Epidemiologia, Intervenções,
Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

SAÚDE DA MULHER

VOLUME II

EDITORA
PASTEUR

EDITORA
PASTEUR

Série

Saúde da Mulher

3ª EDIÇÃO - VOLUME 02

Organizadores

Guilherme Barroso L. De Freitas
Bruna Martins Borba Silva

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
Dr. Daniel Brustolin Ludwig
Dr. Durinézio José de Almeida
Dr. Everton Dias D'Andréa
Dr. Emerson Carraro
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
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
3 ed. 2 vol - Irati: Pasteur, 2021.
1 livro digital; 327 p.; il.

Modo de acesso: Internet
https://doi.org/10.29327/544405
ISBN: 978-65-867-0062-6
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. Esta é a edição III da série Saúde da Mulher!

Leiam sem moderação!

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

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 - 01
O USO DO MÉTODO PILSET NA DISFUNÇÃO SEXUAL NA MULHER

CAPÍTULO 02 - 09
A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

CAPÍTULO 03 - 19
CUIDADOS PALIATIVOS E CÂNCER GINECOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CAPÍTULO 04 - 28
INFECÇÕES CAUSADAS PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E SUA ASSOCIAÇÃO COM O CÂNCER CERVICAL

CAPÍTULO 05 - 40
TRÍADE DA MULHER ATLETA

CAPÍTULO 06 - 48
RASTREIO E PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

CAPÍTULO 07 - 56
RELATO DE CASO: A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO FATOR DE PREDISPOSIÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL

CAPÍTULO 08 - 64
TERAPIAS USUAIS E ALTERNATIVAS NO TRATAMENTO DA ANOVULAÇÃO DEVIDO SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

CAPÍTULO 09 - 78
ASPECTOS GINECOLÓGICOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO

CAPÍTULO 10 - 92
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REALIDADE OCULTA

CAPÍTULO 11 - 101
DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS NA GRAVIDEZ E SUAS CONSEQUÊNCIAS

CAPÍTULO 12 118
MASTECTOMIA CONSERVADORA E INTERFACE COM A ONCOPLÁSTICA PARA MELHOR QUALIDADE DE VIDA: POR QUE NÃO?

CAPÍTULO 13 - 132
PRENHEZ ECTÓPICA

SUMÁRIO

CAPÍTULO 14 - 144
POBREZA MENSTRUAL

CAPÍTULO 15 - 155
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DA MULHER

CAPÍTULO 16 - 164
PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E ASSOCIAÇÃO COM O CÂNCER DE MAMA – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CAPÍTULO 17 - 177
OS EFEITOS DA QUIMIOTERAPIA COM PLATINA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

CAPÍTULO 18 - 185
AVANÇOS E DESAFIOS NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

CAPÍTULO 19 - 199
TRATAMENTO DA SOP COM USO DE METFORMINA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

CAPÍTULO 20 - 212
ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DO CÂNCER DE MAMA ASSOCIADAS À REDUÇÃO DE METÁSTASE

CAPÍTULO 21 - 223
CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO SOBRE A DINÂMICA DO TRATAMENTO E DOENÇA

CAPÍTULO 22 - 231
IMPACTOS DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO EM MULHERES ADULTAS: ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS

CAPÍTULO 23 - 242
PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DA MULHER

CAPÍTULO 24 - 251
MUDANÇA DOS HÁBITOS DE VIDA COMO TERAPÊUTICA EM MULHERES PORTADORAS DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO ASEQUENTES DE POLITRAUMATISMOS

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 25 - 265
PARTO CESÁREO ELETIVO ASSOCIADO AO AUMENTO DE COMORBIDADES NEONATAIS E MATERNAS A CURTO PRAZO

CAPÍTULO 26 - 277
IMPACTOS DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA DA MULHER NO BRASIL: REVISÃO LITERÁRIA

CAPÍTULO 27 - 283
A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

CAPÍTULO 28 - 293
A SAÚDE DA MULHER NO CÁRCERE BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

CAPÍTULO 29 - 300
IMPACTOS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NOS CASOS DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

CAPÍTULO 30 - 308
OSTEOARTRITE EM MULHERES OBESAS: HÁ RELAÇÃO?

CAPÍTULO 31 - 315
NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 01

O USO DO MÉTODO PILSET NA DISFUNÇÃO SEXUAL NA MULHER

AUTORES
THAYNARA HEVELLIN EVANGELISTA[1]
ANA CAROLINA FERREIRA PRUDENTE[1]
CAROLINE PINA RIBEIRO DE SOUZA[1]
HILARY HEVELLIN EVANGELISTA[1]
ISABELLA CORREIA TEODORO DE ARAÚJO[1]
LÍVIA GRANDINI ALBIERO[1]
MARIA EDUARDA CURADO NAVES[1]
RENATA BUENO BUCCI PY[1]
TIAGO DORNELAS GOULART[1]
VITÓRIA ABDALA MANSO[1]
IZABELLE BARRETO SILVA[2]
MARIA CAROLINA PEREIRA DE CARVALHO[3]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de Goiânia
[2]Discente – Medicina da Faculdade Morgana Potric
[3]Discente – Medicina do Centro Universitário de Mineiros, Campus Trindade

Palavras-chave: Aconselhamento sexual; Disfunção sexual; Saúde da mulher; PILSET.

INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos, a mulher tem recorrido aos cuidados médicos, com mais frequência, em busca de solução para os problemas que interferem na sua qualidade de vida, em especial aqueles relacionados com sua função sexual (LARA *et al*, 2008). Estudos apontam que a queixa principal de procura por consultas em ginecologista é em relação a diminuição do desejo sexual, em que muitas mulheres apontam que gostariam que os médicos tivessem uma iniciativa e qualificação nesta área (LARA *et al*, 2008). Dessa maneira, devido a alta prevalência de disfunção sexual entre as mulheres, o modelo PILSET, é uma técnica relevante que favorece o diálogo médico-paciente sobre a função sexual humana ajudando a mulher na temática da saúde sexual.

O uso do método PILSET aborda quatro níveis de intervenção: permissão, informações limitadas, sugestões específicas e terapia intensiva. Com isso, a utilidade desta metodologia fez com que as mulheres tivessem contato com uma melhor compreensão das questões sexuais e aprendessem a lidar com situações estressantes durante doenças pré-existentes para que finalmente promovessem a saúde mental à elas (KAZEMI, *et al*., 2020). Além disso, hoje, acredita-se que a qualidade de vida sexual está inter-relacionada com o grau de satisfação com a vida e o nível de qualidade de vida, de forma que a baixa qualidade de vida sexual pode ser um sinal de estado de saúde e qualidade de vida geral na sociedade (KAZEMI, *et al*., 2020 apoud LAMYIAN *et al*., 2016). Dessa forma, espera-se que a prática clínica holística seja centrada no paciente, o que envolve ouvir, informar e envolver os pacientes em sua prestação de cuidados (CHOW, *et al*., 2020).

As disfunções sexuais frequentemente observadas em mulheres com câncer de mama incluem perda de libido, dispareunia, atrofia e secura vaginal, sensibilidade reduzida da mama e prazer sexual reduzido (FAGHANI e GHAFFARI, 2016 apoud DeSimone *et al*., 2014; Gilbert *et al*., 2010; Ussher *et al*., 2012). Como um símbolo de beleza, maternidade e atração sexual, o seio é um órgão cuja perda ou deformação pode causar efeitos adversos na vida sexual, uma imagem corporal negativa, um sentimento de atração e beleza perdidas, baixa autoestima e reduz interações sociais (FAGHANI e GHAFFARI, 2016 apoud Arroyo e Lopez, 2011). O tratamento do câncer, suas complicações associadas e os danos causados pela experiência do câncer têm um efeito dramático em muitos aspectos do funcionamento sexual (FAGHANI e GHAFFARI, 2016 apoud Gilbert *et al*., 2010), o que influência no agravamento de pro-blemas sexuais no decorrer do tempo. Enfermeiros e equipes de saúde podem ajudar mulheres com câncer de mama avaliando suas necessidades sexuais e escolhendo a melhor estratégia para atender a essas necessidades; por exemplo, ensinando habilidades relevantes e aumentando seu conhecimento sexual (Latini *et al*., 2009).

A vida sexual de pessoas com esclerose múltipla (EM) sempre foi um desafio , pelo fato dessas pessoas experimentarem estresse, depressão, ansiedade e culpa (KAZEMI, *et al*., 2020). A EM é uma doença autoimune crônica que pode apresentar por consequência a disfunção sexual prejudicando a qualidade de vida sexual da mulher, casada ou não, tendo em vista, que a baixa qualidade de vida sexual aumenta a depressão e resulta em problemas de manutenção de relacionamentos íntimos e sociais (KAZEMI, *et al*., 2020 apoud BARTON *et al* 2018). O modelo PLISSIT foi empregado

como uma estrutura para aconselhamento sexual em mulheres com EM e conseguiu aumentar a pontuação média da função sexual e suas subescalas, exceto para dispareunia (MALAKOUTI, *et al*., 2020). Ademais, saúde sexual significa cuidar de mulheres saúde sexual, identificando suas preocupações e ajudando-os a melhorar sua qualidade de vida sexual (KAZEMI *et al*, 2020).

Durante o período pós-parto, a amamentação e a dispareunia causam disfunção do assoalho pélvico, reduzem o nível de estrogênio e, finalmente, diminuem a função sexual. A doença pós-parto foi marcada pelo aumento dos conflitos conjugais e pela redução da satisfação conjugal. Visto que os cuidados de rotina não são suficientes para resolver os problemas sexuais durante o período pós-parto, é essencial que os profissionais de saúde ofereçam treinamento em sexualidade aos casais (MALAKOUTI *et al*., 2020 apoud CONVERY KM, SPATZ DL, 2009). Os resultados do estudo sugeriram que o aconselhamento sexual baseado no modelo PILSET melhorou a função sexual e suas subescalas e aumentou o escore de satisfação conjugal das mulheres no pós-parto (MALAKOUTI *et al*.,2020). Viu-se que o uso desse modelo, causou um aumento substancial no desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e satisfação sexual em mulheres recém-casadas e o presente estudo mostrou que o aconselhamento pode aumentar a satisfação conjugal em puérperas (MALAKOUTI *et al*., 2020). Foi visto também que a eliminação de problemas e disfunções sexuais e a melhoria da satisfação conjugal podem aumentar a qualidade de vida das mulheres e ajudar a criar uma vida familiar forte e duradoura (MALAKOUTI *et al*., 2020 apoud Mirghafourvand eat al., 2018).

Ademais, é importante fornecer informações suficientes sobre sexualidade e cuidados com antecedência para aliviar os pacientes preocupações que podem surgir após o diagnóstico e tratamento de câncer ginecológico (CHOW, *et al*., 2020), como também das outras problemáticas citadas. Além disso, vários estudos confirmaram a eficácia deste modelo na resolução de problemas sexuais e considerá-lo uma inter-venção benéfica a ser utilizada por enfermeiros na pesquisa, educação e prática de enferma-gem (FAGHANI e GHAFFARI, 2016). De acordo com diferentes literaturas, foram encontrados efeitos significativos no trata-mento das preocupações sexuais das mulheres com o uso do PLISSIT (BANAEI *et al*, 2018).

Por fim, o objetivo deste estudo é aconselhar mulheres a desenvolver sua saúde sexual de uma forma mais clara, utilizando o modelo de estudo PILSET, visando a qualidade de vida, participação e interesse na atividade sexual. Além disso, o método possui vantagens por ter uma estrutura apropriada para a educação feminina sobre as disfunções sexuais. O que resultou em que várias estratégias fossem propostas para melhorar os os problemas sexuais, incluindo modelos como a atividade, libido/desejo, excitação/orgasmo e informações médicas (FAHANI e GHANFFARI, 2016 apoud ANDERSEN, 1990, p. 2)

MÉTODO

Este trabalho utilizou como método a revisão integrativa, que é uma estratégia para a identificação e análise das evidências existentes de práticas de saúde, quando a produção de conhecimento científico não está suficientemente fundamentada. Tendo em vista a crescente frequência de disfunção sexual em mulheres e por esse assunto ser pouco discutido entre pacientes/médicos, tanto pela falta de

abordagem correta, quanto pelo desconhecimento de técnicas de investigação sobre o tema, o modelo PILSET parece ser uma técnica de abordagem que favorece o diálogo entre o médico e a paciente sobre a função sexual humana permitindo o acesso às queixas sexuais, assim, formulou-se a pergunta científica que guiará este estudo "O método PILSET é relevante na identificação e manejo da disfunção sexual na mulher?".

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados nesta pesquisa incluem: estudos publicados entre os anos de 2016-2021 nos idiomas português e inglês, com resumos disponíveis na base de dados eletrônica: PubMed (arquivo digital produzido pela National Library of Medicine na área das Biociências) e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo de delineamento descritivo, quantitativo e qualitativo, em ensaios clínicos controlados, estudos observacionais e de prognóstico**.** 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. Para a busca dos artigos selecionados foram utilizados os seguintes descritores de assunto: Aconselhamento sexual; Disfunção sexual; Saúde da mulher, que fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e MeSH, bem como os termos " PLISSIT" e "PILSET", da método-logia estudada, que ainda não se encontra na base de dados DeCS. Após os critérios de seleção restaram 18 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Excluíram-se aqueles divergentes do objetivo específico restando 10 estudos para análise integral. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi realizada de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as pesquisas cujos dados estão aqui relacionados são internacionais, devido a escassez de aplicabilidade prática das publicações brasileiras sobre o assunto. É encontrada na literatura em várias áreas a atuação do método PILSET, mostrando sua efetividade na vida da população feminina. Esse modelo auxilia profissionais orientarem mulheres a discutirem sobre sexualidade e saúde sexual, permitindo uma maior relação médico-paciente e a contribuição para a qualidade de vida da mulher, além de facilitar quando associado ao tratamento de limitações físicas e neurológicas. Dessa forma, enfatiza o efeito positivo na reabilitação do pós parto, esclerose múltipla, sobreviventes de câncer (CA) de mama, mulheres que realizaram histerectomia, entre outros.

A equipe multidisciplinar pode usar o modelo no próprio ambiente de saúde para tratar as necessidades sexuais e dificuldades do casal. A intervenção pode ser feita ao mesmo tempo que o tratamento da patologia de base, como no caso de pacientes com CA de mama e ginecológico, lesão cerebral ou durante o acompanhamento puerperal.

Baseado na revisão sistemática e metanálise apresentamos uma síntese dos aspectos mais importantes da aplicabilidade do método PILSET, computando um total de 539 participantes, com os seguintes resultados:

Em um estudo com amostra de 68 mulheres, pós-parto, os participantes foram designados aleatoriamente para os grupos de intervenção e controle. As participantes do

grupo de intervenção receberam aconselhamento com base no modelo Ex - PLISSIT em uma sessão de 60 a 90 minutos e as do grupo de controle receberam os cuidados pós-parto de rotina. Resultou que não houve diferença estatisticamente signifi-cativa entre os dois grupos em termos de função sexual no início do estudo (P = 0,381), mas foi significativamente maior no grupo de intervenção do que no grupo de controle após a intervenção.

Em um estudo com amostra de 62 mulheres, casadas com esclerose múltipla. O grupo experimental, baseado no modelo PILSET, o aconselhamento face a face foi realizado semanalmente em 4 sessões e cada sessão durou entre 45 e 75 minutos. O grupo controle não recebeu intervenção. O instru-mento de coleta de dados foi um questionário de qualidade de vida sexual contendo 18 questões. Sucedeu que não houve diferença significativa entre os dois grupos antes da intervenção (P> 0,05). No entanto, 2 semanas e 2 meses após a intervenção, o nível geral de qualidade de vida sexual no grupo experimental foi significativamente melhor do que no grupo de controle (P < 0,05).

Em um estudo com amostra de 80 participantes, apresentando câncer gineco-lógico. Obteve uma abordagem de mapeamen-to conceitual com três fases, sendo a fase I envolvendo entrevistas individuais, a fase II produzindo um mapa conceitual e a fase III avaliando a aplicabilidade do mapa conceitual à prática clínica. Sucedeu que as participantes apoiaram a aceitabilidade e adequação do modelo de prática recém-desenvolvido para orientar a prestação de cuidados de sexual-dade no contexto clínico local.

Em um estudo com amostra de 19 participantes, sobreviventes de câncer de mama, um estudo piloto de controle foi conduzido comparando o modelo de interven-ção PILSET ao tratamento usual. A intervenção foi realizada por dois profissionais de saúde (enfermeira e terapeuta sexual profissional) consistindo de cinco sessões sobre aconselhamento, anatomia da genitália, resposta sexual humana e função sexual. Resultado abordou que Houve melhora significativa na saúde física (P = 0,031), relações sociais (P = 0,046), orgasmo (P = 0,055), e dor (P = 0,049) ao longo do tempo e a intervenção resultou em melhora da excitação (P =0,038).

Em um estudo com amostra de 80 pacientes submetidas à histerectomia, aconse-lhamento individual foi conduzido com mulheres no grupo de intervenção com base no modelo EX-PLISSIT , em que duas sessões semanais de 1 hora eram realizadas no centro de pesquisa por uma conselheira. As ferramentas de pesquisa incluíram uma lista de verificação de características demográficas e sociais e os questionários: Escala de Depres-são, Ansiedade e Estresse (DASS) - 21; Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e Qualidade de Vida Sexual Feminina (SQOL-F), realizadas antes e oito semanas após a última sessão de aconselhamento. Resultou no benefício do modelo de aconselhamento PILSET por contribuir na melhora do funcionamento sexual, além da qualidade de vida sexual de mulheres que se submeteram à histerectomia. A pontuação média do funcio-namento sexual melhorou por meio de aconselhamento no grupo de intervenção, mas o funcionamento sexual no grupo de controle não mudou significativamente.

Em um estudo com 90 lactantes, com pelo menos um problema sexual. As ferramentas de avaliação envolvem ques-tionários de

informação demográfica e obstétrica, satisfação sexual de Larson, depressão pós-parto de Edinberg e Índice de Função Sexual Feminina (FSFI). Os dados foram coletados antes da consulta e 4 semanas após a consulta. O resultado deste estudo enfatiza que os problemas sexuais em mulheres lactantes diminuíram com a aplica-ção do método PILSET. Após a intervenção, no grupo PILSET a disfunção sexual feminina foi de 46,70%, enquanto no grupo controle a disfunção sexual feminina foi de 91,10%. Essas diferenças foram estatisticamente significativas (P < 0,001).

Em um estudo de 50 sobreviventes com câncer de mama mastectomizadas. Destaca o aconselhamento sexual com base no modelo PILSET em quatro níveis, incluindo Permissão, Informação Limitada, Sugestão Específica e Terapia Intensiva apresentada em quatro sessões de 90 minutos conduzidas por uma pesquisadora para mulheres pós-mastectomia e por um pesquisador do sexo masculino para seus maridos. Os resultados do presente estudo mostraram mau funciona-mento sexual na maioria das mulheres pós-mastectomia. Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos em termos de pontuação de funcionamento sexual antes da intervenção (P = 0,246); entretanto, uma diferença significativa foi observada entre eles após a intervenção (P < 0,001). Dessa forma, os presentes achados mostraram um aumento na qualidade média de vida sexual em mulheres pós-mastectomia após a intervenção baseada em PILSET.

Em um estudo com 90 mulheres diagnosticadas com disfunção sexual e esclerose múltipla. O aconselhamento sexual foi feito para todas as mulheres no grupo experimental durante quatro semanas, uma sessão de 90 minutos por semana usando o método com o profissional treinado. Os resultados deste estudo mostraram um signifi-cativo aumento de escala na pontuação total do FSFI no EG na segunda e terceira avaliações (2 meses e 3 meses após a intervenção), em comparação com a primeira avaliação (antes da intervenção). Esses achados estão de acordo com outros estudos que utilizaram o modelo PILSET na educação ou aconselhamento sexual, cujos resultados mostraram que a aplicação desse modelo pode levar a uma diminuição na prevalência e gravidade da disfunção sexual, além de melhoria da função sexual de mulheres com esclerose múltipla.

Tabela 1.1 Resumo de estudos envolvendo método PILSET em específicas características clínicas como intervenção

Número de participantes	Característica clínica	Resultados
68	Pós parto	Eficaz
62	Casadas com esclerose múltipla	Eficaz
80	Câncer ginecológico	Eficaz
19	Sobreviventes de CA de mama	Eficaz
80	Submetidas à histerectomia	Eficaz
90	Lactantes, com pelo menos um problema sexual	Eficaz

50	Sobreviventes com câncer de mama mastectomizadas	Eficaz
90	Disfunção sexual e esclerose múltipla	Eficaz

Os resultados deste estudo mostraram significativamente que o modelo PILSET é uma técnica de abordagem que favorece a comunicação entre profissionais da saúde e paciente referente à função sexual humana e suas queixas, consolidada em quatro elementos destacados por *Lima*:

> (...) permissão (P): "permitir" que a paciente tenha relação sexual considerando os aspectos fisiológicos da resposta sexual; informação limitada (IL): informar sobre a fisiologia da resposta sexual e sobre a anatomia da genitália, orientando os locais de maior sensibilidade prazerosa da vulva e vagina (clitóris, pequenos lábios e intróito vaginal); sugestão específica (SE): aconselhar e sugerir mudanças na conduta sexual de acordo com critérios fundamentados na fisiologia da resposta sexual, e orientar mudança de atitude (atitude assertiva); terapia sexual (T): encaminhar para a terapia sexual todos os casos de conflitos mais graves, como anedonia, conflitos relacionais seguidos de agressão verbal ou física, abuso sexual e distúrbios de 23 comportamento ou desvio sexual e outros, além daqueles que não respondem às orientações básicas (LIMA, 2013).

Sendo assim, enfatiza a conscientização dos profissionais de saúde diante dos proble-mas relacionados à intimidade sexual, além de orientações quanto à reflexão sobre as expectativas versus a realidade junto com as mulheres. Explorando maneiras simples e aplicáveis de indagações referentes à saúde sexual que reforçam a integração e normalização da saúde sexual em um ambiente de saúde (ALMEIDA, *et al*; BANAEI, *et al*).

Por fim, *Z. Kazemi et al*. esclarece também que a implementação deste modelo não requer tecnologias educacionais avançadas, e com o comprometimento dos profissionais de saúde participarem das oficinas relativas ao método PLISSIT, favorece a aplicabilidade os três primeiros níveis do modelo para seus pacientes, como resultado, as limitações sexuais poderiam ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

CONCLUSÃO

Conclui-se, que, o método PILSET é relevante na identificação e manejo da disfunção sexual na mulher, visto que aborda as questões vividas pelas mulheres e permite auxiliá-las sem maiores complexidades, além de ser uma ferramenta prática e de fácil disponibilidade para os profissionais da saúde. Ademais, o método apresenta diferentes campos de intervenção, como nas áreas das características clínicas de pacientes pós-parto, câncer ginecológico, sobreviventes de CA de mama, e entre outras patologias. Tal método mostrou-se eficaz na promoção da saúde da mulher, com a melhora na qualidade de vida sexual, aprimoramento do funcionamento sexual e atenuação na prevalência da disfunção sexual. Entretanto, há poucos estudos sobre o método, logo novos estudos devem ser realizados para maior difusão do conhecimento sobre o método PILSET.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Natalia Gongim; KNOBF, Tish M; OLIVEIRA, Marcos Renato; SALVETTI, Marina de Góes; ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; FIALHO, Ana Virgínia de Melo. A Pilot Intervention Study to Improve Sexuality Outcomes in Breast Cancer Survivors. Asia Pacific Journal of Oncology Nursrsing; v.7, n. 2, p.161-166, 14 jan 2020.

AYAZ, Sultan; KUBILAY, Gulumser. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. Journal of Clinical Nurssing, v. 18, p.89-98, jan 2009.

CHOW, Ka Ming; CHAN, Carmen Wing Han; CHOI, Kai Chow *et al*. A practice model of sexuality nursing care: a concept mapping approach. Support Care Cancer v.29, p.1663–1673, março 2021.

FAGHANI, Safieh.; GHAFFARI, Fatemeh. Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention; 17 (11), 2016.

JUNQUEIRA, Flavia Raquel Rosa *et al*, Abordagem das disfunções sexuais femininas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, jun 2008.

MAHMOODI, Marieh Dangersaraki; MAASOUMI, Raziyeh; HAMZEHGARDESHI, Zeinab; KHARAGHANI, Roghieh. Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: a randomised controlled trial. Sexual Health 16, 225-232, jun 2019.

MALAKOUTI, J; GOLIZADEH, R; MIRGHAFOURVAND, M; FARSHBAF-KHALILI, A. The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial. Journal of Education and Health Promotion. 9: 284. 30 out 2020

THRUSSELL, Heen; COGGRAVE, Maureen; GRAHAM, Allison. *et al*. Women's experiences of sexuality after spinal cord injury: a UK perspective. Spinal Cord 56, 1084–1094, nov 2018.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 02

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

AUTORES
ARIANE FURBRINGER[1]
FLAVIA TURMENA BAGGIO[1]
GABRIELA DAL PIVA[1]
GIULIA VERÔNICA GARCIA MAES[1]
JÚLIA CASANOVA VINHAGA[1]
JULIA MASSOTTI PINTO[1]
MARIA JÚLIA BAPTISTA[1]
EMERSON DA SILVEIRA[2]
MARINA CORBETA BENEDET[3]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Curso de Medicina na Universidade do Vale de Itajaí
[2]Docente – Curso de Medicina na Universidade do Vale de Itajaí
[3]Docente – Curso de Psicologia na Universidade do Vale de Itajaí

Palavras-chave: Violência doméstica; COVID-19; Isolamento social.

INTRODUÇÃO

A violência contra mulher pode ser compreendida como qualquer ação ou conduta baseada no gênero que ocasione a morte ou cause danos físico, sexual, psicológico ou social à mulher, nos âmbitos público ou privado (SANTOS *et al.*, 2020). São exemplos de manifestações clínicas, no plano físico, inflamações e hematomas pelo corpo; no âmbito sexual, lesões das mucosas oral, anal e vaginal, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez; no contexto mental, insônia, pesadelos, a irritabilidade, crises de pânico, uso de álcool e drogas e depressão; no setor social, isolamento, medo de que se repita, mudanças frequentes de emprego ou moradia (BRASIL, 2002).

Ademais, necessidades de relacionamentos, estima e autorrealização das mulheres vítimas de violência também são abaladas. Essas mulheres experienciam uma complexa introjeção da forma como são tratadas pelos agressores, o que acarreta em distorção da maneira como percebem, não só a si mesmas e aquilo que vivem, mas também a pessoas e situações do seu entorno (SANTOS *et al.*, 2020).

Afetadas de inúmeras formas, mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde, em especial das Unidades Básicas de Saúde, apresentando sintomas como palpitações, ansiedade, nervosismo, in-sônia ou perturbações digestivas. Em geral, são tidas como "poliqueixosas", devido aos resultados normais em investigações e exames, quando na maioria dos casos, esses sintomas são decorrentes das marcas deixadas pela violência (BRASIL, 2002).

Além dos números previamente alarmantes de casos de violência contra mulheres, o isolamento em casa, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como padrão ouro para conter a propagação da COVID-19, pode potencializar fatores que contribuem para o aumento dessa violência. Segundo a própria organização, o número de casos de feminicídio cresceu no ano de 2020, comparado ao ano de 2019. Registros públicos ainda confirmam queda na abertura de boletins de ocorrência, evidenciando que, ao mesmo tempo em que as mulheres estão mais vulneráveis durante a pandemia, elas têm maior dificuldades para formalizar queixa contra os agressores (SANTOS *et al.*, 2020).

O cenário de quarentena por conta da COVID-19, aumentou a reclusão da mulher no mesmo espaço que o agressor, uma vez que grande parte da violência parte de pessoas presentes no ambiente familiar da vítima, o que inviabiliza um ambiente seguro para elas. Essa instabilidade nos parâmetros de segu-rança é a base que explica o porquê da violência doméstica contra a mulher se mostrar acentuadamente elevada durante a pandemia. Além da dificuldade em denunciar o agressor, fatores adicionais que as vítimas precisam transpor são a queda da renda mensal e o desemprego, que atrapalham na hora da procura por uma nova moradia (SANTOS *et al.*, 2020).

Considerando a delicadeza dos quadros de violência, o profissional deve desenvolver atitude compreensiva e empática, evitando julgamentos. Somada a isso, a comunicação no momento da consulta deve ser formulada de maneira cuidadosa, uma vez que a escolha das palavras é fator importante para reconhecer o problema da violência e estimular a vítima a falar abertamente sobre ele (BRASIL, 2002).

O objetivo do estudo foi contemplar e reverberar informações sobre o relevante tema da violência contra a mulher e chancelar sua importância diante do contexto atual de

pandemia, a fim de tornar o assunto mais discutido e palpável na prática médica.

MÉTODO

O presente capítulo consiste em uma revisão sistemática com objetivo do estudo da relação da violência doméstica com a pandemia causada pela COVID-19. O traba-lho, foi feito com base na análise de um tema sensível, pouco explorado e pouco difundido na pandemia do COVID-19, com o intuito de alertar sobre a estreita relação que há entre a pandemia do SARS-CoV-2 e a violência da mulher. A metodologia utilizada para a realização do artigo de revisão foi a pesquisa bibliográfica digital, desenvolvida com pro-dução científica indexada nas seguintes bases eletrônicas de dados: SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde e site do Ministério da saúde todos analisados do período de março de 2021 até junho do mesmo ano, tendo como foco publicações que apresentam relação com a violência da mulher. As palavras chaves usadas para a pesquisa foram: violência doméstica, COVID-19, acolhimento, mulher, pandemia e ISTs. A revisão foi realizada em torno de uma pergunta específica: a violência contra a mulher piorou no contexto da pandemia? Por meio dela foram identificados, selecionados e avaliados estudos a serem incluídos na revisão.

A partir da pergunta "estímulo", utilizou-se 4 cadernos e 25 artigos, dos anos 2002 até 2021. Destes, foram excluídos 15 artigos e 2 cadernos por não representarem importância e concordância com o tema abordado. Os parâmetros utilizados para escolha dos artigos restantes foram possuir relação com a pandemia da COVID-19, estarem em portu-guês e artigos que estavam disponíveis na íntegra. Por fim, os artigos selecionados foram lidos e resumidos de forma individual pelas integrantes do grupo e posteriormente, de forma conjunta, foi feita a leitura e construção do texto como um todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno da violência contra a mulher não escolhe cultura, grupo étnico e religioso, classe e escolaridade, mas as experiências das mulheres mudam conforme a desigualdade no acesso à justiça e aos serviços de saúde e no contexto da Covid-19, isso se agrava ainda mais.

A pandemia da Covid-19, trouxe consigo além de uma grave crise sanitária, distan-ciamento social, com fechamento parcial de atividades econômicas, escolas e restrições de eventos e serviços públicos. Com isso, houve intensificação da presença das famílias na sua própria residência, o que gerou aumento nos casos de violência doméstica, e ao mesmo tempo pode ter coibido acesso a redes e serviços públicos, causando privação de informação e ajuda (IPEA, 2021).

Em todas as crises humanitárias anteriores, reduziram-se o acesso aos serviços de atenção à violência de gênero, à saúde mental e à saúde materna e infantil (Hall *et al.*, 2020). As mulheres são a maioria entre trabalhadores da saúde e informais, o que as expõe a maior risco de infecção pelo vírus, perda de emprego e renda; assim "as sobreviventes da violência podem enfrentar obstáculos adicionais" (ONU Mulheres, 2020).

Os casos de feminicídio cresceram 22,2% entre março e abril do ano de 2020, em 12 estados do país, comparativamente ao ano de 2019 (SOUZA, apud SANTOS *et al.*, 2020). Além disso, cresceram 37,6% das chamadas para o nº 190 para situações de violência doméstica em abril, período em que todos os

estados já adotavam medidas de isolamento social; por outro lado houve a redução de 28,2% dos registros de estupro e estupro de vulnerável, dado preocupante, pois as vítimas podem não estar conseguindo chegar até a polícia para denunciar a violência (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020). Além disso, antes da pandemia uma a cada três mulheres em idade reprodutiva, era vítima de violência física ou violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo durante a vida, e mais de um terço dos homicídios de mulheres são perpetrados em seus relacionamentos interpessoais (SOUZA, apud VIEIRA *et al.*, 2020). No entanto, a atual pandemia ampli-ficou os casos de violência doméstica contra mulheres e meninas, com prevalência até três vezes maior em comparação com o mesmo período de 2020, (SOUZA, apud VIEIRA *et al.*, 2020) visto que mulheres que já viviam em situação de violência doméstica sem lugar seguro, foram obrigadas a permanecer mais tempo no próprio lar junto a seu agressor, diminuindo assim as chances de denúncia (SOUZA, apud SANTOS *et al.*, 2020).

De acordo com os resultados evidenciados na pesquisa desenvolvida por Santos *et al*, a pandemia da COVID-19 pode afetar a mulher que sofre violência doméstica em todos os níveis hierárquicos da pirâmide de Maslow, apresentada na **Figura 2.1,** como em suas necessidades fisiológicas, de segurança, de relacionamento e afeto, de autoestima e de auto realização, apesar da estratégia de confinamento orientada pelas autoridades sanitárias ser necessária e fundamental ao enfrentamento da COVID-19 (SOUZA *et al.*, 2020).

Outro obstáculo enfrentado é o desafio da inclusão digital, situação agravada na pan-demia, pois existe uma parcela significativa da população que não tem acesso à internet em casa. O que torna as mulheres mais vul-neráveis na situação de isolamento social, por não terem como denunciar, ou buscar ajuda. Além disso, a situação de atendimento remoto introduz temor de quebra de sigilo. Seria preciso ter um plano de segurança online, pois a confiança é primordial para que a vítima se sinta à vontade. Importante destacar que o cárcere privado e cerceamento de comu-nicação podem ser realizados no contexto da violência contra mulher, adicionando um desafio ao atendimento (CAMPOS *et al.*, 2020).

Figura 2.1 Imagem representativa da pirâmide de Maslow

Legenda: A pirâmide de Maslow, representando as diferentes hierarquias necessárias para o bem-estar feminino. **Fonte:** Opinionbox., 2018.

A organização de um serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual deve atender a alguns requisitos. Em primeiro lugar, o acesso deve ser universal, o serviço deve ser referência para todas as mulheres, independentemente de categoria social ou tipo de convênio médico. É re-comendável, quando há mais de um serviço na região, que se estabeleça a regionalização do atendimento, de modo a permitir que a mulher possa ser atendida no local mais próximo de sua casa, onde aconteceu o crime (BEDONE *et al.*, 2007).

