

Primeiramente, cabe ressaltar a definição de violência sexual pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como:

> (...) qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada (OMS, 2012, p. 149).

A **Tabela 21.1** apresenta a frequência da violência no gênero feminino no Brasil, apresentando mais de 8,3 vezes o número de casos em relação ao gênero masculino.

Tabela 21.1 Frequência de estupro por sexo 2009-2019

Sexo	Frequência estupro
Feminino	191.986
Masculino	23.480

Fonte: DATASUS, 2021.

Nesse contexto, infere-se que essa violência fere os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. No Brasil, revela-se que 11,9 % dos casos de violência contra a mulher são do tipo sexual, sendo que a faixa etária mais acometida se concentra entre as adolescentes de 12 a 17 anos de idade (24,3%), seguida por 6,2% em mulheres jovens de 18 a 29 anos e 4,3% nas adultas de 30 a 59 anos. Além disso, a predominância do local onde ocorre a violência apresenta-se maior no espaço doméstico, representando 71,9 % dos casos (BAIGORRIA *et al.*, 2017; WAISELFISZ, 2015).

As classes socioeconômicas mais baixas são as mais afetadas, apresentando até 3,28 vezes mais chance de sofrerem este tipo de violência (GIANINI *et al.*, 1999).

No que tange à liberdade sexual da mulher, segundo o Código Penal Brasileiro, existem quatro tipos de crimes contra a liberdade sexual: o estupro, a violação sexual mediante fraude, assédio sexual e a importunação sexual (BRASIL, 2009a).

Artigo 213 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” (BRASIL, 2009a, p. 88).

Artigo 215 Violação sexual mediante fraude: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima (BRASIL, 2009a, p. 88).

Artigo 215-A Importunação sexual: “Praticado contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro” (BRASIL, 2009a, p. 89).

Artigo 216-A Assédio sexual: “Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o

agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerente ao exercício de emprego, cargo ou função" (BRASIL, 2009a, p. 89).

Atendimento

Com o aumento do reconhecimento e das discussões sobre o impacto da violência contra a mulher foram levantadas várias políticas de enfrentamento. A Lei número 12.845/2013 descreve sobre a obrigatoriedade do atendimento imediato e integral de vítimas de violência em todos os hospitais que integram o SUS:

Artigo 1º "Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando o controle e o tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social" (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS), na Estratégia de Saúde da Família ESF, assume papel de relevância por ser porta de acesso ao Sistema Único de Saúde e fornecer uma atenção integral e em rede. Além do atendimento médico inicial com a identificação do ato de violência, cabe a toda equipe estabelecer laços capazes de prevenir esse tipo de agravo, conhecendo as vulnerabilidades, a dinâmica familiar e por fim, auxiliar a paciente de maneira eficiente (BRASIL, 2010).

Os estudos relacionando à APS, ao atendimento médico em geral e à violência contra a mulher mostraram: uma subnotificação e a dificuldade em identificar os casos e abordar as mulheres; atendimento centrado apenas nas lesões físicas e na medicalização, não se atentando ao quadro psicossocial em que essa paciente está inserida. Muitas mulheres apontam que não enxergam a APS como um local seguro para procurar apoio. Desta maneira, a abordagem do médico em todos os serviços precisa prezar a integralidade, intersetorialidade e uma relação de confiança que viabilize espaços de acolhimento, possibilitando à mulher reconhecer sua vulnerabilidade e identificar alternativas (MENDONÇA, 2018).

Assim, a APS é o lugar ideal para a condução de situações de violência, por ser o local que permite relações mais próximas capazes de gerar vínculos, parcerias pautadas na escuta acolhedora e na corresponsabilização do cuidado.

Vê-se então, a necessidade de tratar a violência sexual contra a mulher como um problema de saúde pública, dimensionando e trazendo visibilidade por meio da capacitação médica. Deve-se optar por propostas de prevenção, ao invés de aguardar atendimentos com fatos consumados, como é o costume nos ambientes de atendimento a essas vítimas. Dessa maneira, os desafios que o médico se depara em relação ao atendimento de pacientes que sofreram violência sexual são: a sensibilização, formação e capacitação para atender e oferecer assistência integral; a construção de projetos terapêuticos alinhados com a equipe das ESF para ajudarem a combater o problema (MACHADO *et al*, 2018).

Com relação às condutas no atendimento das mulheres vítimas de violência, primeiramente é importante a relação solidária, respeitosa e acolhedora por parte dos profissionais. Ressaltando que é direito da mulher vítima de violência receber um atendimento que observe as diretrizes de acolhimento e atendimento humanizado, observando os princípios da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade. Cumprindo o decreto nº 7958 de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às

vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e do Sistema Único de Saúde, bem como as competências dos Ministérios da Justiça e da Saúde para a sua implementação (BRASIL, 2013b).

Assim, o atendimento conta com as etapas de acolhimento, anamnese e realização de exames físicos e laboratoriais. Para iniciar o atendimento da pessoa em situação de violência sexual nos serviços de saúde dispensa-se a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO), mas é necessária a notificação compulsória imediata (em 24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde. Quanto ao atendimento de crianças e adolescentes é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais, conforme a Lei nº 8.069/1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990).

No que tange aos exames laboratoriais, em no máximo 72 horas após a ocorrência, é necessário solicitar a avaliação inicial sorológica de HIV, hepatites B e C, sífilis, coleta de secreção vaginal para cultura, hemograma e dosagem de transaminases. Todos esses procedimentos devem ser consentidos e permitidos pela vítima (BRASIL, 2020). Em seguida deve-se oferecer a anticoncepção de emergência para todas as mulheres vítimas de violência sexual, independentemente do período menstrual ou do contato certo ou duvidoso com sêmen (DELZIOVO *et al.*, 2018).

É importante ressaltar que as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. Assim, a prevalência de ISTs em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis como: o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e suscetibilidade da mulher, a condição himenal, a presença de ISTs e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor. Conforme consta do protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência vigente no Rio de Janeiro (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Estudos mostram que, dentre as mulheres que sofreram violência sexual, cerca de 16% a 58% adquiriram pelo menos uma IST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Uma parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada. Doenças como: gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos da violência sexual (BRASIL, 2020).

Condutas médicas

1. Prontuário e obrigações médicas

No que tange ao preenchimento do prontuário devem ser inseridas as seguintes informações (BRASIL, 2013):

a. Data e hora do atendimento;

b. História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;

c. Exame físico completo, inclusive o exame ginecológico, se for necessário;

d. Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;

e. Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame;

b. Identificação dos profissionais que atenderam a vítima;

c. Preenchimento do Termo de Relato Circunstanciado e do Termo de Consentimento Informado, assinado pela vítima ou responsável legal;

d. Coleta de vestígios para assegurar a cadeia de custódia, encaminhamento à perícia oficial com a cópia do Termo de Consentimento Informado;

e. Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

2. Profilaxia de IST's

HIV

Tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg por via oral (VO) 1 vez ao dia por 28 dias (BRASIL, 2017).

Hepatite B

Vítima não imunizada ou esquema incompleto: (vacina anti-hepatite B) + (imunoglobulina humana anti-hepatite B) até 14 dias após o ato sexual. Não se recomenda o uso rotineiro da imunoglobulina anti-hepatite B para todas as vítimas de violência sexual, exceto se a vítima for suscetível, se agressor for HBsAg reagente ou pertencer a um grupo de risco (BRASIL, 2019).

IST não viral

- Sífilis (*Treponema pallidum*): Penicilina G benzatina 2,4 mil UI por via intramuscular (IM) em dose única.
- Gonorreia (*Neisseria gonorrhoeae*): Ceftriaxona 500 mg por via IM em dose única.
- Clamídia (*Chlamydia trachomatis*): Azitromicina 1 g por VO em dose única.
- Tricomoníase (*Trichomonas vaginalis*): Metronidazol 2 g por VO em dose única.
- Metronidazol: pode retardar o tratamento porque tem efeito colateral gastrointestinal e alterar a absorção de outras drogas (BRASIL, 2019).

3. Contracepção de emergência

Deve ser oferecida à mulher o mais precocemente possível após a violência, devido à melhor eficácia quando realizada dentro das primeiras 72 horas e, excepcionalmente, até 120 horas. Dentre as opções estão o uso de medicamentos hormonais ou inserção de dispositivo intrauterino (DIU), o levonorgestrel 1,5 mg, dose única, 1 comprimido; o (estradiol 100 mcg) + (levonorgestrel 0,5 mg), 2 comprimidos com intervalo de 12 horas entre cada um; ou o DIU de cobre (BRASIL, 2012).

Todas as medidas descritas acima são desnecessárias, caso a paciente utilize algum método contraceptivo com baixo índice de *Pearl*, como o DIU, implante subdérmico ou esterilização cirúrgica (BRASIL, 2012).

4. Procedimentos de justificação e autorização para interrupção de gestação

De acordo com a Norma Técnica de Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, dentre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que provoca. Somente 30% das mulheres que são vítimas da violência sexual usam algum método anticoncepcional. Assim, a gestação em tais circunstâncias pode ser encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres. Nessas situações, a Norma Técnica prevê que a mulher ou a adolescente e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde (BRASIL, 2015).

Caso a gestação não seja interrompida com a contracepção de emergência, mulheres víti-

mas de violência sexual têm o direito de realizar o aborto, não sendo necessário comprovar com boletim de ocorrência ou mandato judicial (FONSECA, 2020). Os documentos necessários nestes casos são:

a. Termo de relato circunstanciado: gestante e dois profissionais da saúde devem assinar. Descrição do fato: local, dia, horário, tipo e forma de violência, descrição dos agentes da conduta, identificação de testemunhas quando houver;

b. Termo de aprovação do procedimento: três profissionais da saúde para corroborar um parecer técnico: anamnese, exame físico geral e ginecológico, avaliação de ultrassonografia (idade gestacional é compatível com a data da violência). Profissionais: ginecologista obstetra, anestesista, enfermeiro e psicólogo, todos devem corroborar o parecer técnico realizado pelo médico;

c. Termo de responsabilidade: a gestante assina o termo. Advertência sobre previsão de crimes como falsidade ideológica e de aborto. Assina afirmando a veracidade das declarações;

d. Termo de consentimento: riscos do procedimento. Decisão voluntária e consciente da interrupção por parte da paciente.

Ainda com relação à realização legal de aborto, o médico não é obrigado a realizar esse procedimento se admitir objeção de consciência, uma vez que é inviolável a liberdade de consciência e de crença. No entanto, o médico não pode se negar em casos que há risco de morte à mulher, abortamento juridicamente permitido na ausência de outro médico que o faça; quando houver risco de a mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do médico; em casos de atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro (urgência) (FONSECA, 2020).

O esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre: os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde; os procedimentos médicos que serão adotados; forma de acompanhamento e assistência e os profissionais responsáveis; garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial (FONSECA, 2020).

O abortamento é a interrupção da gestação até a 22ª semana de gestação e com produto de concepção pesando menos de 500 g. A interrupção da gestação feita até 12 semanas tem como opções a aspiração intrauterina a vácuo (manual AMIU) e como segunda opção, a curetagem uterina. Outras opções para a interrupção de gestação são: misoprostol por via vaginal em dose de até 800 mc a cada 6 ou 12 horas, em 3 doses. Na interrupção da gestação da 13ª a 17ª semanas é feita com misoprostol 400 mc de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas em 3 doses. Na gestação entre a 18ª e a 22ª semanas é utilizado misoprostol de 200 mc de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas (FONSECA, 2020).

Orientações para depois do atendimento

Após o atendimento médico, deve-se orientar a paciente no sentido de comparecer à Delegacia de Polícia para registrar ocorrência e, encaminhá-la para o exame pericial do Instituto Médico Legal (IML). Afinal, a comprovação do espermatozoide é feita em no máximo 12 horas após o coito anal e 48 horas após o coito vaginal. O boletim registra a violência para o conhecimento da autoridade policial que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do Instituto Médico Legal é o documento elaborado para fazer a prova criminal. Se a agressão ocorreu quando a vítima estava indo ou vindo para o trabalho, orientar

para fazer o registro de acidente de trabalho (trajeto) (BRASIL, 2009b).

Cabe ressaltar que a mulher violentada não tem dever legal de notificar o fato à polícia. Logo, a exigência de apresentação desses documentos para atendimento nos serviços da saúde é incorreta e ilegal.

Consequências psicológicas da violência

Para além dos danos evitáveis pelos médicos, como as supracitadas IST's e a gestação, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência afeta negativamente a integridade física e psicológica das mulheres. Sendo que esta última ocorre silenciosamente, deixando consequências importantes na vida da vítima. Esses danos acarretam diversas consequências como: insônia, fadiga, falta de concentração e apetite, ansiedade, baixa autoestima, sentimento de culpa, irritabilidade, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, abuso de álcool e drogas e tentativas de suicídio. Ao analisar as mulheres que sofreram violência sexual por seus parceiros, constatou-se que existe maior probabilidade de apresentar tais sintomas; 16% mais chance de gerar recém-nascidos de baixo peso; as possibilidades de aborto são duplicadas; até três vezes mais chance de desenvolver depressão; 1,5 vezes mais chance de infecção pelo HIV em comparação com mulheres que não sofreram estes tipos de violências (DELZIOVO *et al.*, 2018).

Grande parte destas mulheres pode vir a apresentar problemas psiquiátricos em razão da violência sofrida, motivo que justifica o encaminhamento para acompanhamento social e psicológico (MENDONÇA *et al.*, 2021). Em estudos sobre violência sexual contra as mulheres é necessário considerar a posição que é dada a elas ao longo da história e buscar compreender a dinâmica psíquica que o estupro envolve. Assim como suas marcas e consequências psicológicas (SOUZA *et al.*, 2012).

Prevenção

É preciso prevenir a violência contra a mulher. Nos últimos anos, felizmente, diversas pesquisas têm buscado identificar possíveis causas e fatores de riscos que possam motivar ou permitir a perpetuação desse tipo de agressão. Um dos intuitos seria elaborar intervenções com verdadeira repercussão na redução da violência contra mulher (ÁVILA *et al.*, 2014).

Inicialmente, as intervenções buscavam apenas prover apoio para as vítimas, além de reduzir a impunidade e garantir a efetividade da justiça contra os agressores. Atualmente se fala em prevenção primária e secundária da violência contra mulher. Dentre as estratégias estudadas, de acordo com o nível de evidência, as de maiores impactos são as intervenções comunitárias, com intuito de diminuir a violência pela mudança no discurso público, práticas e normas entre gênero e violência (ÁVILA *et al.*, 2014).

Ademais, os autores supracitados ressaltam a importância em descrever projetos sociomidiáticos, implementados em diferentes localidades abordando o cenário de violência contra a mulher no Brasil. O intuito seria contribuir para o conhecimento do público acerca da temática e servir como ferramenta de pesquisa científica. Além disso, existem outras medidas consideradas efetivas na prevenção contra esse tipo de violência, a maioria de cunho socioeducativo, como a execução de programas de mentoria para mulheres em escolas e comunidades, aulas de treinamento de defesa pessoal, oficinas para promoção da mudança de normas e comportamentos que estimulam a violência contra mulher e a desigualdade entre os gêneros.

Em suma, ainda existem poucas evidências sobre como prevenir a violência contra mulher, especialmente quando esta ocorre fora do ambiente domiciliar. Assim, são necessárias novas análises e pesquisas para permitir a prevenção primária de forma efetiva (ÁVILA *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

As questões levantadas pelo presente trabalho abordam a importância do conhecimento médico acerca das condutas frente às vítimas de violência sexual, desde a definição até as consequências, sejam elas precoces ou tardias.

Em suma, por se tratar de um grave problema social relacionado à saúde, os médicos devem estar preparados para prestar atendimento às mulheres vítimas de violência. Visto que, há uma demanda crescente em todo o mundo, reduzindo o risco de exposição às IST's ou de uma gestação indesejada.

Além disso, é de extrema importância que a equipe médica esteja capacitada para além do 'diagnosticar' um caso de violência sexual, mas saber acolher, orientar e amparar essas mulheres minimizando desfechos trágicos no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, T.A.O. *et al*. Modelos europeus de enfrentamento à violência de gênero. Escola Superior do Ministério Público da União, Brasília, 2014.

BAIGORRIA, J. *et al*. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra à mulher: revisão sistemática. Revista de Salud Pública, v. 19, n. 6, p. 818-826, nov. 2017.

BEZERRA, J.D.F. *et al*. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: DF, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/59183/miolo_pcdt_pep_04_2021_final.pdf?file=1&type=node&id=59183&force=1>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília DF, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1ª ed. Brasília: DF, 2015. Disponível em: < https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/1130 >. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Distrito Federal. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/lei/l12845.htm>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília: DF, 2013b. Disponível em: <http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Violencia.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma técnica. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. 3ª ed. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n° 12.015 de 7 de agosto de 2009ª. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal. Dispõe sobre os crimes hediondos. Brasília: DF, 2009a. Disponível em: <http://www.L12015 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual para atendimento às vítimas de violência, 2009b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069/1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente -

ECA. Brasília: DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 16 maio 2021.

DELZIOVO, C.R. *et al*. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 5, p. 1687-1696. 2018.

FONSECA, S.C. *et al*. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 1, p. 2-61, 2020.

GIANINI, R. J. *et al*. Agressão física e classe social. Revista de Saúde Pública, v. 33, n. 2, p. 180-186, abr. 1999.

MENDES, K. dal S. *et al*. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MENDONÇA, C.S. *et al*. Violência na atenção primária em saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602247&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2021.

SOUZA, F.B.C. de. *et al*. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. Reprodução & Climatério, v. 27, n. 3, p. 98-103, set. 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA4MzI%2C>. Acesso em: 16 maio 2021.

WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. 1ª ed. Brasília, 2015.

CAPÍTULO 22

Estudo epidemiológico sobre violência contra mulheres no estado de Goiás: uma análise dos anos 2009 a 2018

AUTORES
Weberton Dorásio Sobrinho[1]
Ana Flávia Ribeiro Vilela[1]
Gabriela Melo[1]
Gabriele Martins Lima[1]
Suzana Santana de Deus[2]
Hilary Hevellin Evangelista[2]
Maria Eduarda Curado Naves[2]
Victória Sardinha de Lisboa[2]
Fernanda Azevedo Matos[2]
Ingrid Jordana Bernardes Ferreira[3]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV), Campus Goianésia-GO.
[2]Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV), Campus Aparecida de Goiânia-GO.
[3]Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida (FESAR), Redenção-PA.

Palavras-chave: epidemiologia; violência; mulher.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema histórico, universal e de relevância social, o qual ainda é estigmatizado e não discutido livremente por falta de informações ou de espaços para debates sobre a temática. Contudo, sabe-se que o conflito entre homens e mulheres é histórico e é também evidenciado por meio da violência.

Este contexto, no Brasil, motivou a Lei Maria da Penha de n° 11.340, de 7 de agosto de 2006 com o intuito de eliminar todas as formas de discriminação, bem como prevenir, punir e erradicar a violência doméstica e familiar contra à mulher. Dentre as violências destacadas na Lei Maria da Penha, há cinco tipos principais de violência doméstica e familiar contra a mulher: física, psicológica, moral, patrimonial e sexual (BRASIL, 2001).

Contudo, a violência feminina é banalizada e essas vítimas tornam-se pouco comoventes, principalmente no cenário de violência doméstica, relatado em todos os países e níveis socioeconômicos. Inclusive, as evidências indicam que sua magnitude é muito maior do que se supunha.

Por ser tratada como uma violência natural, a vítima sente-se frustrada diante da banalização ao conflito enfrentado por ela, quando tenta fazer a denúncia ou buscar por ajuda e termina duplamente vitimizada (TELES & TELES, 2003).

Na ênfase dos principais tipos de violência englobados pela Lei Maria da Penha, a violência psicológica é pouco considerada pela mídia e pelas autoridades públicas, embora muito comum e subnotificada. Tendo em vista que, muitas mulheres temem fazer a denúncia e muitos serviços públicos não registram corretamente os casos de violência contra mulher. Mesmo assim, calcula-se que a violência contra as mulheres está presente em 15 milhões de lares brasileiros, o que é muito significativo (TELES & TELES, 2003).

No que diz respeito à violência patrimonial, de acordo com o inciso IV do art. 7° da Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, ela é "entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades" (BRASIL, 2006).

Muitas mulheres não sabem que a retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos pessoais pode ser considerada um crime, previsto na lei Maria da Penha. Dessa forma, não o reconhecem como tal e não denunciam esse tipo de agressão. Assim, a violência patrimonial raramente se apresenta separada das demais, servindo como meio para agredir física ou psicologicamente a vítima, ou seja, durante as brigas o agressor usa do artifício de abstrair os bens da vítima para que ela se cale e continue a aceitar a agressão (PEREIRA *et al.*, 2013).

A violência física contra a mulher é a mais evidente e, portanto, a que ganha maior espaço nos noticiários. Está presente também no art. 7° da Lei n° 11.340, sendo definida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal (BRASIL, 2006).

Dentre as violências contra a mulher, ou seja, que tenham por principal motivação da agressão o fator "gênero" e pelo fato de ser mulher existe a violência sexual, que cresce cotidianamente no contexto atual.