Em relação a acessibilidade, princípio fundamental da perspectiva dos direitos humanos, os territórios de alta vulnerabilidade queixam-se que o aplicativo 180 – Boletim de Ocorrência (BO) on-line não funciona. Por mais que em todos os serviços pesquisados se critique a maneira inadequada como a polícia trata mulheres vítimas de violência, sobretudo em relação as mulheres negras, o suporte permanente desta instituição é necessário e deve ser qualificado (CAMPOS *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, a criação das Delegacias de Defesa da Mulher foi um marco importante para mudar esta situação. Entretanto, deve-se ampliar o atendimento das Delegacias da Mulher, mantendo-se plantões de 24 horas, pois os casos de violência acontecem com maior frequência fora do horário comercial. No mesmo sentido, providências que visem oferecer melhores condições de atendimento nos Institutos Médicos Legais tendem a facilitar o acesso aos exames de corpo de delito (BEDONE *et al.*, 2007).

Mulher em situação de violência: assistência à vítima

Estudos internacionais aconselham a adoção de modelos de atendimento integral e intersetorial, e sugerem que os gestores da Atenção Primária (AP) devem encontrar formas de integrar os serviços da polícia, segurança, jurídico e de assistência social, para que as mulheres em situação de violência possam se beneficiar desse tipo de abordagem. (SILVA *et al.*, 2015)

No Brasil, os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência são o da polícia/delegacia e as unidades de pronto atendimento, quando a lesão causada requer tratamento (SILVA *et al.*, 2015).

O modelo de rede de atenção é o mais recomendado por diversos estudiosos da área da violência contra a mulher. O acesso à rede pode acontecer em qualquer local e os casos devem transitar nos serviços que a compõem. A relação que se estabelece entre os serviços é de uma organização em nível horizontal, em que todos têm funções diferentes, essenciais e com o mesmo grau de importância. Um dos serviços de saúde que compõem a rede na AP é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada porta de entrada para o atendimento na rede de atenção à saúde. Nessa lógica, as mulheres em situação de violência podem ser atendidas na ESF pelas equipes e encaminhadas para serviços especializados de saúde e de outros setores complementares, dada a complexidade e o caráter transversal do problema (SILVA *et al.*, 2015).

A constituição da rede de atenção à mulher em situação de violência se constitui um desafio para os gestores e profissionais da saúde da AP. Nesse aspecto, salienta-se que a eficácia das ações depende de um trabalho intersetorial e de políticas públicas trans-parentes e fortes, além de um adequado preparo dos profissionais (SILVA *et al.*, 2015).

As práticas e posturas dos profissionais dos diversos setores são distintas e desagregadas, e essa configuração fragmentada da rede pode fragilizar a mulher quanto à busca pelo apoio institucional, fazendo com que ela enfrente a situação solitariamente (SILVA *et al.*, 2015).

Embora se reconheça que cada mulher terá uma trajetória própria para sair da situação de violência, na perspectiva de um trabalho em rede, criar um protocolo e um fluxo definido fornece às profissionais condições mais seguras para atuarem. O contato permanente entre as instituições que compõem a rede de atenção por meio de fóruns e reuniões com discussão, para avaliar a forma de organização dos trabalhos,

pode manter o apoio de que cada setor precisa para direcionar as práticas aos direitos das mulheres. Isso posto, salienta-se que o caráter maleável da rede implica na revisão permanente dos serviços, de seu funcionamento e do fluxograma estabelecido para atender as mulheres, tendo em vista as peculiaridades dos casos (SILVA *et al.*, 2015).

Vítimas de violência doméstica apresentam mais problemas de saúde, consequentemente maior a necessidade da utilização dos serviços de saúde, gerando maior custos nos tratamentos, além de apresentar com mais frequência aos postos atendimentos em urgências e emergência (SOUZA, apud MACHADO *et al.*, 2020). A violência contra a mulher deve ser sempre priorizada como um problema urgente na atenção à saúde. No entanto, muitas delas, chegarão com outras queixas ao serviço, as quais em um primeiro momento podem não se mostrar correlacionadas à violência. Dessa forma, nunca se deve duvidar ou desvalorizar as informações fornecidas pela vítima, tendo em vista a dificuldade de fala sobre a situação. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde, estejam bem esclarecidos em relação ao assunto para que não existam julgamentos ou omissões, devem conhecer as redes de apoio presentes na região, e ainda realizar o acolhimento e escuta ativa, estando atentos ao discurso da mulher (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A violência doméstica geralmente não começa pela violência física, mas sim por seus outros nuances, como xingamentos, diminuição e proibições (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020). Neste cenário, é muito importante que o profissional de saúde fique atento, e esteja capacitado a explicar sobre os tipos de violência e informar à vítima sobre seus direitos (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Ademais, algumas atitudes são essenciais para possibilitar à mulher sentir-se acolhida e apoiada: Ajudá-la a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico de violência, riscos, moti-vação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, recursos sociais e familiares; Oferecer diferentes opções para lidar com o problema que ela está vivenciando, garantindo-lhe o direito de escolha, forta-lecendo sua autoestima e autonomia; Estabe-lecer passos graduais, concretos e realistas, construindo um mapa dos recursos, alternativas e ações; Apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial do fato e informá-la sobre o significado do exame de corpo de delito; Sugerir encaminhamento aos órgãos competentes; Orientar a mulher quanto ao seu direito e importância de guardar uma cópia do Boletim de Ocorrência; Estimular a construção de vínculos com diversas **Fonte**s de assistência, acompanhamento e proteção, reforçando a sistemática de atuação de uma rede de apoio; Caso necessário, encaminhar ao atendimento clínico na própria unidade ou para serviço de referência, conforme a gravidade e especificidade de danos e lesões; Sugerir encaminhamento para atendimento psicológico individual; Manter visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso (BRASIL, 2002). Além disso, é importante que sejam descritos em prontuário os dados completos sobre as circunstâncias da situação de violência, colhidos em entrevista e no exame físico (com registro e classificação de todas as lesões identificadas) (BRASIL, 2002).

Por responsabilidade e ética, o profissional deve atentar ao tempo particular que a pessoa pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo para a

relação terapêutica (BRASIL, 2016, apud TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2019).

Ademais, os Agentes comunitários de saúde (ACS) também podem ser importantes aliados na prevenção de violência, pois o acompanhamento domiciliar dos casais, famílias ou vizinhos conflituosos pode ser uma importante estratégia de formação de vínculo e redução de danos. Ainda, sugere-se a discussão do caso e o uso de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instru-mentos de intervenção que favoreçam o trabalho em equipes em situação de violência, além do uso do Genograma e do Mapa de Redes (SANTA CATARINA, 2018, apud TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2019).

Sinais clínicos de vítimas de violência

Na ausência de revelação por parte da vítima, um certo número de sinais clínicos de alerta podem chamar a atenção dos profis-sionais de saúde e sustentar a hipótese de existência de violência doméstica (MANITA *et al.*, 2009).

Diversas vezes a violência pode acentuar condições preexistentes, e por isso os pro-fissionais precisam estar aptos a perceberem os sinais, que podem ser, comportamento coer-citivo durante consultas por parte de um companheiro ou parente; atraso na busca de tratamento por dificuldade de sair de casa ou por falta de meios de comunicação; ferimentos incompatíveis com a história clínica; compa-recimento frequente a unidade de saúde devido a lesões; grande tristeza ou depressão e ausência de vida social; abuso de substâncias; evita visitas e também a companhia de amigos e parentes; torna-se desleixada com a aparência; e apresenta faltas frequentes no trabalho (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Paralelamente, os maus tratos continuados geram angústia e ansiedade que podem se manifestar através de problemas e sintomas "vagos", como dores abdominais, torácicas, problemas de digestão, de sono, entre outras (MANITA *et al.*, 2009). Não raro, são detectadas situações graves de saúde, fruto do sofrimento psicológico, dentre as quais se destacam: dores crônicas, síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares. Por isso, a violência psicológica deve ser enfrentada como um problema de saúde pública pelos profissionais que ali atuam, independentemente de eclodir ou não a violência física. As estratégias de prevenção da violência devem levar em consideração o fato de a violência psicológica ser o ponto inicial que deflagra toda violência doméstica (SILVA *et al.*, 2007).

Na conduta médica, o profissional deverá dar uma resposta imediata às lesões físicas, prescrevendo, sempre que necessário, novos exames, tratamentos, consultas por especia-listas e/ou apoio psicológico. É também necessário proceder a uma avaliação do risco que a vítima corre, desde a possibilidade de aumento da frequência ou gravidade da violência até ao risco de homicídio conjugal. Nessa avaliação deve-se ter em conta os seguintes aspectos: a história da violência em relação à vítima e aos seus filhos; se o abusador faz uso de álcool ou outras drogas; assusta/ameaça/perturba amigos e vizinho; nível de medo que a vítima sente no momento e a sua percepção atual do risco; se há lesões auto-infligidas e tentativas de suicídio por parte da vítima; quantidade de tentativas ou pedidos de ajuda ao longo dos últimos 12 meses; avaliação das redes de suporte que a vítima possui; viabilidade de encontrar um refúgio

caso não queira ou não possa voltar para casa (MANITA *et al.*, 2009).

No caso da violência sexual a conduta deve abordar outros aspectos:

- Circunstância da violência: data, hora, local, uso de armas, identidade/descrição do agressor e se ele estava sob efeito de álcool/drogas e ocorrência de situações anteriores.
- Ocorrência de perda de consciência/memória.
- Tipo de violência: penetração oral, anal ou vaginal, nº de agressores, uso de preservativo pelo(s) agressor(es), ocorrência ou não de ejaculação, existência de sangramento na vítima ou no agressor.
- História menstrual, uso ou não de anticoncepção, atividade sexual consensual recente.
- Existência de rede de apoio social e familiar disponível para acolher a paciente.

O exame físico deve ser realizado de forma humanizada e individualizada, lembrando que a paciente deve se sentir em um ambiente confortável. A paciente que já estiver sido submetida ao exame de corpo e delito, só deverá ser examinada na existência de queixa de dores, sangramentos, fluxos, etc. Já no caso da paciente que ainda não foi avaliada, é necessário fazer o reconhecimento e registro detalhado de todas as lesões, além do seu tratamento. E em casos selecionados e autorizados pela vítima, pode-se fotografar essas lesões, que serão usadas junto com o detalhamento de lesões pelo laudo pericial (CATARINO *et al.*, 2020).

Durante o exame físico deve ser realizado a coleta de vestígios para notificação compulsória, o médico deve coletar o material biológico o mais rápido possível (preferencialmente em até 72h) das regiões genital e anal, região mamária e peitoral, subungueal e em objetos e roupas (CATARINO *et al.*, 2020).

Para a solicitação de exames é necessário: coleta imediata de sangue; coleta imediata de conteúdo vaginal; exame rápido para HIV, Hepatites B e C e Sífilis; e coleta de material vaginal e anal para pesquisa de clamídia, ureaplasma, micoplasma e gonococo (CATARINO *et al.*, 2020).

Recomenda-se desenvolver as etapas do processo da seguinte maneira:

1. A entrevista deve ser realizada, utilizando linguagem clara, com perguntas objetivas, respeitando o direito do paciente em responder ou não. No seguimento ambulatorial, deve-se ainda: questionar o uso correto, sintomas de intolerância ou de intoxicação aos antiretrovirais (ARV), sinais e sintomas de infecção geniturinária e de gravidez; investigar aspectos emocionais, sociais e sexuais;
2. Observar o aspecto físico geral, emocional e nível de consciência. Os exames físicos completo e ginecológico serão realizados pelo ginecologista.
3. Identificar os possíveis diagnósticos e intervenções através da prescrição de acordo com os diagnósticos identificados para a paciente e familiares/acompanhantes (HIGA *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa analisou e buscou compreender os impactos da pandemia na violência contra a mulher, foi possível observar que esses casos apresentaram piora com a pandemia por aumentar a convivência entre agressor e vítima, em decorrência do isolamento social e da consequente mudança de diversas tarefas para o âmbito domiciliar. No entanto, diversos dados demográficos apontam

uma queda no número de casos acionados de violência contra a mulher. Porém, tais dados podem ter sofrido com intercorrências pelo fato de o agressor estar em domicílio com a vítima, sendo mais incisivo e dominante sobre a mulher, a impedindo de se sentir segura para realizar o alerta ou informar a algum profissional capacitado para tal. O estudo da "saúde mental das mulheres na pandemia" e "violência doméstica: medidas facilitadoras de denúncias", são estudos que podem ser realizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEDONE, Aloisio José; FAðNDES, Anibal. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: centro de assistência integral à saúde da mulher, universidade estadual de campinas. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007.

BRASIL. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Editora Ms, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Márcia Camargo. Ministério da Saúde (org.). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Editora Ms, 2001. 100 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

CAMPOS, Brisa; TCHALEKIAN, Bruna; PAIVA, Vera. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: vulnerabilidade programática em tempos de sars-cov-2/ covid-19 em são paulo. Psicologia & Sociedade, [S.L.], v. 32, set. 2020.

CATARINO, Ana. Assistência à paciente vítima de violência sexual. Sanarmed, [*s. l.*], 5 maio 2020. Disponível em: https://www.sanarmed.com/assistencia-a-paciente-vitima-de-violencia-sexual-colunistas. Acesso em: 10 jun. 2021.

HIGA, Rosângela; MONDACA, Aurélia del Carmen Alvarez; REIS, Maria José dos; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 377-382, jun. 2008.

Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/9SG5zGMVt4VFDZtzbX97MkP/abstract/?lang=pt#. Acesso em: 10 jun. 2021.

MANITA, Celina (org.). Violência doméstica: compreender para intervir: guia de boas práticas para profissionais de saúde. Lisboa: Celina Manita, 2009.

SANTA CATARINA. Caroline Schweitzer de Oliveira. Ufsc. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Florianóplos: Ufsc, 2018. 61 p.

SANTOS, Luisa Souza Erthal; NUNES, Lorena Mara Monteiro; ROSSI, Bruna Araújo; TAETS, Gunnar. Impactos da pandemia de COVID-19 na violência contra a mulher: reflexões a partir da teoria da motivação humana de abraham maslow. 202020, 2020.

SAUER, Ana Gabrieli *et al.* Violência contra a mulher no contexto da pandemia: Como posso ajudar?. Universidade Federal da Fronteira Sul, [*S. l.*], p. 37-39, 2020.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Women in situations of violence: limits of assistance. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 249-258, jan. 2015.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [S.L.], v. 11, n. 21, p. 93-103, abr. 2007.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 03

CUIDADOS PALIATIVOS E CÂNCER GINECOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

AUTORES
CLARA FORTES MACHADO SOUZA[1]
MARCO ANTONIO RODRIGUES DE MORAIS[1]
GABRIELLE PERES DA COSTA[1]
PAMELLA DALABENETA FERNANDES SANTOS[1]
MARINA CHRISTINE RIO BRANCO DA SILVA[1]
RAYANE DOS SANTOS MEIRELLES[1]
ATHUS WANILERES DE CARVALHO BATISTA[1]
LYGIA MARINA MENDES DA COSTA[1]
ROCIO FERNANDEZ SANTOS VINIEGRA[2]

FILIAÇÃO
[1] Discente - Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense
[2] Docente - Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Câncer ginecológico; Câncer de mama.

INTRODUÇÃO

As neoplasias de mama e ginecológicas representam cerca de 43% do total de casos novos de tumores malignos em mulheres, de acordo com dados de 2020 do Instituto Nacional do Câncer (INCA). O diagnóstico tardio somado à evolução tumoral a despeito do tratamento leva à limitação da cura, o que justifica alterar as medidas terapêuticas oferecidas. Os cuidados paliativos (CP) buscam promover a melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, por meio da prevenção e alívio de sintomas e do sofrimento (MENDES e VASCONCELLOS, 2015).

Cuidados Paliativos

Cuidados paliativos (CP), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consistem em ações destinadas a uma abordagem interdisciplinar e integral do doente que possui uma patologia incurável ou grave, com prognóstico limitado. Deve ser iniciado o mais precocemente possível e objetiva melhorias na qualidade de vida do paciente e de sua família, a qual é acompanhada de forma contínua mesmo após o falecimento do ente querido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Das pessoas enfermas que necessitam de CP 86% não o recebem, e cerca de um terço são portadores de algum tipo de câncer.

A intenção dos cuidados paliativos é identificar, aliviar e, se possível, prevenir sintomas e sofrimentos relacionados à dor, problemas físicos, espirituais, psicológicos e sociais. (TAVARES, *et al*, 2015) Podem ser ofertados em hospitais, hospices, centros de saúde e na própria casa, e quando bem equacionados diminuem internações hospitalares desnecessárias (OMS).

A equipe multidisciplinar e as ações em CP contribuem para reafirmar a vida e a morte como processos naturais, de forma individualizada, oferecendo um plano de cuidados adequado à fase de vida, podendo incluir ou retirar tratamentos no intuito de não prolongar ou abreviar o tempo de vida desnecessariamente. Há também a preocupação em estimular o doente a continuar o mais ativo e autônomo possível. Ao mesmo tempo, a atenção aos familiares ajuda-os a lidar com a doença e com o luto (FREIRE *et al*, 2018). Porém, a OMS ressalta 3 fatores que dificultam a prática dos CP: População que desconhece os benefícios destes cuidados, barreira sociais e culturais, falta de conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde.

Portanto, os cuidados paliativos são destinados aos pacientes com doenças crônicas evolutivas que ameaçam suas vidas. Têm como princípios a preservação da qualidade da vida, do diagnóstico ao estágio final, e guardam coerência com a doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade (MENDES e VASCONCELLOS, 2015).

Epidemiologia dos Cânceres do Sexo Feminino

Dentre as neoplasias do sexo feminino, o câncer de colo de útero e de mama estão entre os mais incidentes e, segundo o INCA, estima-se que no triênio 2020-2022 correspondam a 37,1% dos novos casos de câncer entre mulheres (INCA,2019).

O câncer de mama é o mais incidente e prevalente nas mulheres no mundo, acomete em maior proporção a faixa etária entre 50-60 anos,

porém o aumento dos casos entre pacientes de 30 a 40 anos vem sendo relatado. Essa neoplasia é responsável por, em média, 500.000 mortes por ano no mundo, sendo a maior causa de mortalidade feminina no Brasil por câncer, com 18.068 mortes em 2019. Apesar de apresentar bom prognóstico se tratada precocemente, a sobrevida média das mulheres acometidas por câncer de mama corresponde a 5 anos, devido a atraso no diagnóstico (FARIA 2014; CARDOSO *et al.* 2020; INCA 2019).

O câncer de colo do útero é causado majoritariamente pela infecção do Papiloma-vírus humano – HPV e foi responsável por 6596 mortes em 2019 no Brasil, representando a quarta causa de mortes por câncer em mulheres no Brasil. Apresenta como fatores de risco, além da infecção pelo HPV: tabagismo, uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros sexuais (INCA, 2019).

Em relação às demais neoplasias ginecológicas, o câncer de ovário apresenta-se como o terceiro mais prevalente, sendo estimado 6650 casos novos em 2020. Seus principais fatores de risco envolvem idade avançada, infer-tilidade, nuliparidade, fatores genéticos e excesso de peso corporal. Foi responsável por 4123 óbitos em 2019. Já o câncer de endométrio apresenta estimativa de 6540 novos casos em 2020 e 1936 mortes em 2019. Os fatores de risco são diversos e incluem principalmente idade maior que 50 anos, obesidade, diabetes, anovulação crônica, entre outras (INCA, 2019).

Cuidados Paliativos e seu Impacto na Qualidade de Vida da Mulher

Em primeiro lugar, a sociedade em geral apresenta estigmas referentes aos cuidados paliativos bem como dificuldade em conceituar o próprio termo. Há muitos sinônimos hoje interpretados como pejorativos e ultrapassados como "cuidados de fim de vida", "cuidados de suporte de fim de vida", que remetem a uma noção equivocada de medidas destinadas a pacientes terminais, aos quais "não se poderia fazer mais nada", significando o oposto da proposta dos CP. Torna-se então necessário promover a divul-gação clara e objetiva sobre os CP, destacando sua importância para os pacientes com doenças crônicas e graves (RAMCHANDRAN *et al*, 2015).

Em segundo lugar, os profissionais de saúde estão inadequadamente treinados nesta área de atuação. Tanto oncologistas quanto os médicos de família assumem que a falta de capacitação em CP representa uma barreira à identificação do momento, à indicação e ao confrontar uma conversa difícil. Como consequência, a mulher perde a chance de um importante direcionamento, por vezes se mantendo internada, acoplada a máquinas, em tratamentos ineficazes, com altos gastos financeiros e psicoemocionais (WI, ZHI; *et al*, 2015).

A distribuição de panfletos e a instituição de programas sistemáticos de educação profissional podem ser estratégias úteis para o alcance à população. Hoerger (2017) defende que direcionar a divulgação de informações às mulheres contribui para possíveis mudanças do comportamento social, tendo em vista que as mesmas são reconhecidamente mais preocupadas com a saúde do que os homens, além de muitas serem responsáveis pela família, por crianças e idosos. Devido ao elevado nível de incompreensão sobre os CP, mesmo uma informação limitada pode mudar as preferências da mulher quanto ao seu processo físico, mental e espiritual, o que reforça a importância de comunicar as

evidências médicas às suas pacientes (HOERGER *et al*; 2017).

O tratamento do câncer na mulher gera alterações físicas decorrentes de cirurgias, quimioterapia e radioterapia, somado a intenso impacto psicológico, emocional e social. É frequente surgirem distúrbios de autoimagem, autoestima, sentimentos de inferioridade, raiva, entre inúmeros outros, que prejudicam o cotidiano e por vezes culminam em quadros depressivos. Nestes casos os CP são de grande valia, ao abrangerem além dos sintomas orgânicos e mentais, promovendo qualidade de vida, funcionalidade e autonomia às pacientes oncológicas (FARIA *ET AL*, 2015; PEREIRA *ET AL*, 2006).

No âmbito psíquico, por exemplo, a paciente no estágio avançado do câncer enfrenta sensações como ruptura do seu ambiente familiar, sensação de não pertencimento e perda da liberdade e capacidade de auto realização devido a constantes hospitalizações e consultas médicas. Por esse motivo, é primordial que a abordagem dos cuidados paliativos seja pautada no diálogo transparente, esclarecedor e afetivo para fornecer segurança, bem-estar e sensação de acolhimento no ambiente hospitalar e ambulatorial, os quais são alheios à rotina existente previamente ao câncer da paciente. A literatura relata que esse diálogo pode resultar em substancial redução das taxas de depressão, ansiedade e insônia nos pacientes terminais oncológicos (KARLIN *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2013; CIRILO *et al.*, 2016; LOFRANO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

Dessa forma, a paciente sob CP apresenta demandas físicas e psicossociais que requerem atenção similar para que uma qualidade de vida satisfatória seja proporcionada. De fato, é relatado que a conduta terapêutica paliativa gera impacto positivo em todas essas dimensões, reduzindo o sofrimento e tornando esse processo mais humano e digno (FARIA *et al.* 2015; SOUSA 2017).

Tendo em vista a importância da prática e da divulgação dos CP, e a percepção da dificuldade e das lacunas relacionadas ao tema, decidiu-se por fazer um levantamento bibliográfico de artigos sobre cuidados paliativos em pacientes com câncer de mama e ginecológico no Brasil, buscando identificar os temas dos trabalhos, as profissões que mais publicam e as práticas mais utilizadas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um dos recursos da prática baseada em evidência, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um tema particular. Sua elaboração inclui: definição do objetivo; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise, e discussão dos resultados (MENDES *et al*, 2008).

Foram utilizados os descritores: “cuidados paliativos”, “câncer ginecológico”, “câncer de mama”, “câncer de colo do útero”, “câncer de ovário” e “câncer de endométrio” na estratégia de busca. Consultou-se por meio destes as bases de dados PubMed da National Library of Medicine, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Google Acadêmico e por meio da combinação de descritores e palavras chaves obtidos dos Descritores de Ciências em Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), foram utilizados termos em inglês e português. Desta

busca foram encontrados 1063 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, desde que de origem brasileira; 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 somente na forma de resumo, e que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Também foram excluídos capítulos de livros, resumos, textos incompletos, teses de doutorado, dissertações de mestrados e relatos técnicos.

Após os critérios de seleção restaram 9 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas, gráficos e quadros e também de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A **Tabela 3.1** apresenta os nove artigos selecionados para o estudo, incluindo título, autores, ano e local de estudo. Cada artigo foi identificado por um código de A1 a A9 para facilitar a visualização e a discussão.

Tabela 3.1 Identificação dos artigos selecionados para o estudo

Identificação do Artigo	Título do artigo	Autores	Ano	Local do Estudo
A1	A atuação da terapia ocupacional com mulheres com câncer de mama em cuidados paliativos	Faria NC, De Carlo MRP	2015	SP, Brasil
A2	A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa	Cirilo DJ, Silva MM, Fuly PSC, Moreira MC	2016	RJ, Brasil
A3	Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado	Gozzo TO, Tahan FP, Andrade M, Nascimento TG, Prado MAS	2014	SP, Brasil
A4	Eficácia da acupuntura no manejo da fadiga relacionada com o tratamento antineoplásico do câncer de mama: uma revisão sistemática	Costa ACM, Medrado AP	2019	BA, Brasil
A5	Cuidados paliativos realizados pelo enfermeiro a mulheres com câncer de mama	Joana Gabryella Maia da Silva	2019	RN, Brasil
A6	Cuidados paliativos para pacientes oncológicos diante do processo terminal de câncer de mama: revisão integrativa	Sousa PV *et al*	2017	MA, Brasil
A7	Early integration of palliative care facilitates the discontinuation of anticancer treatment in women with advanced breast or gynecologic cancers	Rugno FC, Paiva BSR, Paiva CE	2014	SP, Brasil

A8	Avaliação da qualidade de vida de mulheres com carcinoma do colo do útero em quimioterapia paliativa	Lofrano AD *et al*.	2016	RJ, Brasil
A9	Câncer de ovário em cuidados paliativos: um relato de caso	Rodrigues RK,	2020	MG, Brasil

Dentre os artigos analisados, seis tratavam de cuidados paliativos em pacientes com câncer de mama, um sobre cânceres ginecológicos e de mama, um sobre câncer de ovário e um sobre câncer de colo de útero. O maior número de estudos voltados para o câncer de mama está em consonância com a maior prevalência dos cânceres que acometem a população feminina.

Três artigos estavam direcionados para os profissionais de Medicina, quatro da Enfermagem, um da Fisioterapia e um da Terapia Ocupacional. Apesar do pequeno número de artigos analisados observa-se a presença de multidisciplinaridade na publicação dos trabalhos, representativo de um dos fundamentos dos cuidados paliativos. Para a OMS a equipe deve conter profissionais diversos (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, voluntários) com o mesmo nível de importância e responsabilidade. (OMS) Como exemplo, o profissional da Terapia Ocupacional tem muito a contribuir, ao acolher, dar suporte e acompanhar a paciente e seus familiares possibilitando a criação de espaços saudáveis e autonomia para os envolvidos (Faria e De Carlo, 2015).

Sobre o desenho das pesquisas foram encontrados três estudos de revisão, dois estudos transversais retrospectivos, dois prospectivos, um estudo exploratório qualitativo e um relato de caso, como evidencia a **Figura 3.1**. A **Figura 3.2** se refere à temática identificada em cada artigo, na qual dois abordaram os tratamentos específicos para o câncer em questão, um analisou cuidados complementares e os outros seis discorreram sobre aspectos multidirecionais dos cuidados paliativos, como eficácia, manejo e seu momento de implementação. Quanto ao local de publicação predominou a região sudeste (6 artigos) do Brasil, seguida da região nordeste (3 artigos).

Figura 3.1 Delineamento de pesquisa dos artigos estudados

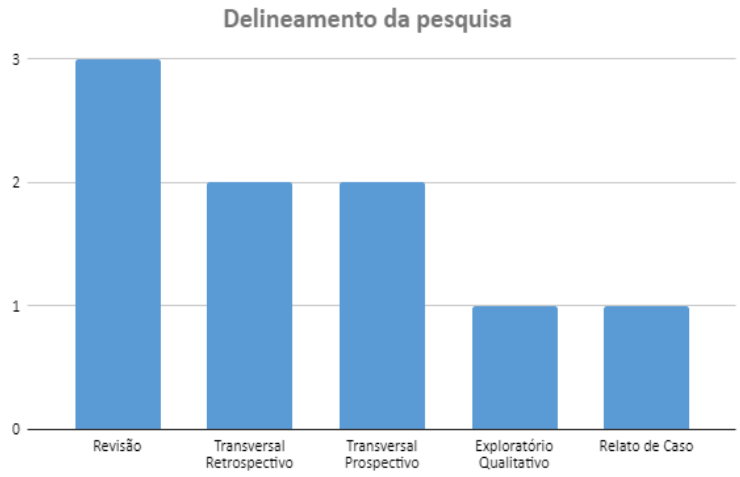
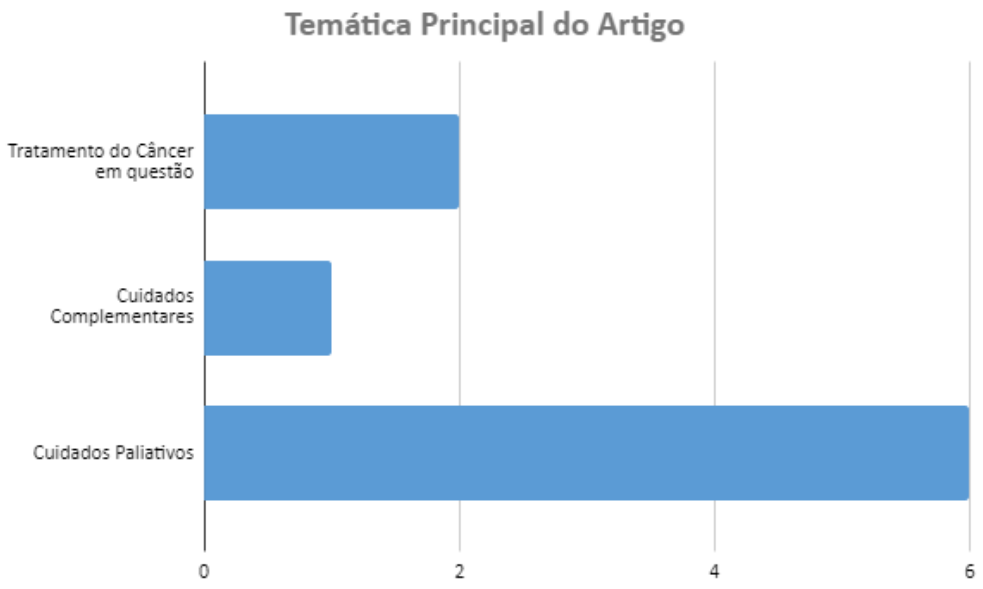


Figura 3.2 Temática relacionada aos artigos obtidos



Os 9 artigos selecionados na pesquisa foram divididos em 3 categorias de acordo com a temática relacionada: cuidados paliativos, cuidados complementares e trata-mento paliativo. Aqueles relacionados aos cuidados paliativos se encaixavam na descrição da OMS ao passo que abordavam um "conjunto de medidas capazes de prover uma melhor qualidade de vida ao doente portador de uma doença que ameace a continuidade da vida e seus familiares através do alívio da dor e dos sintomas estressantes, utilizando uma abordagem que inclui o suporte emocional, social e espiritual aos doentes e seus familiares desde o diagnóstico da doença ao final da vida e estendendo-se ao período de luto". (WHO, 2020) Já os artigos que foram alocados no grupo "tratamento" apresentam foco no tratamento sintomático ou quimio-terápico paliativo. Por fim, foi classificada como "Cuidados Complementares" a publi-cação que abordou alívio sintomático com o uso da acupuntura em doença neoplásica, não específica para pacientes terminais, com resultados positivos para a qualidade de vida das mulheres envolvidas.

Ramchandram *et al* (2015) abordam achados de revisões que demonstram os benefícios de iniciar os cuidados paliativos ao mesmo tempo em que o paciente está realizando o tratamento base para o câncer, evidenciando melhor entendimento do paciente sobre a situação, melhores sentimentos, melhor manejo de sintomas, menor chance de internações e maior sobrevida. Ao mesmo tempo identificaram que a maioria dos pacientes e familiares desconhecem a existência dos CP, porém aceitam o tratamento paliativo quando bem explicado e indicado, principalmente se for pelo oncologista, personagem chave para a abordagem inicial.

O artigo A3 direcionou o estudo para o tratamento de feridas paraneoplásicas decorrentes do câncer de mama, enquanto o artigo A8 abordou o impacto da quimioterapia paliativa na qualidade de vida de pacientes oncológicas. Este trabalho apresenta pontos de melhora na saúde da mulher decorrentes do uso da

quimioterapia, porém não identifica relatos de melhora na qualidade de vida. Tal fato leva a pensar sobre a amplitude do termo qualidade de vida, que pode sofrer variações de interpretações por cada pessoa, assim como questionar se os CP foram realmente abordados de forma integral com as pacientes. Complementando esta visão Ramchandram *et al* (2015) ressalta a importância do cuidado com a saúde psicológica e do estímulo à tomada de decisão pelos pacientes e familiares, como componentes que devem ser encorajados nos CP.

Um assunto não discutido pelos artigos selecionados neste trabalho, porém de grande relevância para a abordagem dos CP, é o manejo de opioides para o controle da dor. A OMS refere que a oferta de opioides é geralmente inadequada e insuficiente devido ao receio de dependência à esta medicação.

A escassa literatura encontrada sugere uma carência de produção científica a respeito de cuidados paliativos em câncer ginecológico e de mama no Brasil. Este fato pode estar relacionado a falha na formação profissional, à pouca importância dada ao tema por profissionais, pelos sistemas de saúde e pela população, assim como falhas de interpretação do conceito e de sua importância. Em contrapartida, cada país deve estimular a criação de políticas nacionais, programas, recursos e treinamento em CP direcionados aos profissionais de saúde. A OMS sugere ainda que a inclusão dos CP nos serviços de saúde ocorra desde a Atenção Primária, estimula o desenvolvimento de ferramentas de avaliações, implementações de guias técnicos, melhoria na capacidade de oferta e de disseminação de informação. (OMS)

Cabe ressaltar que a produção de artigos científicos que tratem da temática é de suma importância para que haja mudanças no paradigma do cuidado de pacientes com câncer incurável ginecológico e de mama. Revisões da literatura têm grande valia no rumo das publicações, mas é importante que haja interesse em outros tipos de estudo que possam contribuir ainda mais para o desenvolvimento de técnicas de cuidados paliativos voltadas especificamente para saúde da mulher.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, verificou-se um pequeno número de publicações que abordam cuidados paliativos e câncer de mama ou ginecológico nos últimos 10 anos no Brasil. A enfermagem é a profissão que mais publicou, e a medicina direciona o foco de suas publicações para o arsenal terapêutico. O câncer de mama é o de maior incidência, dentre os tipos de câncer na mulher, e coincide como o mais prevalente nos trabalhos encontrados. É necessário mais estímulo aos estudos voltados para os cuidados paliativos e saúde da mulher no intuito de ampliar a atenção integral à saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CIRILO, Juliana Dias; SILVA, Marcelle Miranda da; FULY, Patrícia dos Santos Claro; MOREIRA, Marléa Chagas. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. Texto & Contexto Enfermagem, Rio de Janeiro, v.25, n.3, 2016.