A violência sexual é definida como ação ou tentativa do ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa a partir da coerção, que afeta sobretudo, o sexo feminino dentro do espaço doméstico. É vista como um fenômeno uni-

versal e que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, em locais públicos e privados e em qualquer fase da vida da mulher. Geralmente, o agressor é o próprio parceiro, conhecido ou familiar. Além de violência de gênero, também é abordada como um problema de saúde pública, pois essas mulheres se tornam vulneráveis à diversos problemas de saúde, como riscos de traumas físicos e psicológicos, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), com consequências irreversíveis e devastadoras, além do risco de gravidez resultante do estupro (DREZETT, 2000).

Entre os desfechos da violência sexual, a gravidez se destaca devido ao complexo quadro de reações psicológicas e sociais que provoca. No Brasil, o Decreto Lei 2848, inciso II do Artigo 128 do Código Penal Brasileiro, de 1940, garante o direito ao abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual. Entretanto, profissionais de saúde que deveriam estar adequadamente capacitados para o manejo clínico e psicológico das vítimas de violência sexual, muitas vezes, não o fazem (DREZETT, 2000).

Isto é, os riscos envolvidos em cada caso deveriam ser avaliados, oferecendo a anticoncepção de emergência, a proteção para as ISTs e a profilaxia para o HIV, além dos cuidados psicológicos contínuos e informações sobre seus direitos. Contudo, por vezes essas mulheres têm seus direitos desrespeitados por caráter ideológico ou religioso do profissional de saúde que omite o devido atendimento (DREZETT, 2000).

A respeito da violência moral contra mulher, abordada na Lei Maria da Penha, tem-se essa como toda e qualquer conduta que expresse calúnia, difamação ou injúria. Tal como atribuição de fatos que não são verdades ou até mesmo xingamentos, muitas vezes, vividos em relacionamentos fixos que perpetuam por anos. Essas mulheres, geralmente perma-necem em tal situação por fatores de risco preponderantes: criação em modelo familiar violento que leva à escolha de um parceiro violento; vivências infantis de maus tratos; negligência; rejeição; abandono e casos pas-sados de abuso sexual (BRASIL, 2001).

Além disso, tem-se o casamento como forma de fugir da situação familiar de origem, onde o parceiro e o relacionamento são idealizados, o que se agrega ao sentimento de desvalorização e de incerteza quanto a se separar de seu companheiro, mesmo que temporariamente. Por vezes, o fator econômico frequentemente se sobressai nesses casos, a carência de apoio financeiro e de oportunidades de trabalho condicionam à dependência econômica e falta de autonomia. Situações que se juntam ao medo das dificuldades para prover o seu sustento e o de seus filhos, após a separação (BRASIL, 2001).

Em virtude da importância do assunto, da necessidade de informações e da sua ocorrência na atualidade, frente aos diversos tipos de violência contra a mulher, este capítulo objetivou apresentar um estudo epidemiológico sobre a violência contra mulheres no estado de Goiás entre os anos de 2009 e 2018.

MÉTODO

Trata-se de um levantamento epidemiológico, ecológico e descritivo sobre violência contra mulheres no estado de Goiás, utilizando os dados secundários na plataforma DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), no programa TABNET. O período para busca das notificações se deu entre os anos de 2009 e 2018, sendo utilizado como variáveis: a violência

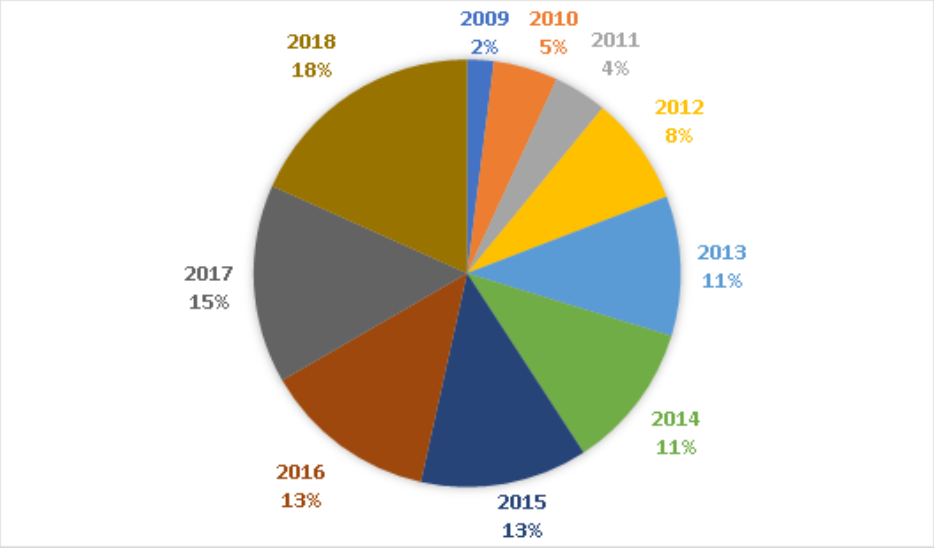
física, psicológica, moral, sexual e patrimonial, que foram relacionadas à faixa etária, sexo, raça, escolaridade e local de ocorrência.

Além disso, para comparação dos dados deste estudo, realizou-se a busca por referências de estudos epidemiológicos na base de dados do SciELO, bem como artigos relacionados com a temática da violência contra mulheres para o embasamento científico. Os resultados foram apresentados em gráficos e figuras, discutidos no contexto das variáveis: faixa etária, raça, escolaridade, local de ocorrência e os tipos de violência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme consulta de dados extraídos do DATASUS, entre os anos de 2009 e 2018, o número de notificações de violência doméstica, sexual ou outras violências interpessoais no estado de Goiás, totalizou em 30.396. Segundo a ilustração do **Gráfico 22.1**, o ano de 2018 tangenciou com o maior número de notificações (5.137), sendo os maiores quantitativos nos municípios de: Goiânia, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Rio Verde e Luziânia, respectivamente. No que concerne aos demais municípios do estado de Goiás, observou-se que a menor taxa de notificação de violência contra a mulher se deu nos municípios de: Aurilândia, Guapó, Guaraíta, Guarinos, Hidrolina, Palminópolis, Mara Rosa, Morzagão, Nova Glória, Nova Iguaçu de Goiás, Santa Isabel e São Domingos, todos com apenas uma notificação entre os anos de 2009 e 2018.

Gráfico 22.1 Dados em percentagem do número de notificações por violência contra o sexo feminino entre os anos de 2009 e 2018 no estado de Goiás



Fonte: DATASUS, 2021.

O crescente aumento dos casos notificados em 2009 para os anos subsequentes justifica-se pelo fato de que estes dados estão disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) somente a partir deste ano, coincidindo com a implantação da notificação dos casos de violência contra a mulher. Momento pelo qual ainda, muitos profissionais não se encontravam preparados para a identificação da violência, suscitando dessa forma a subnotificação.

Posteriormente, com a capacitação dos profissionais a respeito, houve melhora no entendimento da ficha de notificação e no

reconhecimento do evento, resultando no aumento no número de casos registrados. Contando conjuntamente com o apoio da portaria de n° 104, de 25 de janeiro de 2011, que estabelece que os casos de violência doméstica, sexual ou outras violências devem ser obrigatoriamente notificados (GALINDO & SOUZA, 2013).

Além disso, vale ressaltar o expressivo número de notificações de violência contra as mulheres nos últimos anos. Confirmando que muitas mulheres sofrem violência no país e, especialmente, no estado de Goiás. Assim como muitos outros problemas de saúde, a violência contra as mulheres apresenta grande incidência, não considerando a subnotificação existente, pois em muitos casos o registro não acontece.

Neste contexto, a notificação deve ser estimulada como um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência contra a mulher, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e para a assistência, bem como permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica.

Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias preconcebidas e o treinamento correto para diagnosticar as situações de violência são indispensáveis aos profissionais de saúde. De modo que seja capaz de detectar e notificar às instâncias competentes, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação.

Quando se trata da raça das vítimas que sofreram violência, evidenciou-se que, do total das notificações, 15.549 são de etnia parda, 2.382 de cor preta, 7.852 de cor branca e 457 da cor amarela, conforme se observa no **Gráfico 22.2**.

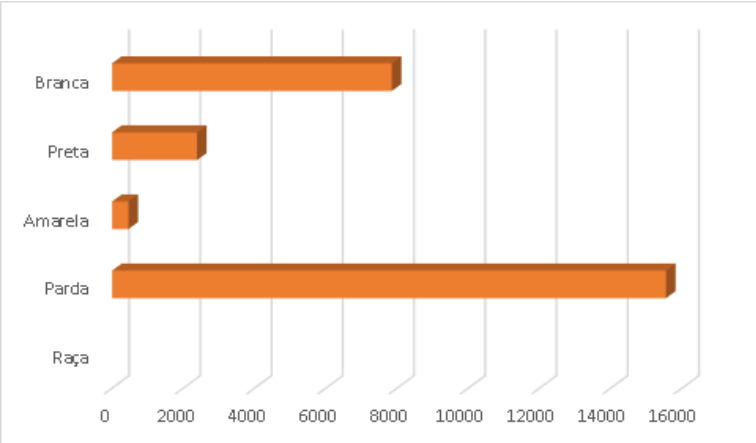
Segundo o Ministério da Saúde, a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial étnico pode significar uma condição determinante de vulnerabilidade. Embora um grupo social não se defina por relações de cor ou raça, diferenças étnicas cooperam para as desigualdades sociais e condicionam a forma de grupos e pessoas viver e morre (BRASIL, 2006).

No que tange a faixa etária, pode-se observar no **Gráfico 22.3** que a prevalência da violência contra as mulheres estudadas está entre os 20 e 29 anos de idade, totalizando 5.913 notificações de todos os casos entre os anos 2009 e 2018. Seguida da faixa etária dos 30 a 39 anos, com 4.702 casos; em terceiro ficam as mulheres entre os 15 e 19 anos de idade, com 3.846 casos notificados. Isso comprova o que é encontrado em diversos estudos: a população jovem é a que mais padece desse tipo de violência notificados (GALINDO & SOUZA, 2013).

Ao analisar o nível de escolaridade (**Gráfico 22.4**), observou-se que a prevalência das mulheres possui entre a 5ª e 8ª séries do ensino fundamental incompletas, totalizando 4.913 notificações. Em seguida destacam-se as mulheres com ensino médio completo e ensino médio incompleto com 3.233 e 3.068 notificações, respectivamente.

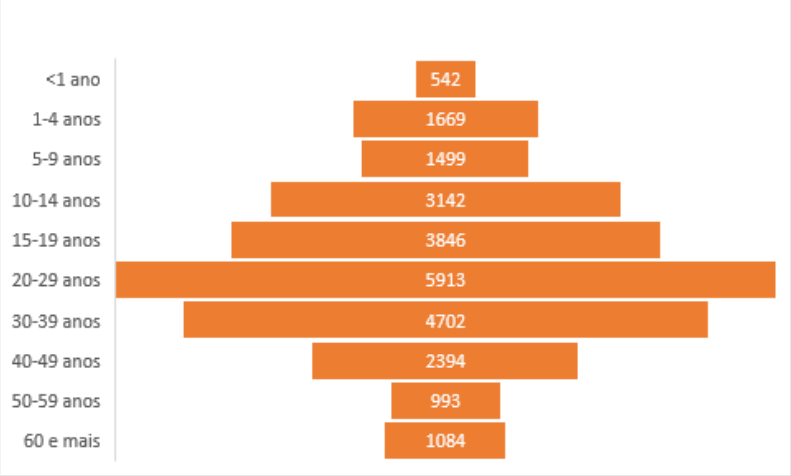
No que se refere ao local de ocorrência da violência, observa-se no **Gráfico 22.5** que a residência, em sua absoluta maioria, foi o local para as ações violentas com 18.510 casos, seguido pelos locais públicos (4.906) e outros lugares com menor frequência (1.784).

Gráfico 22.2 Número de notificações de violência contra o sexo feminino associado à variável raça entre os anos de 2009 e 2018 no estado de Goiás



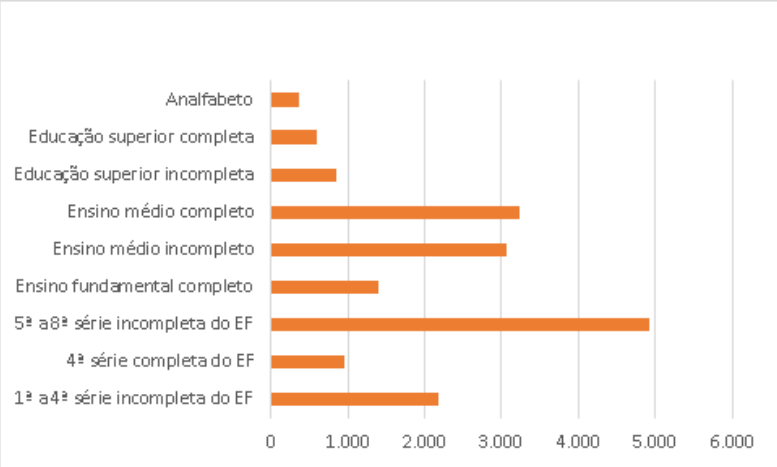
Fonte: DATASUS, 2021.

Gráfico 22.3 Número de notificações de violência contra o sexo feminino associado à variável faixa etária entre os anos de 2009 e 2018 no estado de Goiás



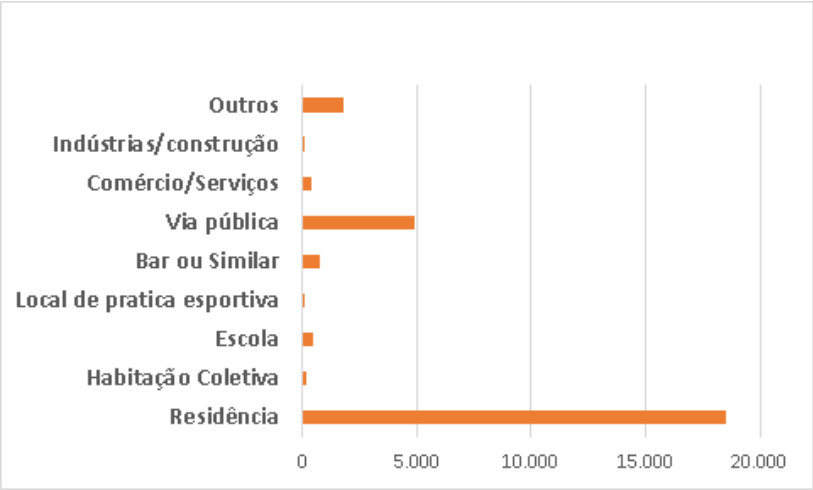
Fonte: DATASUS, 2021.

Gráfico 22.4 Número de notificações de violência contra o sexo feminino por escolaridade entre os anos de 2009 e 2018 no estado de Goiás



Fonte: DATASUS, 2021.

Gráfico 22.5 Número de notificações de violência contra o sexo feminino atrelado à variável local de ocorrência entre os anos de 2009 e 2018 no estado de Goiás

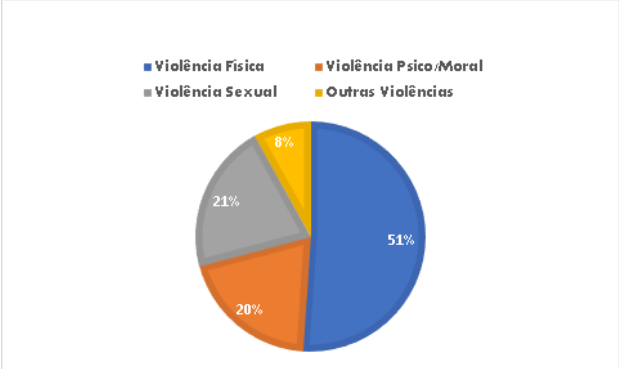


Fonte: DATASUS, 2021.

Sendo assim, percebe-se que os casos ocorrem frequentemente na própria residência e, muitas vezes, como prática recorrente. Afinal, é facilitada pelo fato de a agressão transcorrer sem que outras pessoas interrompam e sob a legitimidade da privacidade do lar. Contudo, a ideia do lar como local de proteção adquire, nessas situações, uma perspectiva ameaçadora e sombria, propiciando e facilitando a ocorrência de condutas violentas (DAY *et al*., 2003).

Por fim, ao se observar o **Gráfico 22.6**, nota-se que o número de casos de violência física notificados é alto (19.049). Em sequência, evidencia-se a violência sexual (7.848), a psicológica e moral (7.384) e outros tipos de violência com 3.008 casos registrados.

Gráfico 22.6 Número de notificações de violência contra o sexo feminino atrelado aos tipos de violência entre os anos de 2009 e 2018 no estado de Goiás



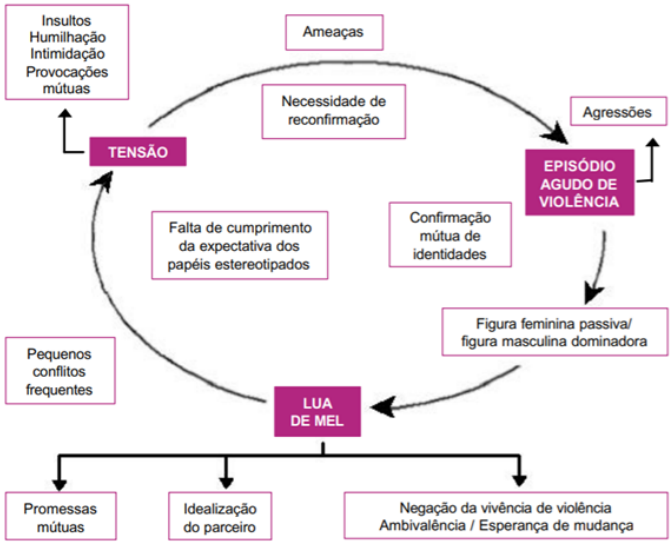
Fonte: DATASUS, 2021.

Diante dos números alarmantes de violência contra as mulheres, é necessário entender o início desse ciclo e como ele se desenvolve. Assim, é importante perceber que as relações violentas de um casal se vinculam à crescente tensão nas relações de poder e na confirmação de subordinação e dominação. Tal situação de violência, mostra-se como uma tentativa de reconstruir o poder perdido ou que jamais foi obtido e pode demonstrar a

construção de uma identidade (MESTERMAN, 1998).

O ciclo da violência **(Figura 22.1**) pode ser descrito por três fases distintas e revela como os diferentes fatores se integram em um único relacionamento violento. As fases podem variar tanto em intensidade como no tempo, para o mesmo casal e entre diferentes casais. Não aparecendo, necessariamente, em todos os relacionamentos. Segundo o idealizador desse ciclo, L. Walker (1979), nem todos os momentos são marcados pela agressão e compreendê-lo é importante para a sua prevenção e interrupção (BRASIL, 2001).

Figura 22.1 Ciclo da violência



Fonte: Brasil, 2001.

A primeira fase caracteriza-se pelo aumento da tensão. Nesse momento é possível observar situações de violência pequenas, em que há a negação e atribuição de situações externas por parte da mulher. Além disso, a mulher tenta acreditar que tem algum controle sobre o comportamento do agressor. Essa aparente aceitação, estimula o agressor a não controlar a si mesmo, aumentando a frequência e a potência das humilhações psicológicas e as ofensas verbais tornam-se hostis e mais frequentes. Evidenciando-se para a vítima que não há mais equilíbrio na relação, torna-se mais difícil sua defesa e tentativa de se afastar. Contudo, quando o agressor percebe tal ação, o mesmo, aumenta a vigilância, demonstrando ciúmes e possessividade (BRASIL, 2001)

A segunda fase caracteriza-se pela concretização do "incidente agudo da violência". Tal fase, pode ser considerada a mais rápida e inclusive a mais agressiva, em virtude de o agressor descarregar toda a tensão em forma de violência física. Justificando que tal atitude aconteceu em forma de 'lição", ausentando-se da culpa de causar qualquer dano à vítima. Geralmente, o início do ato acontece devido às razões externas ou um estado interno do homem e, raramente, pelo comportamento da mulher (BRASIL, 2001).

Em consequência, a vítima torna-se ansiosa, deprimida, queixando-se de sintomas psicossomáticos e sentimentos que podem ser descritos como: terror, raiva, ansiedade, sensação de que é inútil tentar escapar, buscando algum lugar em que possa se esconder (BRASIL, 2001).

Fechando o ciclo, como fase três, há o apagamento de tais atitudes por parte do

agressor, ao demonstrar arrependimento e tentar reatar à paz matrimonial. É um período de calma incomum (lua de mel). É possível perceber que há atitudes carinhosas, promessas e a crença de que ele não irá mais repetir tais atitudes ao acreditar que a mulher entendeu a "lição". Ao acreditar que tudo irá mudar, a vítima se torna dependente. Evidenciando que o casal que vive em uma situação de violência, torna-se um par simbiótico que, quando um tenta separar-se o outro torna-se drasticamente afetado. Tal fase pode parecer mais longa, porém é mais curta que a primeira (BRASIL, 2001).

Assim, ao evidenciar-se a chamada "dinâmica da violência", torna-se necessário e claro que sua compreensão é importante para conseguirmos abordar de forma adequada a interação e a interdependência na relação violenta entre o casal e tornar possível o afastamento da mulher da situação de vítima (BRASIL, 2001).

A violência contra a mulher é uma séria questão de saúde pública que merece uma atenção especial dos órgãos governamentais e da sociedade. Desse modo, torna-se essencial o fortalecimento e a criação de políticas públicas que foquem no combate e, principalmente, na prevenção de tais fatos e incluam esferas da assistência social, segurança pública, trabalho, previdência, Casa da Mulher Brasileira e outros aspectos que auxiliem essas mulheres.