COSTA, A. C. M.; MEDRADO, A. P. Eficácia da acupuntura no manejo da fadiga relacionada com o tratamento antineoplástico do câncer de mama: uma revisão sistemática. Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 9, n. 2, p. 264–272, 10 maio 2019.

FARIA, N. C.; CARLO, M. M. R. DO P. D. A atuação da terapia ocupacional com mulheres com câncer de mama em cuidados paliativos. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 26, n. 3, p. 418–427, 26 dez. 2015b.

GARCIA, João Batista Santos; RODRIGUES Rayssa Fiterman; LIMA Sara Fiterman. Structuring a palliative care service in Brazil: experience report. Revista Brasileira de Anestesiologia, São Luís, 2013.

GOZZO, Thais de Oliveira; TAHAN, Fernanda Padovani; ANDRADE, Marceila; NASCIMENTO, Talita Garcia do; PRADO, Maria Antonieta Spinoso. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 270–276, 2014.

HOERGER M, Perry LM, Gramling R, Epstein RM, Duberstein PR. Does educating patients about the Early Palliative Care Study increase preferences for outpatient palliative cancer care? Findings from Project EMPOWER. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. 2017 Jun;36(6):538–48

KARLIN, Daniel; PHUNG, Peter; PIETRAS Christopher. Palliative care in gynecologic oncology. Curr Opin Obstet Gynecol, Los Angeles, 2018.

LOFRANO, Andressa Domingues; COURA, Carla Patrícia de Morais e; SILVA, Mario Jorge Sobreira da. Avaliação da Qualidade de Vida de Mulheres com Carcinoma do Colo do Útero em Quimioterapia Paliativa. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 3, p. 203–213, 30 set. 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008.

PEREIRA, Sandrine Gonçales; ROSENHEIN, Daniele Portella;BULHOSA, Michele Salum; LUNARDI, Valéria Lerch; FILHO, Wilson Danilo Lunardi Filho. Vivências de cuidado da mulher mastectomizada: uma pesquisa blibliográfica. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio Grande do Sul , 2006

RAMCHANDRAN K, Tribett E, Dietrich B, Von Roenn J. Integrating Palliative Care Into Oncology: A Way Forward. Cancer Control J Moffitt Cancer Cent. 2015 Oct;22(4):386–95.

RODRIGUES, Raíssa Katherine; DE CARVALHO, Jaqueline Rodrigues Aguiar; SOARES, Príscila Bernadina Miranda. Câncer de ovário em cuidados paliativos: um relato de caso. Revista Unimontes Científica, Montes Claros, 2018.

RUGNO , Fernanda Capella; PAIVA, Bianca Sakamoto Ribeiro; PAIVA, Carlos Eduardo. Early integration of palliative care facilitates the discontinuation of anticancer treatment in women with advanced breast or gynecologic cancers. Gynecologic Oncology,, v. 135, n. 2, p. 249–254, 1 nov. 2014.

SILVA, Joana Gabryella Maia Da e colab. Cuidados Paliativos Realizados pelo Enfermeiro a Mulheres com Câncer de Mama. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, p. 17–17, 17 Abr 2019.

SOUSA, Patrícia Vidal *et al*. Cuidados paliativos para pacientes oncológicos diante do processo terminal de câncer de mama: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [*s. l.*], 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definição da OMS de cuidados paliativos, 2017. Disponível em: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en

ZHI WI, Smith TJ. Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. Ann Palliat Med. 2015 Jul;4(3):122–31.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 04

INFECÇÕES CAUSADAS PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E SUA ASSOCIAÇÃO COM O CÂNCER CERVICAL

AUTORES
TUANI DE OLIVEIRA CASTRO[1]
VICTOR MENDEL DA SILVA MELLO[1]
RAFAEL AUGUSTO CHAVES MACHADO[1]
MÔNICA DEL MONACO ESTEVES[1]
EMMANUELLE BATISTA FLORENTINO[1]
CLARA FORTES MACHADO SOUZA[1]
SILVIA MARIA BAETA CAVALCANTI[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente de Medicina na Universidade Federal Fluminense
[2]Docente do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

Palavras-chave: Papilomavírus; HPV; Câncer cervical.

INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) causa uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns do mundo na atualidade. Estudos epidemiológicos sugerem que pelo menos 80% da população mundial já entrou em contato com algum dos mais de 200 tipos virais exis-tentes, que são essencialmente epitéliotrópicos, infectando pele e mucosa (MURRAY, *et al*., 2014).

Dentre os mais de 200 tipos de HPV, podemos citar alguns de maior importância como os tipos "6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81", que são responsáveis causar lesões de baixo grau benignas, as verrugas, e os tipos "16, 18, 26, 31, 35, 39, 45, 48, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 e 82", com potencial oncogênico, que provocam lesões de alto grau (MURRAY, *et al*., 2014).

Estudos demonstram que o HPV possui características oncogênicas e pode estar asso-ciado a câncer de colo de útero (representando 99,7% dos casos), câncer anal (90% dos casos), câncer vaginal (65% dos casos), câncer de vulva (50% dos casos) e câncer de orofaringe (45 a 90% dos casos). Além disso, também se relaciona a outras doenças importantes como as verrugas genitais, a papilomatose respiratória recorrente e o tumor de Buschke-Lowenstein. No entanto, o avanço da medicina e a propagação de políticas de saúde impactaram de maneira positiva no campo da saúde da mulher, tornando possível rastreamento e o tratamento das doenças relacionadas ao HPV, bem como a prevenção da infecção primária (FOCCACIA *et al.*, 2015).

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa dos aspectos clínicos da abordagem das infecções causadas pelo HPV e sua associação com o câncer cervical.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no mês de junho de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed e SciELO. Os descritores utilizados foram: "papilomavírus", "HPV" e "câncer cervical". Desta busca foram encontrados 32 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: a) idiomas português e inglês; b) publicações realizadas entre 2010 e 2021; c) artigos que abordassem a temática proposta disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: a) artigos de opinião, dissertações, relatos de caso, teses, e publicações que não integrassem a proposta da pesquisa; b) artigos duplicados quando comparados os dados encontrados em todas as bases.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, totalizaram 27 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados e para a realização desse capítulo. Além disso, utilizou-se os seguintes livros como referencial teórico para alguns conceitos abordados: Microbiologia Médica e Tratado de Infectologia.

DEFINIÇÃO E PATOGENIA

O papiloma vírus humano (HPV) é o vírus de transmissão sexual mais prevalente em todo o mundo. Ele infecta células na camada basal do epitélio, por meio de micro abrasões na superfície epitelial, e apresenta um grande espectro de manifestações clínicas, que vão desde lesões benignas, em sua maior parte, até o câncer. Sabe-se que a maior parte das pessoas infectadas não apresentará sinais ou sintomas e que, geralmente, o vírus é eliminado de forma

espontânea do organismo, eliminação essa que ocorre em até 2 anos em cerca de 90% desses indivíduos. Entretanto, em uma pequena parcela da população, o HPV é capaz de persistir, dependendo do genótipo viral presente e de outras variáveis e, posteriormente, pode causar lesões pré-malignas e malignas do trato anogenital e respiratório (CROSBIE *et al.*, 2013; OKUNADE, 2019; NTANASIS-STATHO-POULOS *et al.*, 2020).

Sua transmissão, embora se dê principalmente por meio do contato sexual anal e vaginal, não tem a penetração como obrigatoriedade para sua ocorrência, bastando o contato com a pele ou mucosa de regiões infectadas, como a vulva ou a bolsa escrotal (STANLEY, 2010).

Sabe-se que o HPV pertence à família *Papillomaviridae*, sendo um vírus não envelopado relativamente pequeno, com diâmetro de cerca de 55 nm. Morfologi-camente, apresenta um capsídeo icosaédrico que possui 72 capsômeros, os quais contém duas proteínas principais, L1 (principal) e L2 (secundária). O seu genoma é constituído de um DNA circular de fita dupla que contém 8 mil pares de bases nitrogenadas e apresenta três regiões funcionais: uma região não codificante regulatória; uma região precoce E, que apresenta os genes E1, E2, E4, E5, E6 e E7, relacionados ao ciclo celular, replicação viral e oncogênese; e uma terceira, chamada região tardia, em que se localizam os genes L1 e L2 responsáveis por codificar as estruturas de superfície viral (OKUNADE, 2019; NTANASIS-STATHOPOULOS *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020).

A resposta do organismo humano contra o vírus é modulada por células TCD4+. Falhas no desenvolvimento de uma resposta imune celular eficaz capaz de eliminar ou controlar a infecção resultam na persistência da infecção e, nos casos de HPV oncogênicos, no aumento da probabilidade de progressão para neoplasia intraepitelial de alto-grau e carcinoma invasor. Esta evasão do reconhecimento pela imunidade inata parece ser a marca registrada da infecção pelo HPV (DOORBAR *et al.*, 2015).

Entre os mais de 200 tipos de HPV identificados até hoje, destacam-se os de alto e de baixo risco, divisão feita de acordo com a sua capacidade carcinogênica. Dentre os de baixo risco, salientam-se principalmente os tipos 6 e 11, que são responsáveis pelo surgimento de condilomas, estando associados a 90% dessas manifestações. Além disso, eles também podem causar outras doenças como a papilomatose respiratória, em um grau muito menor. É importante ressaltar que as verrugas genitais não apresentam potencial carcino-gênico. Contudo, elas possuem um alto índice de recorrência, o que afeta consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos afetados e pode tornar o tratamento dessas condições bastante desafiador, principalmente ao considerar-se indivíduos imunossuprimidos (SANJOSÉ *et al.*, 2018; NTANASIS-STATHOPOULOS *et al.*, 2020).

Dentre os considerados HPV de alto risco, ganham destaque os tipos 16 e 18, que se relacionam ao surgimento de lesões pré-malignas e diversos tipos de câncer, como cervical, anal, vaginal, vulvar, orofaríngeo e peniano. O desenvolvimento do câncer se deve a uma série de fatores, como diversas estratégias sofisticadas de evasão do sistema imunológico apresentadas pelo vírus, permitindo que ele fique imperceptível por longos períodos: sem morte celular, necrose e fase virêmica que possam disparar uma resposta inflamatória (CROSBIE *et al.*, 2013). Atuam também as proteínas codificadas a partir dos

genes E6 e E7. Ambas agem inibindo os genes supressores de tumor p53 e pRB, o que propicia desregulação do ciclo e da diferenciação celulares, sendo também capazes de criar mecanismos de evasão do sistema imune do organismo hospedeiro. Além disso, E6 também age ativando a atividade da telomerase e E7 promove instabilidade genômica e, dessa forma, acúmulo de anormalidades cromossômicas. Tudo isso, somado à integração do HPV ao genoma celular e persistência do vírus no organismo, cria um ambiente favorável para a proliferação e transformação celular, o que resulta na carcinogênese (STANLEY, 2010; SANJOSÉ *et al.*, 2018; NTANASIS-STATHOPOULOS *et al.*, 2020).

Com relação ao câncer cervical, o mais associado à infecção pelo HPV, estima-se que um ou mais tipos do vírus estão presentes em 99,7% dos casos, estando o HPV16 envolvido em cerca de 60% deles. Todavia, apenas uma pequena parcela das mulheres infectadas com tais tipos oncogênicos irão apresentar lesões precursoras e, posteriormente, câncer cervical. Isso porque, embora a presença do vírus seja essencial para esse processo, ela por si só não é suficiente, havendo uma série de fatores ambientais e não ambientais que influenciam na persistência do vírus no organismo e na oncogênese. Correspondem aos fatores ambientais: imunossupressão, história de tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade e coinfecção com outros agentes sexualmente transmissíveis, como o HIV. Já dentre os fatores não ambientais, destacam-se aqueles relacionados ao próprio HPV, como o genótipo do vírus, a carga viral no momento da infecção e a integração do vírus ao genoma da célula hospedeira. Além disso, mais recentemente, fatores epigenéticos foram associados ao risco de evolução da infecção pelo HPV (CARESTIATO *et al.*, 2018; SANJOSÉ *et al.*, 2018; OKUNADE, 2019; NTANASIS-STATHOPOULOS *et al.*, 2020).

EPIDEMIOLOGIA

Diversos estudos feitos com base na pesquisa molecular do DNA do vírus e de anticorpos específicos contra antígenos de proteínas do capsídeo viral estimam que a maior parte das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV em algum momento da sua vida, com um risco de infecção em torno de 50-80% (STANLEY, 2010; CROSBIE *et al.*, 2013). Nesse sentido, estima-se que entre 25 e 50% da população feminina e 50% da população masculina mundiais estejam infectadas pelo HPV (INCA, 2018).

Sabe-se que a infecção pelo HPV é mais comum entre mulheres com idades entre 18 e 30 anos, com um declínio acentuado da prevalência do vírus nas terceira e quarta décadas de vida. Contudo, estudos indicam que o câncer de colo de útero é mais comum em mulheres com 35 anos ou mais, o que indica que a infecção geralmente ocorre em uma idade mais jovem e, havendo a persistência do vírus no organismo, progride lentamente para a malignidade. Ademais, é importante ressaltar que se observa um aumento da prevalência do HPV em mulheres após a menopausa, cujos motivos não são totalmente estabelecidos. Sugere-se que isso possa ocorrer devido a mudanças no comportamento sexual dessa população, com a busca por novos parceiros e, consequen-temente, reinfecção viral. (STANLEY, 2010; OKUNADE, 2019; NTANASIS-STATHO-POULOS *et al.*, 2020).

Geograficamente, os níveis mais altos de infecção do colo uterino pelo vírus e, consequentemente, de malignidade cervical, são observados em alguns países da América do Sul e da África Subsaariana. Esse panorama demonstra o baixo acesso dessas populações aos métodos de prevenção e de rastreio de lesões pré-malignas e do câncer cervical (NTANASIS-STATHOPOULOS *et al*, 2020). No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, ele é o quarto tumor maligno mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de pele não melanoma, do câncer de mama e do câncer colorretal, com uma estimativa de 16.590 novos casos no Brasil em 2020. Além disso, ele corresponde à quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, tendo sido responsável por 6.596 mortes em 2018 (INCA, 2020).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As infecções pelo HPV possuem um amplo espectro de manifestações clínicas, que vão desde uma infecção assintomática ou subclínica até o desenvolvimento de neopla-sias, haja vista a grande variedade de tipos virais e os diferentes mecanismos fisiopatoló-gicos envol-vidos. Neste capítulo, será mencionado algu-mas das manifestações clínicas causadas pela infecção por HPV, dando ênfase à neoplasia cervical diante da sua importância e do impacto na saúde da mulher.

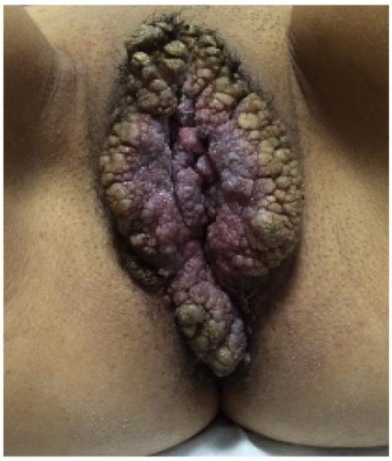
Apresentações cutâneas e anogenitais

Em se tratando de lesões benignas, as mais comumente associadas ao HPV são as verrugas cutâneas, que clinicamente manifestam-se como vegetações verrucosas. A etiologia viral das verrugas cutâneas foi demonstrada em 1907 por Ciuffo (OLIVEIRA; VILLELA, 2015), o qual inoculou segmentos filtrados de verrugas em sua própria mão. As verrugas cutâneas estão mais presentes em regiões da pele de maior abrasão, como, por exemplo, palma e dorso das mãos, planta dos pés, joelhos e articulações cubitais. A maior parte dessas verrugas são múltiplas e numerosas, com uma superfície hiperquera-tinizada, tamanho entre 1 mm e 1 cm e coloração rósea. Além disso, costumam ser indolores, não pruriginosas e altamente contagiosas. Os principais tipos virais envolvidos na etiologia dessas lesões são o HPV-2 e o HPV-4, enquanto em lesões verrucosas encontradas em indivíduos que manipulam carnes, o tipo 7 é mais prevalente (OLIVEIRA; VILLELA, 2015).

Já a infecção benigna pelo HPV na região anogenital pode permanecer latente ou surgir sob a forma de condilomas acuminados, causando lesões vegetantes condilomatosas na vulva, períneo, pênis, meato uretral e ânus. Os tipos virais mais envolvidos na etiologia dessas lesões são o HPV 6 e o HPV 11, embora tenha sido encontrado infecções múltiplas por genótipos de alto risco em homens com manifestações benignas do HPV em um estudo de 2016 (ARROYO *et al.*, 2015).

Em relação às características das lesões anogenitais, elas são úmidas, vegetantes, múltiplas ou isoladas, de coloração rósea, com aspecto de couve-flor (condiloma acuminado), com localização preferencial em área genital e perigenital de indivíduos adultos, podendo haver comprometimento da mucosa vaginal, uretral e retal. Na **Figura 4.1**, é possível observar a confluência exuberante de lesões condilomatosas compatíveis histologicamente o diagnóstico de condiloma acuminado em uma mulher jovem de 22 anos com história prévia de tabagismo e diabetes *mellitus* tipo 1.

Figura 4.1 Fotografia obtida antes de tratamento cirúrgico de lesão condilomatosa em região vulvar de uma mulher de 22 anos com história prévia de tabagismo e diabetes mellitus tipo 1



Legenda: Presença de distorção da anatomia vulvar e clitoriana por condiloma acuminado gigante**. Fonte:** Ugurlucan *et al.*, 2019.

Uma vez que a transmissão ocorre predominantes por contato com lesões de indivíduos infectados, sendo classificada como uma infecção sexualmente transmissível, a presença de verrugas anogenitais em crianças sugere abuso sexual. Até os 04 anos de idade, o aparecimento do condiloma acuminado pode estar relacionado à transmissão vertical e até mesmo por autoinoculação e transmissão por seus cuidadores. Em gestantes, as lesões podem obstruir o canal de parto e implicar em quadros de hemorragia e sepse materna, no entanto ainda não está comprovado que a infecção cervical por HPV esteja associada à rotura prematura de membranas amnióticas e à corioamnionite (HORNYCHOVA *et al.*, 2018).

Câncer cervical

A neoplasia de colo uterino frequentemente é assintomática em estágios precoces da doença, mas nas formas localmente avançadas pode ocorrer dispareunia, sangramento pós-coito, corrimento sanguinholento e dor pélvica. Em relação às formas de apresentação das neoplasias malignas cervicais, a Organização Mundial da Saúde reconhece três categorias de tumores epiteliais: carcinoma escamoso, adenocarcinoma e outros tipos menos frequentes. O carcinoma escamoso de cérvice uterina corresponde a cerca de 70% dos casos, enquanto o adenocarcinoma está associado a cerca de 20% deles (MARTH *et al.*, 2017).

O carcinoma escamoso é formado a partir da proliferação de células escamosas constituintes da ectocérvice, no entanto pode apresentar variações quanto à arquitetura citológica por conta do desarranjo da multiplicação celular. Já o adenocarcinoma representa um desarranjo das células glandulares que constituem a endocérvice. O carcinoma invasivo de colo de útero em geral corresponde à progressão de um carcinoma escamoso ou de um adenocarcinoma in situ. A história natural da doença cursa com invasão de tecidos adjacentes e disseminação do tipo linfática, principalmente. Dentre os tecidos adjacentes que podem ser comprometidos pela invasão local do tumor, estão a vagina, os tecidos paracervicais e paramétrios, além de bexiga, ureteres e reto. Ademais, como a principal via de disseminação é a do tipo linfática, comumente as metástases localizam-se em linfonodos pélvicos e para-aórticos (FEBRASGO, 2017).

Nesse sentido, as formas invasivas da doença geralmente cursam com sintomatologia mais exuberante. Na **Figura 4.2**, é possível observar à colposcopia lesão exofítica sugestiva de carcinoma invasor após uso de ácido acético a 5%. Na presença de acome-timento ureteral pode haver hematúria e alterações miccionais e

o acometimento de reto implica em alterações do hábito intestinal e dor ao evacuar.

Figura 4.2 Fotografia obtida por colposcopia de colo uterino com lesões sugestivas de carcinoma invasor

Legenda: Colposcopia mostrando epitélio acetobranco grosseiro, com mosaico e lesão exofítica sugestiva de carcinoma invasor após uso de ácido acético a 5%. **Fonte:** FERNANDES, 2018.

PREVENÇÃO

A prevenção contra o HPV, segundo WHO (2020), se dá em três níveis: Primário, que preza a vacinação e a educação de adolescentes acerca da infecção; secundário, que consiste rastreamento do câncer cervical em mulheres com mais de 30 anos; e terciário: o qual leva em conta o tratamento do câncer em qualquer idade, a fim de reduzir a mortalidade.

A principal intervenção preventiva é, portanto, a vacinação. Estudos recentes reafirmam a importância da imunoprevenção na queda da prevalência da infecção e de manifestações associadas ao papilomavírus humano, com redução de 50% em lesões pré-malignas e malignas, bem como redução de 60% na circulação dos tipos 16 e 18 (DROLET *et al.*, 2015; WANG *et al.*, 2020).

Atualmente, há três formas vacinais disponíveis: bivalente (HPV-16,18), quadrivalente (HPV-6,11,16,18) e nonavalente (HPV-6,11,16,18,31,33,45,52,58), todas compostas por partículas semelhantes ao vírus (VLP) geradas a partir da proteína L1 do capsídeo viral (CHAN *et al.*, 2019; NTANASIS-STATHOPOULOS *et al.*, 2020).

A idade da população-alvo é um ponto importante da estratégia de vacinação, visto que uma maior eficácia é observada com a administração do imunizante à população mais jovem, sobretudo aos que ainda não começaram suas vidas sexuais e, portanto, não tiveram contato prévio com o vírus (ARBYN & XU, 2018). Com isso, preza-se pela imunização de meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, recentemente incluídos ao esquema vacinal, como forma de atenuar a transmissão do HPV às mulheres, além de pacientes imunocomprometidos (pessoas que convivem com HIV/AIDS, pacientes oncológicos e transplantados) de 9 a 26 anos, uma vez que apresentam maior risco de desenvolver complicações (Ministério da Saúde, 2018).

DIAGNÓSTICO

A importância do diagnóstico precoce e do rastreamento do câncer cervical consiste em detectar lesões tratáveis e pré-neoplásicas em estágio inicial, reduzindo a incidência e a morbimortalidade desta doença. Os testes de triagem, como o Papanicolau e o teste de detecção do genoma do HPV são fundamentais nesse rastreio e têm sido os mais utilizados na detecção de alterações do colo do útero com precisão (CHAN *et al.*, 2019).

O Exame Citopatológico ou Papanicolau

O exame citopatológico é a estratégia de rastreamento mais usual para a avaliação do colo uterino e da citologia cervical, identificando possíveis lesões pré-neoplásicas ou alterações atípicas nas células. No Brasil, é

recomendado a realização do exame em mulheres, com vida sexual ativa, entre 25 e 64 anos, com repetição a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (BRASIL, 2016).

A priorização do rastreio nessa faixa etária se dá pela maior ocorrência de lesões de alto grau, enquanto, abaixo dos 25 anos, há maior prevalência de infecções por HPV e lesões de baixo grau que se solucionam e regridem espontaneamente na maioria dos casos. As diretrizes recentes da Sociedade Americana de Câncer (ACS) recomendam que, após o início do rastreamento do câncer cervical aos 25 anos, essas pacientes se submetam ao teste de HPV, a cada 5 anos, até os 65 anos. Após os 65 anos, mulheres sem histórico de neoplasia intra-epitelial cervical grau 2 ou 3 (NIC II ou III) e com exames anteriores negativos, pode interromper o rastreamento de câncer de colo uterino (Guideline Update From The American Cancer Society, 2020).

O Teste de HPV

O teste do Papilomavírus humano é um método diagnóstico aprovado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o primário, atualmente, no rastreamento do câncer cervical (OKUNADE, 2019).

O teste de detecção molecular dos genótipos oncogênicos do HPV pode ser feito em amostras de escovado cervical em formato co-teste (citologia cervical + teste do papilomavirus), a partir das amostras de células removidas durante o exame Papanicolau, ou como uma triagem autônoma. Os dois são realizados a cada 5 anos, e indicados em mulheres com resultado citopatológico negativo ou de células escamo-sas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) (OKU-NADE, 2019; NTANASIS-STATHOPOU-LOS, *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que a triagem com teste de detecção molecular e co-teste está presente nas políticas preventivas dos Estados Unidos e Reino Unido, por exemplo, contudo no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) ela não é uma realidade, sendo o Papanicolau o principal exame ginecológico preventivo contra o HPV ofertado e disponível pelo SUS. Adotar esse programa de rastreamento no Brasil, será considerado um avanço para a saúde pública em relação ao câncer cervical, que é a terceira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Caso o teste de HPV seja positivo, mesmo com a citologia negativa, a paciente é encaminhada para a colposcopia e biópsia. Alguns ensaios e estudos randomizados já mostram que o teste de DNA do papilomavírus humano fornece maior sensibilidade do que a citologia para detecção do genoma viral, sendo um excelente biomarcador de pré-câncer e câncer cervical (CROSBIE *et al.*, 2013).

Verrugas Anogenitais

Com relação às verrugas anogenitais, o diagnóstico é geralmente clínico, devido às suas características macroscópicas típicas, sendo solicitado uma biópsia em casos de dúvidas diagnósticas, lesões atípicas não responsivas ao tratamento e suspeitas de neoplasia. Nessas pacientes, é requerido um exame ginecológico completo, incluindo o exame Papanicolau e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia, acompa-nhada ou não de biópsia. As pacientes com lesões anais, idealmente, devem ter um exame proctológico com

anuscopia e toque retal, embora ainda não haja protocolos de conduta para as lesões anais e perianais (Ministério da Saúde, 2020; NTANASIS-STATHOPOULOS *et al.*, 2020).

TRATAMENTO

Ao tratar os pacientes com HPV, é fundamental considerar os impactos psicossociais da infecção, como a evolução das lesões, a estética dos locais afetados, a origem da infecção e diversos outros fatores que afetem direta ou indiretamente o prognóstico. Ao considerar essas frentes, a equipe de saúde responsável é capaz de montar o esquema terapêutico de forma completa e eficaz, permitindo que todas as informações necessárias sejam passadas às pessoas envol-vidas. Assim, a escolha do tratamento deve levar em consideração a história clínica do paciente, condições pré-existentes - como estado imune e gestação - e exame físico das lesões, levando em conta também condições econômicas e comodidade posológica para o paciente (MARIANELLI & NADAL, 2011; CARVALHO *et al.*, 2021).

Verrugas Anogenitais

Como a infecção do HPV costuma ser autolimitada, é fundamental avaliar a possibilidade de esperar antes de começar o tratamento, uma vez que, principalmente em pessoas imunocompetentes, é possível o desaparecimento das lesões sem qualquer intervenção, e tratamentos cirúrgicos ou invasivos podem causar cicatrizes desfigurantes sem motivo pertinente. No entanto, deve-se ter em mente que o tratamento diminui a transmissão da doença, quebrando seu ciclo epidemiológico (CARVALHO *et al.*, 2021).

O objetivo do tratamento é eliminar as verrugas na região anorretal, tendo em vista que tal erradicação não cura a infecção pelo papilomavírus, uma vez que seu DNA pode persistir nas células invadidas. As linhas de tratamento dividem-se em químicas e ablativas, sendo que o uso de interferon injetável pode ser também considerado - mas deve-se ter em vista seus efeitos adversos e alto custo (CARVALHO *et al.*, 2021; MARIANELLI & NADAL, 2011).

O tratamento químico ou farmacológico é mais indicado em lesões não queratinizadas, úmidas e macias, e pode ser realizado com:

- Ácido tricloroacético de 60% a 80%
- Imunomoduladores - creme imiquimode a 5%
- Solução de podofilina de 10% a 25%
- Solução de podofilotoxina a 0,5% (não disponível no Brasil)
- Creme de podofilotoxina a 0,15%

Todos esses são administrados pela via tópica, mas apenas a imiquimode e podofilotoxina apresentam o benefício da autoaplicação, enquanto os outros devem ser administrados pelo médico responsável. Todas as opções devem ser rigorosamente controladas pela equipe, por conta da possibilidade de efeitos colaterais (CARVALHO *et al.*, 2021).

Já os métodos ablativos são mais indicados para as lesões queratinizadas, e incluem ressecção cirúrgica, eletrocauterização e a crioterapia (MARIANELLI & NADAL, 2011).

A recidiva após a primeira eliminação das verrugas é comum, com aproximadamente metade dos pacientes desenvolvendo novos condilomas após o primeiro ano pós-tratamento. Essa proporção é ainda maior em pacientes imunodeprimidos, que costumam apresentar também pior resposta ao tratamento (CARVALHO *et al.*, 2021).

Lesões de alto grau do colo uterino

Com relação à abordagem das NIC II ou III, podem ser utilizadas técnicas excisionais, como eletrocirurgia ou cone convencional, sendo o espécime excisado submetido ao exame histopatológico para confirmação diagnóstica e análise das margens endo e ectocervicais (BRASIL, 2016).

No acompanhamento dessas pacientes, nos casos em que o exame histopatológico da peça cirúrgica mostrar margens livres de doença ou comprometidas por NIC I, a mulher deverá ser submetida à citologia semestralmente no primeiro ano após o procedimento. Então, o seguimento deverá ser feito com a citologia de forma anual até que sejam completados 5 anos do procedimento, em que, uma vez assegurada a inexistência de lesão residual, a mulher deverá retornar para o rastreio trienal na unidade primária. Já nos casos em que o exame histopatológico apontar margens comprometidas por NIC II ou III, o seguimento deverá ser feito com exame citopatológico e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos, citologia isolada nos cinco anos seguintes e, após todo esse período, se assegurada a inexistência de lesão residual, a mulher também retorna para o rastreio trienal (BRASIL, 2016).

CONCLUSÃO

O HPV, portanto, se manifesta como um significativo problema de saúde pública, uma vez que causa uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns da atualidade. No que diz respeito a saúde da mulher, a magnitude dessa questão fica ainda mais evidente, já que a infecção por alguns tipos desse vírus é causa fundamental para o câncer de colo uterino, que corresponde hoje a quarta causa de morte por câncer entre a população feminina no país.

Embora apresente infecção autolimitada em grande parte das pessoas, esse vírus pode se manifestar principalmente, a depender do tipo viral e de outros fatores do indivíduo, por meio de formações verrucosas benignas ou por meio de lesões potencialmente oncogênicas, especialmente no colo do útero que, se não descobertas a tempo, podem levar a paciente ao óbito.

Nesse sentido, a continuidade da vacinação do público-alvo e o incentivo a essa prática se fazem essenciais, tendo em vista sua capacidade de reduzir significativamente a circulação dos principais tipos vírus. Além disso, é fundamental que seja assegurado o acesso da população feminina, na rede de serviços de saúde, a um rastreamento efetivo do câncer de colo uterino, por meio do exame citopatológico de rastreio e do teste de papilomavírus, visando detectar e tratar precocemente a doença em estágio inicial, em suas lesões precursoras, reduzindo assim a morbimortalidade do câncer cervical.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBYN, M. & XU, L. Efficacy and safety of prophylactic HPV vaccines. A Cochrane review of randomized trials. Expert Review of Vaccines, v. 17, p. 6, 2018.

ARROYO, L.S. *et al*. Distribution of genital human papillomavirus genotypes in benign clinical manifestations among men from Northern Spain. Bmc Public Health, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-8, dez. 2015.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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. – 2. ed. Revista atual. INCA, 2016

CARESTIATO, F.N. *et al.* "Methylation of P16 ink4a Promoter Is Independent of Human Papillomavirus DNA Physical State: A Comparison between Cervical Pre-Neoplastic and Neoplastic Samples". Memórias Do Instituto Oswaldo Cruz, vol. 114, 2018. SciELO, doi:10.1590/0074-02760180456.

CARVALHO, N.S. *et al*. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, n. spe1, 2021.

CHAN, C.K. *et al.* Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination-Review of Current Perspectives. Journal of Oncology, v. 209, p. 6-7, 2019.

CROSBIE, E.J. *et al.* Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet, [S.L.], v. 382, n. 9895, p. 889-899, set. 2013.

DOORBAR, J. *et al.* "Human Papillomavirus Molecular Biology and Disease Association". Reviews in Medical Virology, vol. 25, nº S1, 2015, p. 2–23, doi:10.1002/rmv.1822.

DROLET, M. *et al*. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis, v. 15, p. 6-7, 2015.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (Brasil). Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. São Paulo, 2017. 64 p.

FERNANDES, C. E. (ed.). Tratado de Ginecologia. São Paulo: Gen Guanabara Koogan, 2018.

GUIDELINE. Cervical Cancer Screening for individuals at average risk: American Cancer Society., 2020.

HORNYCHOVA, H. *et al*. Cervical human papillomavirus infection in women with preterm prelabor rupture of membranes. Plos One, [S.L.], v. 13, n. 11, p. 1-17, 21 nov. 2018. Public Library of Science (PLoS).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Os HPV são facilmente contraídos? 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/os-hpv-sao-facilmente-contraidos>. Acesso em: 2 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Câncer do colo do útero. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 2 jul. 2021

MARIANELLI, R. & NADAL, S.R. Infecções anais pelo papilomavírus humano, crioterapia e crioimunologia. Revista Brasileira de Coloproctologia, v. 31, p. 94–97, 1 Mar 2011

MARTH, C. *et al*. Cervical cancer: esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals Of Oncology, [S.L.], v. 28, p. 72-83, jul. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdx220.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). Brasília DF., mar., 2018. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T--cnico-HPV-MENINGITE.pdf. Acesso em: 27 de jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 2020. Disponível na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 07 de julho. 2021.

MURRAY, P.R. *et al*. Microbiologia Médica. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2014.

NTANASIS-STATHOPOULOS, I. *et al*. Current trends in the management and prevention of human papillomavirus (HPV) infection. J BUON, v. 25, p. 1283-1284, 2020.

OLIVEIRA, S.N.S.D. *et al*. Virologia Humana, 3ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2015. 978-85-277-2737-2.

OKUNADE, K.S. Human papillomavirus and cervical cancer. Journal Of Obstetrics And Gynaecology, [S.L.], v. 40, n. 5, p. 602-608, 10 set. 2019. Informa UK Limited. http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2019.1634030

SANJOSÉ, S. *et al.* The natural history of human papillomavirus infection. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, [S.L.], v. 47, p. 2-13, fev. 2018. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.015.

STANLEY, M. Pathology and epidemiology of HPV infection in females. Gynecologic Oncology, [S.L.], v. 117, n. 2, p. 5-10, 2010. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2010.01.024.