Logo, ao compreender a existência da Casa da Mulher Brasileira como um centro multidisciplinar que acolhe mulheres em situação de vulnerabilidade, tanto doméstica como familiar, reforça-se a necessidade de orientá-las para recorrer aos seus direitos. Além disso, a própria Lei Maria da Penha prevê a criação de mais centros de atendimento integral, ou seja, incentivando a responsabilidade intersetorial e atuação em equipes multidisciplinares compostas por profissionais das áreas psicossocial, jurídica e de saúde para promover a orientação e o cuidado das pessoas afetadas, ampliando a rede de cuidados da Casa da Mulher Brasileira (MENEGHEL *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

A partir desse estudo percebeu-se que o perfil das notificações de violência contra as mulheres no estado de Goiás, incidiu em mulheres pardas, adultas e com baixo nível de escolaridade. O domicílio foi o ambiente que mais se apresentou como local para a violência e as agressões seguiram predominantemente por força corporal, sexual, psicológica e moral.

É sabido que, mesmo com o aumento do número de casos após a implementação da notificação em 2009, os registros encontrados não correspondem à realidade. Sugerindo existir uma subnotificação dos agravos de violência em mulheres no estado de Goiás. Possivelmente esteja relacionada à complexidade que permeia o ocorrido, o medo e a vergonha da vítima em se revelar, a falta de preparo dos profissionais para identificar e tomar a melhor conduta frente os casos, bem como a escassez de estratégias que possibilitem o rastreamento e o acolhimento das vítimas.

É importante reconhecer a dimensão do problema. Logo, espera-se que o conhecimento do perfil epidemiológico das notificações de violência contra a mulher em Goiás possa contribuir para o reconhecimento de como esse agravo tem se manifestado na vida dessa população. Alertando gestores, profissionais de saúde e a própria população sobre a importância de realizar o rastreamento, a notificação e a prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS, 2021. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02. Acesso em: 4 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Seção 1, 8 de agosto de 2006, p. 1. Brasília, 2006. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2006/08/08. Acesso em: 27 de abril de 2021.

DAY, V.P. *et al*. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, p. 9-21, 2003.

DREZETT, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. Centro de Referência da Saúde da Mulher, São Paulo, 2000.

GALINDO, S. da R.W. & SOUZA, M.R. de. O perfil epidemiológico dos casos notificados por violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais em Chapadão do Sul (MS). Boletim do Instituto de Saúde, v. 14, n. 3, p. 296-302, 2013.

MENEGHEL, S.N. *et al*. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 691-700, 2013.

MESTERMAN, S. Los contextos de ia pareja violenta. ln: Sistemas familiares. BA, 1998.

PEREIRA, R.C.B.R. *et al.* O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. Revista Brasileira de Economia Doméstica, Viçosa, v. 24, n.1,p. 207-236, 2013.

TELES, M.A. de A. & TELES, M. de M. O que é violência contra a mulher? São Paulo: Brasiliense, 2003. p. 90.

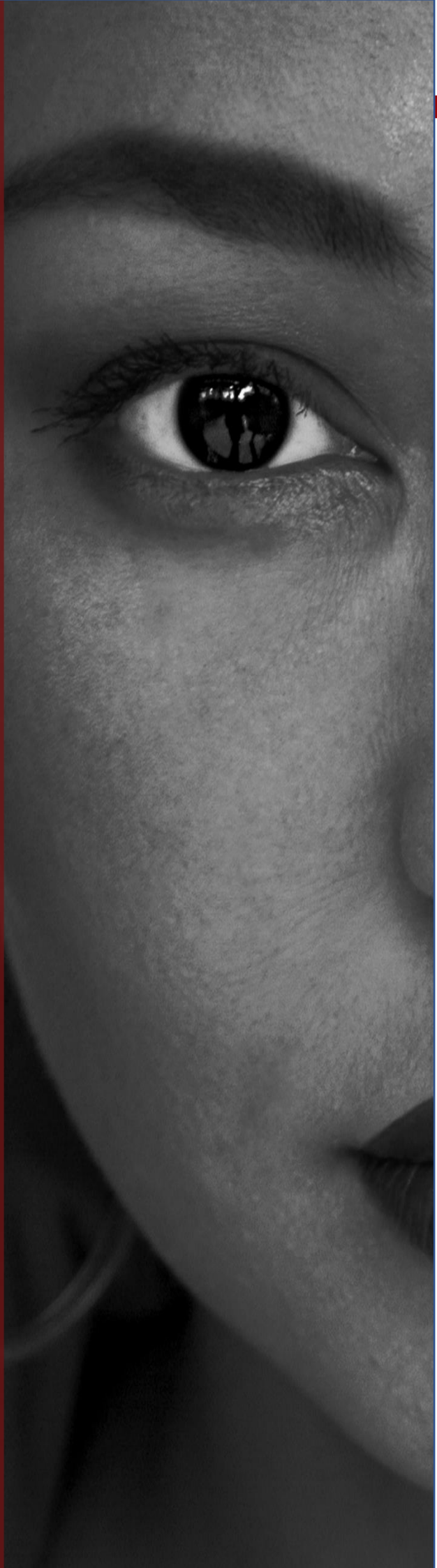
CAPÍTULO 23

Violência contra a mulher em tempos de pandemia por Sars-CoV-2 no estado de São Paulo

AUTORES
Amanda Marques Almeida[1]
Flávia Vicentini Martins[1]
Cleusa Cascaes Dias[2]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá.
[2]Docente no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Universitário Barão de Mauá.

Palavras-chave: violência contra a mulher; Covid-19; pandemia.



INTRODUÇÃO

A violência de gênero é caracterizada pela imposição de subordinação e o controle do gênero masculino sobre o feminino, expressando-se por meio de diversos atos praticados contra as mulheres, como sofrimento físico, mental e sexual, incluindo várias formas de ameaças (BALBINOTTI, 2018).

Apesar da luta e das conquistas do movimento feminista e da sociedade organizada nas últimas décadas, a sociedade brasileira ainda permanece intolerante. Isto impulsionou a criação de mecanismos de proteção e punição para os casos de violência contra as mulheres, como conselhos comunitários, coletivos feministas, delegacias da mulher e a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), promulgada em 2006 com o objetivo de diminuir os índices de violência contra a mulher. Entretanto, tal objetivo não foi plenamente alcançado devido à falta de fiscalização efetiva. Com isso, o número de homicídios contra as mulheres cresceu entre os anos de 2003 e 2013 em todos os estados brasileiros, passando de 3.937 para 4.762 casos (WAISELFISZ, 2015). Assim, em 2015, foi inserida às qualificações de crimes relacionados ao homicídio a Lei nº 13.104/2015, a Lei do Feminicídio, a qual prevê grave pena em casos de homicídio praticados em razão da vítima ser do sexo feminino ou em decorrência de violência doméstica (DORIGON & SILVÉRIO, 2018).

Contudo, a violência contra a mulher, definida como qualquer ato de violência motivado por gênero e que resulta ou pode causar dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento, incluindo ameaças de tais atos, coerção, ou privação arbitrária de liberdade, ocorrendo em vida pública ou privada, continua sendo um relevante problema de saúde pública global (ONU, 1993).

No Brasil, entre os anos de 2009 e 2018, o número de notificações por "violência doméstica, sexual e outras" contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), teve um crescimento de mais de 9 vezes, subindo de 26.563 para 252.668, aumentando gradativamente a cada ano nesse período. Considerando o mesmo intervalo, houve uma maior prevalência da violência contra mulheres com até o ensino fundamental completo (representando 57% entre aquelas que o informaram), sendo a violência provocada por conhecidos mais frequente (78%) (BRASIL, 2020a). De fato, mulheres com níveis educacionais mais baixos têm maior risco de serem vítimas desse abuso, assim como aquelas que viram as mães serem abusadas pelos parceiros ou que foram abusadas na infância ou expostas a atitudes que permitem a violência e a desigualdade de gênero (OMS, 2013).

Ademais, a violência de gênero tem um alto impacto sobre a saúde física e mental da vítima, e, quando essa violência é doméstica, ainda influencia no bem-estar de toda a família. Em relação à mulher, as consequências podem ser físicas quando as agressões resultam em fraturas, lacerações, traumatismos crânioencefálicos, infecções sexualmente transmissíveis ou ainda gravidezes indesejadas. Também podem afetar a esfera emocional, levando a quadros depressivos, de estresse pós-traumático, abuso de substâncias ou ao extremo dos comportamentos suicidas (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Dessa forma, por seus graves impactos na saúde da mulher e índices ainda elevados, a discussão sobre a violência de gênero continua extremamente relevante, especialmente no momento atual. Com a pandemia provocada

pela Covid-19, populações ao redor do globo têm sido orientadas a permanecer em casa para diminuir a transmissão do vírus e, consequentemente, mulheres que vivem relacionamentos abusivos ou estão em situação de risco para tal, se deparam presas com o agressor em um ambiente de risco para perpetuação dos abusos (ROESCH *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a realização de estudos sobre violência contra a mulher em tempos de pandemia é de extrema importância, pois permitem nortear políticas públicas de proteção às vítimas e criação de mecanismos que utilizem novos recursos tecnológicos e digitais para a notificação de denúncias, diminuindo o medo de que o agressor tenha acesso à denúncia.

Assim, o presente artigo teve como objetivo analisar os dados sobre as diversas formas de violência contra a mulher disponíveis no banco de dados públicos do estado de São Paulo para comparar suas tendências nos períodos de março de 2019 a fevereiro de 2020, em relação ao mesmo período subsequente (março de 2020 a fevereiro de 2021), de modo a elucidar se houve de fato mudanças no número e no padrão das ocorrências durante o período de isolamento social imposto pela pandemia pelo Sars-CoV-2 no estado de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa quantitativa descritiva e analítica, realizada no período de julho de 2020, por meio de dados sobre ocorrências de violência contra a mulher disponibilizados pela Secretaria de Segurança Pública do estado de São Paulo. A população de referência foram mulheres vítimas de violência residentes no estado de São Paulo que efetivaram a denúncia nas delegacias do estado.

Para a análise dos resultados foi realizada a distribuição das frequências absoluta e percentual das categorias de violência contra a mulher no período de março de 2019 a fevereiro de 2020 e de março de 2020 a fevereiro de 2021, sinalizando períodos temporais anteriormente e durante a pandemia da Covid-19 no país, as quais foram consolidadas na forma tabular. A análise foi realizada individualmente na capital, grande São Paulo e interior da cidade, assim como no estado como um todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Medidas de saúde pública para a contenção da disseminação do SARS-CoV-2 baseadas no isolamento social como a quarentena, apesar de já terem sido demonstradas em trabalhos recentes como importantes para reduzir a incidência e a mortalidade durante a pandemia de Covid-19, preocupam pelo possível aumento nos índices de violência doméstica (NUSSBAUMER-STREIT *et al.*, 2020). Com o isolamento social frequentemente vem a coexistência forçada e o estresse pelo impacto econômico, além da promoção de um cenário fértil para o controle financeiro da mulher e o distanciamento de seus amigos e familiares (VIEIRA *et al.*, 2020). O resultado é a criação de um ambiente propício para abusos físicos e psicológicos

A análise dos dados coletados sobre a violência contra a mulher no site do Governo do estado de São Paulo permitiu constatar que houve um aumento nos índices de violência contra a mulher entre março de 2020 (início do isolamento social no país) (BRASIL, 2020b) e fevereiro de 2021, em comparação aos mesmos meses nos anos de 2019 e 2020.

No entanto, isso não ocorreu extensiva ou homogeneamente em todas as categorias, de modo que algumas formas de violência demonstraram aumento, enquanto outras apresentaram queda. Além disso, o estado não se

comportou de modo uniforme em todo o seu território e as categorias que tiveram seus números elevados na capital não foram necessariamente as mesmas que no interior ou na grande São Paulo.

De acordo com os dados coletados do Departamento de Polícia Judiciária da Capital São Paulo (**Tabela 23.1**), houve um aumento significativo de crimes relacionados à violência contra a mulher nos meses de março de 2019 a fevereiro de 2020, em comparação os meses de março de 2020 a fevereiro de 2021 nas seguintes categorias: outros crimes contra a dignidade sexual (aumento de 44%); invasão de domicílio (aumento de 67%). Também foi evidenciado que outras categorias tiveram diminuição significativa em comparação com os mesmos meses do período anterior como: feminicídio (queda de 24%), homicídio culposo (queda de 100%), tentativa de homicídio (queda de 22%), lesão corporal dolosa (queda de 18%), maus tratos (queda de 37%), ameaça (queda de 20%), estupro consumado (queda de 20%), estupro tentado (queda de 34%) e estupro vulnerável tentado (queda de 24%).

Em relação aos dados coletados do Departamento de Polícia Judiciária da Macro São Paulo (DEMACRO) (**Tabela 23.2**), foi possível observar uma queda no número de ocorrências de violência direcionada à mulher nos períodos estudados em todas as categorias, exceto nos casos de: constrangimento ilegal (aumento de 817%), homicídio culposo e tentativa de homicídio, que permaneceram inalterados. As duas formas de violência com as quedas mais expressivas, maus tratos e invasão de domicílio, apresentaram diminuição de 46% e 33%, respectivamente.

Tabela 23.1 Comparação da distribuição de ocorrências de violência contra a mulher na capital do estado de São Paulo no período de 12 meses, anteriormente e no decorrer da pandemia de Sars-CoV-2

Categorias	Março/2019 a fevereiro/2020	Março/2020 a fevereiro/2021
Homicídio doloso (exclui feminicídio)	50	52
Feminicídio	49	37
Homicídio doloso total	99	89
Homicídio culposo	2	0
Tentativa de homicídio	72	56
Lesão corporal dolosa	11595	9530
Maus tratos	38	24
Calúnia, difamação, injúria	2766	2492
Constrangimento ilegal	133	140
Ameaça	11121	8806
Invasão de domicílio	33	55
Dano	127	114
Estupro consumado	716	574
Estupro tentado	155	103
Estupro de vulnerável consumado	1748	1658
Estupro de vulnerável tentado	45	34
Outros crimes contra a dignidade sexual	108	156

Fonte: baseada em dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, 2021.

Tabela 23.2 Comparação da distribuição de ocorrências de violência contra a mulher na grande São Paulo (Demacro) no período de 12 meses, anteriormente e no decorrer da pandemia de Sars-CoV-2

Categorias	Março/2019 a fevereiro/2020	Março/2020 a fevereiro/2021
Homicídio doloso (exclui feminicídio)	53	52
Feminicídio	32	31
Homicídio doloso - total	85	83
Homicídio culposo	0	0
Tentativa de homicídio	71	71
Lesão corporal dolosa	10158	8890
Maus tratos	57	31
Calúnia - difamação - injúria	2130	1607
Constrangimento ilegal	6	49
Ameaça	10607	8168
Invasão de domicílio	82	55
Dano	161	138
Estupro consumado	624	487
Estupro tentado	141	120
Estupro de vulnerável consumado	1801	1751
Estupro de vulnerável tentado	62	56
Outros crimes contra a dignidade sexual	50	43

Fonte: baseada em dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, 2021.

Já quando são analisados os dados do interior do estado no mesmo período (**Tabela 23.3**), pôde-se observar um aumento nas denúncias por maus tratos (13%), constrangimento ilegal (36%), invasão de domicílio (24%) e outros crimes contra a dignidade sexual (50%). Todas as outras categorias apresentaram queda, sendo as mais relevantes percentualmente: homicídio culposo (83%), estupro consumado (18%) e estupro tentado (18%).

Tabela 23.3 Comparação da distribuição de ocorrências de violência contra a mulher no interior do estado de São Paulo no período de 12 meses anteriormente e no decorrer da pandemia de Sars-CoV-2

Categorias	Março/2019 a fevereiro/2020	Março/2020 a fevereiro/2021
Homicídio doloso (exclui feminicídio)	161	144
Feminicídio	107	103
Homicídio doloso - total	267	247
Homicídio culposo	6	1
Tentativa de homicídio	255	220
Lesão corporal dolosa	33361	31226
Maus tratos	247	280
Calúnia, difamação, injúria	7458	6497
Constrangimento ilegal	58	79
Ameaça	42925	37644
Invasão de domicílio	245	304
Dano	675	672
Estupro consumado	1784	1470
Estupro tentado	420	345
Estupro de vulnerável consumado	4954	4795
Estupro de vulnerável tentado	179	156
Outros crimes contra a dignidade sexual	201	302

Fonte: baseada em dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, 2021.

Em um panorama geral, quando o estado de São Paulo é comparado no espaço temporal de março de 2019 a fevereiro de 2020 com março de 2020 a fevereiro de 2021 (**Tabela 23.4**),

observou-se um aumento nas denúncias por constrangimento ilegal (elevação de 36%), invasão de domicílio (elevação de 15%) e outros crimes contra a dignidade sexual (elevação de 40%). Entre as demais categorias, que apresentaram declínio, destacaram-se o homicídio culposo (queda de 88%), estupro consumado (queda de 19%) e estupro tentado (queda de 21%).

Tabela 23.4 Comparação da distribuição de ocorrências de violência contra a mulher em todo o estado de São Paulo no período de 12 meses, anteriormente e no decorrer da pandemia de Sars-CoV-2

Categorias	Março/2019 a fevereiro/2020	Março/2020 a fevereiro/2021
Homicídio doloso (exclui feminicídio)	264	248
Feminicídio	188	171
Homicídio doloso - total	451	419
Homicídio culposo	8	1
Tentativa de homicídio	398	347
Lesão corporal dolosa	55114	49646
Maus tratos	342	335
Calúnia, difamação, injúria	12354	10596
Constrangimento ilegal	197	268
Ameaça	64653	54618
Invasão de domicílio	360	414
Dano	963	924
Estupro consumado	3124	2531
Estupro tentado	716	568
Estupro de vulnerável consumado	8503	8204
Estupro de vulnerável tentado	286	246
Outros crimes contra a dignidade sexual	359	501

Fonte: baseada em dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, 2021.

Em suma, em todo o estado, com exceção da grande São Paulo, na qual não houve elevação em nenhuma categoria, as notificações que apresentaram crescimento foram as por constrangimento ilegal (exceto na capital), outros crimes contra a dignidade sexual e invasão de domicílio. Ainda, as notificações por tentativa de homicídio e homicídio culposo permaneceram inalteradas em relação ao período anterior a pandemia na Macro São Paulo, enquanto na capital e interior, além de elevação das categorias mencionadas, houve crescimento nas denúncias por homicídio doloso e maus tratos, respectivamente. Já as categoriais que indicaram queda em todo o estado foram ameaça, lesão corporal dolosa, calúnia, difamação e injúria, estupro tentado e consumado, entre outras.

Ainda assim, é preciso ressaltar que há a possibilidade desse cenário refletir uma subnotificação dos casos de violência contra a mulher, considerando esta ser uma questão que já existia fora do contexto da pandemia. Uma pesquisa realizada pelo instituto Datafolha e pelo FBSP (2019), concluiu que 52% das mulheres não tomam nenhuma atitude frente a um episódio de agressão sofrida. E mesmo entre as que relataram ter buscado ajuda, apenas 22,2% recorreram a órgãos oficiais. Uma das possíveis explicações para o exposto diz respeito ao medo gerado pela denúncia, já que muitas vezes a mulher, ao denunciar a agressão, se expõe a violências ainda maiores, como o homicídio (TOLEDO, 2020).

Em relação ao período de pandemia, entre os dias 1º e 25 de março, dados da ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos e do Ministério

da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2020c) revelaram que houve crescimento de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços Disque 100 e Ligue 180. No entanto, grande parte dessas denúncias não são concretizadas em boletins de ocorrência, de modo que se pode inferir que a constante proximidade com o agressor está associada ao constrangimento e ao medo da vítima em denunciar o crime, assim como a dificuldade de acesso às autoridades competentes (VASCONCELOS, 2020; FBSP, 2020; OKABAYASHI *et al.*, 2020).

Além disso, corroborando com a hipótese da subnotificação, reduções na oferta de transportes públicos, com consequente agravamento na dificuldade de acesso para cumprimento de todas as etapas da denúncia, favorecem esse cenário (SOUZA & MELETTI, 2020). Dessa forma, considerando que os dados disponíveis no site do Governo do estado de São Paulo são retirados de boletins de ocorrência, é plausível suspeitar que houve subnotificação dos casos de violência contra a mulher.

Diante desse cenário, a Agência do Senado (2020) publicou em 8 de julho de 2020 a aprovação da Lei 14.022/20, a qual busca garantir atendimento a mulheres vítimas de violência durante pandemia. A nova lei determina que órgãos e serviços de atendimento a vítimas de violência doméstica passem a ser reconhecidos como essenciais e que tenham funcionamento permanente. Tal lei ainda permite que o registro da ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher possa ser realizado pela *internet* ou número de telefone de emergência, além de assegurar que as autoridades possam adotar medidas protetivas urgentes de forma *on-line* (BRASIL, 2020d; AGÊNCIA SENADO, 2020).

CONCLUSÃO

Os dados analisados mostraram que houve um aumento nos casos de violência contra a mulher no estado de São Paulo, embora a distribuição dessas ocorrências não foi a mesma em toda extensão do estado, de forma que o número de casos em cada categoria na Capital, grande São Paulo e no interior divergiu. Em relação ao período da pandemia, mais especificamente no contexto do período de isolamento social, foi constatada uma elevação significativa no número de denúncias, embora grande parte dessas ocorrências não foi registrada.

Infere-se que essa subnotificação dos casos violência contra a mulher ocorra devido à falta acesso aos transportes, principalmente públicos, pois estão operando com frota e horários reduzidos durante a pandemia, dificultando ainda mais que as vítimas registrem tais delitos. Ademais, a falta de opção de acolhimento a essas mulheres durante o período de isolamento é outro motivo que corrobora com essa subnotificação.

Assim, novos estudos são necessários para que sejam firmados os reais motivos para o observado, com o intuito de criar políticas públicas voltadas para apoiar essas mulheres. Em vista disso, é necessário que se cumpram as medidas legais de proteção à mulher propostas pela nova Lei 14.022/20 e que novos mecanismos de proteção sejam elaborados para proteger as mulheres perante tais atos cruéis, não só em tempos de pandemia, mas permanentemente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA SENADO. Lei torna essenciais serviços de combate à violência doméstica. 2020. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/07/08/lei-torna-essenciais-servicos-de-combate-a-violencia-domestica>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. Revista da Esmesc, v. 25, p. 239-264, 2018.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dispõe sobre a criação dos Juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF, ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Lei no 13.104, de 09 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal para prever o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, DF, mar. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm>. Acesso em: 21 mai. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.022, de 08 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher, crianças, adolescentes, idoso e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF, jul. 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.022-de-7-de-julho-de-2020265632900#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20disp%C3%B5e,decorrente%20do%20coronav%C3%ADrus%20respons%C3%A1vel%20pelo)>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasília, DF, 2020c. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>. Acesso em: 25 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde regulamenta condições de isolamento e quarentena. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46536-saude-regulamenta-condicoes-de-isolamento-e-quarentena>. Acesso em: 24 de jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan. Violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

DATAFOLHA. Fórum brasileiro de segurança pública. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 2ª ed. 2019. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em: 23 de jul. 2020.

DORIGON, A. & SILVÉRIO, B.C. A violência contra mulher e a aplicação da Lei Maria da Penha e do feminicídio. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-169/a-violencia-contra-mulher-e-a-aplicacao-da-lei-maria-da-penha-e-do-feminicidio/>. Acesso em: 21 jul. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. 22. ed. São Paulo: Decode, 2020. Disponível em: <http://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

MASCARENHAS, M.D.M. *et al*. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, p. 1-13, 2020.

NUSSBAUMER-STREIT, B. *et al.* Quarantine alone or in combination with other public health measures to control Covid-19: a rapid review. Cochrane Database Of Systematic Reviews, v. 4, p. 01-45, 2020.

OKABAYASHI, N.Y.T. *et al.* Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil: impacto do isolamento social pela Covid-19. Brazilian Journal Of Health Review, v. 3, p. 4511-4531, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaration on the elimination of violence against women. Geneva, 1993. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/

N94/095/05/PDF/N9409505.pdf?OpenElement>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 de jul. 2020.

ROESCH, E. *et al*. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. BMJ, v. 1, p. 1-2, 2020.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Violência contra mulheres. Nota técnica. São Paulo, SP, 2021. Disponível em: <http://www.ssp.sp.gov.br/Estatistica/ViolenciaMulher.aspx>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SOUZA, F.F. de & MELETTI, M.D. A denúncia como porta de entrada do combate à violência contra a mulher. 2020. Disponível em: <http://www.labcidade.fau.usp.br/a-denuncia-como-porta-de-entrada-do-combate-a-violencia-contra-a-mulher/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

TOLEDO, E. O aumento da violência contra a mulher na pandemia de Covid-19: um problema histórico. 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/o-aumento-da-violencia-contra-mulher-na-pandemia-de-covid-19-um-problema-historico>. Acesso em: 21 jun. 2021.

VASCONCELOS, V.A. Coronavírus e violência de gênero contra a mulher no espaço doméstico: pandemias cruzadas. Cadernos de Informação Jurídica, v. 7, p. 62-84, 2020.

VIEIRA, P. R. *et al*. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, p. 1-5, 2020.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. 1ª ed. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

CAPÍTULO 24

Violência obstétrica e

INTRODUÇÃO

Violência obstétrica é qualquer ato ou conduta violenta, efetuada por qualquer profissional de saúde, contra a mulher durante a assistência à gestação, parto, puerpério ou processo de abortamento. Essa violência pode ser física, psicológica, verbal, simbólica ou sexual, além de negligência, discriminação ou condutas excessivas e desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento científico (DINIZ, 2015).

Além dessas formas de violência, a não informação da mulher acerca dos procedimentos que serão realizados em seu próprio corpo também se mostra uma atitude violenta e, infelizmente, frequente realizada por muitos profissionais, retirando ou limitando a autonomia da mulher.

Informar detalhadamente a mulher acerca dos procedimentos aos quais ela será submetida durante o parto e evidenciar os seus direitos são atitudes extremamente importantes que devem permear a prática dos profissionais de saúde. Principalmente durante as consultas de pré-natal, buscando junto à gestante, informações e desejos que assegurem sua autonomia sobre seu próprio corpo. Possibilitando a ela negar qualquer procedimento desnecessário que não a deixe confortável e identificar qualquer tipo de violência cometida.

É muito importante dar visibilidade a esse problema e punir seus autores, a fim de minimizar este fenômeno que resulta em diferentes intensidades de traumas em suas vidas. Diante disso, este estudo objetivou identificar as questões sócio-históricas relacionadas à violência obstétrica, pois combater a violência obstétrica é uma questão constitucional e urgente frente ao número de casos que só crescem.

MÉTODO

Este estudo se caracteriza como descritivo e transversal, realizado no período de abril e maio de 2021. Para tal, foi realizada uma revisão de literatura acerca do tema nas bases de dados: PubMed, *Google* Acadêmico e *Scientific Eletronic Library On-line* (SciELO).

As palavras-chave utilizadas foram: violência obstétrica; parto humanizado; ética nos idiomas português, espanhol e inglês. Também foram incluídos os livros: Obstetrícia (Zugaib, 2016) e guias de condutas médicas e arquivos informativos de secretarias de saúde. Desta bus-ca foram encontrados 23 materiais, poste-riormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas em português, inglês e espanhol; publicados entre os anos de 2005 e 2020 que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa e disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 13 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados e discutidos de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: histórico da violência obstétrica, a problemática na adoção do termo, as práticas que configuram como violência obstétrica, a patologização da gestação e do parto, e por fim, a necessidade do parto humanizado no contexto atual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Histórico da violência obstétrica

A violência obstétrica é uma problemática mundial que vem crescendo diariamente. Essa prática tem relações com a violência racial, sendo mais presente em mulheres pretas, embasada em puro preconceito racial. Estas mulheres, em especial, sofrem desde o pré-natal ao se observar que passam por menos consultas nesse período, bem como a fragilidade das informações para a gestação e parto. Muitas são forçadas a passar por todas as dores sem que lhes sejam administrados analgésicos. Tendo em vista a ideia errônea que ainda circula entre alguns profissionais, de que mulheres pretas são mais fortes e resistentes à dor. Além disso, essas mulheres também sofrem com maior tempo de espera para serem consultadas e tem negado o seu direito de ter um acompanhante durante o parto (FLAESCHEN, 2020).

Dentre as problemáticas da violência obstétrica, a epidemia da cesariana é crescente. No Brasil, segundo dados do DATASUS, a taxa de parto cesárea apresenta tendência crescente, sendo de 31% em 2001 para 57% em 2014. De acordo com dados do Ministério da Saúde, no ano de 2020, a taxa de cesariana foi de 84% na saúde suplementar. Tais dados contribuíram para a movimentação das secretarias estaduais e municipais de saúde em criar estratégias para conter tal prática e diminuir os riscos de uma cesariana não indicada (DATASUS, 2014).

Um dos países mais desenvolvidos em relação ao combate à violência obstétrica é a Venezuela.

Neste país foi promulgada a *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Essa lei permitiu um melhor desenvolvimento de condutas médicas às mulheres grávidas venezuelanas (ZANARDO, 2017).

Problemática na adoção do termo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra outra pessoa, grupo, comunidade ou si próprio, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996). Nesse sentido, a violência obstétrica vem crescendo consideravelmente no contexto atual, configurando-se como uma das formas de violência contra as mulheres.

Apesar dos números mostrarem a disseminação de tais atos violentos, a OMS mostra que "atualmente não há consenso sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas" (OMS, 2014, p. 1). Diante de tal cenário, não se encontra uma definição única para tais práticas.

De acordo com o estudo de Sanfelice *et al.*, (2014), a violência obstétrica de cunho psicológico é caracterizada por ironias, ameaça e coerção. Já a violência física é determinada pela manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Além disso, incluem-se nesse termo, condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários. Por fim, ainda de acordo com esse estudo, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, bem como o emprego de procedimentos desagradáveis ou dolorosos, não baseadas em evidências científicas.

Em complemento, de acordo com os resultados do estudo de Aguiar (2010), alguns

profissionais e gestantes consideram esses acontecimentos como rotineiros ou em resposta ao esgotamento dos profissionais. Os quais acreditam que a violência contra a mulher está mais atrelada com as agressões física ou sexual, mas não com suas práticas diárias ou sua experiência na sala de parto. Diante de tal conflito, faz-se necessário a compreensão da saúde como uma experiência subjetiva para que as mulheres sejam ouvidas e compreendidas, objetivando coibir todas as formas de violência.

Práticas da violência obstétrica

É recorrente as situações de abuso, desrespeito, negligência e maus tratos vivenciadas por grávidas durante o trabalho de parto. Visto que, é nesse momento que as mulheres se encontram mais frágeis. No entanto, podem ocorrer em qualquer fase do ciclo gravídico puerperal (PEREIRA *et al.*, 2016). Abaixo são descritas algumas ações consideradas como violência obstétrica (HACK *et al.*, 2020; ZANARDO *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2016).

a. Violência obstétrica física: práticas invasivas que suprimem o bem-estar da parturiente, por exemplo, tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), lavagem intestinal, exame de toque vaginal (realizado várias vezes e por profissionais diferentes), imobilização, privação de alimentação, posição horizontal durante o trabalho de parto, utilização do soro com o objetivo de puncionar a veia para facilitar a posterior administração de medicamentos;

b. Episiotomia: incisão cirúrgica na vulva para diminuir o trauma de tecidos do canal do parto e ajudar na saída do bebê. A prática de episiotomia, mesmo sem evidencia cientifica atual, ainda é realizada rotineiramente na obstetrícia. Muitas vezes, feita sem o consentimento da mulher, violando seus direitos. Como qualquer prática cirúrgica, a episiotomia tem riscos e complicações (extensão da lesão, hemorragia, dor no pós-parto, edema, infecções, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais e a endometriose da episiorrafia).

c. Administração de medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer; Desrespeito ao tempo ou possibilidades de parto biológico. Observada na administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto;

d. Manobra de Kristeller: é exercida uma pressão sobre a porção superior do útero para fazer o bebê sair mais rápido. Essa tentativa de agilizar o processo pode trazer prejuízo tanto para a mãe quanto para o bebê. A mãe pode fraturar as costelas, pode provocar o descolamento da placenta e o bebê pode sofrer traumas encefálicos.

e. Violência obstétrica psíquica: tratamento desumanizado, grosseiro e humi-lhação (xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família, fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou situação socioeconômica); omissão de informações sobre a evolução do parto; proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto;

f. Violência obstétrica sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

A violência obstétrica fere os direitos sexuais e reprodutivos, pois viola o corpo, a dignidade e a autonomia das mulheres durante importantes etapas de sua vida reprodutiva. É uma violência com o viés de gênero, pois são majoritariamente mulheres que passam pelo ciclo gravídico e puerperal, sendo o corpo

feminino o alvo dessas situações. No entanto, ressalta-se que não são apenas as mulheres que passam pelo ciclo gravídico puerperal, uma vez que, homens transgêneros também podem engravidar e vivenciar situações de violência obstétrica (MARQUES *et al.*, 2020).

Patologização da gestação e do parto

No decorrer da história, o parto sofreu diversas transformações, sobretudo em sua assistência e condução. A institucionalização do parto, que o trouxe do ambiente familiar para dentro dos hospitais, é apontada como a grande responsável por destituir o protagonismo da mulher durante este processo. O parto, antes carregado de simbologia feminina, familiar e cultural, foi deslocado para um contexto institucionalizado que insere a mulher no meio de protocolos excessivos e intervenções abusivas e, muitas vezes, injustificadas (SILVA *et al.*, 2019).

As diversas complicações que as gestantes e parturientes estão sujeitas no período gravídico e puerperal contribuem para a patologização do parto. Fazendo com que a gestação perdesse seu caráter fisiológico e as exceções tornaram-se regras, bem como o acompanhamento gestacional foi atrelado a exames excessivos. O nascimento se tornou algo centrado no profissional e, o que foi ganho em termos de tecnologia e conhecimento, foi perdido em termos de cuidado. A desinformação associada às inseguranças e medos que o próprio período gestacional traz, deixa a mulher refém das práticas impostas pelos profissionais, retirando seu protagonismo ao conferir posições hierárquicas de saber e poder (JARDIM *et al.*, 2018).

Há quem defenda que, ao longo do tempo, o parto foi sendo mais humanizado, afinal, antigamente a dor da mulher em trabalho de parto era romantizada. Vista como desígnio divino, bem como diversas complicações, antes destituídas de tratamento, eram responsáveis por taxas elevadas de morte materna. Entretanto, a medicalização excessiva do parto vai além do controle da dor e do manejo de complicações. Ao apontar um parto como excessivamente medicalizado e institucionalizado fala-se de exames injustificados, aceleradores do parto não indicados, episiotomias e peridurais não requeridas (SILVA *et al*, 2019).

Sem negar a importância do parto hospitalar para o manejo de complicações, é importante realçar a necessidade de aliar o avanço técnico e acadêmico, que muito contribuíram na redução das taxas de mortalidade materna, com o retorno da esfera feminina e familiar ao parto e do protagonismo da mulher. A ação do obstetra deve ser vigiar a natureza do parto, antecipar e corrigir complicações sem desviar ou negar seu fisiologismo (PEREIRA *et al.*, 2018).

Necessidade do parto humanizado no contexto atual

Um debate importante que deve ser feito frente à temática da violência obstétrica é a necessidade da integração de condutas humanizadas à prática dos profissionais que participam do início ao fim da gestação da paciente. A proposta de humanização do parto vem reconhecer a autonomia da mulher enquanto ser humano, e a óbvia necessidade de tratar esse momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar sua segurança e bem-estar, bem como do recém-nascido (PEREIRA *et al.*, 2018)

Nesse contexto, muitas mães ainda desconhecem a integral relevância do parto humanizado para a sua saúde, do recém-nascido e para a saúde pública. A associação da humanização do parto com cenários idealizados em que a mãe pode parir seu bebê dentro de uma banheira, acompanhada de doula e em ambiente

calmo e acolhedor é frequente no imaginário popular. É nesse ponto que se dá a instauração do entendimento acerca do parto efetivado de forma humanizada como uma prática restrita e elitizada, divergindo de sua conceituação plena que agrega à prática uma significação ampla, abrangendo uma vasta diversidade de condutas que podem ser facilmente incorporadas pela equipe de saúde à disposição materna. Tal compreensão se deve, acima de tudo, pelos empecilhos enfrentados cotidianamente pela parcela mais pobre da população, que ainda sofre com acesso restrito ao sistema de saúde e enfrenta deficiências evidentes quando à qualidade da atenção recebida. (PEREIRA *et al.*, 2018).

O desmantelamento da concepção íntegra do parto humanizado esbarra na necessidade atual de instauração de um debate ético que enfatize a necessidade da incorporação de condutas humanizadas no atendimento materno. Com isso, a realidade da saúde pública se estrutura ainda sobre procedimentos violentos, enraizados à prática médica ao longo do acompanhamento da mulher, desde seu pré-natal até o momento do parto e enquanto não reconhecermos que o atual modelo de assistência ao parto, excessivamente tecnocrático, abusivo e permeado de intervenções desnecessárias gera violência contra a mulher, fica difícil modificar as práticas para evitar tal conduta (KATZ *et al.*, 2020).Diante desse cenário, é urgente a adequação da assistência materna aos moldes de uma medicina humanizada, que preza pela autonomia materna e por procedimentos que visem não só a efetividade do nascimento, mas oportunize o protagonismo da mulher, respeitando seu direito de escolha informada acerca dos procedimentos justificados cientificamente, a fim de garantir a recuperação rápida e eficiente (POSSATI *et al.*, 2017).

Logo, para que a assistência à mulher seja humanizada é preciso que a equipe acolha essa gestante, respeitando o processo fisiológico e biológico de parturição e não utilize intervenções desnecessárias, principalmente sem o seu consentimento (BARROS *et al.*, 2020). Por meio desse tratamento, é estabelecida resistência a condutas normalizadas de violência obstétrica no atendimento de saúde, possibilitando que tais atitudes sejam repensadas pela equipe profissional que participa diretamente no suporte ao parto em prol da garantia do bem-estar à figura materna.

CONCLUSÃO

Diante do discutido, urge a necessidade de uma revisão das práticas obstétricas atuais. A crescente medicalização do processo fisiológico do ciclo gravídico e puerperal, retirou o protagonismo feminino e sujeitou a mulher à procedimentos injustificados e situações humilhantes. Condutas não apenas antiéticas e antiprofissionais, mas a ausência de respaldo teórico e científico contribuíram para o aumento substancial de denúncias, anualmente, de vítimas de uma obstetrícia agressiva e ultrapassada que procuram por centros obstétricos que adotam práticas humanizadas.

A ginecologia obstétrica é a especialidade médica mais sujeita à processos judiciais. Neste sentido, o debate acerca da violência obstétrica não deve visar apenas à proteção jurídica, mas encarado como uma oportunidade de modernização e humanização do cuidado. Aliando os avanços acadêmicos e tecnológicos à carga feminina, cultural e social que abarca a gestação e o parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J.M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, 2010.

BARROS, T.C.X. de. *et al.* Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. Revista de Enfermagem, v.12, n.2, p. 554-558, 2018.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 376-377, 2005.

FLAESCHEN, H. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. ABRASCO, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/8m-mulheres-negras-sofrem-mais-violencia-obstetrica/45463/>. Acesso em: 18 jun. 2021.

HACK, G.F. *et al.* Violência obstétrica: análise à luz dos direitos fundamentais. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 6, ed. 7, p. 48095-48114, jul. 2020.

JARDIM, D.M. B. *et al.* A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. Revista latino-americana de Enfermagem, v. 26, p. 1-12, 2018.

KATZ, L. *et al*. Quem tem medo da violência obstétrica? Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, p. 627-631, 2020.

MALHEIROS, I.S. *et al.* Resultados e discussão dos dados. *In*: MALHEIROS, I.S. *et al*. Parto humanizado: primeiro contato entre mãe e filho após o nascimento. 2019. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Uni Evangélica Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/8520/1/TCC%20ISAURA%20SILVA%20%20MALHEIROS%20%20E%20LUIZA%20MIGUEL%20ALC%C3%82NTARA.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MARQUES, S.B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cad. Ibero Am. Direito Sanit, v. 9, n.1, p. 97-119, abr. 2020.

PEREIRA, R.M *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 3517-3524, 2018.

PEREIRA, J.S. *et al*. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 15, p. 103-108, 2016.

SANFELICE, C. *et al.* Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Revista Rene, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SILVA, F. *et al*. "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século. Saúde e Sociedade, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021

ZANARDO, G.L.P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia e Sociedade, v. 29, p. 1-11, 2017.

ZUGAIB, M. Assistência ao trabalho de parto: Introdução. *In*: ZUGAIB, M. Obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2016. cap. 19, p. 371-384.

CAPÍTULO 25

Violência obstétrica e a usualidade do plano de parto como ferramenta preventiva

AUTORES
Thiago Barbosa Fernandes[1]
Maria Carolina Sticanele de Souza [1]
Nelmara Alvarenga Vieira[1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso Medicina da Faculdade de Minas - FAMINAS BH.

Palavras-chave: violência obstétrica; plano de parto; questão jurídica do parto.

INTRODUÇÃO

O cuidado prestado à mulher no processo de parturição sofreu modificações significativas ao longo dos anos. O parto, a princípio assistido por parteiras tracionais em ambiente familiar e íntimo, a partir da segunda metade do século XX passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico. Nessa época, descobertas no campo da ciência e tecnologia buscaram controlar complicações e possíveis condições de risco materno e fetal. Tais avanços foram fundamentais para o desenvolvimento do saber médico, contudo, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (MEDEIROS *et al.*, 2019),

Esse modelo hegemônico contribuiu para que as mulheres fossem expropriadas de seus saberes, perdessem o controle e a participação ativa no processo de parto, o que inviabilizou o exercício de sua autonomia e impactou negativamente a experiência do nascimento. Nesta cultura de "hospitalização" do nascimento, a mulher deixou de ser a protagonista deste evento e esqueceu de que ela é a responsável por conduzir este momento (RATTNER, 2009).