TEIXEIRA, J.C. *et al.* Cervical cancer screening program based on primary DNA-HPV testing in a Brazilian city: a cost-effectiveness study protocol. Bmc Public Health, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 1-8, 28 abr. 2020.

UGURLUCAN, F.G., *et al*. Giant Vulvar Condylomata: two cases and a review of the literature. Case Reports In Obstetrics And Gynecology, [S.L.], v. 2019, p. 1-5, 16 maio de 2019.

VERONESI R., FOCACCIA R. Tratado de Infectologia. 5ª ed. São Paulo: Ed Atheneu; 2015.

WANG, R. *et al*. Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: Opportunity and challenge. Cancer Letters, v. 471, p. 92, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva, nov., 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107. Acesso em: 25 jul. 2021.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 05

TRÍADE DA MULHER ATLETA

AUTORES
ANA BEATRIZ GUIMARÃES CUSTÓDIO[1]
CAROLINA GOMES DA COSTA[1]
IANCA LOPES FERREIRA[1]
LARISSA GONTIJO SILVA MAIA[1]
LARYSSA VIEIRA GONÇALVES[1]
LAURA MIRANDA ROSA[1]
LUIZA ANTUNES GÓIS[1]
MARCELLA LIMA OLIVEIRA[1]
MARIA CLARA LUCIO LOPES[1]
RAFAEL ALMERINDO BICALHO SILVEIRA ANDRADE[1]
VALERIA CRISTINA JARDIM[1]
YOLANDA TALISSA MONTEIRO[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina em Faculdade de Minas de Belo Horizonte (FAMINAS BH) – Belo Horizonte/MG

Palavras-chave: Síndrome da Tríade de Atleta Feminina; Deficiência de energia relativa.

INTRODUÇÃO

A prática de atividade física está cada vez mais disseminada entre a população, principalmente entre o sexo feminino. Padrões cada vez mais altos e objetivos cada vez mais exigentes, fazem com que atletas mulheres sofram danos corporais com consequências extremamente negativas e até irreversíveis. A prática de atividades físicas de alta intensidade somada a um baixo consumo calórico não acompanhados por profissionais aumentam as chances dessas consequências. Descrita em 1997 pela American College of Sports Medicine, a Tríade da Atleta (TA), é um sinal de desequilíbrio energético que atinge mulheres fisicamente ativas na puberdade e no menacme, e tem como manifestação baixa disponibilidade energética, amenorreia e baixa densitometria mineral óssea. (LIMA *et al*, 2020; WILLIAMS *et al*, 2019).

O objetivo deste estudo foi realizar uma síntese sobre a TA, abordando suas principais causas e consequências, assim como o manejo, visando atualizar o conhecimento progresso sobre o tópico.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão do tipo integrativa empregando como **Fonte** a base de dados PubMed, utilizando os descritores "Female Athlete Triad Syndrome", "Relative Energy Deficiency". Dentre os 29 artigos científicos encontrados, por meio de estratégias metodológicas, as publicações dos últimos cinco anos em inglês, foram utilizadas 17 bibliografias para compor o estudo revisional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tríade da Mulher Atleta é composta por três pilares intimamente ligados entre si, a Baixa Disponibilidade Energética (LEA), Amenorreia e Baixa da Densidade Óssea (DMO). Para entender a fisiopatologia dessa tríade é fundamental saber que quando o corpo trabalha com baixa disponibilidade de combustível metabólico oxidável ele redistribui a energia visando manter processos fisiológicos básicos. Dessa forma, processos de reprodução e crescimento, que o corpo não considera vital, são interrompidos, cursando com disfunção do ciclo menstrual e baixa massa óssea. (WILLIAMS *et al*., 2019; KOLTUN *et al*., 2019; BOUTARI *et al*., 2020).

Baixa disponibilidade energética

Atuando como a principal causa da presente tríade, e gerando então uma disfunção corporal, a baixa disponibilidade energética (LEA) é caracterizada por uma incom-patibilidade entre a ingestão de energia, proveniente da dieta, e a energia gasta nos exercícios. Concomitantemente, surge um desbalanço da energia para suportar as funções fisiológicas basais exigidas pelo organismo para manter a saúde e o desempenho ideal (DIPLA *et al.*, 2020; MOUNTJOY *et al.*, 2018).

Para obter uma disponibilidade energética ideal, a quantidade final derivada da ingestão energética menos o gasto de energia deve deixar um saldo positivo. O principal pilar da tríade está no gasto de energia ser maior do que o fluxo recebido pelo corpo (LOVELESS, 2017).

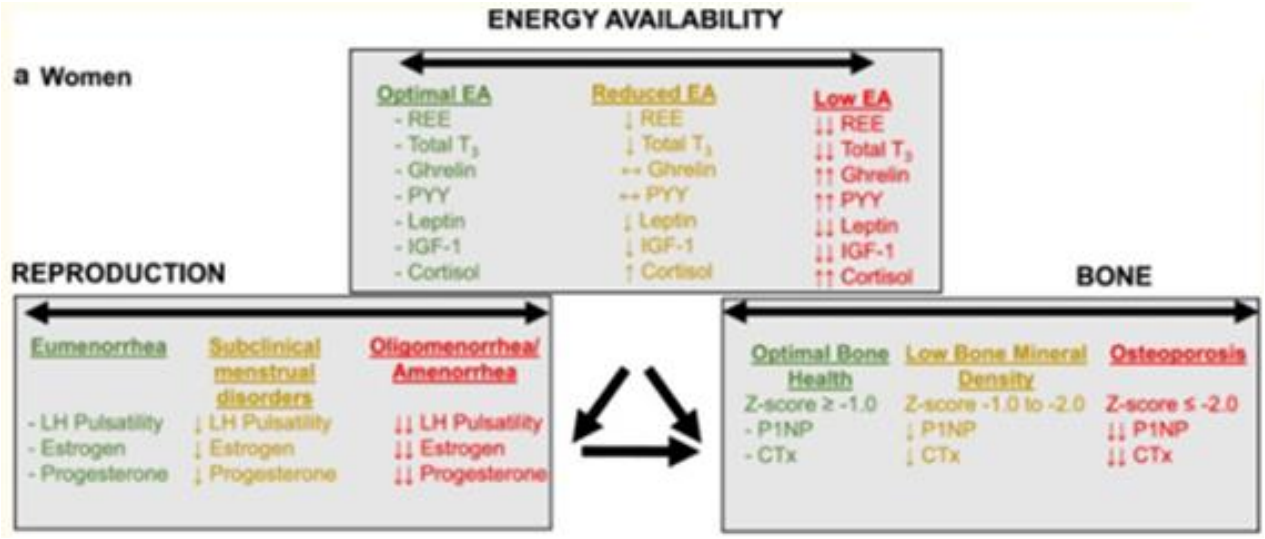
A LEA, pode acontecer devido à má alimentação, ou seja, baixa ingesta calórica, com isso aumenta o tempo em déficit calórico, seja ela por falta de acompanhamento nutricional, que é feito de forma individualizada ou até mesmo pela presença de distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia. É de extrema importância ressaltar que

a deficiência energética pode estar presente, mesmo na ausência dos distúrbios alimentares (LOVELESS, 2017).

O desequilíbrio causado pela LEA, acarreta em um desvio da energia disponível, energia essa ligada ao ciclo reprodutivo e crescimento ósseo. Com isso, uma cascata de alterações metabólicas e energéticas se inicia, influenciando então nos outros componentes presentes na Tríade da Mulher Atleta. Além disso, confirma o porquê de ser a principal alteração presente na síndrome (DIPLA *et al.*, 2020; MOUNTJOY *et al.*, 2018; SOUZA, 2019).

O gasto de energia é, portanto, conservado por meio da supressão da taxa metabólica de repouso, triiodotironina total (TT3), fator de crescimento semelhante à insulina-1 (IGF-1), leptina e insulina, e contra regulação do cortisol e o desenvolvimento de uma resistência ao hormônio do crescimento (GH) (SOUZA, 2019). **Figura 5.1**.

Figura 5.1 Imagem que representa um espectro de disponibilidade de energia, saúde menstrual e estado de saúde óssea na Tríade da Mulher Atleta. Dentro de cada categoria de saúde, os indivíduos podem variar de uma saúde ótima (indicada em verde) a uma saúde comprometida (laranja) a um estado de saúde patológico (vermelho). **Fonte:** SOUZA, 2019



A deficiência de energia é capaz de atuar a nível de sistema nervoso central, no hipotálamo e hipófise onde irá reduzir a liberação pulsátil hipotalâmica do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), apresentando então um efeito negativo na liberação de gonadotrofinas na hipófise anterior. Além disso, a produção de FSH e LH pela hipófise também estarão diminuídas, acarretando em hipoestrogenismo e cursando com amenorreia hipotalâmica funcional e diminuição da massa óssea (DIPLA *et al.*, 2020).

A partir dessa realidade, é notório a importância da ingestão alimentar correta e individualizada, levando em consideração os gastos da mulher atleta, seja ela profissional ou não, com a finalidade de prevenir consequências a nível metabólico. (ACKERMAN *et al.*, 2019).

Amenorreia

A disfunção menstrual é, muitas vezes, o primeiro sintoma a ser identificado pelo próprio paciente e usualmente é a causa da busca por assistência médica. Além disso, a busca ativa de informações sobre o ciclo menstrual deve ser feita em todas consultas de rotina, a fim de identificar alertas para a tríade e outras condições. Diante disso, o gineco-logista é de extrema importância no reconhecimento inicial da síndrome, podendo realizar diagnóstico precoce e prevenção de agravamentos e sequelas. (LOVELESS, 2017).

Existem vários graus de disfunção menstrual, que podem ser: subclínicos, estruturais, ciclos anovulatórios, oligome-norreia e amenorreia (primária ou secundária). É importante diferenciar a oligomenorreia e as amenorreias, para que o diagnóstico da disfunção menstrual seja feito corretamente. A oligomenorreia é caracterizada como ciclos com intervalos grandes, sendo > 35 dias em adultos e > de 45 dias em adolescentes. Por outro lado, nos casos de amenorreia, deve-se solicitar exames complementares para que endocrinopatias possam ser descartadas. A amenorreia pode ser dividida em primária e secundária, sendo que a primeira é caracterizada pela ausência da menarca até os 16 anos e a segunda, por sua vez, é caracterizada por menstruação irregular durante mais de 6 meses ou ausência de menstruação, anteriormente regulares, por mais de 3 meses (DIPLA *et al*., 2021; HACKNEY, 2020; STATUTA, 2020; LOVELESS, 2017; KOLTUN *et al*., 2019; SLATER *et al*., 2017).

Em todos os casos, uma anamnese, exame físico e investigação bem feitos são de extrema importância para exclusão de outras causas. Diante da queixa de amenorreia, é essencial excluir gravidez, por meio de um HCG sanguíneo. Além disso, dentre outros exames que podem ser solicitados para avaliação das alterações menstruais estão hemograma, hormônios tireoidianos, gonadotrofinas, prolactina, níveis de vitamina e US de pelve. É importante frisar que atletas de elite têm maior prevalência de amenorreia do que a população geral, podendo um paciente variar nas apresentações das disfunções menstruais ao longo do quadro (LOVELESS, 2017; STATUTA *et al*, 2017).

Diversos estudos foram analisados visando comprovar com dados numéricos os efeitos da tríade da mulher atleta. No primeiro, Brook *et al*. (2019) relatou que em uma amostra com 105 dados, 13,4% das mulheres possuíram menarca tardia (> 14 anos). Já em uma amostra menor (25 atletas), 24% dessas apresentaram oligomenorreia e 20% apresen-taram amenorreia. Mas é importante destacar a necessidade de mais estudos e estudos maiores para uma melhor precisão de resultados. (BROOK *et al*., 2019).

Em outro estudo, mostrou uma prevalência de cerca de 63% de alterações hormonais em mulheres com déficit na disponibilidade de energia. Das pacientes com a tríade que participaram do estudo, 37% eram amenorreicas. Além disso, mulheres amenorreicas apresentaram piores valores na densitometria óssea e pontuação de risco maior na síndrome da atleta feminina, indicando que podem ser usadas análises hormonais nas pacientes como complementar ao diagnóstico e possivelmente ajudar na estratificação de risco. (HEIKURA *et al*., 2018).

Na TA, a amenorreia geralmente é causada por uma disfunção hipotalâmica. Isso ocorre porque a deficiência de energia diminui a liberação pulsátil do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), que prejudica a liberação de gonadotrofinas (FSH e LH) na

hipófise anterior. A redução de FSH e a não pulsatilidade do LH cursa com hipoestrogenismo, que tem como consequên-cia amenorreia hipotalâmica funcional e diminuição da massa óssea. Além disso, o exercício físico é responsável por modular o eixo Hipotálamo-Hipófise-Ovário (HHO), o que por consequência aumenta a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e suprime a liberação de gonadotrofinas, que cursa com prejuízo da ovulação (LOVELESS, 2017; PAPAGEORGIOU *et al*., 2017; SLATER *et al*., 2017; DIPLA *et al*., 2021; MOUNTJOY *et al*., 2018; BOUTARI *et al*., 2020).

Outro fator interessante é que a amenorreia pode ter relação com a intensidade do treino e o tipo de atividade. Corredores de longa distância, bailarinos, ginastas e atletas de esportes que exigem um corpo mais magro tem uma alta taxa de amenorreia entre 40 a 50%. Em esportes que exigem menos um corpo magro, como a natação por exemplo, a taxa de amenorreia está em 12% (BOUTARI *et al*., 2020).

A deficiência de energia também é responsável por alterar os níveis de leptina, tendo em vista que a concentração desta está relacionada à massa de gordura corporal. A leptina atua no eixo HHO nos casos em que ocorre privação de energia, gerando um eixo HHO disfuncional e hipoestrogenismo. Existem evidências de que esse hormônio pode atuar em grupos de neurônios que fornecem dados para a produção de GnRH. Nesses casos, ocorre uma amenorreia hipotalâmica (DIPLA *et al*., 2021; BOUTARI *et al*., 2020).

A Declaração do Consenso da Tríade de Atletas Femininas de 2014 criou algumas ferramentas para avaliação de risco nas pacientes, para que a partir disso possa ser determinado manejo do quadro e possibilidade de volta aos esportes. Dentre os fatores de risco avaliado, estão inclusos história de amenorreia, oligomenorreia, idade tardia da menarca, dentre outros fatores (LOVELESS, 2017; BROOK *et al*., 2019).

Dessa forma, conclui-se que as mulheres atletas com disfunção menstrual devem ser avaliadas de forma completa, avaliando os padrões alimentares, a intensidade dos exercícios físicos, os déficits nutricionais e outros hábitos de vida que possam cursar com baixa disponibilidade de energia. Para isso, é necessária uma abordagem médica adequada e detalhada, evitando que as alterações fisiológicas passem despercebidas e cursem com danos maiores. (BOUTARI *et al*., 2020)

Baixa densidade óssea

A baixa densidade mineral óssea vem como consequência da principal causa, a Baixa Disponibilidade de Energia (LEA) e as alterações presentes no ciclo reprodutivo, pois o hipoestrogenismo resulta em uma queda na densitometria óssea (DMO) diminuindo a formação óssea e aumentando a reabsorção, aumentando a chance de fraturas.

Existem dois tipos de metabolismo ósseo, o de curto prazo que está estritamente ligado aos hormônios e o de longo prazo, que se aplica de forma indireta no eixo Hipotálamo-Hipófise-Ovário (HHO).

Sendo assim, o metabolismo ósseo de curto prazo quando exposto a redução de energia é alterado pelos hormônios de resposta rápida ao estado de deficiência energética que são o fator de crescimento semelhante à insulina (IGF-1) e a leptina. O IGF-1 tem um papel importante na baixa densitometria óssea, pois quando diminuído irá alterar a formação óssea de forma negativa tendo em vista sua atuação na matriz óssea (Papageorgiou M, *et al*., 2017).

Já na disponibilidade de energia no metabolismo ósseo a longo prazo, o efeito se aplica não diretamente na massa óssea, mas também indiretamente no eixo Hipotálamo-Hipófise-Ovariano (HHO) com diminuição do estrogênio que tem importante papel no crescimento ósseo e na manutenção do pico de massa óssea (Papageorgiou M, *et al*., 2017).

Ou seja, a baixa disponibilidade energética e associada ao transtorno reprodutivo ligado ao hipoestrogenismo, é extremamente danoso para os ossos e o seu desenvolvimento, além de aumentar o risco de possíveis lesões ou fraturas, podendo repercutir diretamente na qualidade de vida e performance da mulher atleta. (Papageorgiou M, *et al*., 2017)

Diagnóstico

Trata-se de um diagnóstico desafiador, uma vez que não existe método preciso. Sendo assim, a investigação se dá por uma história clínica completa, que seja possível abordar e entender a disponibilidade energética da paciente, dando enfoque para os hábitos dietéticos, tendo em vista que é um manejo individualizado (WILLIAMS, *et all.* 2019).

O exame físico é de extrema importância, pois certos sinais clínicos são característicos da síndrome. Associado a isso, exames complementares compreendidos em dosagens de hormônio luteinizante, hormônio folículo estimulante, gonadotrofina coriónica humana, prolactina para avaliar casos de amenorreia; hormônio estimulador da tireoide, T4 livre, estradiol, perfil de andrógeno para investigação de deficiência energética e ultrassom pélvico para pesquisa inicial de desmineralização (STATUTA, 2020).

E por fim, a abordagem multidisciplinar deve ser focada em restaurar o balanço energético no organismo da paciente e deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, envolvendo o ginecologista, nutricionista, técnicos do esporte e profissionais da saúde mental (LOVELESS, 2017).

Ressalta-se que a paciente não precisa necessariamente apresentar os três componentes para que seja realizado o diagnóstico dessa síndrome, basta que um com isso, os outros distúrbios serão corrigidos.

Terapêutica

A tríade da mulher atleta é um distúrbio que necessita de diagnóstico precoce e intervenção para prevenir consequências a longo prazo. Nem sempre o tratamento precisa ser farmacológico e, muitas vezes, a abor-dagem multidisciplinar focada em combater a baixa disponibilidade energética se mostra resolutiva, e, com isso, os outros distúrbios serão corrigidos.

O principal objetivo do tratamento é retomar o equilíbrio energético da atleta que funciona como um ciclo e de forma individualizada, caso as necessidades energéticas sejam cumpridas, seja a ingesta calórica aumentada ou a quantidade de prática exercício físico diminuído, o ciclo menstrual se regulariza e impede perdas na DMO.

Para retomar o ciclo menstrual, o uso de contraceptivos orais (ACO) pode ser indicado e vem sendo discutido, tendo em vista que, de acordo com estudos, apesar do ACO apresentar uma tendência a melhorar a perda óssea, ele pode mascarar o retorno da menstruação, dando uma falsa sensação de normalidade. Alguns estudos apontam que o uso de ACO é inconsistente, e há uma melhor eficácia quando utilizado o estrogênio transdérmico. Além disso, o uso de cálcio 1000-1300 mg e 600-UI vitamina D estão indicados (Loveless 2017; Mountjoy, *et al*., 2018).

Sendo necessário mais estudos sobre o presente tema, conclui-se que para o tratamento ser eficaz, deve-se entender a individualidade e a paciente como um todo, abordando tanto as condições físicas quanto mentais dessa atleta. O acesso a uma equipe multidisciplinar, é fundamental para criar uma rede de apoio ao tratamento do atleta (Loveless 2017; Mountjoy, *et al*., 2018).

CONCLUSÃO

Nota-se que os três componentes da Tríade da Atleta estão relacionados, sendo assim basta a manifestação de um componente da síndrome para o início das investigações e acompanhamento ambulatorial levando em consideração o risco de progressão para ame-norreia, desordens alimentares e osteoporose.

A Tríade da Mulher Atleta está intimamente relacionada ao déficit de energia, sendo que essa condição pode afetar mulheres que participam de qualquer tipo de esporte, mas está mais fortemente relacionada a esportes nos quais é priorizado um físico magro, até mesmo pelas questões atuais de padrão beleza. Após o diagnóstico é preconizado um tratamento multidisciplinar imediato envolvendo ginecologistas, nutri-cionistas, técnicos do esporte e profissionais da saúde mental para redução de danos.

Ademais, conclui-se que é de extrema importância conhecimento e a atualização sobre o conhecimento progresso do tópico, tendo em vista que se torna cada vez mais presente na atual sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, K. E. *et al*. Low energy availability surrogates correlate with health and performance consequences of Relative Energy Deficiency in Sport. British Journal of Sports Medicine, v.53, p. 628-633, 20.

BROOK, E. M. *et al*. Low energy availability, menstrual dysfunction, and impaired bone health: A survey of elite para athletes. Scand J Med Sci Sports. v.29, n.5, p678-685, fev/2019.

BURKE, L. M. *et al*. Relative Energy Deficiency in Sport in Male Athletes: A Commentary on Its Presentation Among Selected Groups of Male Athletes. International Journal of Suport Nutrition and Exercise Metabolism, v.28, n.4, p. 364-374, mar/2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30040508/. Acesso em 28 mar. 2021.

C. BOUTARI, P.D. Pappas, G. Mintziori, *et al*., The effect of underweight on female and male reproduction, Metabolism, 2020.

DE SOUZA, MJ. *et al*. Reproductive Function in the Female Athlete Triad and Extension of its Effects to Men: An Initial Working Model of a Similar Syndrome in Male Athletes. Sports Med.2019 Dec;49(Suppl 2):125-137

DIPLA, K., Kraemer, R.R., Constantini, N.W. *et al*. Relative energy deficiency in sports (RED-S): elucidation of endocrine changes affecting the health of males and females. *Hormones* 20, 35–47 (2021).

HACKNEY AC. Hypogonadism in Exercising Males: Dysfunction or Adaptive-Regulatory Adjustment? Front Endocrinol (Lausanne). 2020 Jan 31; 11:11.

HEIKURA IA *et al*. Low Energy Availability Is Difficult to Assess but Outcomes Have Large Impact on Bone Injury Rates in Elite Distance Athletes. Int J Sport Nutr Exerc Metab. 2018 Jul 1;28(4):403-411.

KOLTUN, K. J. *et al*. Comparison of Female Athlete Triad Coalition and RED-S risk assessment tools. Journal of Sports Sciences, v. 37, p. 2433-2442. 2019.

KROSHUS E, DeFreese JD, Kerr ZY. Collegiate Athletic Trainers' Knowledge of the Female Athlete Triad and Relative Energy Deficiency in Sport. J Athl Train. 2018 Jan;53(1):51-59.

MB, LOVELESS. Female athlete triad. Curr Opin Obstet Gynecol. Outubro, 2017. 29(5):301-305.

MOUNTJOY M, Sundgot-Borgen JK, Burke LM, Ackerman KE, Blauwet C, Constantini N, Lebrun C, Lundy B, Melin AK, Meyer NL, Sherman RT, Tenforde AS, Klungland Torstveit M, Budgett R. IOC consensus statement on relative energy deficiency in sport (RED-S): 2018 update. Br J Sports Med. 2018 Jun;52(11):687-697.

PAPAGEORGIOU M, Dolan E, Elliott-sale K,Craig V. Reduced energy availability: implications for bone health in physically active populations. 18 july 20.

SLATER J, Brown R, McLay-Cooke R, Black K. Low Energy Availability in Exercising Women: Historical Perspectives and Future Directions. Sport Med. 2017;47(2):207–20.

SM, STATUTA; IM, Asif; JA, Drezner. Relative energy deficiency in sport (RED-S**).** BRJ Sports Med. novembro, 2017. 51(21):1570-1571.

SM, STATUTA. The Female Athlete Triad, Relative Energy Deficiency in Sport, and the Male Athlete Triad: The Exploration of Low-Energy Syndromes in Athletes. Curr Sports Med Rep. 2020 Feb;19(2):43-44.

WILLIAMNS NI, Koltun KJ, Strock NCA, De Souza MJ. Female Athlete Triad and Relative Energy Deficiency in Sport: A Focus on Scientific Rigor. Exerc Sport Sci Revista 2019 Oct;47(4):197-205.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 06

RASTREIO E PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

AUTORES
NATÁLIA CORRÊA DA SILVA[1]
LÍVIA FERNANDES MONTEIRO DA MATA[1]
POLYANA FERNANDES RUGGIO[1]
PRISCILLA DE OLIVEIRA REIS[1]
RAÍSSA LOPES DE OLIVEIRA[1]
MATEUS COELHO FRANÇA[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente de medicina – Faculdade de Minas/BH
[2]Discente de medicina – Universidade Federal de Juiz de Fora

Palavras-chave: Câncer de colo uterino; Papilomavírus humano; Prevenção.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um dos mais frequentes na população feminina brasileira, atrás apenas dos cânceres de mama e colorretal, respectivamente (COSCIA *et al*., 2018). Os fatores de risco responsáveis pelo aparecimento deste tipo de doença são: início precoce da atividade sexual, múltiplos parcei-ros, tabagismo, baixo nível socio-econômico e parceiro sexual com histórico de câncer de pênis, todos associados a infecções pelo papilomavírus humano causador do HPV (DE SÁ & SILVA, 2019). Dessa forma, é de extrema importância a realização de exames de prevenção nas mulheres, como o exame citopatológico, a fim de se diagnosticar e tratar precocemente possíveis lesões percursoras de malignidade (DE SÁ & SILVA, 2019). Outra medida importante para a prevenção do câncer de colo uterino é a vacinação contra o HPV, realizada em meninas de 9 a 14 anos e em meninos de 11 a 14 anos (DE PAULA *et al*., 2019). No entanto, é válido ressaltar que somente a vacinação não substitui a necessidade de realização de exames ginecológicos preventivos e do uso de preservativos durante as relações sexuais (DE PAULA *et al*., 2019).

O objetivo deste estudo foi compreender o impacto das estratégias de prevenção e rastreio de câncer de colo uterino na redução da morbimortalidade feminina.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de 20 julho de 2021 até 29 de julho de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, SciELO e Medline. Foram utilizados os descritores: neoplasias do colo do útero, papiloma vírus humano e detecção precoce de câncer. Desta busca foram encontrados 19 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados no período de 2002 a 2019 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, 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 9 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: fatores de risco para o câncer de colo uterino, métodos de prevenção, recomen-dações e diretrizes, realização e orientação de exames citopatológicos para mulheres em geral e portadoras do HIV, interpretação dos resultados do exame citopatológico e conduta e tratamentos disponíveis para o câncer de colo uterino. Também foram utilizadas diretrizes do Ministério da Saúde a respeito do tema deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores de risco para o câncer de colo uterino

O câncer de colo uterino é multifatorial, e um dos fatores é a infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papiloma vírus humano), causador do carcinoma escamoso cervical e pelo menos 13 tipos de HPV são considerados oncogênicos, dentre os HPV de alto risco oncogênico em especial o

HPV-16 e o HPV-18, que são responsáveis por cerca de 70% dos canceres cervicais (INCA, 2016). Já os HPV 6 e 11, encontrados em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, são considerados não oncogênicos (INCA, 2016). Quando a infecção é persistente pelo tipo oncogênico pode ocorrer o desen-volvimento de lesões precursoras, ou seja, lesão intraepitelial escamosa de alto grau e adenocarcinoma in situ, cuja identificação e tratamento adequado possibilita a prevenção da progressão para o câncer cervical invasivo (INCA, 2016).

A infecção pelo HPV na genitália exige acesso às células da camada basal de pele ou mucosas, geralmente ocasionado através de micro-fissuras geradas durante o coito (PAULA *et al*.,2009).

Outro fator para o câncer de colo uterino são fatores imunológicos relacionado ao HPV, os mecanismos exatos que disparam o gatilho de uma resposta imune eficiente contra lesões relacionadas ao HPV ainda não são conhecidos (PINTO *et al*., 2002). Eles podem estar relacionados à ativação do sistema imuno-lógico ou à composição genética do hospedeiro (PINTO *et al*., 2002). Uma vez que a exposição direta das oncoproteínas do HPV a células imunocompetentes não ocorre, é concebível que o desenvolvimento de anticorpos às proteínas virais possa depender de uma infecção secundária por meio de pequenas abrasões ou soluções de continui-dade do epitélio, resultando na exposição das proteínas virais a estas células (PINTO *et al*., 2002).

Já a resposta imune local a presença de células monomorfonucleares, principalmente células CD4 e macrófagos, tem sido demonstrada em papilomas em regressão (PINTO *et al*., 2002). O papel da resposta imune local na carcinogênese cervical foi quantitativamente estudado por imuno-histoquímica (PINTO *et al*., 2002). Uma associação significativa entre o aumento do número de células imunocompetentes e o aumento do grau da neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) foi encontrado (PINTO *et al*., 2002). Este achado indica que a resposta imune local pode ser importante para o desenvolvimento e progressão do câncer cervical, principalmente em um estágio inicial do processo carcinogênico (PINTO *et al*., 2002).

A resposta imune humoral tem por resposta no controle da infecção por HPV e lesões relacionadas está também distante de ser completamente compreendido, entretanto, ela parece ser capaz de impedir a infecção pelo papilomavírus (PINTO *et al*., 2002). A maioria destes estudos basearam-se em antígenos sintéticos ou recombinantes que assemelham-se, na função e imunogenicidade, às proteínas autênticas de expressão tardia (não estruturais) e precoce (estruturais) do HPV, e foram detectados em diversos experimentos, incluindo ELISA, Western blotting e mais recentemente imunoprecipitação (PINTO *et al*., 2002).

Associação com a síndrome da imuno-deficiência humana, mulheres imuno-deprimidas apresentam risco elevado para o desenvolvimento de neoplasia escamosa intra-epitelial e invasiva do trato genital inferior, incluindo pacientes que foram submetidas a transplantes de órgãos e estão sob medicação imunossupressiva, têm doença de Hodgkin ou estão infectadas pelo HIV, além disso a relação entre as doenças relacionadas ao HPV e esta ultima categoria é ainda mais forte, porque ambas condições, as infecções por HPV e HIV, são transmitidas sexualmente e suas populações de risco apresentam várias características demográficas em comum (PINTO *et al*., 2002). A soropositividade para HIV é um fator de risco

independente para infecções por HPV, nas formas latente e clínica (PINTO *et al*., 2002). Todavia, se HPV e HIV estão diretamente ou indiretamente associados à imunossupressão relacionada ao vírus HIV permanece obscuro (PINTO *et al*., 2002). Uma vez que os dois vírus não co-infectam o colo uterino, se interações molecu-lares ocorrem entre o HIV e o HPV, elas são provavelmente mediadas por fatores extra-celulares (PINTO *et al*., 2002). O aumento da expressão de genes do HPV em mulheres infectadas pelo HIV pode potencialmente ser explicada por interações envolvendo a proteína transativatora do HIV-1 e a proteína promotora do HPV 16 (PINTO *et al*., 2002).

Tabagismo esta relacionado a idade de inicio, exposição período e frequência de consumo de cigarros, todos estes fatores parecem influenciar na incidência de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) e câncer cervical (PINTO *et al*., 2002). Os dois mecanismos principais pelo qual o hábito de fumar contribui para a oncogênese cervical incluem a exposição direta do DNA de células epiteliais cervicais a nicotina e a cotidiana, e a produtos metabólicos do tipo esperado a partir de reações com hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e aminas aromáticas, outros componentes da fumaça do cigarro (PINTO *et al*., 2002). A imunossupressão é um mecanismo que verifica alterações no sistema imune periférico de pacientes fumantes incluindo a elevação do numero de células sanguíneas, o aumento do número de linfócitos T citotóxicos/supressores, a diminuição do número de linfócitos T indutores/auxiliares, discreta supressão da atividade de linfócitos T, significativo decréscimo da atividade de linfócitos natural killer, e baixos níveis sanguíneos de imunoglobulinas, exceto pela IgE, a qual é elevada (PINTO *et al*., 2002).

Os contraceptivos orais diferente de outras neoplasias malignas ginecológicas de alta prevalência, como o carcinoma ductal mamário e o adenocarcinoma de endométrio, o câncer escamoso cervical tradicionalmente não tem sido considerado como hormônio-dependente (PINTO *et al*., 2002). Entretanto, hormônios esteróides na forma de contra-ceptivos comumente administrados durante a fase reprodutiva parecem aumentar a atividade transformadora dos oncogenes do HPV e interferir na resolução eficiente de lesões causadas pelo vírus na cérvix de mulheres jovens (PINTO *et al*., 2002). Nota-se que estes fatores interagem em menor ou maior intensidade com as oncoproteínas e outros elementos do HPV, porém todos parecem relacionar-se com o vírus de forma a potencializar sua ação na célula hospedeira e facilitar o desenvolvimento dos processos de imortalização e carcinogênese (PINTO *et al*., 2002).

Métodos de prevenção

A infecção causada pelo vírus HPV (Papilomavirus Humano) está diretamente relacionada ao desenvolvimento do câncer de colo de útero. Para diminuir os riscos de uma infecção pelo vírus é essencial o uso de preservativo durante as relações sexuais. A vacinação contra o HPV também é uma forma de prevenção. De acordo com o Ministério da Saúde, a vacina deve estar disponível para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, sendo essa importante para proteger contra os tipos 6, 11, 16 e 18 de HPV, estando os dois últimos relacionados ao câncer de colo de útero (BRASIL, 2016). A vacina também deve estar disponível e pode ser indicada para mulheres até os 45 anos de idade que possuam quadro de imunossupressão, como por

exemplo, portadoras do vírus HIV, cânceres ou transplantadas (BRASIL, 2016).

Outra forma importante de prevenção consiste no exame preventivo ginecológico Papanicolau, que deve ser realizado periodicamente à partir dos 25 anos, em mulheres que iniciaram a vida sexual (BRASIL, 2016). Os índices de falha associados ao exame citopatológico se relacionam com coleta inadequada do material e leitura incorreta das lâminas (ROCHA & ROSAL, 2018). Por isso, para garantir uma adequada representação celular do epitélio do colo do útero, deve-se coletar amostra da ectocérvice com espátula de Ayre e do canal cervical com a escova apropriada (BRASIL, 2016). Muitos profissionais ainda utilizam o teste de Schiller como apoio no rastreio de câncer de colo uterino. Por ser um teste rápido e fácil de executar, a associação do teste positivo com a presença de atipias em células escamosas se caracteriza como método de seleção para a realização da colposcopia (ARAUJO *et al*., 2017).

Recomendações e diretrizes

O exame citopatológico, também conhecido como Papanicolau, é recomendado, de acordo com o MS, para mulheres a partir de 25 anos sexualmente ativas e deve ser realizado em um intervalo de três anos, após dois exames anuais sem alterações, podendo ser interrompido após a idade de 64 anos, em caso de dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2016). Deve-se seguir a mesma recomendação para gestantes sempre considerando a procura do serviço de saúde para realização da primeira consulta de pré-natal como uma oportunidade para coleta do material de exame (BRASIL, 2016). Quanto as mulheres na pós-menopausa, o rastreamento citológico também deve seguir as recomendações para as demais mulheres. Entretanto, as alterações relacionadas ao hipoestrogenismo podem levar a resultados falso-positivos e consequentes procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários (BRASIL, 2016). No caso das mulheres que foram submetidas à histerectomia total por lesões benignas que não possuem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, se apresentarem exames anteriores normais não existe indicação de rastreamento. Bem como, mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao Papanicolau (BRASIL, 2016).