O presente estudo objetivou compreender esse cenário, bem como as questões éticas e jurídicas envoltas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura realizada de janeiro a fevereiro de 2020, por meio de artigos das bases de dados como a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MedLine/PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com as seguintes palavras-chaves: violência obstétrica; plano de parto; questão jurídica do parto. Devido sua credibilidade e impacto na comunidade científica médica, foram utilizados arquivos do Ministério da Saúde e do Código Penal.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português e inglês com acesso gratuito; publicados entre os anos de 2008 e 2020. Foram excluídos todos os artigos que não se enquadravam nos parâmetros supracitados. Ao todo encontrou-se 200 arquivos, dos quais 24 foram selecionados e submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados e discutidos em categorias temáticas abordando: violência obstétrica, plano de parto e questões jurídicas envolvidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O retorno ao parto voltado para a mulher

Em um dado momento histórico, o processo de parturição era realizado por mulheres denominadas parteiras, comumente ocorridos no ambiente familiar. No final do século XIX, iniciou a mudança na sua forma de realização, passando da esfera feminina, marcado por tradições para um âmbito biológico que prima por questões cientificas. Segundo Pasche *et al.*, (2010), foi nesse momento que o parto deixou de ser um processo feminino e assumir um caráter masculino. Cujo núcleo medico era composto, majoritariamente, por homens e, somente em 1849 teve a primeira mulher formada em Medicina. Neste modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo fisiológico do parto (SANFELICE *et al.*, 2014; PASCHE *et al.*, 2010; RATTNER, 2009; WOLFF & WALDOW, 2008).

Durante o século XX, o processo de hospitalização foi amplamente difundido e aplicado no tangente ao parto. De modo que cerca de 90% dos partos foi realizado em instituições hospitalares (RATTNER, 2009).

No final do século XX, a medicina baseada me evidências passou a reger a prática médica no intuito de assegurar que os todos os atos fossem embasados em comprovações cientificas e protocolos de ética. Mesmo que, naquele momento, esses aspectos fossem vagos e não estruturados como na atualidade (RATTNER, 2009).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou o guia para a atenção ao parto normal, passando a ser entendido como um evento natural e que deve ser, preferencialmente, realizado por via vaginal. Haja vista que é considerado a prática mais segurara e adequada, quando se considera a vida materna e fetal. Devendo-se primar por intervenções mínimas durante esse processo, na ausência de patologia que exija o contrário (ANDRADE *et al.*, 2016; RATTNER, 2009; DINIZ & CHACHAM, 2006; OMS, 1996).

Violência obstétrica

Não se tem uma definição universal e concisa que seja capaz de definir a violência obstétrica, confrome descreve a OMS: "atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos" (OMS, 2014, p. 2). Entretanto, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas. Diversos autores apontam que, qualquer ato que envolva negligência, violência psicológica, física ou sexual, constrangimento, realização de procedimentos desnecessários ou que não estejam pautados em pesquisas cientificas são denominados como violência obstétrica (OMS, 2014; DINIZ *et al.*, 2006).

Segundo a Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres já sofreram algum tipo de violência durante o trabalho de parto. De modo que, cerca de 10% afirmaram ter sido tocadas na vagina de forma dolorosa; 10% referiram que foi negado formas medicamentosas para alívio da dor; 9% sofreram violência verbal por meio de gritos e 9% por meio de termos pejorativos; 7% não tiveram acesso à informação sobre os procedimentos realizados (ANDRADE *et al.*, 2016).

Outra prática comum é a realização da episiotomia que, segundo a fundação Nascer no Brasil em uma pesquisa feita com 23.894 mulheres que realizam parto vaginal, constatou que 53,5% foram submetidas ao procedimento (aumenta o risco de infecção e dor no pós-operatório). Para Diniz *et al.*, (2006), a realização desse procedimento pode ser considerada uma mutilação vaginal. Neste sentido, a OMS afirma que, embora seja um procedimento amplamente realizado, deve ser evitado (LANSKY *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2006; OMS, 1996).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no ano de 2016, tornou pública a Resolução nº 2.144/2016, a qual estabelece o direito da mulher em optar pela realização da cesariana a partir da 39ª semana de gestação, em situações sem rico adicional no intuito de garantir a segurança do feto. A resolução visa assegurar o direito de escolha e a autonomia da gestante, deixando evidenciado a necessidade de esclarecer para a gestante, os riscos e benefícios da cesariana, bem como do parto vaginal, cabendo a ela a escolha (CFM, 2016).

Plano de parto

Em virtude da hospitalização do processo de parto, muitas mulheres são inferiorizadas e submetidas à extrema vulnerabilidade, marcada pela desinformação por parte da equipe médica, tornando o momento tão sonhado, por vezes, um grande pesadelo. Nesse sentido, é comum o relato de mulheres que tiveram sua privacidade e seus direitos desrespeitados com a realização

de procedimentos invasivos como: toque vaginal constante, enema, aplicação de ocitocina, cesarianas sem indicação, indução do parto, depilação e episiotomia (MEDEIROS *et al.*, 2019). Tais condutas antiéticas se diferem da atuação da Medicina que tem por preceito, o respeito à autonomia do paciente, o dever da beneficência, ou seja, agir corretamente em benefício do outro e da não maleficência. Nesse sentido, recomenda-se que, se for o desejo da mulher, que tenha um acompanhante de sua escolha, durante todo processo de parto e puerpério, assegurando o respeito à sua privacidade e seus desejos (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Com o intuito de oferecer as pacientes um parto humanizado, o Plano de Parto foi criado por educadores pré-natais para facilitar a comunicação entre a gestante e os profissionais da área da saúde. Além de esclarecer à mulher sobre todo o processo de parto e deixá-la mais atuante nesse processo. Assim, o Plano de Parto tem se tornado cada vez mais presente na vida de gestantes do mundo todo, sendo uma das muitas recomendações da Organização Mundial de Saúde, denominada como "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" em cumprimento à legislação brasileira vigente (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015).

O Plano de Parto deve ser elaborado após o esclarecimento da gestante pelo médico sobre a fisiologia do parto, de modo que ofereça a gestante conhecimento suficiente para que ela possa tomar suas decisões e evitar que sofra de violência obstétrica. Assim, o conhecimento passado para a gestante deve contemplar a importância do parto normal e de que é capaz de realizá-lo, dos métodos não farmacológicos para aliviar as dores, do o risco de uma cesariana não indicada (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015). Após o esclarecimento, o Plano de Parto deve conter informações como: os procedimentos que a gestante aceita e aqueles que rejeita, sua opinião acerca das intervenções durante o processo de parto, pós-parto e com o recém-nascido e aspectos pessoais, como por exemplo, em relação a temperatura e clima do ambiente. Estas informações devem estar escritas em forma de tópicos ou carta e com a assinatura da gestante e do médico (RODRIGUES, 2017).

Ao apresentar o Plano de Parto, a equipe médica responsável deve discutir com a gestante sobre suas escolhas, visando sempre atender as suas demandas. Visto que, a mulher está passando por um momento delicado de adaptação emocional e psicológica e necessita ser atendida em um ambiente acolhedor e respeitoso (RODRIGUES, 2017).

Nesse contexto, estudos evidenciam que o Plano de Parto proporciona melhores resultados do ponto de vista obstétrico e neonatal, mas que é uma realidade de poucas mulheres. Geralmente é para aquelas que ocupam um grupo social e econômico mais favorecido (RODRIGUES, 2017).

Questões legais e éticas

No Brasil não existe legislação federal específica para a violência obstétrica, assim, os órgãos responsáveis são: Organização Mundial de Saúde (OMS); a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Entretanto, o judiciário se ampara nas legislações já vigentes, podendo a violência obstétrica ser regulada indiretamente pela Constituição Federal, como no art. 5, o qual dispõe que:

> "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1998, p. 13)."

Em relação aos danos causados em decorrência da prestação de serviços, a Lei n° 8.078 de 1990, do Código de Defesa do Consumidor, no art. 14, refere que:

> "O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos (BRASIL, 1990, p. 17)."

O Código Civil pode ser aplicado em casos de violência obstétrica, por exemplo, no art. 186 que diz que "aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito". Além disso, o art. 927 diz que "aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo". Em casos de violação mais grave, como lesão corporal, aplica-se o Código Penal, previsto no art. 129. Outrossim, em casos de violência verbal, ocorre um descumprimento do art. 146 do Código Penal, no qual se trata do constrangimento ilegal (BRASIL, 2002; 1940).

Ademais, o Código de Ética Médica (CEM), resolução CFM n° 2.226, de 2019, também pode ser aplicado em casos de violência obstétrica no Brasil, como nos artigos 1, 14, 22, 23, 24, 31 e 34, que veda ao médico qualquer prática considerada como violência obstétrica, conforme: Art.1 "causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência". Art. 14 "praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País". Art. 22 "deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte". Art. 23 "tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto". Art. 24 "deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo". Ademais, em relação à liberdade do paciente e do seu representante legal, o Art. 31, do Código de Ética Médica, diz ser vedado ao médico "desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte". Por fim, o paciente deve ser informado sobre tal procedimento a ser realizado, a fim de obter o conhecimento sobre os riscos e a finalidade do procedimento. O Art. 34 proíbe o médico de "deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal" (CFM, 2019).

A mulher deve ter a livre escolha sobre qual posição prefere ficar para o parto, entretanto, conforme o tópico 13.5.6.5 do Relatório de Recomendação da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, 2016, p. 224: "as mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto". Ainda nessa perspectiva, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no tópico 5.6.7.1, refere que é garantido à mulher, condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos (OMS, 2014; ANVISA, 2008).

A Portaria n° 2.418/05 do Ministério da Saúde, assegura à mulher em todas as fases do processo de parto e pós parto, o direito ter um

acompanhente de sua escolha. Além disso, a Lei n° 11.108, de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante em seu art. 19-J, reforça a portaria citada ateriormente:

> "Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005c, p. 1)."

Por fim, em casos de proibição do acompanhante durante o parto, contraria a Lei nº 11.108/2005 e a RDC n° 38/2008 da ANVISA e, em caso de adolescente grávida, esta é amparada ainda, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ANVISA 2008; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005c). Em virtude da escassez de legislação federal condizente ao tema, os estados de Santa Catarina e Minas Gerais criaram leis estaduais que tratam da informação e proteção à gestante e parturiente contra atos de violência obstétrica, sendo a Lei n° 17.097 de 17/01/2017, em Santa Catarina e a Lei n° 23175 de 21/12/2018, em Minas Gerais (MINAS GERAIS 2018; SANTA CATARINA, 2017).

CONCLUSÃO

O fortalecimento da compreensão de saúde como produção de subjetividade para combater todas as formas de violência e investir esforços para respeitar a vida humana é um caminho necessário. Como alternativa para essa mudança é necessária a elaboração de políticas públicas que assegurem a diminuição das desigualdades sociais; a valorização dos trabalhadores da saúde; a utilização das boas práticas no parto e no nascimento, baseadas em evidências científicas como o plano de parto; a disponibilização de serviços e equipamentos de saúde, bem como de profissionai capacitados para compreender e atender estes sujeitos de forma integral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. 2008. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-no-36-de-3-de-junho-de-2008/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ANDRADE, P. de O.N. *et al.* Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in recife, Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Código Civil Brasileiro (CCB). Lei do acompanhante. Brasília: DF, 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2005/lei/l11108.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.&text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20SUS>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DF, 2005b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em: 17 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. 2005c. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/images/documentos/LEI_11108%20,%20de%207%20de%20abril%20de%202005.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Código Civil. Brasília: DF, 2002. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%202%20ed.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Procuradoria de Defesa do Consumidor. Código de Defesa do Consumidor. Brasília: DF, 1990. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496457/000970346.pdf.> Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. Código Penal. Brasília: DF, 1940. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de ética médica. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de ética médica. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wpcontent/uploads/2020/09/2145_2016.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

DINIZ, S.G. & CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

LANSKY, S. *et al*. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and child birth quality of care. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. 192-207, 2014.

MEDEIROS, R.M.K. *et al*. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 40, p. 01-12, 2019.

MINAS GERAIS. Lei nº 23175 de 21/12/2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>. Acesso em: 16 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. OMS, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=0ABB2B136639DFC8374736426CA13635?sequence=3>. Acesso em: 12 marc. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de grupo técnico. OMS, Genebra, 1996. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriaId=2&id=56&pagina=1&>. Acesso em: 18 mar. 2020.

PASCHE, D.F. *et al*. Humanização da atenção ao parto e nascimento no brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. Tempus Actas Saúde Coletiva, v. 4, n. 4, p. 105-117, ago. 2010.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. Interface Comunic., Saúde, Educ., v. 13, p. 595-602, 2009.

RODRIGUES, M.S. Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto. 2017. 102 f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

SANFELICE, C.F. de O. *et al.* From institutionalized birth to home birth. Revista Rene, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2017. Disponível em: <http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SUÁREZ-CORTÉS, M. *et al.* Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 3, n. 3, p. 520-526, 2015.

WOLFF, L.R. & WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

CAPÍTULO 26

Fatores de risco no desenvolvimento da depressão pós-parto e como enfrentá-la

AUTORES
Ana Laura Gomes de Oliveira[1]
Ana Paula Mendonça Gonçalves[1]
Arícia Dutra Cardoso[1]
Beatriz Sampaio de Aquino[1]
Luísa Brandão Reis[1]
Maria Cecília Lambert Rodrigues[1]
Maria Isabel Monteiro Bronzato[1]
Mariana Bortoluci Zucherato[1]
Mariana Fernandes Moreira dos Santos[1]
Milena Barbosa de Araújo[1]
Polyana Adelino Mendonça[1]
Wanessa Cristina Silva [1]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

Palavras-chave: depressão pós-parto; puerpério; saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

Desde a infância, as mulheres são preparadas para serem amáveis, compreensivas, equilibradas e acolhedoras, características cobradas em todos os momentos de sua vida e em tempo integral. Diante dessas qualificações, cria-se uma imagem romanceada da maternidade, sustentada ao longo dos últimos séculos, reforçando o sistema patriarcal. A frustração de não conseguir responder às expectativas do papel de mulher e mãe, aliada às mudanças metabólicas e hormonais complexas enfrentadas durante o puerpério, abre espaço para o conflito. Uma vez que, trata-se de um período marcado por significativa vulnerabilidade biológica, instaurando-se um sofrimento psíquico que pode vir a se configurar como base para a depressão pós-parto. Classificada no espectro de transtornos depressivos e ansiosos que ocorrem no período perinatal, geralmente iniciada na quarta a oitava semana após o parto (AZEVEDO & ARRAIS, 2006; SCHMIDT *et al*., 2005).

A depressão pós-parto é comum e presente em todo o mundo, possuindo uma incidência variada de 10% a 20% e frequentemente não é diagnosticada e nem tratada. Fato constatado pela falta de uma rotina de detecção nos serviços de saúde brasileiros. A partir do nascimento do bebê é desencadeado na puérpera um sentimento de vazio e solidão, em que as atenções não estarão voltadas para ela e sim para o bebê, torna-se clara a situação de fragilidade em que se encontra (SILVA *et al*., 2010; SCHARDOSIM, 2008).

Além disso, as condições da mulher durante a gestação e no pós-parto, bem como se foi desejada ou não, as condições do puerpério, o apoio familiar nos cuidados com o recém-nascido e a situação econômica no momento, entre outros fatores, são quesitos que podem conturbar ainda mais o momento. Influenciando diretamente no desenvolvimento de transtornos psíquicos, evidenciado por perturbações emocionais ou disfunção cognitiva. Afinal, a razão da depressão é o resultado da combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos (MORAES *et al*., 2006; SCHMIDT *et al*., 2005).

Ademais, além das sérias consequências para a própria saúde da mãe, as síndromes depressivas que acometem as mulheres nos primeiros meses após o parto afetam diretamente toda a família. Os cônjuges de mulheres com DPP parecem também mais susceptíveis a desenvolver quadros clínicos de depressão, favorecendo o aparecimento ou agravamento dos conflitos conjugais. Seus filhos mostram-se mais propensos ao atraso no desenvolvimento do crescimento, cognitivo e social, distúrbios do sono e nutricionais e doenças diarreicas (LOBATO *et al*., 2011; SCHMIDT *et al*., 2005).

Felizmente, sabe-se que é um quadro passageiro com tratamento, por meio de medicamentos e psicoterapia, auxiliando no enfrentamento dessa condição, sem agravar o caso para mãe e para o bebê. É fundamental que se tenha em mente a importância da prevenção e do atendimento especializado no que diz respeito aos casos de DPP, com uma equipe de ginecologistas, obstetras, enfermeiros e terápeutas com o conhecimento necessário para auxiliar as mães e os familiares durante o período gestacional e puerperal. Assim, o risco do desenvolvimento da DPP é minimizado e os graves problemas que dela decorrem podem ser prevenidos, além das intervenções que proporcionam às puérperas o apoio de que necessitam para enfrentar os desafios de ser mãe, sem perder sua identidade (COUTINHO *et al*., 2008; KONRADT *et al*., 2011).

O estudo e a compreensão da associação entre os fatores sociodemográficos, obstétricos e a sintomatologia depressiva no puerpério assumem uma importância crucial para o desenvolvimento de estratégias que diminuam as altas taxas de mulheres acometidas pela depressão pós-parto.

Por isso, o presente estudo objetivou identificar os fatores de risco, os métodos e instrumentos utilizados na investigação da DPP e as possíveis maneiras de enfrentá-la.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada em abril de 2021, cujo referencial teórico foi pesquisado com as palavras chaves: depressão pós-parto; puerpério; gravidez; saúde da mulher nas bases de dados Scielo, Pubmed e *Google* Acadêmico. Estas buscas resultaram em 71 artigos.

Os critérios de inclusão foram: publicações sobre a temática publicados no período de 2000 a 2021. Não foram aplicados critérios de exclusão de idioma, ano de publicação, tamanhos amostrais, delineamentos dos estudos ou instrumentos diagnósticos utilizados para a caracterização da DPP. Exceto aqueles disponíveis em formato digital nas bibliotecas internacionais e nacionais.

Após a seleção restaram 14 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas e discutidos com base em fatores de risco, sintomas, consequência para as mulheres, tratamento e prevenção da DPP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A DPP é considerada um problema de grande importância na saúde pública, que causa transtornos na saúde materna e no desenvolvimento do filho. São vários os fatores associados à sua ocorrência, podendo ser: culturais, étnicos, socioeconômicos e biológicos, os quais contribuem tanto para a gênese como para a manutenção dos quadros de DPP em uma dada população (LOBATO, 2011).

A gestação e o pós-parto são momentos delicados na vida da mulher, pois ocorrem modificações biológicas, emocionais, subjetivas e sociais (QUINTÃO, 2014). Os dados do **Quadro 26.1**, ajudam a elucidar a variedade e as congruências dos fatores observados em portadoras da DPP.

Quanto à etiologia, além dos fatores psicossociais citados, há dados sugestivos que demonstram que a drástica queda hormonal no parto pode interferir no sistema serotoninérgico, bem como a diminuição de esteroides gonadais, típicos da fase puerperal. Com isso, a questão hormonal e principalmente, a sensibilidade particular de cada mulher em relação às alterações hormonais desde sua menarca, devem ser consideradas no entendimento e diagnóstico dessa patologia. Ademais, há hipóteses de que a genética tem relação com a DPP. Assim, os transtornos de humor presentes na mulher antes do parto ou em parentes de primeiro grau que apresentaram a patologia específica são fatores que devem ser levados em consideração (KONRADT, 2011).

A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, podendo se estender até sete meses após esse. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas (AZEVEDO & ARRAIS, 2006).

Quadro 26.1 Principais fatores que influenciam no desenvolvimento da depressão pós-parto

Autores e ano de publicação	Fatores de risco listados
Azevedo; Arrais (2006)	Procedimento de reprodução assistida e aborto espontâneo Gravidez com risco de perda do feto e de perigo para a vida da mãe;
Konradt *et al.*, (2011)	Falta de suporte do companheiro, de familiares e amigos; Vulnerabilidade social (baixa condição socioeconômica);
Moraes *et al.*, (2006)	Nível socioeconômico mais baixo e de menor escolaridade A preferência pelo sexo da criança, apoio do pai e o pensamento de interromper a gestação
Schardosim *et al.*, (2008)	Gestação não planejada História prévia ou familiar de transtorno mental Baixa autoestima História de abuso na infância Fraco apoio social História de abortos espontâneos e induzidos;
Schimdt *et al.*, (2005)	Baixa autoestima Problemas na situação conjugal e socioeconômica Gravidez não planejada ou desejada

Com relação às repercussões na relação mãe e bebê, os estudos apontam que mulheres com DPP expressam mais afeto negativo e são menos envolvidas com seus bebês em comparação as outras. Podem apresentar um comportamento de retraimento ou de intrusividade na relação com seus bebês. As atitudes maternas quanto ao recém-nascido são altamente variáveis, podendo incluir desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança. Também foi observado maiores níveis de hostilidade na interação com seus filhos, apresentando maior rejeição, negligência e agressividade quando lidam com eles (CAMPOS, 2021).

O reconhecimento desse problema emocional e dos prejuízos gerados para a mãe, o bebê e as pessoas que os rodeiam, geraram um crescente número de pesquisas no intuito de encontrar meios para prevenir a DPP. Na atualidade, apesar de haver conhecimento científico suficiente para citar os principais fatores de risco, algumas mulheres desenvolvem a doença mesmo sem possuir histórico familiar conhecido ou fator de risco, dificultando o modo de preveni-la (ZINGA, 2005).