O risco de uma paciente soropositivo (HIV) evoluir para AIDS foi reduzido, nos últimos anos, devido ao advento da terapia antirretroviral, uma vez que prolongou a vida das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) (BRASIL, 2018). Com isso, aumen-tou a expectativa de vida das pessoas infectadas pelo HIV, ou seja, estão envelhe-cendo mais, sendo cada vez mais sujeitas ao risco de neoplasias, principalmente de colo uterino, não relacionadas à aids (BRASIL, 2018). Desse modo, faz-se necessária a adoção de medidas adequadas de prevenção e rastreamento, corroborando uma diminuição da incidência e um diagnóstico precoce de neoplasias (BRASIL, 2018).

O Preventivo do câncer do colo do útero, nessas pacientes, deve ser realizado semestralmente no primeiro ano e, se normal, manter anualmente. Caso a contagem de LT-CD4+ seja menor do que 200 células por mm^3, deve-se priorizar a correção dos níveis de LT-CD4+ e realizar rastreamento citológico a cada 6 meses até a recuperação imunológica. Além disso, é mister realizar colposcopia na presença de alterações patológicas (BRASIL, 2018).

É válido ressaltar que o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

recomenda a associação do exame colposcópico ao teste de Papanicolau. Preconiza esfregaço citopatológico e exame colposcópico de rotina a cada seis meses para mulheres HIV-soropositivas com contagem de linfócitos CD4+ superior a 200/mm3. Para valores inferiores ao mencionado, estabelece teste de Papanicolaou trimestral e colposcopia semestral (COELHO *et al*., 2004).

Resultados do exame citopatológico e conduta

O exame de Papanicolau é um teste realizado para detectar alterações nas células do colo uterino, sendo a principal estratégia para achar lesões precocemente e fazer o diagnóstico da doença bem no início, antes que a mulher tenha sintomas (BRASIL, 2015). Ele pode ser realizado em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados. (BRASIL, 2015).

Uma das nomenclaturaras utilizadas para o diagnóstico das lesões cervicais e suas equivalências no exame de rastreio Papanicolau é o Sistema de Bethesda (2001), onde se classifica os resulta em: Citologia normal, alterações benignas, atipias de significado indeterminado (ASC-US e ASC-H), Lesão de baixo grau (LSIL), lesão de alto grau (HSIL) e células com características suspeitas de invasão (INCA,2016).

É muito importante que o profissional de saúde conheça as possíveis alterações do Papanicolau e saiba como proceder frente aos diferentes resultados, tendo sempre como objetivo a detecção precoce. A citologia normal é um exame negativo para malignidade ou lesões intraepiteliais. Nesses casos, o recomendado é seguir realizando os exames normalmente no tempo já estabelecido de 3 em 3 anos (INCA, 2016). Alterações celulares benignas podem estar associadas a quadros de inflamação, reparação, metaplasias, atrofias com inflamação, radiação, entre outros. Nesses casos, por não apresentarem alterações neoplásicas, também são considerados normais, logo a conduta é continuar reali-zando os exames de prevenção no tempo já estabelecido de 3 em 3 anos (INCA, 2016). As atipias de significado indeterminado podem ser classificadas em ASC-US e ASC-H. O ASC-US são células atípicas com significado indeterminado, que tendem a regredir espontaneamente. Nesses casos, a conduta é repetir o exame em 3 anos para mulheres que tenham idade menor que 25 anos. Para as mulheres entre 25 e 29 anos deve-se repetir a citologia em 12 meses. E para aquelas que tiverem idade igual ou maior que 30 anos, deve-se repetir a citologia em um período de 6 meses. Já o ASC-H são células escamosas atípicas de resultado indeterminado que indicam alto risco para células malignas. Nesses casos, a conduta é encaminhar para a colposcopia com biópsia, um exame ginecológico realizado para examinar de forma ampliada e detalhada o colo do útero, com a ajuda de um colposcópio, toda vez que se suspeita de lesão maligna ou pré-maligna (INCA, 2016).

Lesão pavimentosa intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou NIC I são alterações celulares moderadas na superfície do colo uterino, com baixo risco malignidade. Mesmo sem tratamento, a maioria das lesões LSIL mantém o seu estado ou regridem com o tempo, contudo algumas podem vir a se tornar lesões de alto grau. Nesses casos, a conduta é repetir a citologia em 3 anos para mulheres com idade menor que 25 anos. Em mulheres com idade maior ou igual a 25 anos deve-se repetir a citologia em um período de 6 meses. Se a lesão não regrediu e continuou alterada deve-se repetir novamente a citologia em 6 meses. Se

depois disso a lesão não regrediu e ainda continuou alterada, então, deve-se encaminhar esta paciente para a realização de uma colposcopia com biópsia para um resultado mais detalhado (INCA, 2016). As citologias com lesão pavimentosa intraepitelial de alto grau (HSIL), que pode ser NIC II OU III, têm um aspecto muito diferenciado das células normais. Mulheres com esta citologia, apre-sentam um risco bastante elevado de terem uma lesão pré- maligna. Nesses casos, a conduta é encaminhar para a colposcopia com biópsia (INCA, 2016). Células com caracte-rísticas suspeitas de invasão são lesões intraepiteliais de alto grau que não se pode excluir microinvasões, carcinoma escamoso invasor, adenocarcinoma in situ ou invasor. Em todos esses casos a conduta é encaminhar para a realização de colposcopia com biópsia (INCA, 2016).

Tratamentos disponíveis

O tratamento do câncer de colo uterino (CCU) pode ser cirúrgico ou baseado em radioterapia e quimioterapia, a depender do estadiamento.Segundo o Projeto Diretrizes da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) & Sociedade Brasileira de Cancerologia (2001), o tratamento recomendado para lesões pré-neoplásicas do CCU varia de acordo com a sua classificação, sendo: NIC I, conduta expec-tante ou destrutiva; NIC II, conduta destrutiva ou ablativa, e NIC III, ablação (conização ou histerectomia).

Lesões de alto grau devem ser tratadas pela conização, que varia de acordo com a extensão da lesão no canal endocervical, podendo ser conização clássica com bisturi, com alça diatérmica ou a laser (TSUCHYA *et al*., 2017). Ainda, para pacientes consideradas inoperáveis, a radioterapia é uma alternativa (TSUCHYA *et al*., 2017). Para adenocarcinoma in situ, a histerectomia deve ser considerada a melhor opção terapêutica (TSUCHYA *et al*., 2017). O Inca recomenda para esse grupo de pacientes com CCU localmente avançado o uso de radioterapia exclusiva (INCA, 2016). Para os estádios IB2 e IIA volumosos (lesões maiores do que 4cm), IIB, IIIA, IIIB e IVA, as evidências científicas atuais orientam para tratamento combinado de radioterapia com quimioterapia, e posterior braquiterapia (INCA, 2016).

CONCLUSÃO

O câncer de colo uterino é um dos cânceres que mais acomete a população feminina no Brasil e no mundo. O principal fator de risco relacionado a doença é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). Diante disso, é muito importate que a população seja conscientizada a respeito da vacinação contra o HPV para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos além do uso de preservativos em todas as relações sexuais. O exame citopatológico, por sua vez, é uma excelente ferramenta de rastreio e detecção precoce do câncer de colo uterino. Assim, esse exame deve ser realizado com critério e periodicidade conforme recomendado pelas diretrizes brasileiras para se alcançar a redução na morbimortalidade feminina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Juliane Cunha *et al*. Teste de Schiller e exame citopatológico: eficiência na detecção do Papiloma Vírus Humano. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS. Brasília, 2018.

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: Ministério da Saúde, 2015.

COELHO, Raquel Autran *et al*. Relação entre diagnóstico citopatológico de neoplasia intra-epitelial cervical e índices de células CD4+ e de carga viral em pacientes HIV-soropositivas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 26, p. 97-102, 2004.

COSCIA, Eduardo Borges *et al*. Câncer de colo uterino em pacientes com HIV. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 20, n. Supl., 2018.

DE PAULA, Tamires Corrêa *et al*. Detecção precoce e prevenção do câncer de colo uterino: saberes e práticas educativas. Enfermagem em Foco, v. 10, n. 2, 2019.

DE SÁ, Kássia Camila Camargo; SILVA, Luciano Ribeiro. O exame papanicolau na prevenção do câncer no colo uterino: uma revisão integrativa. Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres, v. 8, n. 1, p. 8-8, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ed.2. Rio de Janeiro, RJ. Brasil. 2016.

PAULA, Adriano Augusto Peclat de; ALMEIDA NETO, Joaquim Caetano de; CARNEIRO, Megmar Aparecida dos Santos. Carcinoma peniano e papilomavírus humano (HPV): artigo de revisão. 2009.

PINTO, Alvaro P.; TULIO, Siumara; CRUZ, Olívia Russo. HPV cofactors in cervical carcinogenesis. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 48, n. 1, p. 73-78, 2002.

ROCHA, Suele Santos; ROSAL, Marta Alves. Análise comparativa entre citologia, colposcopia e histopatologia do colo uterino em serviço de ginecologia de um Hospital Universitário. Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da UFPI, v. 1, n. 1, p. 69-75, 2018.

TSUCHIYA, Carolina Terumi *et al*. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. JBES: Brazilian Journal of Health Economics/Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, v. 9, n. 1, 2017.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 07

RELATO DE CASO: A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO FATOR DE PREDISPOSIÇÃO AO TRANSTORNO MENTAL

AUTORES
LORENA SILVESTRE GABIOLI[1]
ISABELA MUNHOZ FERREIRA[1]
MARIANA BIGHETTI DIANA[1]
KARINA R. DE MOURA SANTOLIQUIDO[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)
[2]Docente – Faculdade de Medicina Ceres (FACERES)

Palavras-chave: Abuso sexual; Transtorno mental; Saúde mental.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o termo violência tem sido muito estudado na área da saúde, principalmente nos casos de violência contra a mulher (Coelho *et al.*, 2014). Historicamente, a violência perpetua em todos os setores da sociedade, sendo um fenômeno complexo e multideterminado (Sacramento & Rezende, 2006). A complexidade do termo se inicia devido à polissemia do seu conceito, ou seja, pode ser usado em vários contextos e de maneira errônea (Coelho *et al.*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como "uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações" (Dahlberg & Krug, 2006). Em 1996, a Resolução WHA 49.25 (World Health Assembly), declarou a violência como um problema de saúde pública, solicitando à OMS o desenvolvimento de uma tipologia que abrangesse e caracterizasse as formas de violência, bem como o vínculo entre elas. Apesar da tipologia não ser aceita e utilizada universalmente, ela fornece uma estrutura útil para compreender os padrões de violência no mundo, sendo dividida em três categorias correspondentes às características daquele que comete o ato violento.

A primeira categoria proposta pela OMS enquadra a violência coletiva que acontece nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos. A segunda categoria aborda a violência autoinfligida, subdividida em comportamentos suicidas e autoabusos. Por fim, a terceira categoria, que será contemplada neste capítulo, destaca a violência interpessoal, subdividida em violência comunitária e familiar. A subdivisão comunitária envolve os casos de violência juvenil, estupro, ataque sexual por estranhos, assim como a violência em grupos institucionais, como escolas, igrejas, lares de longa permanência, entre outros. Por outro lado, a subdivisão familiar inclui abuso por parceiro íntimo, abuso infantil e abuso de idosos (Coelho *et al.*, 2014; Dahlberg & Krug, 2006).

Apesar da violência não ser um fenômeno contemporâneo, seu caráter problemático político e social é recente. Tem se destacado a gravidade e severidade da violência contra a mulher, em um panorama de intensificação. Há diversos estudos que demonstram o impacto dos valores patriarcais na sociedade, perpetuando a desigualdade de poder e direitos entre gêneros, assim como estão associados aos quadros recorrentes de violência. Ao negar os direitos das mulheres e fortalecer o autoritarismo machista, resulta-se na legitimização e naturalização da violência demarcada pela subjetividade de masculinidade e feminilidade (Guimarães & Pedroza, 2015).

Entre as diversas formas de violência destacadas anteriormente, encontra-se a violência sexual, definida pela OMS como "atos, tentativas ou investidas sexuais indesejados, com uso de coação e praticados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer contexto, seja doméstico ou não. Inclui atos como estupros (penetração forçada) dentro do casamento ou namoro, por estranhos ou mesmo em situações de conflitos armados. Também inclui assédios sexuais: atos e investidas, na forma de coerções e de paga-mento ou favorecimento sexual nas relações hierárquicas (de trabalho ou escolares)" (Coelho *et al.*, 2014). Ou seja, não está limitada a penetração da vulva, do ânus ou de qualquer outra parte do corpo, sendo que, o estudo inclui agressão,

molestamento, assédio e incesto (Barbosa *et al.*, 2015).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), 8,9% das mulheres com 18 anos ou mais do país já sofreram violência sexual em algum momento das suas vidas. A maior parte dos autores desses três tipos de violência são pessoas conhecidas das vítimas. Entre os tipos de violência, a predominância foi de vítima que informava ter sido tocada, manipulada, beijada ou teve partes do corpo expostas contra a vontade. Além disso, 52,4% dos agressores físicos de mulheres eram companheiros ou ex-companheiros, sendo que em geral, as agressões aconteceram em suas residências (IBGE, 2020). Reconhecer violên-cia sexual por parceiro íntimo é bastante difícil, principalmente pela cultura patriarcal brasileira, que trata a relação sexual não consensual como dever da esposa. Ao observar os índices de violência contra a mulher, a sexual é a menos frequente dentre as demais, pois é menos denunciada devido ao constrangimento da vítima, medo do que o parceiro possa vir a fazer ou por estar vinculada a questão de poder (Coelho *et al*, 2014).

A violência também pode ser incapa-citante. No Brasil, 3,5 milhões de pessoas deixaram de realizar suas atividades habituais em decorrência da violência sofrida, o que representa 12% das vítimas de violência, seja psicológica, física ou sexual. Mais uma vez as mulheres (15,4%) são mais atingidas que os homens (7,6%) assim como as pessoas pretas (14,5%, contra 11,0% das brancas e 12,2% das pardas) e aquelas com rendimento de até 1/4 do salário-mínimo (IBGE, 2020).

No campo da saúde mental, a violência relaciona-se diretamente com o sofrimento psíquico, desencadeado principalmente por as agressões intrafamiliares físicas, sexuais e psicológicas, além dos maus tratos e ameaças. No entanto, o sofrimento psíquico não é necessariamente diagnosticado como transtor-no mental, mas a vítima se apresenta angustiada, ansiosa, preocupada ou amedron-tada. Por outro lado, há fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (PSM) em crianças e adolescentes, como: situações de vulnerabilidade, como pobreza e punição física, pais com transtornos mentais, mães vítimas de violência conjugal e condições socioeconômicas desfavoráveis (Gusmão *et al.*, 2018). Porém, ao debater as consequências do abuso sexual infanto-juvenil, é necessário considerar algumas partícula-ridades que envolvem a violência praticada, tais como: grau de penetração; acompanha-mento de insultos ou violência psicológica; uso de força ou violência física. Além disso, a duração do abuso, idade da vítima, intensidade da violência, grau de segredo e de ameaça, apoio social e familiar. Sabendo disso, quanto maior o período de tempo submetido ao abuso e se existir vínculo vítima-abusador, maior serão as consequências desenvolvidas. Vale ressaltar: embora a idade da criança interfira no seu desenvolvimento pós-trauma, não há evidência concreta que defina a faixa etária que pode ser mais acometida ao longo prazo (Florentino, 2018; Silva *et al.*, 2013).

Tratando-se de violência contra a mulher, seja qualquer tipologia, há associação direta e indubitável para o desencadeamento de trans-tornos mentais comuns, uso abusivo de álcool, drogas e ideação suicida. Mulheres vítimas de violência sexual apresentam índices mais graves de transtornos e sequelas psicológicas, como an-siedade, depressão, distúrbios de humor e sexual, assim como transtornos alimentares (Gusmão *et al.*, 2018). Vale ressaltar o drama da violência de gênero, o qual abala a autonomia e autoestima da mulher, diminui sua qualidade de vida e desestabiliza suas relações pessoais e familiares. Após o evento traumático, a mulher pode se deparar

com problemas sociais preocupantes, como desemprego, marginali-zação, absenteísmo no trabalho ou escola e negligência com a própria saúde. Todos esses fatores culminam em desestruturações signifi-cativas e aumentam a morbimortalidade da população em questão (Netto *et al.*, 2014).

Em geral, havendo ou não algum tipo de relação com o agressor, violência sexual pode acarretar danos que incluem: infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gestação não desejada, transtornos psíquicos, distúrbios de sono ou alimentar, problemas sexuais e conjugais. Ainda, pode levar a falta de libido, repulsa ao ato sexual e alterações cognitivas, dificultar relacionamentos interpessoais e ideação suicida (Barbosa *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2013). No entanto, apesar dos impactos neurológicos, orgânicos e anatômicos gerados pelo abuso sexual, o trauma psíquico é o cerne de toda a situação. Após o evento abusivo, a vítima, geralmente, desenvolve estresse pós-traumático ou Transtorno do Estresse Pós - Traumático (TEPT). O TEPT caracteriza-se pelo transtorno de ansiedade imediato ou tardio, desencadeado por situações de natureza ameaçadora. O TEPT manifesta-se nas vítimas fazendo com que elas reexperimentem o abuso, através de sonhos, comportamentos e lembranças; gera evitação psicológica e aumenta o estado de excitação, promovendo distúrbios do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, hipervigilância e resposta autônoma a lembranças ameaçadoras. Não há dúvidas que o TEPT está relacionado a eventos humanos incomuns e que afetam severamente o emocional do indivíduo, deixando sequelas na saúde física e mental (Florentino, 2018).

As vítimas de violência de gênero, geral-mente apresentam TEPT de forma crônica, associado à incapacitação psicossocial e à grave morbidade. Frequentemente, portadores de TEPT possuem outros transtornos sobre-postos, incluindo alterações de humor, ansiedade e dissociativos. Evidentemente, transtornos psiquiátricos sobre-postos incapa-citam ainda mais no funcionamento pessoal e social. Logo, pode-se destacar o transtorno maníaco-depressivo, mais conhecido como transtorno bipolar, o qual pode ser inicializado pelo TEPT, contribuindo para instabilidade emocional. Por outro lado, o transtorno mental comórbido ao TEPT mais frequente é depressão, seguida pela agorafobia (Quarantini *et al.*, 2009).

Violência física, psicológica ou sexual, assim como presenciar violência intrafamiliar, são fatores suscetíveis para comportamento suicida, pois desencadeiam o TEPT e episó-dios depressivos maiores, os quais estão intimamente relacionados ao suicídio. Relacio-namentos pessoais e intra-familiares violentos, bullying, rejeição e negligência, despertam o sentimento de abandono e desvalorização pessoal, gerando sofrimento psíquico (Dante *et al.*, 2012). Diante disso, a pessoa vê a morte como a única saída. Nesse contexto, não há dúvidas de que violência e suicídio estão relacionados, direto ou indiretamente. Logo, o aumento da violência contra mulher na atualidade poderá elevar o índice de suicídio a médio e longo prazo e devem ser avaliados com cautela por profissionais de saúde mental (Quarantini *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2020).

Infelizmente, além das consequências neu-rológicas, psíquicas, orgânicas e anatômicas desencadeadas pelo ato violento, as vítimas que desenvolvem transtornos mentais são ainda mais excluídas da sociedade, devido ao estigma e preconceito enraizado na cultura brasileira, tanto em relação ao machismo, quanto pelo distúrbio psiquiátrico. Elas enfren-tam mais dificuldades para realizarem suas atividades, como ir ao trabalho ou estudar. Sendo assim, aos poucos vão se isolando e perdem a habilidade de comunicação, de manter

relacionamentos interpessoais e negligenciam o autocuidado (Barbosa *et al.*, 2015).

A abordagem da saúde pública perante a violência é interdisciplinar e com embasamento científico, ou seja, remete aos conhecimentos de diversas áreas, como a medicina, a epidemiologia, a sociologia, a psicologia, a criminologia, a educação e a economia. Sobretudo, saúde pública enfatiza no âmbito preventivo, isso significa que os atos de violência e suas consequências, podem ser evitados (Dahlberg & Krug, 2006). Articulado aos preceitos da saúde pública, violência contra a mulher também diz respeito aos Direitos Humanos, sendo uma violação ao alicerce da dignidade humana (Guimarães & Pedroza, 2015). Portanto, toda situação de violência elucidada, deve ser acolhida com respeito e de acordo com os princípios éticos.

O objetivo do presente estudo é relatar o caso de uma vítima de abuso sexual na adolescência relacionado ao seu quadro atual de transtornos mentais, abordando especificamente o transtorno maníaco-depressivo e depressão maior. Mais especificamente, identificar os problemas biopsicossociais que interferem no tratamento do transtorno mental.

MÉTODO

O presente estudo possui caráter descritivo, com enfoque no caso clínico. O caso a ser relatado é de uma paciente que se tornou portadora de transtorno maníaco-depressivo e depressão maior devido abuso sexual na adolescência por parceiro íntimo. A coleta de dados foi fundamentada a partir do prontuário da paciente acessado na Unidade Básica de Saúde da sua área de abrangência, no município de São José do Rio Preto – SP.

No prontuário foi constatado histórico de transtorno mental e de tentativas recorrentes de suicídio. Logo, foi realizado contato direto com a paciente, através de uma visita domiciliar pelas acadêmicas de Medicina da Faculdade Ceres (FACERES) para análise do processo clínico da paciente; observação; avaliação e diálogo com a entrevistada. O objetivo da visita domiciliária foi identificar os problemas biopsicossociais da vítima e coletar informações úteis para desenvolver um Plano Terapêutico Singular. A entrevista com a paciente ocorreu em sua residência localizada no na zona norte de São José do Rio Preto – SP.

Conhecimentos científicos prévios; método descritivo e pesquisa bibliográfica também foram utilizados para composição deste trabalho. A busca por referencial teórico ocorreu nas plataformas digitais: Scielo, LILACS e PubMed, bem como em livros científicos recentes da área relativa ao tema. Foram utilizados os descritores: violência sexual; violência de gênero; transtorno mental; TEPT; suicídio. Todas as informações obtidas durante a entrevista com a paciente, observadas e com bases científicas, foram de extrema importância para estruturar e desempenhar o Plano Terapêutico Singular.

O estudo foi autorizado pela paciente, a qual assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faceres, atendendo aos crité-rios de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução 466/2012 do CNS.

RELATO DE CASO

H.A.S., sexo feminino, 45 anos, foi abordada pelas acadêmicas de Medicina em sua casa para uma visita domiciliar. A paciente vive em uma moradia precária, com seu ex-marido e sua filha de 6 anos, em uma região de baixo nível socioeconômico em São José do Rio Preto, SP. A paciente relata não ter condições para mudar-se de residência e, portanto, é

hospedada pelo seu ex-marido, proprietário da moradia. A renda familiar provém da aposentadoria do ex-marido, por invalidez. A família se alimenta através de doações de alimentos não perecíveis, uma vez que possuem geladeira. A casa conta com um banheiro e dois quartos, onde em um dorme H.A.S. com sua filha e o pai no outro. A visita foi realizada devido ao seu histórico recorrente de tentativas de suicídio relatadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) da sua área de abrangência, para avaliar e identificar os problemas da paciente, objetivando estruturar o Plano Terapêutico Singular (PTS). Durante a entrevista, destacou sua queixa principal: crise depressiva. Relatou também ser hipertensa, diabética, tabagista, asmática, depressiva e bipolar. Ao exame físico foi identificada obesidade grau III (IMC=41,7), hepatomegalia e esplenomegalia, sibilos difusos nos pulmões e alterações cutâneas nas mamas. Além disso, relatou dor à palpação da fossa ilíaca direita. Carga tabágica de 3 maços/dia e em tratamento irregular de suas comorbidades. Frequenta o CAPS, apenas para consultas psiquiátricas e não faz seguimento psico-terapêutico. No âmbito sócio-econômico, a paciente se encontra em uma baixa condição, desempregada, vive em um lar conflituoso, é economicamente dependente de seu ex-marido, não possui uma boa alimentação, não possui boa higiene pessoal, não participa ativamente da criação e educação de sua filha, não tem hábito de praticar nenhuma atividade de lazer e esporte, passa a maior parte de seu dia deitada fumando e não faz parte de grupos ou rede de apoio. Nos últimos anos realizou 15 tentativas de suicídio por intoxicação medica-mentosa. Ao ser questionado sobre seus antecedentes ginecológicos, a mesma relatou sexarca em um episódio de abuso sexual aos 16 anos de idade pelo próprio namorado na época. A paciente elucidou o episódio dizendo que não queria ter relação sexual com o parceiro em questão, mas foi amarrada à cama e abusada sexualmente. Após agressão, não teve mais contato com o parceiro. H.A.S. ressalta que nunca compartilhou o fato com alguém antes, pois nunca se sentiu confortável e teve medo de ser julgada, principalmente pela sua mãe, visto que na época e na região, rural, aonde cresceu não era um ato incomum de acontecer. A mesma relaciona como fator causal de seus transtornos mentais, a agressão sofrida na adolescência. O PTS foi estruturado e levado para discussão com a equipe da UBS. Foram agendadas três consultas, sendo ginecologista (preferencialmente mulher), clínico geral (com carta de recomendação para encaminhamento ao cardiologista e pneumolo-gista) e odontologista. As acadêmicas levaram as guias de agendamentos para a paciente, incentivando e mostrando a importância de acompanhamento devido suas comorbidades. Também foi proposto o acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico no CAPS. No entanto, algumas semanas depois, ao visitá-la, declarou que não compareceu às consultas com justificativas sem fundamento. Além disso, ressaltou que não irá a nenhum médico, apenas no psiquiatra do CAPS, pois precisa manter o tratamento da depressão e bipolaridade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O relato de caso contribui para a literatura científica médica de forma positiva, evidenciando a relação de abuso sexual na adolescência como fator causal e predisponente para o desenvolvimento de transtornos mentais.

O abuso sexual na adolescência, muitas vezes, não é identificado precocemente e conduzido de forma correta, pois ainda é um tabu na sociedade. As jovens mulheres são caladas ou não têm coragem de denunciar, principalmente quando o abuso acontece por companheiro íntimo ou na relação intrafami-

liar. Frequentemente, os casos são ocultados pela família e as vítimas ficam desamparadas, fato, o qual, se não observado com cuidado, identificado precocemente e tratado, é propagado para a vida adulta no formato de traumas, repetição de novas relações abusivas na vida das mulheres, transtornos mentais, como crises de pânico, aversão sexual, depressão, ansiedade e bipolaridade.

Portanto, há um fundamental papel do médico, no atendimento de rotina, de atentar-se aos sinais de sofrimento, de violência, de desestruturação familiar e possíveis episódios de abuso sofridos pelas pacientes. Neste caso, o vínculo alunas-paciente contribuiu para a exposição íntima da paciente, que se sentiu confortável em relatar sobre o episódio de violência sexual.

Diante de casos violentos, como o exposto neste capítulo, o cuidado deve ser pensado de forma integral e multiprofissional. O Plano Terapêutico Sigular foi elaborado para atender as necessidades da paciente e não expô-la em situações desconfortáveis que remetessem ao abuso da sua adolescência. Exemplo disso seria o benefício de encaminhá-la ao atendi-mento ginecológico com uma profissional feminina, visto que não tinha aderência ao consultar-se com médicos homens, pois se sentia intimidade e vulnerável. Todas as medidas propostas no PTS poderiam ter contribuído para progressão do caso, se a paciente tivesse se comprometido com o mesmo.

CONCLUSÃO

O tema violência contra a mulher tem grande repercussão na atualidade, por ser complexo e multifatorial. Violência não é inerente à natureza humana, é um fenômeno de ampla dimensão que deve ser compreendido de forma crítica, ampliando o olhar sobre a perspectiva dos Direitos Humanos e também, sobre o papel da saúde pública.

Este estudo demonstrou o impacto da violência na saúde da mulher, independen-temente da tipologia, ressaltando as conse-quências psico-patológicas que a vítima pode desenvolver. Como elucidado anteriormente no caso clínico, os danos causados pela violência sexual perduram por toda a vida de forma negativa. Compreender os transtornos mentais é complexo, pois a vítima limita-se à sua esfera pessoal, em estado de vulnerabi-lidade emocional e social, assim como se torna incapaz de se defender ou se relacionar.

Com base na literatura, o contexto de baixa estima e exclusão social, marcada pela pobreza, baixa escolaridade e desemparo social, corroboram os transtornos mentais, favorecendo e intensificando as consequên-cias do abuso sexual, assim como coloca a saúde da mulher em risco. Esse histórico contribui "para uma permissividade ao ato e para cegueira e surdez de antes dos apelos das vítimas" (Barbosa *et al.*, 2015). Todos esses fatores somados as comorbidades apresentadas pela paciente do caso, dificultam a melhora de seu quadro clínico e não amenizam o sofrimento da mesma.

Visto que violência contra a mulher ou infanto-juvenil violam os princípios dos Direitos Humanos e é um problema alarmante de saúde pública, se faz necessário novas estratégias de enfrentamento. Especificamente, a violência sexual é eticamente absurda e imoral, decorrente da cultura brasileira patriarcal e machista, a qual banaliza as agressões e estereotipizam as mulheres. As vítimas merecem acolhimento, abordagem integral e multi-disciplinar, que ofereçam ações de saúde equânimes para reduzir seu estado de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, J.A.G. *et al.* Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 37, n. 4/5, pp. 273–8, 2015.

COELHO, E.B.S. *et al.* Centro de Ciências da Saúde. Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Acessado em: www.unasus.ufsc.br

DAHLBERG, L.L. & Krug, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, pp. 1163-1178, 2006.

DANTE, G.G.D. *et al.* Associação entre trauma infantil, transtornos psiquiátricos e suicídio. Revista Médica de Minas Gerais, v.22 (Supl 7): S13-S21, 2012.

FLORENTINO, B.R.B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. Revista de Psicologia, v. 27, n. 2, pp. 139-144, 2015.

GUIMARÃES, M.C. & Pedroza, R.L. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicologia & Sociedade, v. 27, n. 2, pp. 256-266, 2015.

Gusmão, R.o.m. et al. A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura . Revista Saúde e Pesquisa, V. 11, N. 3, PP. 603-612, 2018.

IBGE. PNS 2019: em um ano, 29,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais sofreram violência psicológica, física ou sexual no Brasil. Estatísticas sociais, 2021. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30660-pns-2019-em-um-ano-29-1-milhoes-de-pessoas-de-18-anos-ou-mais-sofreram-violencia-psicologica-fisica-ou-sexual-no-brasil#:~:text=Em%202019%2C%20cerca%20de%201,7%25%20das%20v%C3%ADtimas%20eram%20mulheres

NETTO, L.A. *et al*. Violence against women and its consequences. Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, n. 5, pp. 458-464, 2014.

QUARANTINI, L.C. *et al.* Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 31(supl 2): S66-S76, 2009.

SACRAMENTO, L.T. & REZENDE, M.M. Violências: lembrando alguns conceitos. Aletheia, Canoas, n. 24, pp. 95-104, 2006.

SILVA, D. G. Da. *et al.* Sintomas e quadros psicopatológicos em supostas vítimas de abuso sexual: uma visão a partir da psicologia positiva. Aletheia, Canoas, n. 40,pp. 58-73, 2013 .

SILVA, L.C.O. *et al.* Suicídio e violência: revisão sistemática e análise de dados [tese]. Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica, 2020.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 08

TERAPIAS USUAIS E ALTERNATIVAS NO TRATAMENTO DA ANOVULAÇÃO DEVIDO SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

AUTORES
AYLLA CORRÊA GONÇALVES[1]
POLIANA BOTELHO SABINO[2]
BEATRIZ SOARES MONTANDON[1]
JOSEQUELI MARIA GOULART OLIVEIRA[1]
LARISSA DE SOUZA[3]
MARIA EDUARDA DE SÁ[3]
MARIA LUIZA MONTEIRO RODRIGUES[1]
NARA BATISTA DE SOUZA[3]
NATHÁLIA HELENA BERTOLIN DO NASCIMENTO[2]
MARIA CLARA ADARIO VILETE[3]
IGOR PENA PASCINI[1]
HUGO ZAGHETTO DINIZ[1]
NATHALIA DE SOUZA ABREU FREIRE[4]
GISELE FERNANDES TARMA CORDEIRO[5]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
[2]Discente – Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
[3]Discente – Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
[4]Docente – Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
[5]Docente – Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF

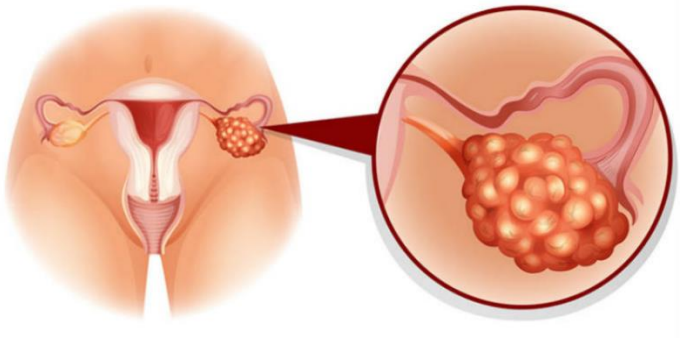
Palavras-chave: Síndrome dos ovários policísticos; Tratamento; Infertilidade.

INTRODUÇÃO

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino-metabólico ginecológico que ocorre na idade reprodutiva, afetando 6 a 8% das mulheres. Essa síndrome pode ser a causa mais comum de infertilidade anovulatória, a qual é definida como um ano de relação sexual desprotegida sem a ocorrência de concepção. Além disso, pode ser desfecho de múltiplas etiologias, algumas que afetam a implantação, assim como a disfunção placentária e resultados adversos. Sua prevalência apresenta variações regionais, e estima-se que acometa, aproximadamente, 70% das mulheres com disfunção ovulatória, o que representa mais de 27% dos casos de infertilidade (BANSAL *et al.*, 2020.; PISARSKA *et al.*, 2019; AMER *et al.*, 2017).

Desde 2003 foi implementado um método avaliativo amplamente utilizado nos dias atuais para o diagnóstico dessa síndrome metabólica, denominado critério de Rotterdam. De acordo com este critério, a SOP é confirmada quando dois dos três critérios estão presentes: anovulação, ovários policísticos (**Fi-gura 8.1**) e/ou hiperandrogenismo. Destaca-se a presença de outros sintomas, como obesidade, alterações no ciclo menstrual e infertilidade indivi-dualmente ou concomi-tantemente, aumento da secreção androgênica ovariana e adrenal. É importante ressaltar que mulheres diag-nosticadas com SOP também devem ser avaliadas e/ou tratadas quanto à função reprodutiva, hirsutismo, alopecia e acne (HASSAN *et al.*, 2016; LØNNEBOTN *et al.*, 2018; NAJAFI *et al.*, 2020; ELKHATEEB *et al.*, 2017).

Figura 8.1 Imagem ilustrativa de ovário policístico, um dos critérios de Rotterdam para diagnóstico da SOP



Fonte: Google Imagens, 2021.

Por se tratar de uma síndrome metabólica, além da infertilidade, pode gerar outros problemas em longo prazo, tais como diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, síndrome metabólica, câncer endometrial. Também, há uma prevalência na resistência à insulina nesses indivíduos, e em decorrência disso, existe um risco elevado de desencadear eventos cardiovasculares, os quais são mais comuns nas mulheres obesas (Li *et al.*, 2018; PERSSON *et al.*, 2019; LEGRO *et al.*, 2016).

O tratamento tradicional da infertilidade fundamenta-se na indução da ovulação, sendo uma terapia importante para as pacientes anovulatórias que desejam ter filhos. Atual-mente, são prescritos alguns medicamentos, como Letrozol (LE), metformina, FSH urinário, n-acetil-cisteína, sendo o citrato de Clomifeno (CC) mais utilizado, de maneira isolada ou

combinada aos citados ante-riormente. Porém, estudos recentes sugerem novas terapias para o tratamento da SOP, como eletroacupuntura, acupuntura e ber-berina, associadas ou não a um método farmacológico (BANSAL *et al*., 2020; AMER *et al*., 2017; MEJIA *et al.*, 2019).

O CC tem como mecanismo de ação a modulação seletiva do receptor de estrogênio, que se liga competitivamente de forma ativa aos receptores nucleares de estrogênio. À medida que o feedback negativo do estrogênio é reduzido, a secreção do hormônio de gonadotropina aumenta, induzindo um aumento no folículo ovariano. Esse medica-mento também possui um efeito anti-estrogênico no desenvolvimento endometrial e na produção de muco cervical. Entretanto, pode acarretar em efeitos adversos, como náuseas, vômitos, dor e/ou sensibilidade dos seios, cefaleia, queda de cabelo, insônia, depressão, entre outros (NAJAFI *et al*., 2020; MEJIA *et al.*, 2019; LI *et al.*, 2016).

Todavia, mesmo o CC apresentando altos níveis de ovulação (cerca de 85%), as taxas de gravidez são reduzidas, sendo de aproximadamente 40%. De acordo com alguns estudos, essa diferença é desencadeada pelas ações antiestrogênicas periféricas causadas pelo medicamento, devido a sua meia-vida longa (2 semanas) e acúmulo no organismo, uma vez que isso dificulta o crescimento endometrial no final do ciclo menstrual. Esse crescimento é decorrente da ação associada dos hormônios estrogênio e progesterona, possuindo como função a implantação do óvulo (BANSAL *et al*., 2020; AMER *et al*., 2017).

Em contrapartida, o LE é eliminado rapidamente devido à sua meia-vida curta, de aproximadamente dois dias, permitindo um aumento tardio do estrogênio circulante, aumentando assim o desenvolvimento endo-metrial com aumento subsequente nas chances de gravidez. Esse fármaco foi relatado pela primeira vez como um indutor de ovulação para pacientes com SOP em 2001, e tem sido estudado para seu tratamento (AMER *et al*., 2017; BANSAL *et al*., 2020).

O LE é um inibidor da aromatase oralmente ativo que bloqueia a conversão de andrógenos em estrógenos, reduzindo os níveis de estrogênio e liberando a hipófise do feedback negativo. Ou seja, aumenta a produção de FSH (hormônio estimulador do folículo) endógeno e a promoção do cres-cimento do folículo (HASSAN *et al*., 2016; BANSAL *et al*., 2020; LIU *et al.*, 2017).

Cabe destacar, que a SOP é um distúrbio que pode afetar a função do ovário de forma que o nível médio de hormônio luteinizante (LH) torna-se mais alto do que o nível normal e o FSH fica mais baixo em comparação com as mulheres saudáveis. Por esse motivo, pode ser utilizado como método de tratamento o FSH exógeno, com objetivo na reposição hormonal, com ênfase nas taxas de concepção e gravidez (NAJAFI *et al*., 2020).

Diante do exposto, justifica-se a análise da eficácia de diversos tipos de tratamentos, através de terapia combinada ou isolada, com ênfase na elevação das taxas de ovulação, concepção, gravidez, nascidos vivos. Neste cenário, incluiu-se LE, CC, metformina, n-acetilcisteína, acetato de medroxiprogesterona. Associado a isso, faz-se necessário verificar verificou-se a aplicabilidade de adquirir um método pré-tratamento medicamentoso, por meio da melhora nos hábitos alimentares e na qualidade de vida, de técnicas de acupuntura e eletroacupuntura. O objetivo do presente estudo foi comparar os efeitos do LE, do CC e das terapias alternativas no tratamento de anovulação devido a SOP.

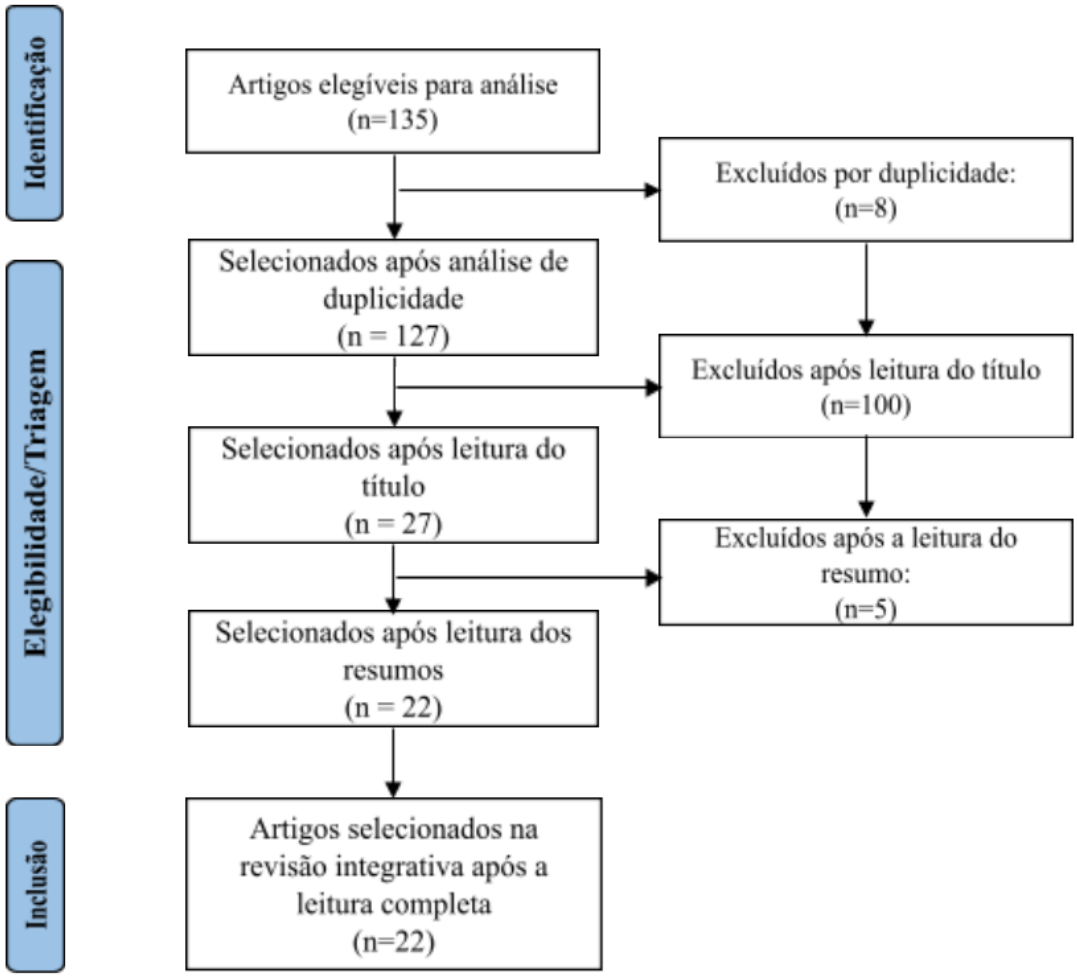
MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de Junho a Julho de 2021, por meio de pesquisa nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram utilizados os descritores “Síndrome dos Ovários Policísticos”, “Tratamento”, "Infertilidade”, "Gestação”, separadas pelo operador booleano “AND” e incluídas suas variações no MeSH.

Ensaios clínicos e estudos observacionais publicados nos idiomas inglês e português no período de 2016 a 2021, envolvendo humanos e de livre acesso foram os critérios de inclusão. Foram excluídas publicações cujos títulos ou resumos não se enquadram ao obje-tivo deste estudo.

Inicialmente foram identificados 135 artigos, 67 dos quais foram extraídos da base de dados PubMed e 68 da BVS. A leitura dos títulos e resumos permitiu excluir aqueles em duplicidade e os que divergiam do foco de pesquisa. Após os critérios de seleção restaram 22 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados a partir do fluxo de seleção dos estudos que está apresentado na **Figura 8.2**.

Figura 8.2 Fluxograma de pesquisa para seleção dos estudos



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos estudos, constituiu-se as seguintes categorias para discussão: a) Receptividade endometrial; b) Taxa de ovulação; c) Taxa de gravidez; d) Taxa de nascidos vivos; e) Consequências indesejadas.

Dentre os 22 estudos selecionados, somente um teve base populacional. Os demais foram de intervenção e seus resultados relacionaram-se aos desfechos receptividade endometrial, taxa de ovulação, taxa de gravidez, taxa de nascidos vivos e consequências indesejadas.

Person *et al.*, 2019 identificou o perfil das mulheres com SOP. Segundo ele, tais mulheres tendem a ser mais velhas e nulíparas. Além disso, são mais propensas a usar reprodução assistida e a ter sua fertilidade mantida com o avançar da idade em comparação com mulheres inférteis com menstruação regular (eumenorréicas). Esse estudo desvelou que a média de idade no primeiro parto foi de 28,4 anos nas mulheres com SOP e nas mulheres sem SOP foi de 27 anos. Por fim, os autores identificaram que o dobro de mulheres com SOP tiveram seu primeiro parto após os 35 anos em relação às mulheres sem SOP (PERSSON *et al.*, 2019).

Receptividade endometrial

A receptividade endometrial (RE) é extremamente criteriosa para a implantação do embrião no endométrio e seu comprometimento, torna-se um fator importante para a infertilidade. O método mais eficaz para avaliação da RE é a ultrassonografia transvaginal. No entanto, secreções uterinas, marcadores moleculares no tecido, microestrutura endometrial e histeroscopia também são métodos aplicados para avaliação (WANG *et al.*, 2021).

Em nossa revisão integrativa, 4 ensaios clínicos controlados e randomizados buscaram compreender e comparar se os medicamentos indutores da ovulação, LE e CC, auxiliam na RE durante a janela de implantação em mulheres com SOP.

No estudo de NAJAFI *et al.*, 2020, 110 mulheres receberam 5mg de LE e 110 receberam 50 mg, os resultados evidenciaram que a espessura do endométrio no grupo LE foi significativamente maior do que no grupo CC. No entanto, resultados semelhantes foram desvelados no estudo de WANG *et al.*, 2019, estudo o qual 80 mulheres foram tratadas com CC e 80 com LE. Ao analisarem os resultados de hCG para avaliação, o aumento do padrão endometrial multicamadas do grupo LE foi significativo em comparação com o grupo do CC. Após 7-9 dias, também houve resultados satisfatórios do volume, dos índices de vascularização (IV) e fluxo de vascularização do endométrio (FVE) no grupo LE.

Logo, outro estudo de WANG *et al.*, 2021 comparou o LE versus CC e ciclo natural. O resultado demonstrou que a espessura e volume endometrial, IV, FVE, concentrações de fator de crescimento endotelial e fluido uterino também foram maiores no Grupo LE comparado com o grupo CC e ciclo natural.

Corroborando esses três estudos, um estudo publicado em 2020 também avaliou a eficácia desses medicamentos separadamente no tratamento de 90 mulheres No entanto, as espessuras endometriais médias não foram estatisticamente significativas entre os dois grupos (BANSAL *et al.*, 2020).

A revisão também trás a análise de um estudo observacional retrospectivo realizado por LI *et al.*, 2018, avaliou a estimulação

ovariana em mulheres com SOP em grupos com e sem pré-tratamento com anti androgê-nico (etinilestradiol/acetato de ciproterona). Ele nos trouxe a informação de que as mulheres pré-tratadas com pelo menos 3 meses, tem uma RE favorável comparado às que não passaram pelo pré-tratamento .

Como terapia alternativas ao CC e LE, o estudo de NEMATI *et al.*, 2017, avaliou a eficácia da associação de dimetildiguanida (2,5 g de metformina de ação prolongada) com CC para tratamento da SOP versus tratamento com CC sozinho. Assim, a dimetildiguanida combi-nada com CC melhorou significativamente a RE.

Taxa de ovulação

A taxa de ovulação diz respeito a uma das fases do ciclo menstrual, em que o óvulo é liberado pelo ovário e chega até as trompas para seguir rumo ao útero e ser fecundado. Durante o tratamento da SOP, essa taxa é uma das mais estudadas e valorizadas para avaliar a efetividade do tratamento. Sendo assim, ao avaliar os artigos percebe-se que a administração do fármaco LE isoladamente, durante o tratamento da infertilidade dessas mulheres, apresenta uma resposta ovulatória maior ou igual quando comparado a outros fármacos, mesmo não sendo estatisticamente significativa em todos os estudos.

Para confirmar essa premissa, quatro estudos compararam a eficácia do LE versus o CC, sendo que o primeiro fármaco apresentou taxas maiores de ovulação, mas não foram estatisticamente significativas. O estudo de AMER *et al.*, 2017, concluiu que 67 de 75 pacientes ovularam no grupo LE contra 63 de 74 no grupo do CC ($p > 0,05$). Já o estudo de BANSAL *et al.*, 2020, resultou em taxas de ovulação cumulativa de 86,7% e 85,2% com LE e CC, respectivamente ($p > 0,05$). No entanto, o segundo estudo também avaliou o desenvolvimento monofolicular nos ciclos ovulatórios entre esses dois medicamentos e observaram que a diferença foi estatis-ticamente superior no grupo do LE ($p<0,05$) (AMER *et al.*, 2017; BANSAL *et al.*, 2020).

O estudo de WANG *et al.*, 2020 revelou que o número de folículos dominantes, o número de ovulações e a taxa de ovulação bem-sucedida no grupo LE e no grupo do CC foram significativamente maiores em compa-ração com o grupo de ciclo natural ($P <0,05$), mas não houve diferença significativa entre a utilização dos dois fármacos. Dessa mesma maneira, o estudo de GUANG *et al.*, 2018 mostrou que 59 de 68 pacientes do grupo LE ovularam contra 51 de 68 pacientes no grupo do CC corroborando a premissa que apesar de maior número de ovulações no grupo do primeiro fármaco, essa diferença não é estatisticamente significativa. (WANG *et al.*, 2020; GUANG *et al.*, 2018).

Saindo da comparação usual entre LE e CC, o estudo de HASSAN *et al.*, 2017 trouxe uma intervenção de LE versus o Hormônio Folículo Estimulante (FSH). Como resultado, 33 de 70 pacientes ovularam no primeiro grupo contra 40 de 70 pacientes no segundo. Sendo assim, apesar de numericamente o FSH ter apresentado taxas de ovulação maior que o LE, esse dado não foi estatisticamente significativo, além do tratamento com FSH ser 4,8 vezes mais caro. (HASSAN, *et al.*, 2017).

Para mulheres com SOP que são resistentes com CC, NEMATI *et al.*, 2017 estudou a intervenção de metformina versus n-acetil-cisteína em 108 mulheres. Ao avaliar os resultados nas taxas de ovulação, identificaram que houve aumento significativo nas taxas nos

dois grupos, mas não foi estatisticamente significativo ($p > 0,05$)

Em contrapartida, a administração combinada de medicamentos aumenta de forma estatisticamente significativa as taxas de ovulação em comparação com a administração de medicamentos de forma isolada. Em relação a utilização de algum medicamento associado ao LE, o ensaio clínico, controlado e randomizado de MEJIA *et al.*, 2019 realizado com 67 mulheres com SOP revelou que 14 de 34 pacientes ovularam com tratamento apenas de LE, mas 25 de 33 pacientes ovularam quando combinado LE e CC ($p < 0,05$) (MEJIA *et al.*, 2019).

Em relação a combinação do CC com outro medicamento, o ensaio clínico de Ye *et al.*, 2018 realizou uma intervenção com terapia combinada, sendo um grupo apenas com Progestina (hormônio sintético da progesterona) e outro combinada com CC, revelando que apesar de menos oócitos e menos embriões, a proporção de embriões viáveis por oócito e a taxa de implantação foram maiores que no grupo de monoterapia. Além disso, o estudo de JINGJING *et al.*, 2019 teve como intervenção terapêutica o uso de metformina isolada e associada ao CC, resultando na melhora significativa das taxas de desenvol-vimento folicular e ovulação no grupo de terapia combinada (Ye *et al.*, 2018; JINGJING *et al.*, 2019).

O estudo clínico e randomizado de LIU *et al.*, 2017, comparou os efeitos do CC, do LE e da associação desses medicamentos com a metformina em 268 pacientes com SOP que desejavam ter filhos. Como resultado, a taxa de ovulação foi significativamente maior nos grupos que continham a presença do LE quando comparados àqueles com presença do CC. Além disso, no que diz respeito à terapia combinada, os grupos com associação à metformina apresentaram maiores taxas de ovulação quando comparado ao grupo dos medicamentos sem associação. (LIU *et al.*, 2017).

Indo de encontro à eficácia das terapias combinadas, o estudo de WU *et al.*, 2019 comparou o tratamento do LE versus Berberina (componente de erva chinesa) versus a associação de ambos em 644 pacientes randomizados e concluíram que a taxa de ovulação entre os indivíduos foi semelhante entre os grupos LE e o grupo de combinação, mas foram significativamente maiores nestes do que no de berberina isolada (WU *et al.*, 2016).

Taxa de gravidez

A gravidez é o evento resultante da fecundação do óvulo pelo espermatozóide. No entanto, mulheres com SOP, mesmo quando ovulam, apresentam certa dificuldade em concretizar a gravidez. Por esse motivo, o estudo da taxa de gravidez na SOP apresenta grande importância para o avanço do tratamento dessa doença ginecológica. Dessa forma, ao analisar os artigos, percebe-se que o fármaco LE demonstra aumentar a taxa de gravidez em mulheres com SOP, apresentando resultados mais satisfatórios que outros medicamentos comumente utilizados. Além disso, algumas associações com LE apresentaram resultados positivos para o tratamento da SOP e, consequentemente, para a elevação da taxa de gravidez.

Corroborando com essa afirmativa, dos seis estudos que compararam a eficácia do LE versus o CC, cinco demonstraram maiores taxas de gravidez nas mulheres tratadas com o primeiro fármaco. O estudo de NAJAFI *et al.*,

2020, resultou na gravidez de 45 das 110 mulheres tratadas com LE e na gravidez de 27 das 110 mulheres tratadas com CC. Já o ensaio clínico, duplo cego, randomizado e controlado de AMER *et al.*,2017 concluiu que 61% das mulheres tratadas com LE engravidaram, contra 43% das mulheres tratadas com CC, resultado este que foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Além disso, outro ensaio clínico controlado e randomizado, de WANG *et al.*, 2019, confirmando os resultados anteriores, concluiu que o trata-mento com LE aumenta a taxa de gravidez, sendo mais eficaz que o CC nesse quesito. Ainda a respeito da comparação da eficácia do LE versus CC para a elevação da taxa de gravidez, os resultados do estudo de BANSAL *et al.*, 2020 e do estudo de WANG *et al.*, 2021, revelaram taxa de gravidez maior no grupo de mulheres tratadas com LE do que no grupo de mulheres tratadas com CC ($p<0,05$). Em contrapartida, um estudo retrospectivo de GUANG *et al.*, 2018, apresentou resultados contrários às evidências expostas anterior-mente, concluindo que a eficácia do LE não é superior à eficácia do CC para o tratamento de mulheres com SOP. (NAJAFI *et al.*, 2020; AMER *et al.*,2017; WANG *et al.*, 2019; BANSAL *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2021; GUANG *et al.*, 2018)

Em uma análise exclusiva do CC, o estudo prospectivo de ELKHATEEB *et al.*, 2017, obteve um resultado de 34 gravidezes dentre as 200 mulheres submetidas ao estudo. Sendo que tal estudo foi realizado em 3 ciclos, sendo dois de tratamento e um de acompanhamento, e a taxa de gravidez se mostrou maior no período de acompanhamento (ELKHATEEB *et al.*, 2017).

A respeito destes dois medicamentos, analisou-se que a associação destes fármacos não apresenta vantagens significativas para a elevação da taxa de gravidez. Confirmando tal fato, o estudo de MEJIA *et al.*, 2019, demonstrou diferenças pouco significativas nas taxas de gravidez de mulheres em terapia isolada de LE versus terapia combinada de LE e CC, havendo 3 gravidezes dentre as 43 mulheres do primeiro grupo (terapia isolada) e 4 gravidezes dentre as 33 mulheres do segundo grupo (terapia combinada). (MEJIA *et al.*, 2019)

Ainda sobre esses medicamentos, a associação de metformina ao tratamento com LE ou CC demonstrou ser eficaz através do estudo prospectivo randomizado de LIU *et al.*, 2017. Assim, como resultado, esse estudo concluiu que houve um aumento na taxa de gravidez nos grupos LE associado a metfor-mina e CC associado a metformina quando comparados com os grupos LE e CC isolados, respectivamente. No entanto, a respeito da metformina, percebeu-se que sua eficácia é comparável com a de outros fármacos, como a n-acetil cisteína, a qual foi abordada no ensaio clínico randomizado de NEMATI *et al.*, 2017. Tal estudo demonstrou que ambas as medicações apresentaram melhoras significati-vas na taxa de gravidez de mulheres com SOP ($p < 0,05$), não havendo diferenças estatisti-camente significativas entre elas ($p>0,05$). Sendo assim, uma conclusão plausível é de que o tratamento com LE, o qual já demostrou ser mais eficaz que o CC, pode apresentar uma eficácia ainda maior quando associado à metformina. Além de que a n-acetil-cisteína parece ser uma possível substituta da metformina, apesar de não ter sido abordada, nessa revisão, a sua associação com o LE. (LIU *et al.*, 2017; NEMATI *et al.*, 2017)

Deixando de abordar o LE versus o CC, dois estudos compararam o LE com fármacos hormonais, confirmando a posição do LE como

fármaco de primeira escolha para elevação da taxa de gravidez em mulheres com SOP. Desse modo, o ensaio clínico de SHI *et al.*, 2020, comparou os efeitos do LE versus Gonadotrofina Menopáusica Humana no tratamento de 96 mulheres com SOP resistente ao CC. Como resultado, esse estudo obteve taxas de gravidez semelhantes nos dois grupos, sendo que o grupo de mulheres tratadas com Gonadotrofina Menopáusica Humana apresentou taxa de gravidez múltipla significativamente maior do que o grupo LE ($p<0,05$). Assim, apesar das taxas de gravidez não terem apresentado diferenças significativas, complicações são mais prevalentes em gestações múltiplas, o que corrobora para a premissa de o LE ser preferível para o tratamento. Já o estudo de HASSAN *et al.*, 2017, o qual abordou o uso do Hormônio Folículo Estimulante em comparação com o uso do LE, concluiu que não existem diferenças significativas entre os dois fármacos quanto a taxa de gravidez, e que cada ciclo de tratamento com o Hormônio Folículo Estimulante custa 4,8 vezes mais que o ciclo de tratamento com LE, o que corrobora para a escolha do LE como forma de elevar a taxa de gravidez. (SHI *et al.*, 2020; HASSAN *et al.*, 2017)

Em relação a terapias alternativas, o ensaio clínico controlado e randomizado de WU *et al.*, 2016, que abordou o uso da Berberina, apresentou como resultado taxas de gravidez significativamente maiores nos grupos LE e LE associado a Berberina do que no grupo Berberina isolada. Sendo assim, pode-se concluir que a berberina não adiciona eficácia ao tratamento da SOP, mantendo a indicação de uso de LE para elevar os números de mulheres que atingem a gestação. (WU *et al.*, 2016)

Taxa de nascidos vivos

Após a confirmação da concepção, o resultado da gravidez é de extrema importância, já que se deseja evitar consequências indesejadas, como o aborto. Assim, em razão das complicações presentes em pacientes com SOP, faz-se necessário estudar a taxa de nascidos vivos atingida por cada terapia abordada em mulheres com essa doença ginecológica. Dessa forma, ao analisar os estudos selecionados, concluiu-se que LE, CC e Gonadotrofina Menopáusica Humana parecem ser igualmente eficazes no aumento do número de nascidos vivos, além de parecer haver vantagens em se realizar um tratamento pré-concepcional com modificações no estilo de vida ou com realização de eletroacupuntura.

Três estudos que abordaram a comparação do LE versus o CC obtiveram resultados que confirmaram tal premissa. O ensaio clínico randomizado de NAJAFI *et al.*, 2020, resultou em um total de 22,6% de nascidos vivos dentre o grupo de mulheres tratadas com LE que conseguiram engravidar e de 20,8% dentre o grupo de mulheres tratadas com CC que conseguiram engravidar. Dessa forma, esse estudo concluiu que, apesar de haver mais gravidezes entre as mulheres tratadas com LE do que entre as mulheres tratadas com CC, os resultados dessas gravidezes não foram significativamente diferentes entre os dois grupos ($p>0,05$). Já o ensaio clínico duplo cego randomizado e controlado de AMER *et al.*,2017, obteve resultados similares aos do estudo exposto anteriormente, apresentando um total de 39 nascidos vivos dentre as 49 pacientes do grupo LE que engravidaram e de 28 nascidos vivos dentre as 34 pacientes que engravidaram do grupo CC, resultado este que não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Ademais, o resultado do estudo retrospectivo de GUANG *et al*., 2018 também mostrou que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos LE e CC no que diz respeito ao número de nascidos vivos. (NAJAFI *et al*., 2020; AMER *et al*.,2017; GUANG *et al*., 2018)

Saindo da comparação entre LE e CC, o ensaio clínico controlado e randomizado de SHI *et al*., 2020, o qual abordou o estudo do LE versus a Gonadotrofina Menopáusica Humana para o tratamento da SOP, resultou em taxa de nascidos vivos semelhantes dentre os dois grupos. Desse modo, esse estudo corrobora para a confirmação de que LE e Gonadotrofina Menopáusica Humana são igualmente eficazes quanto ao aumento do número de nascidos vivos. (SHI *et al*., 2020)

A respeito da eficácia da modificação do estilo de vida e perda de peso pré-tratamento, o estudo de LEGRO *et al*., 2016 identificou que ocorreram melhoras estatisticamente significativas na taxa de nascidos vivos no grupo de mulheres que foram submetidas a modificações no estilo de vida anteriormente ao tratamento com CC, quando comparadas ao grupo de mulheres que iniciaram o tratamento com CC imediatamente. (LEGRO *et al*., 2016)

A respeito de terapias não convencionais, concluiu-se que a Berberina e a realização de Acupuntura não adicionam eficácia ao tratamento convencional, mas que um pré-tratamento com eletroacupuntura parece fornecer bons resultados. Confirmando essa teoria, o estudo de WU *et al*., 2016 apresentou taxa de nascidos vivos semelhantes entre o grupo LE e o grupo LE associado a Berberina, enquanto o grupo tratado somente com Berberina apresentou taxa de nascidos vivos bem inferior aos demais grupos. Já o estudo de WU *et al*., 2017 não obteve diferenças significativas entre as taxa de nascidos vivos do grupo que realizou acupuntura ativa e tratamento com CC e o grupo que realizou somente tratamento com CC, demonstrando que a acupuntura não adiciona melhorias ao tratamento. No entanto, o ensaio clínico de LI *et al*., 2016, concluiu que apesar do estudo apresentado anteriormente sobre acupuntura, que a realização de um pré-tratamento com eletroacupuntura é capaz de melhorar a sensibilidade da paciente à insulina e levar, assim, a uma maior taxa de nascidos vivos. (WU *et al*., 2016; WU *et al*., 2017; LI *et al*., 2016)

Consequências indesejadas

Em relação às consequências indesejadas durante a gravidez nas mulheres com SOP, percebe-se que a distúrbios hipertensivos, diabetes mellitus, perda da gravidez, aborto espontâneo são os mais comuns. Corroborando essa premissa, o estudo de LI *et al.*, 2018, mostra que pacientes com SOP são mais propensos a desenvolver Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Hipertensão Induzida pela Gravidez (HIG) e Parto Prematura (PP). Ao analisar o pré-tratamento com etinilestra-diol/acetato de ciproterona para essas pacien-tes, esse estudo identificou que ele foi associado a menores riscos desses resultados adversos na gravidez (LI *et al.*, 2018)

Ao encontro do anterior, o estudo multicêntrico de LONNEBOTN *et al.*, 2018 analisou transversalmente 3.732 mulheres que responderam a um extenso questionário de saúde da mulher na menstruação, SOP, infertilidade, história de gravidez e parto a fim de analisar HIG. Os resultados mostraram que mulheres com SOP correm um risco significativamente maior desenvolver HIG em comparação com mulheres sem SOP ($p = 0,02$).

Além disso, essa relação foi encontrada entre mulheres com baixo peso e IMC de < 18,5 kg/m2 e em mulheres obesas com IMC ≥ 30 kg/m2, mas não entre mulheres com peso normal, IMC 18,5–25 kg/m 2, ou mulheres com sobrepeso, IMC 25–30 kg/m2. Com isso, o estudo mostrou que a SOP está associada a HIG apenas entre mulheres com baixo peso e obesas e não entre mulheres com peso normal e ligeiramente acima do peso. (LONNEBOTN *et al.*, 2018)

Em contrapartida, apesar de alguém medicamentos já serem estabelecidos para o tratamento da anovulação em mulheres com SOP, eles não são totalmente seguros, haja vista a ocorrência de efeitos indesejáveis como, casos de perda da gravidez, aborto espontâneo e Síndrome da Hiperestimulação Ovariana (SHO), entre outros. Para corroborar essa premissa, AMER *et al.*, 2017, identificou, em seu estudo, que o grupo tratado com LE teve 9 abortos espontâneos, 1 gravidez ectópica e 4 bebês nasceram prematuros; já no grupo de CC houve 6 abortos espontâneos e 2 nascimentos prematuros. Acrescentando, o estudo de GUANG *et al.*, 2018 relatou morte fetal em apenas 1 caso no grupo de CC e uma gravidez ectópica no grupo LE. Da mesma maneira, SHI *et al.*, 2020 identificou 3 casos de aborto espontâneo no grupo LE contra 5 casos de aborto no grupo hMG, (AMER *et al.*, 2017; GUANG *et al.*, 2018; SHI *et al.*, 2020).

Além disso, estudos que utilizaram medicamentos não usuais também apresentaram relatos de efeitos indesejáveis, sendo o caso do estudo de HASSAN *et al.*, 2017, que de 33 pacientes no grupo LE, 2 sofreram aborto espontâneo, enquanto de 40 no grupo de tratamento com FSH, 3 sofreram dessa consequência. Já o estudo de WU *et al.*, 2016, identificou 4 abortos no grupo LE contra 3 no grupo Berberina, além de 2 gravidezes ectópicas em ambos os grupos. Identificaram, também, 3 DG contra 7 no grupo LE e Berberina, respectivamente. Apesar dos números, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (HASSAN *et al.*, 2017; WY *et al.*, 2016).

Em relação à SHO, dois estudos identificaram a presença dessa síndrome dentre outras consequências adversas da intervenção medicamentosa. O primeiro, de SHI *et al.*, 2020, identificou 2 casos de SHO no grupo tratado com LE e 6 no grupo tratado com hMG. Já o segundo, de YE *et al.*, 2018, identificou 1 caso de SHO no grupo CC e 1 no grupo controle (SHI *et al.*, 2020; YE *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Mediante análise dos estudos, foi possível constatar que o CC foi medicamento de primeira linha para o tratamento da infertilidade anovulatória em mulheres com SOP. Porém, devido a sua meia vida longa, tem-se um acúmulo no organismo, acarretando um prolongamento do seu efeito. Neste sentido, recomenda-se a substituição pelo LE, mostrando superioridade por possuir uma meia vida mais reduzida, permitindo melhor desenvolvimento endometrial e aumentando as taxas de ovulação, de concepção e, consequentemente, de gravidez.

Como tratamento alternativo para essas mulheres, observaram-se possíveis terapias combinadas que demonstraram eficácia na sua terapêutica. Dentre eles, associaram CC com metformina, que resultou em uma taxa maior de ovulação e diferença na espessura do endométrio e, também com LE, com aumento nos níveis de concepção e gravidez. Já na associação da acupuntura com o CC, não foi

possível observar diferença significativa para as taxas de concepção ou nascidos vivos, exceto para a duração da gravidez. Quando realizada comparação entre LE, berberina e a terapia combinada, foi concluído que o fitoterápico não intervém fecundidade à infertilidade das mulheres com SOP. Por fim, como possível recurso terapêutico, as pacientes se beneficiaram por meio de um pré-tratamento medicamentoso, como por exem-plo, a modificação no estilo de vida com prática de exercícios físicos e hábitos alimen-tares saudáveis. Também, utilizou-se das vantagens da eletroacupuntura, demonstrando melhorias e aumento nas taxas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMER, S.A. *et al.* Double-blind randomized controlled trial of letrozole versus clomiphene citrate in subfertile women with polycystic ovarian syndrome. Human Reproduction, v. 32, p. 1631-1638, 2017.

BANSAL, S. *et al.* Letrozole versus clomiphene citrate for ovulation induction in anovulatory women with polycystic ovarian syndrome: A randomized controlled trial. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 152, p. 345, 2020.

ELKHATEEB, R.R. *et al.* Long-term use of clomiphene citrate in ovulation induction in patients with PCO with resistance to clomiphene citrate. Journal of Obstetrics Gynecology and Human Reproduction, v. 46, p. 575, 2017.

GUANG, H.J *et al.* Letrozole for patients with polycystic ovary syndrome. Um estudo retrospectivo. Medicine, v. 97(44), p.e: 13038, 2018.

HASSAN, A.G. *et al.* Cost-effectiveness of letrozole and purified urinary FSH in the treatment of women with ovarian syndrome clomiphene citrate resistant polycystic: a randomized clinical trial. Human Fertility, v. 20, p. 37, 2016.

JINGNING, J. *et al.* Therapeutic effects of dimethyldiguanide combined with clomifene citrate in the treatment of polycystic ovary syndrome. Revista Associação Médica Brasileira, v. 65, p. 1144, 2019.