Entretanto, algumas intervenções profiláticas demonstraram ser promissoras na redução da ocorrência de DPP entre as mulheres de risco. Dentre elas, destacam-se: a atenção pós-natal intensificada, a intervenção em grupo orientada para terapia interpessoal, sessões de psicoterapia cognitivo comportamental, administração de antidepressivos (sertralina), suplementação de cálcio, e por fim, a implantação do uso de estrogênio oral no período pós-parto (**Quadro 26.2**) (ZINGA, 2005).

É importante ressaltar que, essas medidas geraram benefícios para algumas mulheres, mas nenhuma dessas estratégias isoladas revelaram-se eficientes em todas as mulheres. De modo que, tais estudos necessitam de replicação para aplicarmos essas medidas com segurança. Por enquanto, devem ser interpretados com cautela até que novos estudos controlados estejam disponíveis. Neste sentido, ainda não é possível afirmar que há métodos para prevenir, de fato, a DPP.

Quadro 26.2 Profilaxias para a DPP em grávidas e puérperas

Autores e ano de publicação	**Categoria**	**Estratégia/ Dose**	**Duração**
Armstrong *et al.*, (2011)	Atenção pós-natal intensificada	Programa estruturado de visitas domiciliares da enfermagem para a saúde da criança/ Por seis meses após o parto	Semanalmente desde a primeira semana após o parto até a 6ª semana-quinzenalmente da 7ª a 12ª semana pós-parto-mensalmente do 3º ao 6º mês pós-parto
Chabrol *et al.*, (2002)	Psicoterapia	Sessão de prevenção cognitivo-comportamental/ Sessão de 60 minutos	Uma sessão durante a internação
Harrison-Hohner *et al.*, (2004)	Suplementação dietética	Cálcio/ Tabletes de 1000 mg	Antes das 22ª semana de gravidez até o parto
Sichel *et al.*, (1995)	Hormônio	Altas doses de estrogênio oral/ 5 mg por 3 dias, com aumento progressivo	Por 28 dias
Wisner *et al.*, (2004)	Antidepressivos	Administração de sertralina/ 75 mg por dia	Por 17 semanas
Zlotinik *et al.*, (2001)	Psicoterapia	Intervenção em grupo orientada para a terapia interpessoal/ Sessão de 60 minutos	Quatro sessões entre a 20ª e a 32ª semana de gravidez

CONCLUSÃO

Apesar da sintomatologia ampla e heterogênea relacionada à DPP, somados aos aspectos envolvidos nessa condição, justificam a priorização de cuidados à saúde mental materna pela esfera da saúde pública. Além da melhor rastreabilidade nas consultas obstétricas e de puericultura acerca de fatores que sugerem risco de desenvolvimento de DPP.

Com este propósito, seria promissor implementar ações de prevenção e suporte por parte dos profissionais responsáveis, incluindo a criteriosa avaliação de aspectos relacionados ao ambiente familiar que a mãe está inserida, sua rede de apoio e as condições biopsíquicas. Assim, é possível rastrear precocemente os fatores de risco, a fim de elaborar um plano de cuidados individualizado e mais efetivo na prevenção e manejo da DPP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMSTRONG, K.L. *et al.* A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. Journal of pediatrics and child health, v. 35, p. 237-244, jun. 1999.

AZEVEDO, K.R. & ARRAIS, A. da R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

CAMPOS, C.A. de. *et al.* Fatores de risco, proteção, diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto no contexto da atenção primária. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 1, p. e5410, jan. 2021.

CHABROL, H. *et al*. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. Psychol Med., v. 32, p. 1039- 1047, Aug. 2002.

COUTINHO, M. da P. de L. *et al.* Fatores de risco, proteção, diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto no contexto da atenção primária. REVISPSI. UFRJ, Rio de Janeiro, v. 13, p. 759- 773, 2008.

HARRISON-HOHNER, J. *et al*. Prenatal calcium supplementation and postpartum depression: an ancillary study to a randomized trial of calcium for prevention of preeclampsia. Arch Women Ment Health, v. 3, p. 141-146, 2001.

KONRADT, C.E. *et al*. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 76-79, jul. 2011.

LOBATO, G. *et al*. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, dez. 2011

MORAES, I.G. da S. *et al*. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, fev. 2006.

QUINTÃO, N.T. *et al.* O papel da equipe de saúde no enfrentamento da depressão pós- parto. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, p. 1-30, 2014.

SCHARDOSIM, J.M. Revisão sistemática sobre escalas de rastreamento para depressão pós-parto. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

SCHMIDT, E.B. *et al.* Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico-USF, v. 10, p. 61-68, 2005.

SICHEL, D.A. *et al.* Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. Biological Psychiatry, v. 38, p. 814-818, 1995.

SILVA, F.C.S. da. *et al*. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 23, n. 3, p. 411-416, jun. 2010.

WISNER, K.L. *et al*. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. The American journal of psychiatry, v. 161, p. 1290-1292, 2004.

ZINGA, D. *et al*. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev Bras Psiquiatr., v. 27, p. 56-64, 2005.

ZLOTNICK, C. *et al*. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. The American journal of psychiatry, v. 158, p. 638-640, 2001.

CAPÍTULO 27

Transtornos psiquiátricos no período puerperal

AUTORES
Izabella Salim[1]
Rafael Moreno Chaves[2]
Bárbara Faria Corrêa Vilela[3]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmica do Curso de Medicina na Faculdade de Minas (FAMINAS BH).
[2]Acadêmica do Curso de Medicina na Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH).
[3]Psiquiatra e Docente na Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH).

Palavras-chave: depressão pós-parto; blues puerperal; psicose puerperal.

INTRODUÇÃO

O puerpério é o período cronologicamente variável, no qual ocorrem involuções das alterações desenvolvidas no corpo femino em virtude da gravidez e do parto (SANTOS *et al.*, 2013). Nesta fase, a mulher sofre alterações biológicas, psicológicas e sociais, sendo considerada a época mais favorável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos. Entre as desordens psiquiátricas, destacam-se a disforia ou *blues* puerperal, seguido pela depressão pós-parto e pela psicose puerperal (SADOCK *et al.*, 2016).

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores que influenciam na incidência e gravidade dos acometimetos psiquiátricos no puerpério.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão da literatura no período de março a maio de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, *Google* Acadêmico e SciELO. Foram utilizados os descritores: *psychiatric disorders in the puerperium; puerperal blues; puerperal psychosis*. Desta busca, foram encontrados 1271 artigos.

Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas português e inglês, publicados no período de 2010 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão sistemática, livros, documentos e relatos de caso disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram artigos pagos, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada, sem relevância no Brasil e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 15 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas e de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose puerperal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Disforia puerperal

A disforia puerperal, também conhecida como *blues* puerperal, é o transtorno psiquiátrico que mais acomete as mulheres no puerpério, com incidência de 50% a 85% dos casos, caracterizada como leve e transitória. Ela é descrita por choros com facilidade não relacionados à tristeza e os sintomas iniciam nos primeiros dias do pós-parto, atingindo um pico em torno do quinto dia e entram em remissão de forma espontânea em duas semanas. Outras manifestações incluem labilidade afetiva, comportamento hostil e irritabilidade e, de forma menos frequente, apresentação de sentimentos de estranheza e despersonalização (CANTILINO *et al.*, 2010).

Na literatura há divergências sobre as principais causas do *blues* puerperal. A baixa qualidade de sono é o fator de risco mais associado à sua ocorrência. Entretanto, há autores que dizem que não se sabe com certeza se é a causa ou uma consequência do transtorno. Visto que, a baixa qualidade de sono é muito prevalente em puérperas e, sabidamente, gera alterações importantes no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social da pessoa. Ademais, alguns autores citam como fatores de risco, situações variadas como: gravidez não planejada, estado civil solteiro e multiparidade. Diante disso, ainda são necessários estudos nessa área para elucidar melhor as razões do *blues* puerperal (AMBRÓSIO & CAMELO, 2020).

A abordagem do transtorno é conservadora, pois trata-se de um quadro autolimitado. O tratamento inclui ações de suporte psicossocial e auxílio familiar à mulher, a fim de que ela tenha sono e descanso adequados no período de pós-parto (SADOCK *et al.*, 2016).

Depressão pós-parto

A depressão maior é um transtorno de humor prevalente na população em geral, afetando duas vezes mais as mulheres do que os homens. Um episódio depressivo maior deve durar ao menos duas semanas e, normalmente, um indivíduo com esse diagnóstico experimenta pelo menos quatro sintomas de uma longa lista de alterações que inclui: perda de apetite e peso; alteração no sono e na atividade; falta de energia; sentimento de culpa; problemas para pensar e tomar decisões; pensamentos de morte ou suicídio (SADOCK, *et al.*, 2016).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5 (DSM-5) de 2014 da *American Psychiatric Association*, o transtorno de humor pode ser considerado pós-parto se os sintomas se iniciarem em até quatro semanas após o parto, configurando a depressão pós-parto (DPP). Esta condição clínica é prevalente e afeta cerca de 10% a 15% das mulheres, trazendo consequências graves para a mãe e para todo o sistema familiar (FONSECA & CANAVARRO, 2017)

Os principais fatores de risco para a DPP são: episódios prévios de depressão, baixa escolaridade, baixo poder econômico, desemprego, ausência de suporte social adequado, violência doméstica, gravidez não aceita, abuso de substâncias, conflitos conjugais, estado civil solteiro, idade inferior a 16 anos e personalidade vulnerável. O quadro clínico é semelhante ao da depressão na população em geral. Devendo ser identificada precocemente pelo médico obstetra ou pediatra, visando minimizar os impactos negativos na mãe, no recém-nascido e na família (MARQUES & MENDES, 2014).

A abordagem terapêutica perpassa tanto pela psicoterapia, que é vantajosa por não ter contraindicações, quanto pelo tratamento medicamentoso. A introdução de fármacos deve ser avaliada em relação às vantagens e desvantagens que traz, considerando os possíveis efeitos adversos das medicações antidepressivas ao recém-nascido que é amamentado de leite materno, como irritabilidade, sedação, pouco ganho de peso e necessidade de substituição do aleitamento materno por fórmulas infantis (ANTON & BITENCOURT, 2017).

Ademais, deve-se considerar a possibilidade de usar a menor dose possível para o controle dos sintomas depressivos, somado à necessidade de ajuste gradual das drogas e o monitoramento dos efeitos adversos. Entre as opções terapêuticas destacam-se os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), considerando a sertralina como droga de primeira escolha em mulheres que estão amamentando. Visto que, a medicação tem menor número de efeitos indesejáveis relatados. Outras opções incluem a paroxetina e o antidepressivo tricíclico nortriptilina (IBIAPINA *et al.*, 2010). Já a fluoxetina e o citalopram são drogas não recomendadas por serem distribuídas no leite materno em níveis terapêuticos (ANTON & BITENCOURT, 2017).

Psicose puerperal

A Psicose Puerperal (PP) é rara, com incidência de um caso a cada 1.000 mulheres em pós-parto. É considerado um quadro grave, portanto, uma urgência psiquiátrica. Estima-se que 72% a 80% dos casos de PP ocorrem em mulheres com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (TAB) ou transtorno esquizoafetivo,

enquanto 12% dos casos estão relacionados à esquizofrenia (MADEIRA *et al.*, 2012).

Entre os fatores de risco, o histórico prévio de TAB está bem estabelecido e associado à primiparidade, às complicações na gravidez e no pós-parto e ao parto cesariano (MUNK-OLSEN *et al.*, 2014; DI FLORIO *et al.*, 2014).

A PP é uma forma de transtorno psicótico breve que se manifesta durante a gestação ou até a quarta semana do pós-parto. Envolve sintomas de mania, psicóticos ou catatônicos, além de perplexidade, confusão e pensamento desorganizado (DSM-5, 2014). Devido a todos esses fatores, a evolução do quadro pode resultar em hospitalização da mãe, prejudicando o vínculo com o lactente, aumentando o risco de agressão a si mesma ou a terceiros, suicídio e infanticídio (MADEIRA *et al.*, 2012).

O prognóstico é ruim, sendo que apenas 20% das mulheres afetadas têm remissão total do quadro. Em um novo puerpério, mulheres anteriormente afetadas apresentam de 18% a 37% de recorrência do quadro de PP. Fora do pós-parto, a ocorrência de algum transtorno psicótico ou afetivo nestas mulheres chega a 38% e 81% (CANTILINO *et al.*, 2010).

O tratamento da PP não possui *guidelines* específicos para a abordagem, mas considera-se como conduta de primeira linha, a utilização de antipsicóticos e estabilizadores de humor (**Tabela 27.1**). Outra opção a ser considerada é a eletroconvulsoterapia (ECT) que, além de trazer resultados satisfatórios e rápidos, não contraindica o aleitamento materno, essencial para a construção do vínculo mãe e lactente e do bom desenvolvimento do recém-nascido. Apesar disso, faltam evidências de alto nível acerca desta prática, devido à ausência de ensaios-clínicos controlados que utilizem a ECT no puerpério (MADEIRA *et al.*, 2012). A **Tabela 27.2** traz orientações e formas de tratamento para os quadros afetivos puerperais.

Tabela 27.1 Classificação de segurança dos psicofármacos no aleitamento materno

Psicofármacos	Classificação FDA (gestação)	Classificação Ministério da Saúde (aleitamento)
Antidepressivos tricíclicos		
Amitriptilina	B	Uso compatível com a amamentação
Nortriptilina	B	
Clomipramina	C	
Desipramina	C	
Doxepina	C	Uso contraindicado durante a amamentação
Maprotilina	B	Uso criterioso durante a amamentação
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina		
Fluoxetina	B	
Sertralina	B	Uso compatível com a amamentação
Citalopram	B	
Escitalopram	C	
Paroxetina	D	
Benzodiazepínicos		

Diazepam	D	Uso compatível com a amamentação em doses esporádicas
Clonazepam	C	
Alprazolam	C	Uso criterioso durante a amamentação
Lorazepam	C	
Estabilizadores de humor		
Carbonato de lítio	D	Uso criterioso durante a amamentação
Carbamazepina	C	
Valproato de sódio	D	

Legenda: FDA: *Food and Drug Administration*. B: não há estudos adequados em mulheres. Experimentos em animais não foram encontrados riscos; C: não há estudos adequados em mulheres. Experimentos em animais ocorreram efeitos adversos no feto. O benefício potencial do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez. D: há evidências de risco em fetos humanos. Utiliza-se somente se o benefício potencial justificar o risco potencial, como em situações de risco de morte ou em casos de doenças graves para as quais não se possa utilizar drogas mais seguras ou quando não forem eficazes. **Fonte:** FDA, 2021; Amorim *et al.*, 2020.

Tabela 27.2 Orientações e tratamento para quadros afetivos puerperais

Quadro puerperal	Orientações e tratamento
Disforia puerperal	Normalização dos sintomas Aumento do suporte social, envolvimento familiar e conjugal
Depressão puerperal	Medidas não farmacológicas a. Aumento do suporte social, envolvimento familiar e conjugal; b. Ampliar a ajuda nos cuidados dos outros filhos; c. Exercício físico; d. Psicoterapia: terapia cognitiva comportamental e terapia interpessoal; e. Medicação; f. Avaliar a manutenção da amamentação, riscos da privação de sono, da medicação usada pela mãe sobre o organismo do bebê e das repercussões do não tratamento tanto para a mãe, quanto para o bebê.
Psicose puerperal	Urgência médica: a. Internação psiquiátrica; b. Investigação das causas orgânicas; c. Orientação familiar dos riscos para a mãe e para o bebê: suicídio e infanticídio; d. Tratamento farmacológico; e. Interromper a amamentação; f. Em quadros maniformes, acompanhar a puérpera por um ano, retirada da medicação gradual e sob supervisão.

Fonte: Miguel, 2011.

CONCLUSÃO

Observa-se que, no período puerperal, há uma alta incidência de transtornos psiquiátricos com fatores predisponentes pouco elucidados, necessitando de mais estudos de alta relevância estatística sobre a saúde mental da mulher no pós-parto. Além disso, é imperioso mais pesquisas acerca do uso da eletroconvulsoterapia no tratamento dessas afecções, em virtude dos resultados excepcionais e a ausência de contraindicações durante a lactação. Ao contrário

do tratamento farmacológico, o qual possui diversas drogas contraindicadas por prejudicarem o aleitamento materno.

Ademais, é visível que os transtornos mentais durante o período do puerpério geram prejuízos importantes tanto para a mãe quanto para o bebê, somado aos impactos negativos para o núcleo familiar. Diante disso, os médicos obstetras e pediatras devem estar atentos aos sinais precoces dos transtornos relacionados ao pós-parto. De modo a intervir rapidamente e reduzir os danos gerados por essa complicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMBRÓSIO, M. & CAMELO, M.E. fatores de risco para blues puerperal: uma revisão integrativa. Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-Alagoas, v. 6, n. 2, p. 123-123, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014. p. 87-188.

AMORIM, I. *et al.* Avaliação do uso de psicofármacos durante o período de gravidez e lactação. Inovale, v. 1, p. 1-6, 2020.

ANTON, R. & BITENCOURT, R.M. Avaliação da segurança no uso de antidepressivos na amamentação. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 6, p. 103-107, 2017.

CANTILINO, A. *et al*. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.

DI FLORIO, A. *et al*. Mood disorders and parity–a clue to the aetiology of the postpartum trigger. Journal of affective disorders, v. 152, p. 334-339, 2014.

FONSECA, A. & CANAVARRO, M.C. Depressão pós-parto. PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde, ciclo 1, p. 111-164, 2017.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA). List of pregnancy exposure registries**.** 2021. Disponível em: https://www.fda.gov/science-research/womens-health-research/list-pregnancy-exposure-registries. Acesso em: 22 maio 2021.

IBIAPINA, F.L.P. *et al*. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. Femina, v. 38, p. 161-166, 2010.

MADEIRA, N, *et al*. Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 61, n. 1, p. 45-48, 2012.

MARQUES, D.C. & MENDES, D.R.G. Fatores de risco associados à depressão pós-parto. Revista, v. 5, p. 7-8, 2014.

MIGUEL, E.P. *et al.* Clínica psiquiátrica. 1ª ed. Barueri: Manole, 2011. p. 1726-1736.

MUNK-OLSEN, T. *et al.* Birth order and postpartum psychiatric disorders. Bipolar disorders, v. 16, n. 3, p. 300-307, 2014.

SADOCK, B.J. *et al.* Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Artmed, 2016. p. 300-386.

SANTOS, F.A.P.S. dos. *et al.* Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. Revista Mineira de Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 854-863, 2013.

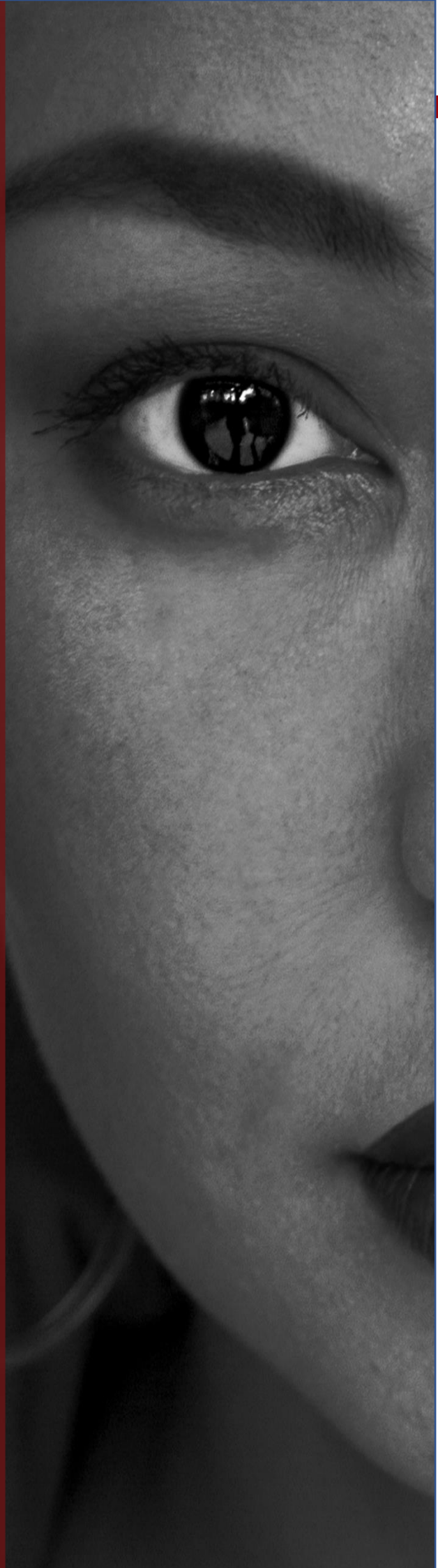
CAPÍTULO 28

Infanticídio ocasionado por transtornos mentais no pós-parto: uma revisão de literatura

AUTORES
Aléxia Mourão Alves Carvalhal[1]
Amanda Cordeiro Santos[1]
Ana Clara de Almeida Mendes[1]
Juliana Gomes Cruz[1]
Matheus Neves Araújo[1]
Mariana Escabin de Mello Franco[1]
Priscila Gomes Silva Serpa[1]
Izabely Lima Assunção[1]
Janaina Maiana Abreu Barbosa[2]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Ceuma.
[2]Docente na Universidade Ceuma.

Palavras-chave: puerpério; infanticídio; vulnerabilidade materna.



INTRODUÇÃO

Dentre as fases da vida de uma mulher, a maternidade destaca-se como um momento marcado por profundas alterações físicas e afetivas. Tanto a gestação como o pós-parto geram transformações nas áreas sociais, culturais, fisiológicas e, principalmente, emocionais com repercussões importantes em todo ciclo de vida das mulheres.

A palavra infanticídio deriva do latim, *infanticidium*, tendo como alicerce o estudo da expressão *infantio* (infante) e *caedere* (matar). Dessa forma, o infanticídio pode ser entendido como o ato de matar uma criança ou infante. Presente na atual legislação pátria, este termo é empregado na definição do crime previsto no art. 123 do Código Penal Brasileiro, sendo caracterizado como a morte do nascente ou neonato, praticado pela própria mãe, sob a influência puerperal, bem como previsto no art. 29 do mesmo código, que admite o concurso eventual de pessoas, ou seja, a participação, a coexecução (MELO *et al*., 2018). Sendo este estado um instrumento técnico subjetivo em que é determinado o estado psíquico da parturiente. Em decorrência do sofrimento causado pelo parto, algumas mulheres podem sofrer este tipo de distúrbio. O estado puerperal é o conjunto das perturbações sofridas pela parturiente em decorrência da emoção, trauma e insegurança no momento do parto (RONCHESI, 2020).

É primordial ressaltar que nem todas as mulheres sofrem de influência do estado puerperal, ou seja, nem sempre o parto causa esse efeito nas parturientes. Ademais, não existe qualquer relevância entre um transtorno mental e o estado puerperal, pois se a parturiente for portadora de algum transtorno mental ela será considerada inimputável, por não possuir discernimentos ou responsabilidade sobre seus atos (LOPES, 2018).

Caso seja observado que houve premeditação, emprego de perversidade ou frieza na execução da prática criminosa, afasta-se a elementar do tipo de crime de infanticídio, enquadrando-a como ação criminosa (homicídio). Em outras palavras, o fato de o crime ter sido praticado durante ou logo após o parto não caracteriza a prática como infanticídio, mas a junção destes dois elementos acrescidos da influência do estado puerperal (PINHEIRO, 2018).

Neste contexto, a hipótese deste estudo é de que o incidente de insanidade mental e o estado puerperal são circunstâncias para o delito de infanticídio. Tendo em vista a necessidade de conhecer com maior profundidade a temática, o presente estudo objetivou descrever e analisar o estado puerperal e sua relação com o infanticídio no período pós-parto.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada em junho de 2021, por meio de pesquisas nas plataformas: *Google Scholar, PubMed, Lilacs, Scientific Eletronic Library On-line (SciELO) e Cochrane Library*. Os descritores utilizados na pesquisa seguiram o DeCs (Descritores em Saúde) e o *Medical Subject Headings* (MeSH), nos idiomas português e inglês, respectivamente: infanticídio (*infanticide*); depressão (*depression*) e pós-parto (*postpartum*). Desta busca foram encontrados 30 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre os anos de 2015 e 2021, nas línguas portuguesa e inglesa, que abordavam o tema infanticídio na depressão pós-parto. Os critérios de exclusão foram: resumos em even-

tos, artigos que não cumpriam os critérios de inclusão supracitados e artigos duplicados.

Com isso, resultaram 09 materiais que foram submetidos à leitura seletiva, exploratória e interpretativa para coletar os dados para esta pesquisa. Os resultados foram apresentados em um quadro, de forma a identificar as obras e ordenar o conteúdo e discutidos de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram tabulados e apresentados no **Quadro 28.1**.

Quadro 28.1 Artigos que abordam o tema da pesquisa

TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR, ANO	OBJETIVOS	RESULTADOS
O crime de infanticídio e a culpabilidade da agente: uma análise da (des) necessidade de punição.	Piccolli *et al.*, 2017	Analisar as duas modalidades associadas ao crime de infanticídio: o estado puerperal (referente ao tipo penal) e a psicose puerperal (apta a afastar o tipo penal).	Foram verificados os problemas ocorrentes com a gestante no pós-parto e a ligação com o crime de infanticídio. As fases classificadas em tristeza puerperal, depressão pós-parto e psicose puerperal não deveriam permitir a possibilidade de uma condenação na esfera penal, quando fosse inviável lembrar os detalhes que aconteceram enquanto a gestante estava com seu estado psíquico alterado.
Depressão pós-parto (DPP): vulnerabilidade da mulher diante dos fatores de risco.	Guedes *et al.*, 2018	Descrever os fatores associados à ocorrência da depressão pós-parto acometendo aspectos epidemiológicos, psicológicos e conceituais.	Observou-se que muitas mulheres podem ser afetadas pela depressão pós-parto e que, dependendo a intensidade da doença, os sintomas podem ser bem severos e, com os fatores de risco pode levar ao infanticídio.
Infanticídio: até quando deve-se punir a mulher?	Almada & Felippe, 2021	Analisar se o estado psíquico da mãe, no caso de crime de infanticídio, poderia ser considerado como excludente de culpabilidade.	Compreende-se que a mãe nesse estado psíquico pode ter inúmeras consequências psicológicas, como a disforia do pós-parto, depressão pós-parto e psicose puerperal, modificando a percepção de realidade da mulher e aumentando as chances de cometer o infanticídio. A visão jurídica atual sobre o infanticídio não exclui a culpabilidade do agente.
Gravidez: transtornos mentais no parto e puerpério estado puerperal e transtornos mentais.	Pereira, 2018	Conhecer o estado emocional da mãe na gravidez e evidenciar os transtornos mentais que podem ser desenvolvidos.	Foi observado que a mulher é mais suscetível para desenvolver alguns transtornos mentais quando grávida, devido às alterações hormonais e demandas que a sociedade impõe sobre ela. O que a deixa instável emocionalmente, podendo inclusive, matar o filho, crime esse denominado infanticídio.
Transtornos mentais em puérperas: análise da produção de	Carvalho *et al.*, 2019	Descrever as demandas das puérperas portadoras de transtornos mentais.	O ciclo gravídico puerperal pode ser acompanhado de sentimentos negativos, podendo ocorrer casos de transtornos

conhecimento nos últimos anos.			mentais nas mães, que levam aos casos de infanticídio.
Fatores de risco ao infanticídio: análise de julgamentos do Tribunal da Justiça do estado do Rio Grande do Sul.	Ziomkowski & Levandowski 2017	Descrever os fatores de risco que levaram ao infanticídio no estado do Rio Grande do Sul.	Foi concluído que houve um padrão de características psicossociais ligadas à prática do delito.
Infanticídio e estado de psicose puerperal: uma análise das jurisprudências.	Almada & Felippe, 2021	Analisar se o infanticídio pode se enquadrar nos critérios de inimputabilidade, caso comprovada a psicose puerperal.	A soma de vários fatores de risco durante a gravidez contribuem para o estado de psicose e a prática do delito de infanticídio.
A culpabilidade da mãe no crime de infanticídio.	Costa, 2017	Analisar o crime de infanticídio e abordar os aspectos da influência do estado puerperal na mãe.	Caso a mãe tenha praticado o crime sob influência do estado puerperal ou alguma outra alteração mental, ela se beneficia da redução da pena. Afinal, os fatores de risco contribuíram para desencadear um fator de transtorno mental.
o Depressão pós-parto: vivências das profissionais da saúde.	Lima *et al.*, 2018	Analisar os dados teóricos e as entrevistas realizadas acerca dos aspectos na depressão pós-parto.	O apoio emocional à mãe é imprescindível para obter um bom puerpério.

De acordo com o Picolli *et al.*, (2017), foram analisadas duas modalidades associadas ao infanticídio: o estado puerperal e a psicose puerperal. O estado puerperal refere-se ao tipo penal, já a psicose puerperal é a modalidade apta a afastar o tipo penal. Concluiu-se com os resultados analisados que, nas fases de tristeza puerperal, depressão pós-parto e psicose puerperal, deveriam ser afastadas as pos-sibilidades de punição penal, já que no estado de psicose a gestante não lembra os detalhes que aconteceram.

O número de mulheres com depressão pós-parto, levando em consideração a intensidade da doença, é um fator de risco para a ocorrência de infanticídio e cabe aos profissionais de saúde rastrear essa predisposição que pode levar ao delito, garantindo um ambiente em que a gestante se sinta segura e assistida durante a gestação e no pós-parto, expressando seus medos e ansiedade (GUEDES *et al.*, 2018).

No Rio Grande do Sul foi observado um padrão de características psicossociais que se mostraram como fatores de risco relacionados à pratica do crime. Evidenciou-se que a maior parte das mães eram jovens, solteiras, de baixa escolaridade, sem o pré-natal e, consequentemente, tendo o parto desassistido, gravidez indesejada sendo ocultada e, por fim, a presença de transtornos psiquiátricos (ZIOMKOWSK. & LEVANDOWSKI, 2017).

É necessário conhecer o estado mental da gestante e apontar possíveis transtornos que podem se desenvolver durante e depois da gravidez. A mulher sofre muitas alterações biopsicossociais que resultam em psicopa-tologias, tais como: disforia puerperal, depres-são pós-parto e psicose pós-parto. No caso da disforia puerperal, conhecida como *maternity blues*, é a forma mais leve de alteração psiquiátrica e bastante comum, que pode acabar espontaneamente e sem necessidade de medi-camentos, mas a persistência desse quadro pode evoluir para a depressão pós-parto (CAR-VALHO *et al.*, 2019; PEREIRA, 2018).

Essas alterações são denominadas por transtornos mentais puerperais (TDM). Nos casos de TDM, observa-se um desajuste emocional que pode se manifestar por meio de choro fácil, ansiedade, falta de iniciativa e

interesse, falta de energia e dificuldade em cuidar do filho, desesperança, delírios, alucinações e ideias persecutórias, levando ao surto psicótico. É geralmente no caso de psicose que pode ocorrer o crime de infanticídio (CARVALHO *et al.*, 2019; PEREIRA, 2018).

De acordo com Lima *et al.*, (2018), o apoio emocional à gestante é indispensável nessa fase de transformações que fazem parte da gestação e do puerpério. É imprescindível existir o espaço de escuta que os profissionais de saúde devem oferecer à mãe, tornando esta experiência mais prazerosa. Os sentimentos negativos foram vistos de forma mais frequente em mães sem o apoio familiar.

Uma síndrome semelhante ao TDM foi descrita em pais que, por sua vez, apresentam alterações de humor durante a gravidez e no pós-parto da esposa. Isso decorre por fatores como a maior responsabilidade, a falta de atenção da esposa e acredita que o bebê seja a obrigação que mantém um casamento defei-tuoso. O que reforça que o apoio familiar e profissional deve ser estendido também à família, principalmente aos pais (LIMA *et al.*, 2018).

Em relação à classificação desta conduta dentro do ordenamento jurídico pátrio, está tipificado no art. 123, do Código Penal, *in verbis*: matar o próprio filho, sob a influência do estado puerperal, durante o parto ou logo após, a pena é a detenção, de dois a seis anos. O Código Penal Brasileiro adota o critério fisio-psicológico, o qual leva em consideração o desequilíbrio fisiopsiquíco causado pelo parto. Se constatado que a mãe possui a doença mental, a mesma deverá ser considerada inimputável, ou seja, não deverá ser aplicada a pena. O Código Penal beneficia a autora do delito, ao impor a ela uma redução da pena, se comprovado que o crime foi praticado sob influência do estado puerperal (COSTA, 2017). Para tal, seria mais importante se houvesse o trata-mento psicológico, ao invés de puramente puni-la, visto que, tal conduta traria mais malefícios do que benefícios (ALMADA *et al.*, 2021).

Quanto às decisões dos tribunais brasileiros, Almada & Felippe (2020), analisaram acórdãos dos Tribunais de Minas Gerais e do Rio de Janeiro e, a partir desta análise, foi identificado o seguinte resultado: quando a mãe está sob alta influência do estado puerperal, ela é declarada inimputável, estando sob média influência é aplicado o disposto no art. 123 do Código Penal (infanticídio) por apresentar uma pena mais branda. Já quando há mínima influência do estado puerperal, enquadra-se como crime de homicídio (art. 121, do Código Penal), que apresenta uma pena mais severa, podendo variar de seis a vinte anos de reclusão.

CONCLUSÃO

Considerando que o estado puerperal pode provocar diversas consequências psicológicas para a mulher, alterarando a sua percepção de realidade, quadros clínicos de disforia pós-parto, depressão pós-parto e psicose puerperal podem ser verificados, em virtude das alterações biopsicossociais vivenciadas pela puérpera e configura os transtornos mentais puerperais. Dessa maneira, este capítulo buscou debater acerca da relação entre o infanticídio e a depressão pós-parto. Relação essa verificada no desajuste emocional materno que pode cursar com a manifestação de delírios, alucinações e ideias persecutórias, levando ao surto psicótico.

De acordo com a legislação brasileira, na ocorrência de infanticídio, a depender do nível de influência do estado puerperal e comprovação de transtorno mental, a mãe poderá ser declarada inimputável. Por isso, é de extrema importância prestar assistência integral à saúde gestante e do pai, especialmente a mental, nessa fase de transformações que fazem parte da gestação e do puerpério.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMADA, A.B.F. *et al*. Infanticídio. Jornal Eletrônico Faculdade Vianna Júnior, v. 13, n. 1, p. 15-15, 2021.

ALMADA, A.C. de C. & FELIPPE, A.M. Infanticídio e estado de psicose puerperal: uma análise das jurisprudências. Cadernos de Psicologia, v. 2, n. 4, p. 374-394, 2021.

CARVALHO, G.M. de. *et al*. Transtornos mentais em puérperas: análise da produção de conhecimento nos últimos anos. Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 4, p. 3541-3558, 2019.

COSTA, M.M. A culpabilidade da mãe no crime de infanticídio. Intertem, v. 34, n. 34, p. 15-23, 2017.

GUEDES, N.A. *et al.* Depressão pós-parto (DPP): vulnerabilidade da mulher diante dos fatores de risco. Revista CONIC, v. 1, p. 05-08, 2018.

LIMA, C. de. *et al*. Depressão pós-parto: vivências das profissionais de saúde. Revista Fronteiras em Psicologia, v. 1, n. 1, p. 30-37, 2018.

LOPES, L. de A. Infanticídio: uma análise acerca da punibilidade da mãe do puerpério. Revista UNICEUB, p. 30-32, 2018.

MELO, S.B. de. *et al.* Depressive symptoms in postpartum women at family health units. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, n. 1, p. 163-169, 2018.

PEREIRA, J.A. Gravidez: transtornos mentais no parto e puerpério. Revista, Unifabibe, v. 1, p. 07-08, 2018.

PICCOLLI, C.G. *et al.* O crime de infanticídio e a culpabilidade da agente: Uma análise da necessidade de punição. Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, v. 18, p. 245-257, 2017.

PINHEIRO, V. O infanticídio como expressão da violência e negação do mito do amor materno. Revista Estudos Feministas, v. 26, n. 1, p. 05-20, 2018.

RONCHESI, J. Infanticídio, o estado puerperal e a responsabilização de terceiros no crime. 2020. Disponível em: <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/11519/Infanticidio-o-estado-puerperal-e-a-responsabilizacao-de-terceiros-no-crime>. Acesso em: 02. jun. 2021.

ZIOMKOWSKI, P. & LEVANDOWSKI, D.C. Fatores de risco ao infanticídio: análise de julgamentos do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 12, n. 2, p. 361-373, 2017.

CAPÍTULO 29

Impacto da violência sexual no desenvolvimento do transtorno dissociativo na mulher

AUTORES
Ana Karoline de Almeida Mendes[1]
Izabely Lima Assunção[1]
Valdemiro Freitas Neto[1]
Bruna Gonçalves Dantas de Almeida[1]
Andressa Fernanda dos Santos Melo Oliveira[1]
Ana Clara de Almeida Mendes[1]
Beatriz Barrozo Gonzalez Oliveira[1]
Mariana Escabin de Mello Franco[1]
Bruna Luise de Almeida Carvalho[1]
Caio Rodriguez Lima Neuenschwander Penha[2]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Uniceuma
[2]Médico Psiquiatra.

Palavras-chave: transtornos dissociativos; dissociação; violência sexual.

INTRODUÇÃO

Os transtornos dissociativos estão relacionados ao fenômeno da dissociação, que corresponde a um aparato de defesa não consciente que se manifesta após processos traumáticos. Nesses transtornos, as atividades mentais, sobretudo a identidade, a consciência, a memória e as reações motoras encontram-se comprometidas. Quanto à temporalidade, pode existir uma repercussão repentina ou gradual, podendo se apresentar de maneira transitória ou crônica (DALENBERG *et al*., 2012).

Para a abordagem dessa temática é importante destacar os transtornos de amnésia dissociativa, despersonalização/desrealização e o transtorno dissociativo de identidade. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a amnésia dissociativa diz respeito à incapacidade de recordar informações importantes que possuem natureza traumática por tempo prolongado, se comparada ao esquecimento habitual. Já a despersonalização, refere-se ao sentimento persistente de distanciamento e estranhamento do próprio corpo e de seus processos cognitivos. Nesse prisma, a desrealização, o sentimento de irrealidade e o afastamento do próprio ambiente se correlacionam com a despersonalização (DALENBERG *et al*., 2012).

No contexto da violência sexual, a dissociação surge como resposta ao trauma e como mecanismo de defesa para minimizar as experiências estressantes e devastadoras, podendo estar associada ao estresse pós-traumático (DALENBERG *et al*., 2012).

Ainda nesse cenário, é importante ressaltar os aspectos sociais relacionados à violência sexual que podem desencadear eventos dissociativos, destacando-se o sentimento de vergonha e a perspectiva da sociedade diante do ocorrido. Diante do exposto, julgou-se importante realizar um estudo de revisão com o propósito de avaliar os impactos da violência sexual no desenvolvimento do transtorno dissociativo na mulher.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada em junho de 2021, sendo utilizadas como base de dados para a pesquisa, as plataformas: PubMed, Lilacs, Scientific *Eletronic Library On-line* (SciELO), *Cochrane Library e Google Scholar*.

Os descritores utilizados na pesquisa seguiram o DeCs (Descritores em Saúde) e o *Medical Subject Headings* (MeSH) nos idiomas português e inglês, respectivamente: distúrbios dissociativos (d*issociative disorders*); violência sexual (*sexual violence*); mulher (women).

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre os anos de 2019 e 2021, nas línguas portuguesa e inglesa, que abordavam o tema: impacto da violência sexual no no desenvolvimento do transtorno dissociativo na mulher. Os critérios de exclusão foram: resumos em eventos, editoriais, revisões de literatura, artigos que não cumpriam os critérios de inclusão supracitados e artigos duplicados.

Desta busca foram selecionados 18 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em um quadro e discutidos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O **Quadro 29.1** resume os achados evidenciados nos materiais analisados para esta pesquisa.

Quadro 29.1 Artigos utilizados no presente estudo

Autor, ano	Título	Objetivo	Observações
VARESE *et al.*, 2020	Targeting dissociation using cognitive behavioural therapy in voice hearers with psychosis and a history of interpersonal trauma: a case series	Investigar se a terapia cognitivo comportamental para psicose, aumentada com técnicas que visam especificamente os sintomas dissociativos poderia melhorar a dissociação e a gravidade da alucinação auditiva em uma amostra de ouvintes com psicose e uma história de trauma interpessoal.	Achados desta série de casos sugerem que a redução da dissociação representa um alvo de tratamento valioso e aceitável para clientes com alucinações verbais e auditivas e história de trauma. Futuros ensaios clínicos podem se beneficiar da consideração de almejar experiências dissociativas como parte de intervenções psicológica para vozes angustiantes
KIZILHAN *et al.*, 2020	Shame, dissociative seizures and their correlation among traumatised female yazidi with experience of sexual violence Continuação Quadro 1	Analisar a correlação entre abuso sexual, vergonha, distúrbios somatoformes ou de desconforto corporal e as convulsões dissociativas (crises psicogênicas não epilépticas)	A vergonha em relação à violência sexual parece desempenhar um papel importante na autopercepção negativa após o estupro. A dissociação não apenas desempenha um papel importante no trauma infantil não processado com sentimento de vergonha, mas também em experiências de trauma mais recentes com vergonha.
ARBANAS, 2020	The clinical impact of sexual violence on men and women and its management	Analisar as consequências clínicas da violência sexual em homens e mulheres e como manejar a situação	A violência sexual é um evento traumático na vida que tem consequências mais devastadoras do que outras formas de violência. As consequências podem ser físicas, psicológicas e sociais. Dentre as consequências psicológicas, estão arruinados o senso de autoestima, sensação de vulnerabilidade, ansiedade, raiva, desânimo e mudanças de comportamento. Muitos sobreviventes de violência sexual desenvolvem transtornos mentais, como PTSD, depressão e comportamento suicida. Os problemas sexuais também são altamente prevalentes, com mais de 80% das vítimas de estupro desenvolvendo diferentes problemas sexuais.
KANDEĞER *et al.*, 2020	Tthe mediating effects of self-perception and somatoform dissociation in the relationship between domestic violence and suicidal ideation	Investigar o papel mediador da autopercepção e da dissociação somatoforme na relação entre violência doméstica e ideação suicida em mulheres que vivem na Turquia	A violência doméstica contra mulheres é um fator de risco para autopercepção negativa, dissociação somatoforme e pensamentos suicidas. A autopercepção negativa e a dissociação somatoforme são fatores mediadores críticos no processo que leva da VD à ideação suicida. Em sociedades patriarcais, tradicionais e coletivas, como a Turquia, ensaios clínicos longitudinais são necessários para investigar fatores mediadores na relação entre VD e ideação suicida em mulheres.