LEGRO, R.S. *et al.* Benefit of Delayed Fertility Therapy With Preconception Weight Loss Over Immediate Therapy in Obese Women With PCOS. J Clin Endocrinol Metab, v. 101, p. 2658, 2016.

LI, J. *et al*. Comparison of acupuncture pretreatment followed by letrozol versus letrozole alone on live birth in anovulatory infertile women with polycystic ovary syndrome: a study protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open, v. 6, 2016.

LI, Y. *et al.* Comparing the risk of adverse pregnancy outcomes of Chinese patients with polycystic ovary syndrome with and without antiandrogenic pretreatment. Fertility and Sterility, v. 109, p. 720, 2018.

LIU, C. *et al.* Comparison of clomiphene citrate and letrozole for ovulation induction in women with polycystic ovary syndrome: a prospective randomized trial. Gynecological Endocrinology, v. 33, p. 872, 2017.

LONNEBOTN, M. *et al.* Polycystic ovary syndrome, body mass index and hypertensive disorders in pregnancy. Pregnancy Hypertens, v. 11, p. 32, 2018.

MEJIA, RB. *et al.* A randomized controlled trial of combination letrozole and clomiphene citrate or letrozole alone for ovulation induction in women with polycystic ovary syndrome. Fertil Steril, v. 111, p. 571-578, 2019.

NAJAFI, P. Z. *et al.* Comparing clomiphene citrate and letrozole in inducing ovulation in infertile women with ovary syndrome polycystic. Journal of Pakistan Medical Association, v. 70, p. 268, 2020.

NEMATI, M. *et al.* Comparison of metformin and N-acetyl cysteine, as an adjuvant to clomiphene citrate, in clomiphene-resistant women with polycystic ovary syndrome. Journal Gynecology Obstetrics Human Reproduction, v. 46, p. 579, 2017.

PERSSON, S. *et al.* Fertility among women with polycystic ovary syndrome (PCS) - a population-based study. Human reproduction, v. 34, p. 2052, 2019.

PISARSKA MD, *et al*. Genetics and Epigenetics of Infertility and Treatments on Outcomes. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 104, p. 1871, 2019.

POURGHASEM, S. *et al.* The effectiveness of inositol and metformin on infertile polycystic ovary syndrome women with resistant to letrozole. Arch Gynecol Obstet, v. 299, p. 1193, 2019.

SHI, S. *et al.* Letrozole and human menopausal gonadotropin for ovulation induction in clomiphene resistance polycystic ovary syndrome patients: A randomized controlled study. Medicine (Baltimore), v. 99, p. e: 18383, 2020.

YE, H. *et al*. Progestin-primed milder stimulation with clomiphene citrate yields fewer oocytes and suboptimal pregnancy outcomes compared with the standard progestin-primed ovarian stimulation in infertile women

with polycystic ovarian syndrome. Reproductive Biology and Endocrinology, v. 16, p. 53, 2018.

WANG, L. *et al.* Comparison of endometrial receptivity of clomiphene citrate versus letrozole in women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled study. Gynecological Endocrinology, v. 35, p. 862, 2019.

WANG, L. *et al.* Letrozole Versus Clomiphene Citrate and Natural Cycle: Endometrial Receptivity During Implantation Window in Women With Polycystic Ovary Syndrome. Frontiers in Endocrinology (Lausanne), v. 11, p.e:532692, 2021.

WU, X. *et al.* Effect of Acupuncture and Clomiphene in Chinese Women With Polycystic Ovary Syndrome. JAMA, v. 317, 2017.

WU, X. *et al.* Randomized controlled trial of letrozole, berberine, or a combination for infertility in the polycystic ovary syndrome. Fertil Steril, v. 106, p. 757, 2016.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 09

ASPECTOS GINECOLÓGICOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANSGÊNERO

AUTORES
CECÍLIA ANDRADE SILVA[1]
BRUNA LUÍSA FISCHER SANTOS[1]
DEISE DA SILVA[1]
DIEGO FERREIRA SILVA[1]
GABRIELA DE OLIVEIRA[1]
GABRIELA SOMMA GOMES[1]
GABRIELA YUMI TSUBONO[1]
KARINA AKEMI EIRI[2]
NATHÁLIA ANDRADE SILVA[3]

FILIAÇÃO
[1]Discente de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG
[2]Discente de Medicina da Faculdade de Medicina da UFVJM
[3]Fisioterapeuta, pós-graduada em Fisioterapia Neurológica Adulto e Infantil pela FCMMG

Palavras-chave: Pessoas transgênero; Ginecologia; Acesso aos serviços de saúde

INTRODUÇÃO

A população transgênero, aqui referida como homens e mulheres transgênero, travestis e não-binários, representa uma população historicamente desassistida, margi-nalizada e estigmatizada. A este grupo, são negados direitos constitucionais básicos, como educação, saúde, moradia, trabalho, e até mesmo o direito ao reconhecimento de sua própria identidade (JESUS, 2012). Para iniciar a compreensão sobre o assunto, faz-se necessário a diferenciação de termos básicos, mas ainda comumente confundidos, como sexo, identidade de gênero e orientação sexual, explicados abaixo e resumidos na **Figura 9.1**.

O termo **gênero** refere-se à classificação socialmente dicotômica como homem ou mulher a partir de determinantes socioculturais e comportamentais. Nesse sentido, a atribuição inicial ao nascimento baseia-se, principal-mente, na genitália ou sexo biológico, sendo chamada de **designação de gênero**. A **identidade de gênero**, por outro lado, diz respeito ao gênero com o qual a pessoa se identifica, podendo ou não ser congruente àquele designado ao nascimento, e não sendo, necessariamente, binária. Os indivíduos que apresentam incongruência de gênero são chamados **transgênero**, incluindo-se nesse espectro transgêneros, travestis e não-binários. **Homens transgêneros** foram designados inicialmente como mulheres, mas se identificam como pertencentes ao gênero masculino. **Mulheres transgêneros** e **traves-tis** foram designadas como homens ao nascimento, mas se identificam como pertencentes ao gênero feminino. A literatura sobre a diferenciação dos dois termos é controversa, e alguns autores atribuem a diferenciação à aceitação, ou não, da genitália de nascimento (SOUZA, 2015). No entanto, é necessário questionar se esta definição não reduz toda uma pauta identitária, de corpos que constantemente lutam por reconhecimento e legitimidade, apenas à genitália. Desta forma, apesar de utilizados quase que como sinônimos neste texto, é fundamental respeitar a autoidentificação de gênero e identidade, buscando sempre a utilização de termos que deixem as pacientes mais confortáveis.

A **disforia de gênero** é uma condição relacionada à incongruência acentuada de gênero e ao sofrimento associado (APA, 2014). O diagnóstico de disforia de gênero e o processo transsexualizador são complexos e não serão abordados neste capítulo. No entanto, é importante ter em mente que hormonização e/ou cirurgia são ferramentas úteis neste processo, a depender das demandas individuais (UNGER, 2014).

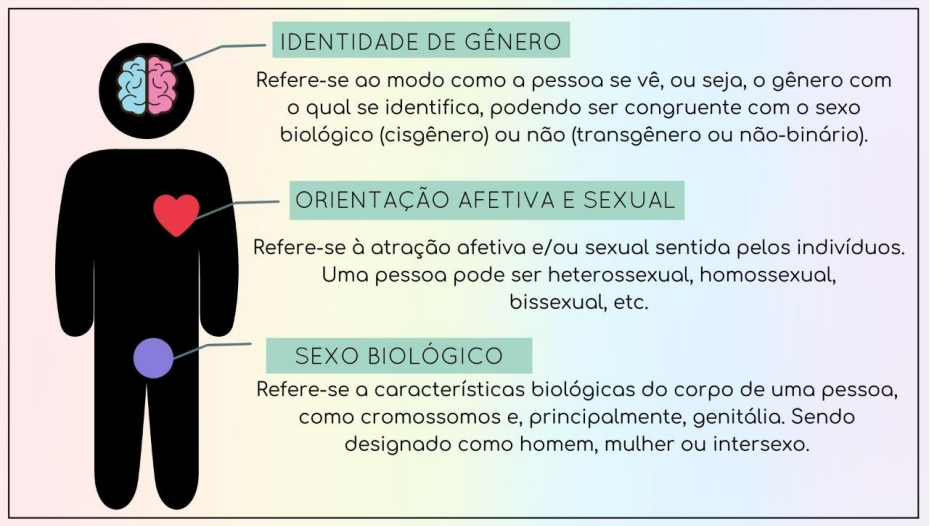
A **orientação sexual** se refere à atração afetiva e/ou sexual por indivíduos do sexo oposto (heterossexualidade), mesmo sexo (homossexualidade) ou ambos (bissexual-dade) (BRASIL, 2013). Os indivíduos que não se atraem sexualmente por outros ou se atraem de forma menos intensa ou apenas de maneira condicional, são ditos assexuais.

Tendo em vista os conceitos abordados acima, é possível compreender que a Ginecologia e Obstetrícia (GO) possui papel fundamental na assistência à saúde de transgêneros masculinos e femininos. A atuação destes profissionais passa por aspectos relacionados à sexualidade, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), rotinas de rastreamento de câncer, à manejo de efeitos indesejados ou não da hormonização. Estratégias de prevenção a ISTs devem considerar as práticas sexuais individuais, mais do que o gênero ou orientação sexual. Relações

vulva-vulva, vulva-pênis ou pênis-ânus possuem dinâmicas e possibilidades diversas, que devem ser consideradas para orientação adequada, mas, de modo geral, o uso de métodos de barreira deve ser sempre encorajado. Assim, em uma consulta ginecológica é importante abordar como a sexualidade é percebida e experienciada, além de sua interação com corpo e gênero, fornecendo um ambiente acolhedor que corresponda às expectativas e às necessidades apresentadas, a fim de proporcionar um atendimento integral e humanizado. Neste contexto, o **respeito ao nome social** e a adoção de formulários e fichas que reconheçam a possibilidade de não cisgeneridade, é uma forma respeitosa de indicar o acolhimento aos indivíduos, independente do gênero, e o respeito por parte dos profissionais (CAMPOS *et al*, 2021).

Desta forma, o objetivo deste trabalho é revisar as possíveis competências do médico especialista em GO na saúde de homens e mulheres transgênero, com enfoque nas principais rotinas de atendimento e demandas desta população, além de reforçar a importância da capacitação continuada para oferta de um atendimento inclusivo e sem discriminações a nenhum grupo.

Figura 9.1 Definição de termos relacionados à identidade de gênero e orientação sexual.



Legenda: Definição dos termos “identidade de gênero”, “orientação afetiva e sexual” e “sexo biológico” que, apesar de designarem conceitos diferentes, são comum e erroneamente intercambiadas. **Fonte:** Esquema autoral, baseado em imagens da internet.

MÉTODOS

Trata-se de revisão narrativa de literatura, de caráter principalmente qualitativo, realizada no período entre junho e julho de 2021. Desta forma, os dados encontrados podem não ser replicáveis. As buscas foram realizadas nas bases de dados MEDLine e Scielo, utilizando-se os descritores "transgenders”, “transgender person”, “transexuals”, “hormone replacement therapy”, "health care”, “gynecology” e “prevention”, em diferentes combinações. Além destes, realizou-se busca manual em plataformas do Ministério da Saúde do Brasil e sociedades médicas brasileiras e internacionais, com inclusão de dados provenientes das diretrizes de atendimento à população LGBT+ mais recentes.

A seleção dos trabalhos incluídos iniciou-se com a leitura de seus títulos e resumos e, posteriormente, leitura na íntegra daqueles considerados pertinentes na primeira etapa. Os critérios de seleção utilizados foram: publicação a partir de 2010, com texto completo em inglês ou português e adequação à proposta deste estudo.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO DE HOMENS TRANSGÊNEROS

Dentro do espectro da transsexualidade de pessoas que foram designadas mulheres ao nascimento, a maior parte se identifica como homens transgêneros ou transmasculinos, no entanto, uma parcela desta população não se identifica com a forma binária que a sociedade classifica os indivíduos entre homens e mulheres (REIS & PINHO, 2016). Estes, quando não submetidos a procedimentos cirúrgicos de adequação de gênero, possuem aparelho reprodutor feminino (vulva, útero, ovários) e mamas. Desta forma, a continuidade do acompanhamento ginecológico é imperativa, devendo este se adequar às demandas individuais de cada paciente, sendo necessária a manutenção das rotinas ginecológicas de acordo com diretrizes para mulheres cisgênero, como exame de citologia oncótica (CTO) e de mamografia (BITTENCOURT & BITTENCOURT, 2020). No entanto, apesar de apresentarem necessidades similares às pacientes cisgênero, apenas 33% dos profissionais de saúde se sentem confortáveis no atendimento à esta população (BITTENCOURT & BITTENCOURT, 2020), demonstrando que, apesar dos avanços nas últimas décadas, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

O momento da consulta ginecológica pode representar grande desconforto ao paciente transmasculino, e a adoção de medidas que proporcionem conforto e bem-estar é fundamental. Os problemas podem se iniciar já no agendamento da consulta, com recusas referentes ao nome e pronomes masculinos. Dessa forma, além da capacitação dos médicos envolvidos no atendimento é fundamental a orientação de toda a equipe, incluindo secretárias e atendentes, para o atendimento adequado desta população. Outro problema frequente é relacionado ao mal-estar e ao constrangimento de homens transgêneros ao aguardarem atendimento em salas de espera repletas de mulheres cisgênero, o que pode ser amenizado ao agendar o atendimento destes para os primeiros ou últimos horários do dia. Durante o exame físico, a preocupação com o conforto do paciente deve ser redobrada, para isso, é conveniente substituir os termos anatômicos tradicionais, adequando-os a uma linguagem sem gênero, como exemplificado na **Tabela 9.1**, além da preferência por espéculos menores e bem lubrificados, podendo considerar, também, aplicação de lidocaína tópica para redução do desconforto. (BITTENCOURT & BITTENCOURT, 2020).

O **rastreamento de câncer de colo do útero** é preconizado para mulheres cisgênero a partir dos 25 anos de idade, caso já iniciado intercurso sexual, com CTO anual nos dois primeiros anos e, após dois exames consecutivos sem alterações, de forma trienal até os 64 anos (BRASIL, 2016). O protocolo deve ser mantido em transmasculinos e não-binários que mantenham o colo uterino, ou seja, aqueles não submetidos à histerectomia total (WHO, 2021; CONNOLLY *et al.*, 2020). A hormonização, com consequente atrofia e ressecamento vaginal, pode proporcionar a coleta de exames insatisfatórios, de modo similar à mulheres cisgênero na menopausa, desta forma, o

paciente deve estar ciente da possível necessidade de repetição da CTO, com estrogenização tópica alguns dias antes do exame. (BITTENCOURT & BITTENCOURT, 2020)

Tabela 9.1 Linguagem de gênero neutro para utilização durante a consulta

Termos associados ao gênero feminino	Termos sem gênero
Vulva	Área pélvica externa
Lábios	Dobras externas
Vagina	Canal interno/ abertura genital
Útero/ovário	Órgãos internos
Seios	Peito
Papanicolau	Rastreamento de câncer
Calcinha/sutiã	Roupa íntima
Menstruação	Sangramento

Fonte: Retirado de Bittencourt, 2020

O **rastreamento do câncer de mama**, por sua vez, é realizado utilizando-se a mamografia e, embora haja controvérsia entre entidades oficiais, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização de mamografias bianuais, dos 50 aos 69 anos, para mulheres cisgênero de risco habitual para a doença (INCA, 2015; BRASIL, 2010). Há pouquíssimos relatos na literatura de câncer de mama em homens transgênero, o que, em certa medida, pode refletir também o baixo acesso aos serviços de saúde e ao rastreamento da doença. No entanto, é importante ressaltar que, mesmo após a mastectomia, é possível o surgimento da doença no tecido mamário remanescente, pele e complexo mamilar. Após a cirurgia, e associada à hormonização de longo prazo, o risco de câncer de mama em homens trans é semelhante aos de homens cisgênero (NIKOLIC *et al*, 2018).

Estratégias de hormonização, principais repercussões e seu manejo clínico

A hormonioterapia deve ser realizada com o auxílio de um endocrinologista e é tipicamente iniciada após a puberdade, podendo ser iniciada na vida adulta nos casos em que o indivíduo compreenda a sua identidade de gênero nessa fase da vida (IRWING, 2017). É realizada por meio da administração intramuscular, transdérmica ou subcutânea de testosterona exógena, dentre as quais estão o cipionato de testosterona e o enantato de testosterona (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016), objetivando atingir nível de testosterona sérica semelhante ao encontrado em homens cisgêneros e, assim, possibilitar o desenvolvimento de caracte-rísticas sexuais secundárias, o tratamento da disforia de gênero, a melhoria do bem-estar desses indivíduos e a sua convivência na sociedade como homens (IRWING, 2017). Tal processo de mimetização da puberdade masculina pode levar de 4 a 5 anos para ser completado (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016) e apresenta tanto efeitos desejáveis quanto indesejáveis.

A amenorréia ocorre tipicamente após 3 a 6 meses de hormonioterapia e é dose dependente, podendo não ser atingida, ocasião na qual podem ser utilizados progestagênios, agonista de GnRH ou realizar ablação endometrial (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016), visto a menstruação ser desconfortável para a maioria dos homens transgêneros. É importante salientar que a terapia com testosterona não se trata de um método contraceptivo, portanto, os pacientes que realizam práticas sexuais envolvendo a penetração pênis-vagina devem ser orientados quanto os métodos disponíveis, como o uso de condons e de anticoncepcionais só de progestagênios, sendo o DIU de levonorgestrel uma boa opção para atingir a amenorreia e garantir a contracepção (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016). O uso de testosterona é contraindicado para pacientes que desejam engravidar ou que estejam em aleitamento (DEFREYNE & T'SJOEN, 2019), caso o paciente venha a engravidar, deve ser orientado a descontinuar o uso da testosterona, visto seu possível efeito teratogênico (categoria X) (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016).

Em relação à prática sexual, estudos indicam o aumento do desejo, masturbação, fantasias sexuais e libido após um ano de terapia, além do crescimento clitoriano, o qual inicia-se aos 3 meses e atinge uma média de 4,6 cm em 1 a 2 anos (IRWING, 2017). Devido à diminuição de receptores de estro-gênio na vagina e a atrofia dessa, semelhante à encontrada em mulheres na pós-menopausa, pode haver relato de dor durante a penetração vaginal e dificuldades em atingir o orgasmo. Tal atrofia pode ser notada nos primeiros 3 meses de hormonioterapia, atingindo seu pico após 2 anos (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016). Nos casos de dor após o orgasmo, recomenda-se a administração de ibuprofeno uma hora antes da prática sexual (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016).

Na composição corporal, as mudanças no aumento de massa muscular e na diminuição de tecido adiposo são notadas após 5 anos de terapia (IRWING, 2017). Já em relação à saúde óssea, tanto o estrogênio quanto a testosterona apresentam papéis importantes na manutenção da densidade mineral óssea (DMO), contudo, não há consenso quanto ao risco de desenvolvimento de osteoporose ou diminuição da DMO após a ooforectomia, na qual há diminuição do nível de estrogênio, mesmo com o uso de testosterona (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016). Assim, segundo a diretriz de prática clínica da Endocrine Society, a avaliação da densidade óssea deve ser realizada nos pacientes com fatores de risco para osteoporose, principalmente aqueles que cessaram a hormonioterapia após a gonadectomia (HEMBREE *et al.*, 2017).

As alterações em pele e cabelo incluem o desenvolvimento de pelos faciais e corporais,o qual pode ser notado a partir de 4 meses após o início da terapia (IRWING, 2017) e levar até 5 anos para o total desenvolvimento (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016); acne, a qual também surge nos primeiros meses, sendo moderada ou inexistente após 10 anos de testosterona (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016); e alopécia androgênica, cuja ocorrência é dependente da predisposição genética do paciente e pode ser tanto indesejável quanto desejável, visto auxiliar na passabilidade dos homens trans (IRWING, 2017). Para o tratamento ou prevenção da alopécia androgênica indesejada, pode ser iniciada terapia com minoxidil ou inibidor de 5α-redutase ou reduzir a dose de testosterona (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016).

O aumento de desfechos cardiovasculares negativos ou de neoplasias em decorrência da hormonioterapia não foi demonstrado por estudos, apesar de haver evidências de aumento no nível de triglicérides, diminuição de HDL e aumento da pressão arterial sistólica (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016). Quanto ao câncer de mama, a mastectomia não elimina o seu risco de desenvolvimento (GORTON & ERICKSON-SCHROTH, 2016), apesar de a terapia com testosterona diminuir a sua incidência (IRWING, 2017). Segundo as recomendações da Endocrine Society, sugere-se o acompanhamento clínico e laboratorial dos pacientes em hormonioterapia com testosterona a cada 3 meses no início da hormonioterapia e, após um ano, a cada 6 a 12 meses (HEMBREE, 2017).

É importante salientar que a hormonioterapia em transgêneros é um campo relativamente novo e com evidências limitadas e escassas, devendo o paciente ser atualizado sobre as novas evidências e ser acompanhado por endocrinologista apto a abordar o tema e por equipe multidiscliplinar.

Contracepção e manutenção da fertilidade em homens transgêneros

A contracepção, a manutenção da fertilidade e gestação em homens transgêneros são tópicos de suma importância e cercados de dúvidas e concepções equivocadas. Homens transgêneros podem apresentar casos de gravidez planejada ou não planejada duranta a terapia hormonal, sendo que parte desta população acredita que a terapia com testosterona atua isoladamente como método anticonceptivo efetivo (LIGHT *et al*., 2018).

Parte dos homens transgêneros descontinua o uso de contraceptivos orais por se sentir desconfortável, acreditando que estaria utilizando tal método de maneira desnecessária e que haveria interferência no resultado de transição hormonal, embora não haja evidência até o momento demonstrando efeitos de doses hormonais de contraceptivos orais no uso exógeno da testosterona (LIGHT *et al*., 2018). Barreiras, como o desrespeito ao nome social citado anteriormente neste capítulo, também podem afastar esta população do cuidado adequado (MORAVEK *et al.*, 2020).

Além disso, a contracepção baseada em progesterona pode promover benefício adicional para alguns homens transgêneros que tenham interesse em apresentar oligomenorréia ou amenorreia (LIGHT *et al*., 2018). Homens transgêneros com histórico de cólicas menstruais habitualmente têm maior aceitação para métodos contraceptivos hormonais (KREMPASKY *et al.*, 2019). Tendo em vista, o desconhecimento e o receio de profissionais de saúde em indicar métodos contraceptivos para homens trans (KREMPASKY *et al.*, 2019), é importante enfatizar que, até o momento, as contraindicações para o uso de métodos hormonais para homens transgêneros são semelhantes às de mulheres cisgenêro (KREMPASKY *et al.*, 2019). Os principais métodos não hormonais e hormonais estão representados na **Tabela 9.2**.

Tabela 9. 2 Métodos contraconceptivos

Métodos não Hormonais
Preservativos
Espermicidas
Esponja contraceptiva
Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre

Esterilização
Métodos Hormonais
Pílulas (estrogênio com progestágeno ou progestágeno isolado)
Adesivo transdérmico (estrogênio com progestágeno)
Anel vaginal (estrogênio com progestágeno)
Acetato de medroxiprogesterona injetável
Implante subdérmico de etonogestrel
Dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel

Fonte: retirado de KREMPASKY, 2019.

A escolha do método contraceptivo deve ser feita em conjunto com o paciente, ponderando sobre vantagens e desvantagens de cada método (KREMPASKY *et al.*, 2019). O uso do preservativo deve ser incentivado em todas as relações sexuais, considerando-se a proteção também contra ISTs, podendo ser adaptado para algumas práticas sexuais, como em relações vulva-vulva (KREMPASKY *et al.*, 2019). Outro ponto que merece atenção é que no caso de o paciente com certo grau de atrofia genital, decorrente, por exemplo, do uso exógeno de testosterona, optar pelo uso do DIU, há necessidade de utilização de espéculo menor e inserção de DIU de dimensões menores.

Para avaliar o método também é importante analisar outros fatores, por exemplo, se o paciente possui apenas útero, apenas ovário, ovário e útero ou nenhum dos dois. Caso tenha apenas o útero, mas não deseje utilizá-lo futuramente, pode-se avaliar a indicação de histerectomia por meio de análise com equipe de saúde e explicação sobre a irreversibilidade do método para o paciente (KREMPASKY *et al.*, 2019). Quando o paciente possui apenas ovário e tem o desejo de utilizá-lo no futuro, pode-se discutir opções de criopreservação, caso contrário, pode-se proceder da mesma maneira citada anteriormente (avaliação de histerectomia por meio de trabalho multiprofissional) (KREMPASKY *et al.*, 2019). Por outro lado, quando o paciente não possui ovário nem útero, não é necessária a preocupação com a fertilidade, com exceção dos casos em que o paciente havia optado por criopreservação dos oócitos anteriormente ao processo cirúrgico (KREMPASKY *et al.*, 2019).

Por conta dos desafios de preservação da fertilidade, como o custo considerável da estimulação ovariana, o tempo empregado neste processo e o fato de o procedimento ser fisicamente invasivo, homens transgenêros podem decidir por não manterem a fertilidade (MORAVEK *et al.*, 2020). Atualmente há escassez de estudos sobre tópicos como a gestação em homens transgêneros e a taxa de fecundidade, o que torna problemática a extrapolação dos resultados a nível populacional. É fundamental considerar os anseios de cada paciente e individualizar o cuidado. Parte dos homens transgêneros deseja ter filhos, mas independentemente de serem filhos biológicos (MORAVEK *et al.*, 2020). Ademais, é visto que tal desejo é maior naqueles que durante o período de transição social e hormonal não têm filhos (MORAVEK *et al.*, 2020).

O uso da testosterona durante a gravidez é contraindicado por potencial virilização de um feto feminino para graus variáveis, sendo este efeito mais profundo quando ocorre a exposição no primeiro semestre de gestação (MORAVEK *et al.*, 2020). Desta forma, pacientes com ovário e útero que expressem

vontade de engravidar no momento da consulta e que estejam em uso de testosterona, devem suspender o uso e aguardar cerca de 2 a 4 semanas para concepção, além de receberem informações pré-concepcionais e serem encaminhados para acompanhamento pré-natal em serviços trans afirmativos (KREMPASKY *et al.*, 2019).

Outro aspecto que merece ser citado é que não há evidência de que crianças apresentem crise identitária, impacto na orientação sexual ou variação nos marcos de desenvolvimento por terem familiares transgêneros (MORAVEK *et al.*, 2020). A discriminação e a segregação, contudo, são fatores que têm sido documentados como psicologicamente traumatizantes para os filhos envolvidos (MORAVEK *et al.*, 2020).

O compartilhamento de informações, o empoderamento dos pacientes como agentes do cuidado e o respeito aos desejos de fertilidade futura são tópicos essenciais para que haja maior efetividade na promoção da saúde reprodutiva (LIGHT *et al.*, 2018). São necessários mais estudos a respeito da saúde reprodutiva em homens transgêneros, analisando, por exemplo, interações entre contraceptivos e testosterona exógena, taxa de efetividade dos contraceptivos e planejamento futuro da fertilidade, a fim de proporcionar melhor assistência à saúde com a prática baseada em evidências. A consulta ginecológica do homem trans envolve particularidades diversas e ainda pouco exploradas pela literatura, mas, sobretudo, demanda profissionalismo e respeito por parte da equipe de cuidado.

ATENDIMENTO GINECOLÓGICO DE MULHERES TRANSGÊNEROS

Mulheres transgênero podem apresentar aparelho reprodutor masculino (pênis, escroto, próstata) ou neovagina, quando submetidas à cirurgia de redesignação de gênero. Suas demandas podem ser atendidas no consultório de ginecologia, sendo esta uma preferência de muitas pacientes. Isso contribui para a afirmação de gênero e também lhes permite abordar queixas ginecológicas, como infecções do trato urinário e neovaginal, disúria, dispareunia, entre outras (UNGER, 2014).

Em mulheres transgênero submetidas à vaginoplastia não há indicação da realização de CTO para rastreio de câncer cervical, uma vez que estas pacientes não possuem útero e, portanto, não estão sob risco de desenvolvimento de câncer de colo uterino. No entanto, devido aos casos documentados de condiloma neovaginal, um exame físico pode ser necessário para inspecionar as lesões genitais, de forma anual ou se surgirem sintomas (GRAF *et al.*, 2017).

A terapia antiandrogênica e a suplementação com estrogênios exógenos pode levar ao crescimento das mamas em mulheres trans. Isso começa normalmente 3 meses após o início da terapia hormonal, com crescimento máximo ocorrendo em aproximadamente 2 anos. Realizar o exame anual das mamas com ginecologista pode ser uma preferência destas pacientes (GRAF *et al.*, 2017). A mamografia como método de rastreio para câncer de mama em mulheres transgênero com uso de hormônio passado ou atual é recomendada de acordo com as diretrizes para mulheres cisgênero, podendo ser adiada até que ela esteja em terapia hormonal por 5 a 10 anos. Mulheres que foram submetidas a proce-dimentos de aumento de mama ainda devem ser submetidas a mamografia caso estejam expostas à terapia

estrogênica (GRAF *et al.*, 2017; WEYERS *et al.*, 2010).

O rastreio de câncer de próstata em homens cisgênero por meio do antígeno prostático específico (PSA, em inglês *prostatic specific antigen*) é controverso. Em mulheres transgênero em terapia com estrogênio ou antiandrogênica, sua utilidade como uma ferramenta de rastreio é ainda mais questionada, uma vez que a terapia hormonal diminui o volume da próstata e os níveis sanguíneos de PSA (BRASIL, 2019b). No entanto, existem relatos da ocorrência de carcinoma de próstata em mulheres trans que não realizaram a remoção cirúrgica do órgão. Se um exame da próstata for necessário em uma mulher trans que se submeteu a vaginoplastia, uma abordagem neovaginal pode ser mais útil, pois sua localização será anterior à neovagina (GRAF *et al.*, 2017).

Estratégias de hormonização, principais repercussões e seu manejo clínico

A **hormonioterapia cruzada**, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), é a "reposição hormonal na qual os hormônios sexuais e outras medicações hormonais são administradas ao transgênero para feminização ou masculinização, de acordo com sua identidade de gênero" (BRASIL, 2019a). Algumas mulheres trans passam por hormonioterapia cruzada, como forma de afirmação de gênero, reforçando seus traços femininos através do uso de estrogênio exógeno, com ou sem medicação antiandrogênica, proporcionando maior bem-estar físico, mental e emocional (RIBEIRO, 2020).

O estrogênio exógeno promove a supressão da secreção de gonadotrofinas na hipófise e, consequentemente, reduz a produ-ção de hormônios andrógenos (UNGER, 2017). A estrogenioterapia pode promover o desenvolvimento mamário, a distribuição da gordura corporal em um padrão tipicamente feminino, suavização da textura da pele e redução de sua oleosidade (RIBEIRO, 2020; BRASIL, 2019b). Além disso, pode suprimir características ligadas aos hormônios masculinos, atuando na redução do padrão masculino de crescimento e distribuição dos pelos faciais e corporais e na diminuição da massa muscular, da libido, de ereções espontâneas, do volume testicular e atrofia prostática (BRASIL, 2019b). Os efeitos podem ser observados após três meses de terapia hormonal, chegando ao pico em aproxima-damente 24 meses (BRASIL, 2019b). Na **Tabela 9.3** é possível ver os principais estrogênios utilizados na hormonioterapia cruzada, assim como as vias de administração e posologia.

Tabela 9.3 Estrogênios disponíveis para hormonioterapia cruzada

Via de administração	Medicamento	Posologia
Via oral	Estradiol	1,0 - 4,0 mg por dia
	Estrógenos conjugados	1,25 - 2,5 mg por dia
	Etinilestradiol	20 µg por dia
Via transdérmica	Estradiol	0,1 - 0,4 mg duas vezes por semana

Via parenteral	Valerato de estradiol ou Cipionato de estradiol	2,0 - 10 mg por semana
	Estradiol	5,0 - 20 mg a cada duas semanas

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2019b.

Os estrogênios podem ser naturais ou sintéticos e podem ser aplicados por via oral, transdérmica ou parenteral. O uso de hormônios estrogênicos pode ter efeito positivo no perfil lipídico, com aumento dos níveis séricos de HDL e redução dos níveis de LDL. Porém, esse efeito tem a magnitude limitada por outros efeitos metabólicos do hormônio, como ganho de peso, aumento da resistência à insulina, elevação dos níveis pressóricos, aumento de marcadores inflama-tórios e elevação do risco tromboembólico e cardiovascular (BRASIL, 2019b).

Portanto, é necessário o acompanhamento rotineiro dos níveis de estradiol sérico, pois o uso incorreto da medicação está associado a grandes riscos à saúde. Os estrógenos naturais, em comparação aos sintéticos, são preferíveis por serem mensuráveis através de exames laboratoriais (RIBEIRO, 2020).

Os **antiandrogênios** podem ser usados em conjunto com o tratamento estrogênico, agindo através do bloqueio dos receptores androgênicos ou da redução da produção de testosterona (BRASIL, 2019b). O uso de antiandrogênios pode ocasionar redução de crescimento de pelos e diminuição de ereções espontâneas, sendo indicado quando o resultado obtido pela terapia estrogênica otimizada for insuficiente para essas queixas. O medicamento de ação antiandrogênica mais utilizado no Brasil é o acetato de ciproterona, derivado da progesterona, que pode ser usado na dose de 50-100 mg/dia (BRASIL, 2019b; RIBEI-RO, 2020).

Mais estudos são necessários para estabelecer parâmetros objetivos e subjetivos de avaliação do tratamento hormonal em mulheres trans. O uso de hormônios deve ser sempre acompanhado de assistência multiprofissional capacitada, com participação de endocrinologistas, psiquiatras, psicólogos, ginecologistas e demais profissionais de saúde, de forma a atender integralmente às demandas da mulher (BRASIL, 2019b).

Contracepção e manutenção da fertilidade

Como dito anteriormente, a utilização de métodos de barreira e contraceptivos deve considerar a parceria e as preferências sexuais individuais. Além disso, se tratando de mulheres transgênero, devemos levar em consideração a realização ou não de cirurgia de redesignação sexual. Caso a mulher não tenha realizado a cirurgia, ela possuirá órgãos reprodutores masculinos e se ela praticar relações sexuais com pessoas com órgãos reprodutores femininos envolvendo penetração, há a possibilidade de gravidez (WINGO, 2018).

Apesar de a terapia hormonal reduzir a quantidade e a qualidade dos espermatozoides, ela pode não inibir completamente a fertilidade. Dessa forma, é importante que a paciente seja orientada quanto aos métodos contraceptivos disponíveis, tais como o uso de preservativos e a realização de vasectomia. Caso a mulher possua uma neovagina, ela não será capaz de produzir esperma, uma vez que, durante o procedimento, os testículos são removidos, nem de engravidar, já que não possui útero e demais

órgãos reprodutores femininos. Sendo assim, ela deverá ser orientada quanto ao uso de métodos de barreira para a prevenção de ISTs. O planejamento familiar também deve ser abordado antes da realização da cirurgia de redesignação sexual, uma vez que este é um procedimento irreversível que leva à infertilidade permanente (UNGER, 2014).