CANO *et al.*, 2019	Sexual violence: effects on woman's identity and mental health	Fez-se uma revisão dos diferentes ambientes em que esse tipo específico de violência pode ocorrer, e foram explicados os efeitos que podem se desencadear na saúde mental dessas mulheres, conscientizando sobre o preconceito de gênero que intervêm na própria definição dos transtornos mentais e suas causas	Desde tempos imemoriais, a violência sexual contra as mulheres foi negada e silenciada em todos os seus aspectos em um contexto de subordinação das mulheres aos homens. Nesse sentido, nota-se que a violência sexual pode desencadear inúmeros problemas de saúde mental mulheres e acarretar consequências em relação a qualidade de vida dessas vítimas, fazendo-se necessária uma intervenção imediata nesse quadro.
KRAUSE-UTZ *et al.*, 2021	Linking experiences of child sexual abuse to adult sexual intimate partner violence: the role of borderline personality features, maladaptive cognitive emotion regulation, and dissociation	Investigar se as características do transtorno de personalidade limítrofe, a dissociação e a regulação emocional cognitiva mal adaptativa que medeiam a ligação entre a gravidade autorrelatada do abuso sexual infantil e a violência sexual.	Os achados se somam à literatura existente, sugerindo que a gravidade do abuso sexual infantil, as características do do transtorno de personalidade limítrofe, a dissociação e a regulação emocional mal adaptativa são importantes fatores de risco para violência sexual.
PALÁCIO *et al.*, 2019	Intimate partner violence against woman: impact on mental health	Revisar e atualizar o conhecimento disponível e alimentar o debate existente sobre os efeitos que a violência praticada pelo parceiro íntimo tem sobre a saúde mental das mulheres	O efeito da violência contra a mulher por parceiro íntimo atual ou anterior tem na psique da vítima relações com fenômenos psicológicos relacionados a experiências traumáticas interpessoais de longa duração. Por isso, estudou-se a adaptação paradoxal à síndrome da violência, a persuasão coercitiva, o ciclo da violência e os conhecimentos atuais sobre trauma, apego e vínculo.
TSCHOEKE *et al.*, 2019	Continuação Quadro 1 Causal connection between dissociation and ongoing interpersonal violence: a systematic review	Identificar evidências de dissociação como causa da violência interpessoal contínua.	Há evidências crescentes de dissociação como causa da violência interpessoal. No entanto, a evidência disponível ainda é limitada, e nossa revisão revela uma importante lacuna na pesquisa. Futuros estudos longitudinais e experimentais que visem esclarecer o papel da dissociação no contexto da violência devem levar em conta a complexidade teórica e empírica em torno do conceito de dissociação.
BANI-FATEMI *et al.*, 2020	Supporting female survivors of gender-based violence experiencing homelessness: outcomes of a health promotion psychoeducation group intervention	Avaliar quantitativamente as mudanças na saúde mental e nos resultados de bem-estar em jovens identificadas do sexo feminino que vivenciam violência baseada em gênero e desabrigados.	Uma intervenção de psicoeducação, baseada na comunidade e informada sobre o trauma, pode ser útil para melhorar a qualidade de vida e reduzir as experiências de vitimização entre jovens identificadas do sexo feminino que vivenciam a situação de rua e Violência Baseada em Gênero.
CUTSHALL, 2019	Rape culture, intimate partner violence and sexual violence: a pilot	Examinar a eficácia de um treinamento educacional intervencionista para novos	Os resultados indicaram que um treinamento intervencionista para os profissionais garante uma ampliação do conhecimento e gera

	study of an educational intervention for mnetal health professionals	clínicos na área de saúde mental para situações de violência sexual por parceiro íntimo e estupro.	resultados mais positivos para os pacientes vítimas de violência sexual.
VALADARE *et al.*, 2020	Violence and woman's mental health	Este capítulo realiza uma conexão entre violência e saúde mental feminina juntamente com os aspectos individuais (hormonais, genéticos e metabólicos) e sociais, visando estimular o estudo e a reflexão.	A violência contra mulheres e meninas é uma grave violação dos direitos humanos revelada por diferentes configurações ao longo da vida de uma mulher. Desde a ocorrência transgeracional de crimes sexuais em famílias incestuosas à violência contra parceiro íntimo, e em diferentes condições como casamento infantil, mutilação genital feminina, tráfico de seres humanos e abusos financeiros, a violência está sempre presente. Esse ciclo de discriminação crescente leva à forma mais terrível de violência de gênero: o feminicídio
TSCHOEKE, *et al.*, 2020	History of childhood trauma and association with borderline and dissociative features	Analisar em que medida os maus-tratos emocionais, físicos e sexuais à criança predizem características de personalidade limítrofes e sintomas dissociativos	Maus-tratos infantis, incluindo violência física, emocional e sexual, bem como negligência física e emocional, são um importante fator de risco para o desenvolvimento subsequente de transtornos mentais. Nesse sentido, a prevalência de todos os três tipos de maus-tratos infantis é aumentada em muitos tipos de transtornos mentais, com a prevalência mais alta encontrada no transtorno de personalidade borderline e transtornos relacionados ao trauma.
BROOKS, 2019	The prevalence and correlates of childhood sexual abuse in a national sample of canadian women	Examinar a prevalência e correlatos de abuso sexual infantil entre uma grande amostra nacionalmente representativa de mulheres canadenses (idade 20-64).	Mulheres que relataram uma história de abuso sexual infantil foram significativamente mais propensas a atender aos critérios de diagnóstico (vida e 12 meses) para todos os transtornos psiquiátricos examinados na presente análise, incluindo transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade geral, transtornos por uso de substâncias e álcool, e transtorno bipolar em comparação com uma amostra de mulheres de mesma idade sem histórico de abuso sexual infantil. A ideação suicida ao longo da vida também foi significativamente maior entre aquelas mulheres com histórico de abusos, juntamente com a prevalência de um diagnóstico prévio de estresse pós-traumático.
BROWN *et al.*, 2019	Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood	Avaliar os efeitos das intervenções psicossociais na saúde mental e bem-estar de sobreviventes de estupro e violência sexual vivenciados durante a vida adulta.	A agressão sexual é um sério problema de saúde pública e direitos humanos. Tem efeitos devastadores em vítimas adultas e crianças, suas famílias e comunidades. Existem extensas consequências imediatas e de longo prazo para a saúde física e mental dos sobreviventes. As consequências para vítimas adultas e crianças incluem lesões, uso indevido de substâncias,

			transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, automutilação e suicídio. Os problemas de saúde sexual e reprodutiva representam as maiores e mais persistentes diferenças de saúde física entre mulheres com e sem exposição a estupro ou agressão sexual, ou ambos. Os problemas incluem gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, infecções do trato urinário, sexo dolorido, dor pélvica crônica e sangramento vaginal.
RECIO-BARBERO *et al.*, 2019	Traumatic life events and high risk for the development of psychopathology	Abordar a perspectiva histórica das origens do trauma, definindo os elementos em torno desse conceito complexo. Além disso, considerar os aspectos biológicos e psicopatológicos que podem surgir após um evento traumático	A vivência de eventos traumáticos tem sido apontada como fator de risco para o desenvolvimento de muitos transtornos psiquiátricos, entre eles, transtornos alimentares, depressão e psicose. Na verdade, em indivíduos que sofrem de transtornos psiquiátricos graves, o trauma infantil é relatado em uma taxa muito mais elevada.
WEBERMAN *et al.*, 2021	Intimate partner violence among patients with dissociative disorders	O presente estudo examinou VPI e sintomas como preditores entre os participantes do estudo da Rede de Tratamento de Pacientes com Transtornos Dissociativos (TOP DD), uma intervenção educacional para indivíduos com DDs e seus médicos.	Pacientes que sofreram de violência por parceiro íntimo(VPI), tem sintomas dissociativos predisseram a exposição à VPI, enquanto os sintomas dissociativos e de desregulação emocional predisseram os sintomas dissociativos específicos à VPI.
LEON *et al.*, 2019	Sexual aggression - phenomena with negative impact on social life	Este artigo apresenta alguns resultados da extensa investigação do fenômeno da violência sexual.	Com base no pluralismo metodológico e na interdisciplinaridade, os autores propuseram-se a sensibilizar a opinião pública, a comunidade acadêmica, as instituições do Estado no que se refere à necessidade de adoção de um conjunto de políticas voltadas à reabilitação e integração social das vítimas de agressão social.
LEIDENFROST, 2019	Domestic violence and serious mental illness	Definir violência doméstica e suas implicações psiquiátricas	É claro as possíveis ocorrências psiquiátricas no pós violência doméstica nas mulheres

A violência em qualquer forma, causa uma reação que, na maioria das vezes, é um efeito negativo, podendo causar problemas psíquicos para o indivíduo afetado. Quando os eventos traumáticos na infância não são superados, com a ajuda de um psicólogo, eles podem desencadear transtornos ou doenças mentais, atrapalhando o desenvolvimento cognitivo e podendo se transformar em um transtorno dissociativo (BROWN, 2019).

De acordo com a análise bibliográfica, verificou-se que os principais transtornos de-

sencadeados por eventos traumáticos são: depressão, ansiedade, transtornos alimentares e até mesmo a psicose (RECIO-BARBERO, 2019).

O trauma é uma situação que marca o indivíduo emocionalmente ou fisicamente, resultando em adversidades no bem-estar dele. Ademais, tem relação direta com os transtornos psicóticos, sendo o primeiro responsável pelo aumento das chances de desenvolvimento de quadro psicótico com sintomas severos, como as alucinações e as ilusões. A dissociação é muito presente nesses pacientes, podendo decorrer de um mecanismo de defesa ao trauma, diminuindo o estresse causado pela situação vivida (VARESE *et al.*, 2020).

Os eventos traumáticos decorrem de diferentes maneiras, uma delas é a que ocorre no ambiente familiar incestuoso, geralmente na infância e desencadeia uma série de distúrbios. Geralmente é feito contra as meninas, as quais ainda não tem o psicológico bem formado, afetando de maneira profunda o desenvolvimento psíquico dessa criança ou adolescente. Existe ainda, a violência dentro do matrimônio, que pode usar de manipulação, ameaças, violência física ou sexual para manter a mulher presa dentro do relacionamento. Esse tipo de agressão deixa marcas de culpa, tanto pelo parceiro como pela sociedade, o que pode levar a mulher a ter um olhar distorcido da própria realidade. Inclusive, tomando para si a responsabilidade sobre o ato criminoso, provocado pelo seu parceiro (VALADARES, 2020).

A violência sexual é classificada como um episódio traumático pelo DSM-V, culminando no desenvolvimento do quadro psicótico de outros transtornos. Esse resultado decorre porque esse tipo de violência não é apenas físico, mas ligado à intimidade da vítima e é acompanhado por estigmas cravados na sociedade, que culpam as vítimas pelo ocorrido. Esse tipo de crime pode ser considerado relacionado ao gênero, pois a maior parte das vítimas é mulher e a maior parte dos agressores é homem. Além de ser um crime pouco denunciado, pois a vítima teme o estigma que cairá sobre ela e teme o agressor (que na maioria dos casos é uma pessoa próxima) (ARBANAS, 2020).

O trauma emocional tem uma maior probabilidade de estar ligado com o desenvolvimento de Borderline, já o abuso sexual ou físico está ligado à dissociação patológica, depressão, ansiedade, transtornos psicóticos e outras doenças psíquicas (TSCHOEKE, 2021). Notou-se que, as mulheres vítimas de abuso sexual têm uma qualidade de vida menor em relação ao estado civil, à educação, renda e satisfação com a vida (BROOKS, 2019).

Durante o ato de violência sexual é comum a ativação de mecanismos de despersonalização e dissociação. O que resulta em modificações na percepção sensitiva e do tempo e sensitivas, as quais aumentam as chances de desenvolvimento de Transtorno de Stress Pós-Traumático (PTSD). Além de alterar as memórias do ocorrido, sendo elas armazenadas como memórias implícitas, sensoriais e inconscientes (CANO *et al.*, 2019).

A maioria das mulheres que são internadas por causa de um quadro de transtorno psicótico, relatam ter vivido violência física dentro de um período um ano. Reforçando que a violência com marcas recentes também pode estar associada ao quadro psiquiátrico grave. Tendo acesso a esses dados, nota-se que existe uma ligação direta entre os maus tratos e o desenvolvimento de transtornos dissociativos (WEBERMANN, 2021).

A vergonha da mulher trazida pelo ato de violência sexual é unânime em todas as culturas. Esse sentimento tem um papel muito importante no desenvolvimento de transtornos dissociativos, pois está relacionado à forma como a pessoa se coloca na sociedade, usando

a perspectiva interna e externa como referência. Os transtornos dissociativos têm como precursores mais marcantes, o abuso sexual e emocional que, quando combinados com a vergonha imposta pela mulher e sociedade, resultam em uma frequência maior de pensamentos suicidas e sintomas somatoformes (KIZILHAN *et al.*, 2020; KANDEĞER *et al.*, 2020).

É importante destacar as mulheres que sofrem violência no âmbito doméstico, onde as chances de desenvolverem transtornos mentais são maiores, além de perpetuar o ciclo de violência nesses ambientes. Esse ciclo é dividido em três fases: de aumento da tensão (onde a mulher acha que consegue controlar o comportamento abusivo que ressurgiu); seguido por um episódio violento (o qual será perdoado no momento de remorso sentido pelo agressor) e começa a "fase de lua de mel" (o marido passa a tratar bem sua mulher até o ciclo se repetir) (WEBERMANN, 2021).

Essas mulheres podem sofrer alterações cognitivas que serão responsáveis por criar mecanismos de adaptação para sobreviver ao ambiente abusivo, chamado de síndrome da adaptação paradoxal da violência doméstica. O progresso dela ocorre em quatro estágios diferentes: o gatilho (o primeiro ato de violência que quebra a sensação de segurança, sentida previamente pela mulher com seu marido; reforma (a mulher começa a se isolar e criar explicações para o ocorrido); mecanismos de enfrentamento e adaptação (a mulher perde as esperanças, passa a afirmar que não está em um relacionamento abusivo e se transforma em uma cópia de seu abusador) (PALÁCIO *et al.*, 2019). Enquanto a violência sexual em crianças resulta, mais frequentemente, em desregulação emocional, internalização da culpa e mecanismos de escape para lidar melhor com o trauma sofrido. Esse quadro abre espaço para o desenvolvimento de transtornos dissociativos (como despersonalização e desrealização), resultando no afastamento da situação estressante que aumentam as chances de a vítima sofrer outros episódios de abuso. O modo como a criança codificará e processará as informações relacionadas ao perigo eminente serão afetados (KRAUSE-UTZ *et al.*, 2021).

No geral, o estudo bibliográfico abordou que, as meninas que sofreram com maus-tratos infantis têm 2,5 mais chances de ter depressão e essa probabilidade pode aumentar se ela foi vítima de mais de um tipo de agressão (LEIDENFROST, 2019). Isso acontece porque muitas vítimas não têm acesso a uma rede de apoio bem estrutura com acompanhamento psicológico ou porque o abuso perdurou por anos e, continuamente, em todo o amadurecimento psíquico da adolescente. É possível afirmar que, na maioria dos casos psiquiátricos graves, é relatado algum tipo de trauma na infância (VALADARES, 2020).

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo apontaram que o abuso sexual pode desencadear sintomas posteriores como: ansiedade, depressão, culpa, fobias, distúrbios do sono, transtornos alimentares e transtorno dissociativo de identidade. Observou-se a relação entre os traumas na infância e o abuso sexual, culminando na expressão de transtornos dissociativos em mulheres na vida adulta.

Ademais, os transtornos dissociativos correspondem a um aparato de defesa não consciente e que podem se manifestar como consequência da violência sexual em indivíduos do sexo feminino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANI-FATEMI, A. *et al*. Supporting female survivors of gender-based violence experiencing homelessness: outcomes of a health promotion psychoeducation group intervention. Frontiers in Psychiatry, v. 11, p. 1430, 2020.

BROOKS, D. The prevalence and correlates of childhood sexual abuse in a national sample of Canadian women. 2019. 113 f. Tese de Doutorado em Psicologia. Memorial University of New foundland, 2019.

BROWN, S.J. *et al*. Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 11, p. nd, 2019.

CANO, A.S.V. *et al.* Sexual violence: effects on woman's identity and mental health. psychopathology in woman: incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. Springer International Publishing, v. 2, p. 81- 108, 2019.

CUTSHALL, S.L. Rape culture, intimate partner violence and sexual violence: a pilot study of an educational intervention for mnetal health professionals. 2019. 24f. Tese de Doutorado em Psicologia. Fielding Graduate University, 2019.

DALENBERG, C.J. *et al.* Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. National Library of Medicine, Psychol Bull, Psychological bulletin, v. 138, n. 3, p. 550, 2012.

KANDEĞER, A. NAZIROĞLU, A. The mediating effects of self-perception and somatoform dissociation in the relationship between domestic violence and suicidal ideation. Archives of Women's Mental Health, v. 24, n. 2, p. 251–257, 2020.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre. Artmed, 2017.

KIZILHAN, J. I.; STEGER, F.; NOLL-HUSSONG, M. Shame, dissociative seizures and their correlation among traumatised female Yazidi with experience of sexual violence. The British Journal of Psychiatry, v. 216, n. 3, p. 138–143, 2020.

KRAUSE-UTZ, A. *et al*. Linking experiences of child sexual abuse to adult sexual intimate partner violence: the role of borderline personality features, maladaptive cognitive emotion regulation, and dissociation. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, v. 8, n. 1, p. 1-12, 2021.

LEIDENFROST, K.I. *et al*. Intervenções psicológicas em contexto prisional: revisão sistemática. Interação em Psicologia, v. 25, n. 1, p. 11-123, 2019.

LEON, B.E. & ROŞCA, L. Sexual aggression-phenomena with negative impact on social life. Relaţii internaţionale. Plus, v. 16, n. 2, p. 254-265, 2019.

MANAGEMENT. Psychiatry and sexual Medicine: A Comprehensive Guide for Clinical Practitioners. Springer International Publishing, v. 1, p. 393-406, 2020.

PALÁCIO, A.F.C. *et al*. Intimate partner violence against woman: impact on mental health. Psychopathology in woman: incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. Springer International Publishing, v. 2, p. 55- 80, 2019.

RECIO- BARBERO, M. *et al.* traumatic life events and high risk for the development of psychopathology. psychopathology in woman: incorporating gender perspective into descriptive psychopathology. Springer International Publishing, v. 2 p. 109- 135, 2019.

TSCHOEKE, S. *et al.* Causal connection between dissociation and ongoing interpersonal violence: A systematic review. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, v. 107, p. 424–437, 2019.

TSCHOEKE, S. *et al.* History of childhood trauma and association with borderline and dissociative features. Journal of Nervous & Mental Disease, v. 209, n. 2, p. 137–143, 2020.

VALADARES, G. *et al.* Violence and woman's mental health. Psychopathology in Woman: Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology. Springer International Publishing, v. 2. p. 291 – 322, 2020.

VARESE, F. *et al.* Targeting dissociation using cognitive behavioural therapy in voice hearers with psychosis and a history of interpersonal trauma: a case series. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, v. 94, n. 2, p. 247-265, 2021.

WEBERMANN, A.R. *et al.* Intimate partner violence among patients with dissociative disorders. Journal of interpersonal violence, v. 36, n. 3-4, p. 1441-1462, 2021.

ÍNDICE REMISSIVO

Acne p. 1-6
Adolescência p. 49-55
Afecção ginecológica p. 98-105
Alojamento conjunto p. 134-139
Amamentação p. 135-145
Blues puerperal p. 215-221
Câncer p. 62-70; 128-133
Cândida albicans p. 106-113
Candidíase vulvovaginal p. 106-113
Cistite p. 27-32
Covid-19 p. 42-48; 146-162; 184-192
Depressão p. 56-61; 209-221
Dieta p. 1-6
Doença hipertensiva específica da gestação p. 14-26
Endometriose p. 98-105
Enfermagem p. 7-13; 128-139
Estresse p. 56-61
Gestação p. 14-42; 49-55
Gestante p. 7-13; 42-48
Ginecologia p. 98-105
Hiperandrogenismo p. 79-87
Infanticídio p. 222-228
Infecções sexualmente transmissíveis p. 114-127
Isolamento social p. 146-154
Infecção do trato urinário p. 27-32
Mamografia p. 62-70
Materindade p. 42-48
Metformina p. 87-97
Papilomavírus humano p. 114-133
Parto humanizado p. 193-208
Plano de parto p. 201-208
Pressão arterial p. 14-26
Prisão p. 7-13
Psicose puerperal p. 215-221
Puerpério p. 140-145; 209-214; 222-228
Questão jurídica do parto p. 201-208
Rastreamento p. 62-70
Resistência insulínica p. 87-97
Síndrome de Stein p. 71-78
Síndrome dos ovários policísticos p. 71-97
Síndrome Leventhal p. 71-78
Transtorno dissociativo p. 229-237
Treponema pallidum p. 33-41
Violência contra à mulher p. 155-192
Violência doméstica p. 146-154
Violência obstétrica p. 193-200
Violência sexual p. 163-172; 229-237
Vulnerabilidade materna p. 222-228