Atualmente, a preservação de fertilidade em mulheres trans pode ser feita por meio de criopreservação de tecido testicular ou de espermatozóides. A primeira é um procedimento cirúrgico ainda em fase experimental e pouco disponível no Brasil, baseado na remoção de tecido testicular que pode ser usado posteriormente em técnica de fer-tilização *in vitro*. Já a criopreservação de espermatozóides, é um procedimento simples, seguro e relativamente acessível. A coleta pode ser feita por ejaculação desde que a mulher se sinta confortável com isso, caso contrário pode ser realizada a extração cirúrgica dos espermatozóides (OLIVEIRA, 2019).

Após a criopreservação de esperma-tozóides, a parceria da paciente influenciará a maior ou menor complexidade no uso dos gametas preservados. Se a mulher tiver um parceiro ou parceira que deseje e possa engravidar, técnicas de reprodução assistida, como inseminação intrauterina, fertilização *in vitro* ou injeção intra-citoplasmática de espermatozóides, podem ser utilizadas. Caso contrário, será necessário uma doação de oócitos e uma gestante de substituição (OLIVEIRA, 2019).

CONCLUSÃO

A partir do entendimento ampliado sobre o conceito de saúde, que não pode mais ser entendido apenas como a ausência de doença, e do reconhecimento dos complexos deter-minantes sociais de saúde e suas atuações no processo de adoecimento, entende-se a grande vulnerabilidade social a que estão expostas as pessoas transgêneros. Neste contexto, é urgente e necessária a formulação de políticas públicas em prol da garantia dos direitos de acesso à saúde desta população e imple-mentação efetiva. Apesar de o atendimento ginecológico deste grupo ainda ser um assunto sensível, é fundamental que os profissionais estejam preparados e tenham conhecimento acerca das particularidades dessa população para que possam oferecer atendimento humanizado e integral, sem reproduzir as opressões e preconceitos que marginalizam e impedem o acesso ao cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnosico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> Acesso em: 20 jul. 2021.

BITTENCOURT, D.D. & BITTENCOURT, F.D. Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros. Femina, v. 48, p. 504-508; 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 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. – 2. ed. Revista atual. – Rio de Janeiro: INCA; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Brasília DF., set., 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. SBPC/ML, SBEM & CBR. Posicionamento Conjunto Medicina Diagnóstica: cuidando de pacientes transgênero. 2019. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/pdfs_documentos/posicionamento_trangenero_sbem_sbpcml_cbr.pdf. Acesso em 14 jul. 2021.

CAMPOS, A.G.O. *et al*. Preconceito e discriminação sofridos por pessoas transgênero em serviços de saúde: Revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, v. 10; 2021.

CONNOLLY, D. *et al*. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. Preventive Medicine, v. 135; 2020.

DEFREYNE J. & T'SJOEN G. Transmasculine hormone therapy. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, v. 48, p. 357-375; 2019.

GORTON R.N. & ERICKSON-SCHROTH L. Hormonal and Surgical treatmente options for transgender men (female-to-male). Psychiatric Clinics of North America, v. 40, p. 79-97; 2016.

GRAF, E. *et al.* Preventive Health for Transgender Men and Women. Seminars in Reproductive Medicine. v. 35. p. 426–433; 2017.

HEMBREE W.C. *et al.* Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism; 2017; 102(11):3869-3903.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil

IRWING M.S. Testosterone therapy for trnasgender men. Lancet Diabetes Endocrinol; 2017; 5(4):301-311.

JESUS, G.J. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. v. 02. 2012.

KREMPASKY C. *et al.* (2019). Contraception across the transmasculine spectrum. Am J Obstet Gynecol. 2020 Feb;222(2):134-143. doi: 10.1016/j.ajog.2019.07.043.

LIGHT, A. *et al.* (2018). Family planning and contraception use in transgender men. Contraception. 2018 Oct;98(4):266-269.

MORAVEK M.B., *et al.* Impact of Exogenous Testosterone on Reproduction in Transgender Men. Endocrinology. v. 161. 2020.

NICOLIK, D. *et al.* Breast cancer and its impact in male transsexuals. Breast Cancer Research and Treatment. 2018.

OLIVEIRA DRC. Preservação da fertilidade em indivíduos trangêneros [tese]. Porto: Universidade do Porto; 2019

UNGER, C.A. Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. American Journal of Obstetrics and Gynecology. v. 210, p. 16–26. 2014.

UNGER, C.A. Update on Gender-Affirming Treatment for the Transgender Woman. Seminars in Reproductive Medicine, v. 35, p. 442–447, 2017.

REIS, N. & PINHO, R. Gêneros não-binários: identidades, expressões e educação. Revista Reflexão e Ação. v. 24, p. 7-25. 2016.

RIBEIRO, P.V.S. Terapia hormonal para redesignação de gênero- mulher trans: uma revisão. Revista Saúde com Ciência, v. 1, p. 9-16, 2020.

SOUSA, P.F. Há diferenças entre travestis e transexuais femininas? Breve conceituação de termos. Revista da Faculdade Cearense, Ceará, p. 1-10, 2015.

WEYERS, S. *et al.*. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. European Journal of Radiology, 74(3), 508–513.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021.

WINGO E, INGRAHAM N, ROBERTS SCM. Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. Women's Health Issues. 2018 Jul-Aug;28(4):350-357.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 10

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REALIDADE OCULTA

AUTORES
DAYANA MARQUES TAVARES[1]
LUCIANA CANELA DE SIQUEIRA SILVA[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente - Graduação em Medicina na Universidade Brasil, Fernandópolis/SP

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Parto; Direitos Reprodutivos.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que parto é o termo utilizado para designar o processo e resultado no qual há o final de uma gestação e o nascimento de um novo ser. No entanto, as percepções e entendimentos acerca da gravidez e do parto têm se alterado através do tempo e das culturas, causando grande impacto na saúde da mulher (PALHARINI, 2017).

A partir do avanço da medicina tecnocrática, o conceito de parto transitou de um momento natural para um evento patológico, demandando intervenções e medicalização, a fim de controlar o processo que deveria ter a mulher como protagonista. Com a ênfase exagerada na fisiologia, os aspectos psicoemocionais e sociais da partu-riente são menosprezados, fazendo com que ela vivencie diversas agressões, nas quais é possível notar uma prática discriminatória de gênero, classe e etnia (BRANT *et al*., 2018).

Apesar de ser um termo relativamente novo, a violência obstétrica é uma questão antiga, caracterizada como qualquer tipo de violência física, verbal ou psicológica, que desrespeite a autonomia da mulher, exercida pelos diversos profissionais da assistência à saúde, durante o período de gestação, parto, puerpério ou abortamento (BRANT *et al*., 2018).

Esse tipo de violência pode se constituir em diversas categorias. As principais são: Pré natal insuficiente, com poucas orientações; Abuso físico (procedimentos sem justificativa clínica, mobilização física e práticas dolorosas sem anestesia); Intervenções não consentidas (episi-otomias realizadas sem autorização, recusa à aceitação do plano de parto, indução de cesárea desnecessária, medicalização); Violência psico-lógica (comunicação desres-peitosa com a mulher, ridicularização da dor, desmoralização dos pedidos de ajuda, humilhação de caráter sexual); Discriminação (tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos e negativos à mulher); Abandono, negligência ou recusa de assistência (COELHO, 2021).

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto, em instituições de saúde públicas e privadas. No Brasil, essa situação não é diferente. No quarto país com mais cesarianas do mundo, sofrer algum tipo de violência obstétrica é realidade para uma a cada quatro mulheres (MARTINS, 2021).

Com isso, é possível notar que o processo de parir é uma analogia para os desafios que a mulher passa ao longo de sua vida. O des-respeito, menosprezo, sem possibilidade de fala, oprimida por aqueles que são detentores do espaço; têm de seguir as imposições que não as representam (COELHO, 2021).

Apesar desse panorama, a legitimação da violência obstétrica se deve, principalmente, à naturalização das diversas formas de violência praticadas e ao grande desconhecimento das mulheres acerca dos próprios direitos. Como o parto corresponde a um momento de fragili-dade e vulnerabilidade vivido pela mulher, no qual há experiência de dor extrema, medo e árduo trabalho, a grande maioria delas não percebe a situação de violência, imediatamente (ZANARDO, 2017).

Entretanto, a longo prazo, as consequências desse tipo de conduta podem ser devastadoras e, muitas vezes, causam traumas físicos e psicológicos. Isso se deve ao fato de que tal tratamento não apenas viola os direitos das parturientes ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (DINIZ & DUARTE, 2018).

Nesse sentido, devido ao grande impacto deste assunto na saúde física, mental e social da mulher, objetiva-se, por meio desse trabalho, analisar o conhecimento das mulheres acerca do tema abordado, além de identificar a violência obstétrica nas interfaces da assis-tência à saúde, a fim de que haja conscien-tização social, facilitando o enfrentamento dela.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão de literatura, realizada no período de abril a junho de 2021, tendo como **Fonte** artigos científicos referentes à violência obstétrica no Brasil e as repercussões dela na saúde da mulher. Foram utilizadas 5 etapas para a realização da pesquisa: (1) Elaboração da pergunta norteadora, definição dos descritores e das bases de dados; (2) Coleta e seleção de material na literatura existente; (3) Análise crítica dos estudos incluídos; (4) Interpretação dos resultados; (5) Síntese do conhecimento.

1ª Etapa:

A primeira etapa consistiu no delineamento da problemática a partir de uma pergunta norteadora: "O que a literatura apresenta sobre a violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher?". Além disso, nessa fase, buscou-se detectar os descritores relacionados ao assunto na língua portuguesa, por meio da plataforma DeCS, sendo os selecionados: "Violência Obstétrica", "Parto", "Direitos Reprodutivos", e definir as bases de dados que seriam utilizadas: Google Acadêmico, Scielo, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medline e Cochrane.

2ª Etapa:

Posteriormente, os artigos foram procura-dos nas bases de dados referidas. Para a busca, utilizou-se os descritores listados e o cruza-mento destes foi feito a partir do operador booleano AND. Foram encontrados 124 artigos, os quais passaram por uma seleção, a partir de critérios de elegibilidade.

Os critérios de inclusão utilizados foram:

a. Possuir como temática central a violên-cia obstétrica e seu contexto;
b. Artigos escritos em inglês, português ou espanhol;
c. Artigos publicados no período de 2017 a 2021;
d. Artigos que estivessem disponíveis na íntegra.

Os critérios de exclusão utilizados, a fim de seguir a qualidade metodológica, foram:

a. Trabalhos duplicados;
b. Trabalhos disponibilizados em forma de resumo;
c. Trabalhos que não abordassem conceitos relevantes para o alcance do objetivo;

Após os referidos critérios de seleção, obteve-se como resultado 11 artigos.

3ª Etapa:

Nesta etapa, ocorreu a análise crítica dos 11 artigos selecionados. Para isso, eles passaram por uma leitura minuciosa, objetivando o estudo e estabelecimento de conclusões gerais sobre o tema em questão, além dos diversos aspectos relacionados a ele.

4ª Etapa:

A apresentação dos resultados ocorreu em forma de tabela, sendo os artigos categorizados segundo o título da publicação, autores/ano de publicação, delineamento do estudo e objetivos.

5ª Etapa:

Por fim, a última etapa se definiu pela formulação da síntese das evidências disponí-veis na bibliografia e na criação do documento

com a condensação do conhecimento, descrêvendo detalhadamente a Revisão Integrativa da Literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 11 na presente revisão sistemática, sendo eles os considerados mais relevantes para o tema proposto. Os artigos foram categorizados segundo o título da publicação, autores/ano de publicação, delineamento do estudo e objetivos, conforme o **Quadro 10.1** abaixo.

Quadro 10.1 Quadro síntese das informações contidas nos artigos incluídos na revisão sistemática.

Número do Artigo	Título do Artigo	Autores/Ano	Delineamento do estudo	Objetivo
A1	As diversas faces da violência obstétrica no âmbito hospitalar	ALMEIDA *et al.*, 2018	Revisão bibliográfica com abordagem descritiva	Descrever as particularidades da violência obstétrica no âmbito hospitalar.
A2	Violência obstétrica: a agressão silenciosa nas salas de parto	COELHO *et al.*, 2020	Quanti-Qualitativo	Promover reflexões acerca do modelo de parto, pelo paradigma biomédico, praticado nos âmbitos público e privado, a fim de questionar e reformular as ideias e práticas em torno do tema violência obstétrica.
A3	A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes	SOUZA VW *et al.*, 2017	Estudo quantitativo transversal, de cunho exploratório	Avaliar a qualidade da atenção ao parto na rede pública hospitalar, na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, mediante a satisfação das suas usuárias.
A4	Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica	FERNANDES *et al.*, 2019	Estudo exploratório, de natureza qualitativa	Identificar e discutir as violências sofridas pelas gestantes de fetos anencéfalos.
A5	As faces da violência obstétrica no âmbito hospitalar	FIGUEIREDO *et al.*, 2021	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	Realizar um levantamento sobre os tipos de violência obstétrica que ocorrem em mulheres durante a assistência ao parto no âmbito hospitalar.

A6	Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico	MARTINS *et al*., 2021	Revisão de literatura	Identificar a violência obstétrica nas interfaces da assistência à saúde, além de avaliar o conhecimento das mulheres acerca do tema abordado, na tentativa de buscar ações e medidas para humanizar o parto, como forma de erradicar a violência obstétrica.
A7	Parto humanizado: um direito a ser respeitado	MATEI *et al*., 2017	Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa.	Conhecer o perfil das puérperas em um hospital da rede pública do município de São Paulo e verificar se os direitos destas parturientes preconizados pela OMS estavam sendo respeitados nesta maternidade.
A8	Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil	PALHARINI, 2017	Revisão de literatura	Investigar o posicionamento dos órgãos da classe profissional médica sobre os debates atuais da violência obstétrica, a partir da análise do discurso em textos veiculados por essas instituições.
A9	Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa	ZANARDO *et al*., 2017	Revisão narrativa	Realizar uma revisão narrativa de estudos sobre violência obstétrica, compilando as produções da área que evidenciam situações nas quais esses processos não são cumpridos, revelando os maus tratos e a não garantia de acesso pelas parturientes aos seus direitos no sistema de saúde brasileiro.
A10	Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas	BARBOSA *et al*., 2017	Revisão integrativa	Descrever como os fatores intervenientes nas práticas de assistência ao parto interferem na vivência do parto e nascimento.
A11	Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal	CARVALHO & BRITO, 2017	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa	Identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.

A partir da análise dos conteúdos nos artigos supracitados, foi possível sintetizá-los em duas categorias: “Ocorrências de violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher” e “Estratégias para o enfrentamento da violência obstétrica”.

Ocorrências de violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher

Nota-se que a saúde da mulher foi incorporada nas políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX. Porém, nesse período, ela ficou limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Entretanto, a luta contínua deu um olhar integral para a mulher e todas as suas particularidades, principalmente, nas áreas ligadas à sua saúde, visando o seu bem-estar físico, psíquico, mental e emocional. Com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, pelo Ministério da Saúde, deu-se início a uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BARBOSA *et al.*, 2017).

O parto nem sempre foi uma prática médica. Anteriormente, ele era um evento inteiramente feminino. Porém, com o surgimento das universidades, as condutas médicas transformaram-se em episódios de conhecimento científico e, predominante, da elite. Aos poucos as mulheres passaram a adentrar os hospitais, na esperança de que sua dor e a mortalidade neonatal diminuíssem. Contudo, não aconteceu como esperado, uma vez que, apesar de receberem assistência de pessoas com bases científicas, o paradigma atual de partos é controverso, pois a mulher é tratada como um simples sujeito auxiliar do nascimento de seu filho, sem que suas necessidades básicas e seus direitos sejam atendidos (MARTINS, 2021).

A gestação e o nascimento são eventos marcantes e que causam intensas mudanças na vida de uma mãe. Durante estes períodos ocorrem alterações fisiológicas e hormonais em grandes proporções para que haja uma adaptação do organismo. Diante disso, é necessário que a mulher se expresse livremente e receba atenção, esclarecimento, respeito e empatia. Do contrário, quando isso não ocorre, pode culminar em um adoecimento físico e psíquico (CARVALHO, 2017).

Apesar da violência obstétrica ser uma prática antiga, muitas pessoas não consideram essas ações violentas contra as mulheres como um tipo de violência, e sim, como procedimentos naturais e de rotina que devem ser realizados durante o parto. Entretanto, as mulheres que sofrem algum tipo de violência podem apresentar inúmeras sequelas e traumas, que afetam sua saúde como um todo (BARBOSA *et al.*, 2017).

Todos os tipos de violência obstétrica podem causar impacto na taxa de morbimortalidade materna. Uma mulher que recebe pouco suporte ou é violentada durante o processo da gestação possui maior risco de desenvolver quadros depressivos, compulsão alimentar, distúrbios do sono, transtornos de ansiedade, fobias e muitos outros problemas (DINIZ & DUARTE, 2018).

A realização desnecessária de procedimentos invasivos como tricotomia, episiotomia, manobra de Kristeller, uso excessivo de ocitocina, desprendimento cefálico abrupto, hipermedicalização, amniotomia, exames de toques excessivos e, cesárias eletivas, pode não só ocasionar complicações para a mãe, como também para o bebê, contribuindo com a dor e sofrimento durante o processo do parto e pós-parto, podendo levar a traumas que podem durar por toda uma vida (ZANARDO, 2017).

Estratégias para o enfrentamento da violência obstétrica

Mediante a situação obstétrica exposta, foi possível perceber o quanto as mulheres lutam diariamente contra um sistema desigual e

injusto, que as tornam vulneráveis e vítimas da conduta violenta cometida por profissionais da saúde, que ocorre desde o pré-natal até o puerpério (ZANARDO, 2017).

É indubitável que o empoderamento das gestantes se configura como uma ferramenta para a modificação da assistência. Isso se deve ao fato de que a partir do momento em que elas saibam discernir práticas assistenciais saudáveis e qualificadas de práticas abusivas, e cobrarem uma assistência humana e séria, haverá uma maior apropriação do parto a quem realmente é de direito: A parturiente. Para que isso seja possível, é necessário que a humanização comece desde o pré-natal, visto que uma gestante bem-informada, através de orientações adequadas, participações em grupos e com acesso à materiais informativos, estará mais preparada, sendo assim, capaz de melhor compreender seus direitos legais e lutar por eles (BRANT *et al*., 2018).

Ressalta-se também que a capacitação dos profissionais da saúde é um ponto chave para o combate à violência obstétrica já que, quando legalmente habilitados e capacitados para a assistência ao parto de baixo risco, eles são aptos para reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, fazendo com que haja um atendimento mais humano e integral à parturiente e sua família (ALMEIDA, 2018).

Além disso, medidas governamentais são de suma importância para a transformação deste cenário. Diante disso, o governo precisa continuar buscando meios para transpor o modelo tecnocrático obstétrico, como fez com a criação da Política de Humanização da Assistência Hospitalar; o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, do Ministério da Saúde (2000) e a Rede Cegonha (2011). Esses programas são exemplos de respostas à insatisfação dos usuários com um tratamento inadequado.

É válido ressaltar também que transformações profundas no modelo de formação dos recursos humanos da saúde são essenciais, tanto nos cursos de graduação, quanto nos de pós-graduação. Temáticas como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, código de ética, assistência fisiológica ao trabalho de parto e parto, relações de gênero, humanização da assistência em obstetrícia precisam fazer parte da grade acadêmica dos cursos das áreas de saúde. Através dessa medida, haverá fomento à reflexões sobre o contexto atual e sobre quais modificações fazem-se necessárias para a construção de uma assistência mais humana e integral (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Nos últimos anos, iniciativas vinculadas aos movimentos de mulheres, entidades governamentais, não gover-namentais e sociedade civil tiveram grande contribuição para ampliar as discussões acerca desse fenômeno e elaborar estratégias para a denúncia, enfrentamento e punição dos envolvidos, ressaltando a necessidade de que esses grupos se envolvam nas decisões que devem ser tomadas diante da luta pelo fim das diversas formas de violência (MATEI, 2017).

Por fim, salienta-se a necessidade da adoção de condutas voltadas para a conscientização da população geral sobre o problema, sendo fundamental aumentar a visi-bilidade dele, por meio da criação de canais para a denúncia e responsabilização dos que praticaram tais atos.

CONCLUSÃO

A presente revisão permitiu concluir que a violência obstétrica, apesar de ser uma realidade cotidiana na prática assistencial à saúde, não possui uma definição única, devido à não

criminalização e falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e os processos desnecessários aos quais grande parte das mulheres são submetidas. Dessa forma, apesar dos direitos e autonomia das parturientes serem violados, na maioria das vezes, não ocorre denúncia. Portanto, urge a necessidade de uma conceituação dela em documentos legais que a definam e a criminalizem, a fim de que haja facilitação da identificação e posterior enfrentamento.

É preciso ainda que os profissionais da saúde revejam suas atitudes e estejam sempre preparados para lidar de forma humana com a saúde da mulher, no período de parto e pós-parto, levando em conta a fragilidade desse momento, que demanda um olhar humanitário e de acolhimento.

Ademais, os profissionais devem promover um ambiente assistencial mais adequado tanto para as usuárias como para a equipe, no qual os procedimentos sejam mais regularizados, claros, organizados e que propiciem maior segurança, evitando, assim, que suas ações se transformem em traumas e frustrações muitas vezes irreversíveis.

Logo, por meio desse trabalho, foi possível notar que a maioria das mulheres não reconhecem quando são vítimas de violência obstétrica. Com isso, é essencial que elas sejam orientadas para que busquem informações e tenham seus direitos respeitados, a fim de proteger e evitar que esses comportamentos se perpetuem nas maternidades e hospitais. Só assim será possível retomar o protagonismo do parto e das escolhas e valores de vida para as gestantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Amanda. *et al*. As diversas faces da violência obstétrica no âmbito hospitalar. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 4, p. 10, 2018.

BARBOSA, LC. *et al*.Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. Av. enferm., vol.35 n.2, p. 190-207, 2017.

CARVALHO SI, Brito SR. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal, Enferm. glob., 2017. p 71-79.

COELHO, Júlia. *et al*. Violência obstétrica: a agressão silenciosa nas salas de parto. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, Minas Gerais, v. 5 , p. 9, 2020.

DINIZ & DUARTE, Parto Normal Ou Cesárea? [tese] São Paulo: Universidade Estadual de São Paulo; 2018.

FERNANDES, Iulia. *et al*. Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. 20, 2019.

FIGUEIREDO, Adilson. *et al*. As faces da violência obstétrica no âmbito hospitalar. Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 23, p. 54, 2021.

MARTINS, Fabiana. *et al*. Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. Revista Saúde em Foco, v. 11, p. 5, 2021.

MATEI, E. *et al*. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2017.

PALHARINI, Luciana. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil.
Dossiê gênero e ciências: Histórias e políticas no contexto ibero-americano, UNICAMP, Campinas, São Paulo, p. 10, 2017.

SOUZA, M. *et al*. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, p. 102, 2010.

SOUZA, VW, *et al*. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. Cadernos de saúde pública, 2017.

ZANARDO, Gabriela. *et al*. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & sociedade, v. 29, 2017.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 11

DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS NA GRAVIDEZ E SUAS CONSEQUÊNCIAS

AUTORES
ANNA LUISA VIEIRA BELLIS[1]
CAROLINA CUNHA MATOS[2]
FERNANDA DAMASCENO FERREIRA[2]
IGOR DE SOUZA NETO[2]
LUDMILA SOUZA RECEDIVE BORGES[2]
VICTÓRIA BARROS BOTTARO[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
[2]Discente – Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Palavras-chave: Gravidez, Doenças hematológicas, Coagulação sanguínea.

INTRODUÇÃO

A gravidez está naturalmente associada a uma série de ajustes fisiológicos e anatômicos que acarretam em uma infinidade de mudanças no organismo materno, destacando-se as alterações hematológicas durante a gestação, parto e puerpério (SOUZA *et al.*, 2002). Tais adaptações estão relacionadas a necessidade de um maior aporte sanguíneo fetal, o que leva a um aumento do volume sanguíneo e massa eritrocitária, além de alterações no sistema hemostático e no metabolismo do ferro. No entanto, é válido ressaltar que essas modificações, ao atingirem certos parâmetros, tornam-se alarmantes e potencialmente pato-lógicas para a gestante e para o feto. Embora pouco discutidos, diversos são os estudos que apontam a alta prevalência de acometimentos hematológicos entre as gestantes brasileiras, sendo o diagnóstico e o tratamento precoce as melhores opções para evitar complicações (MARTINS *et al.*, 2016).

Nessa conjuntura, o objetivo do presente estudo é revisar os aspectos clínicos e fisiopatológicos das doenças hematológicas mais prevalentes na gestação: anemias, alterações plaquetárias, distúrbios de coagulação e hemoglobinopatias, de forma a contribuir para uma melhor atenção à saúde da mulher.

ANEMIAS

As anemias são condições patológicas que se caracterizam pela redução da hemoglobina por unidade de volume de sangue. Apesar de compartilharem um mesmo cenário no que se diz respeito à hemoglobinemia, tais distúrbios apresentam diferentes patogenias, resultando em sintomas, evolução e tratamento distintos (ALEGRE & CARVALHO, 2009). A partir de tal fato, é importante destacar que, atualmente, este grupo de doenças configura-se como o problema carencial de maior magnitude do mundo, sendo que, a Organização Panamericana de Saúde, após realizar um estudo nos estados de Paraíba, de Pernambuco e de São Paulo, concluiu que 40 a 50% das crianças brasileiras menores de cinco anos são portadoras de anemia (BATISTA FILHO, 2004). A gravidade do problema também se destaca quando é analisada a prevalência da doença na parcela gestante da população, tendo em vista que, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que 30 a 40% das gestantes brasileiras são anê-micas (MARTINS *et al.*, 2016). Ademais, é válido ressaltar que 40% de todas as mortes maternas perinatais estão ligadas à anemia (SANTOS, 2012).

Gestação e anemia

Durante a gestação, a partir da sexta semana, se inicia um aumento do volume plasmático, em cerca de 50% do volume inicial. Esse evento ocorre em razão da necessidade de suprir não só um sistema vascular hipertrofiado, mas também um útero aumentado. Entretanto, a massa eritrocitária não aumenta de forma proporcional ao volume plasmático, reduzindo as concentrações de hemoglobina e hematócrito e, consequen-temente, levando à diminuição da viscosidade sanguínea, ou seja, à hemodiluição. Assim, é estabelecido o quadro de anemia fisiológica -em termos quantitativos, os valores de hematócrito podem atingir de 31 a 33% e, os de hemoglobina, 11g/dl. É válido ressaltar que esses valores tendem a retornar aos parâmetros pré-gravídicos após o puerpério, aproxima-damente, entre seis e oito semanas depois do parto (SOUZA *et al.*, 2002).

Entretanto, em situações de deficiência nutricional, de gestações múltiplas, de doenças hematológicas prévias, ou de outros distúrbios, essa hemodiluição pode ultrapassar os limites normais, tornando-se uma anemia patológica. Nessa conjuntura, é necessário associar dois critérios- o hematócrito e a hemoglobina- para firmar tal diagnóstico, sendo que os valores de referência que diferenciam um cenário fisiológico de um patológico, no que se diz respeito à anemia, alteram- se entre os trimestres gestacionais, como observado na **Tabela 11.1** (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLO-GISTS, 2002). Assim, em uma situação de anemia gestacional não-fisiológica, o acompanhamento pré-natal é de extrema importância a fim de evitar complicações, como o baixo peso ao nascer, o parto prematuro e a mortalidade perinatal (SANTOS, 2012).

Tabela 11.1 Padrões de Hemoglobina e hematócrito que definem anemia durante a gestação segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG)

Trimestre Gestacional	Hemoglobina	Hematócrito
Primeiro Trimestre	< 11 g/dL	Aproximadamente < 33 %
Segundo Trimestre	< 10.5 g/dL	Aproximadamente < 31 ou 32 %
Terceiro Trimestre	< 10.5 a 11g/dL	Aproximadamente < 33 %

Fonte: Adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002.

.

Anemia ferropriva

A anemia por carência alimentar de ferro representa um problema nutricional hegemônico em nível de saúde coletiva, estimando-se, atualmente, sua ocorrência em 2.100.000.000 de casos, ou seja, mais de 1/3 de toda a população mundial. Entre os seg-mentos biológicos mais vulneráveis encon-tram-se as mulheres no período reprodutivo, particular-mente durante a gestação, e as crianças nos primeiros anos de vida (SOUZA & BATISTA FILHO, 2003). Com relação ao período gestacional, a deficiência de ferro é a segunda causa mais comum de anemia durante essa fase, após a anemia fisiológica. Alguns dos fatores que contribuem para a deficiência de ferro nessa população são uma dieta previamente insuficiente de ferro, o aumento e a alteração da necessidade diária desse mineral durante a gravidez, perdas de sangue (gravidez prévia, menstruação), entre outros. Apesar de tal fato, qualquer gestante pode desenvolvê-la se não receber a quantidade adequada de ferro na dieta ou tiver dificuldade de absorção, que ocorre, sobretudo, nos intestinos e pode ser mais eficiente quando associada à ingestão de vitamina C e proteínas (SANTOS, 2012).

A anemia nutricional é definida como um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue é baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem desse déficit. Quando este quadro ocorre devido à deficiência de ferro, é denominada anemia ferropriva (SANTOS, 2012). No caso da gestante, até a primeira metade da gravidez, a demanda de ferro não é muito significativa, assim, a alimentação é suficiente para suprir a perda de ferro basal de 1 a 2 mg/dia. Já na segunda metade da gravidez, há o aumento da necessidade diária de ferro

devido não só à maior massa eritrocitária, mas também ao crescimento fetal. Nessa fase, é preciso ingerir 7,5 mg de ferro diariamente para manter o curso normal da gestação. Essa quantidade não pode ser suprida pela alimentação, sendo necessária a suplementação (BRANDÃO *et al.*, 2011).

A instalação da anemia ferropriva no organismo humano pode ser dividida em três etapas. A primeira etapa é caracterizada por um desequilíbrio entre a quantidade do mineral biologicamente disponível e a necessidade orgânica. Nessa fase, além de promover maior absorção intestinal do mineral, o organismo passa a mobilizar o ferro dos depósitos. Assim, para se diagnosticar a deficiência de ferro é preciso avaliar a sua reserva a partir da concentração de ferritina, que se correlaciona com o armazenamento do mineral em questão (SANTOS, 2012). Na segunda etapa, as reservas de ferro estão praticamente esgotadas. Nesse estágio são utilizadas duas medidas para avaliar a adequação do suprimento de ferro para a síntese de hemoglobina, sendo elas: a saturação da transferrina e a concentração de protoporfirina eritrocitária (FUJIMORI, 1994). Já na terceira, a depleção das reservas do mineral acarreta deterioração da qualidade e da quantidade dos eritrócitos formados (células menores e com baixa concentração de hemoglobina - anemia microcítica e hipocrômica). Nesta etapa a anemia já está instalada e a determinação da concentração de hemoglobina é capaz de diagnosticar o quadro (BRANDÃO *et al.*, 2011).

Os sintomas da anemia ferropriva são frequentemente vagos e inespecíficos, sendo comumente relatado cansaço, fadiga, palidez, déficit de concentração, palpitações, taquicardia e dispneia. Assim, é estabelecido como tratamento o uso de sais de ferro, de preferência por via oral, podendo ser oferecido também por via parenteral. Ademais, é válido ressaltar, que a ausência de resposta após quatro semanas de tratamento com o ferro oral indica necessidade de reavaliação do diagnós-tico e do tratamento proposto. Sobre esse aspecto, alguns fatores relacionados à falha do tratamento são: a falta de adesão à terapêutica, intolerância ao ferro oral, baixa absorção, entre outros. Nesse contexto, a anemia ferropriva grave e não controlada está relacionada à complicações fetais, como diminuição do volume de líquido amniótico, distúrbios na frequência cardíaca fetal, centralização da circulação, insuficiência cardíaca congestiva (MARTINS *et al.*, 2016).

Anemia megaloblástica

A anemia megaloblástica é uma macrocitose, ou seja, uma anormalidade associada ao aumento do tamanho da célula para valores além do usual. No caso da anemia megaloblástica, ocorre um bloqueio na síntese do DNA, fazendo com que a divisão celular se torne lenta em comparação com o crescimento citoplasmático. Esse descompasso leva a um aumento anormal da hemácia originando uma hemácia alterada, que é reconhecida como defeituosa e, assim, acaba sendo destruída pela própria medula, o que resulta na anemia. O distúrbio hematológico em questão pode ser causado por deficiência de ácido fólico (vitamina B9), ou de vitamina B12 (também conhecida como cobalamina) ou pelo uso de medicamentos capazes de interferir na síntese de purinas e de pirimidinas, tais como alguns anticonvulsivantes e algumas penicilinas (MENEZES, 2019).

No caso das gestantes, a anemia megaloblástica torna-se notável, visto que tal doença é a segunda causa mais frequente de anemia

patológica nessa parcela da população. Assim, é de suma importância o reconhe-cimento dessa enfermidade e de todas suas particulari-dades, a fim de prevenir conse-quências graves também para o feto (MENEZES, 2019).

Em se tratando da deficiência de ácido fólico, podemos dividir suas causas em 3 grandes grupos. Primeiramente, está a deficiência relacionada à dieta, que engloba fatores como a ingestão insuficiente do mine-ral, abuso de drogas, alcoolismo, alimentos muito cozidos. Em segundo lugar, se encon-tram distúrbios que interferem na absorção desse mineral, como a doença celíaca, a doença inflamatória intestinal, a síndrome do intestino curto e a doença infiltrativa intestinal. Por fim, há também situações que favorecem essa carência nutricional, como o período de gestação e de lactação (SANTANA, 2020).

Já a anemia megaloblástica desencadeada pela deficiência de vitamina B12 tem fatores de risco importantes, e é fundamental estar atento àquelas gestantes que se encaixam nessas situações. Alguns desses principais fatores são: mulheres que passaram por cirurgia bariá-trica/gastrectomia, gastrite, sín-drome dissabor-tiva, doença celíaca, além do uso crônico de inibidores da bomba de prótons, biguanidas e anti-histamínicos H2. Ademais, é necessário realizar um acompa-nhamento mais atento às gestantes e lactantes que seguem dietas vegetarianas, tendo em vista que essa vitamina é principalmente encontrada em alimentos de origem animal (SANTANA, 2020).

No hemograma, a anemia megaloblástica apresenta-se com um volume corpuscular médio (VCM) aumentado, ou seja, maior que 100 fL. Entretanto, esse parâmetro não é capaz de determinar a origem da doença, sendo a primeira linha de investigação para o diagnóstico o teste do folato e vitamina B12 séricos. A dosagem de vitamina B12 e ácido fólico abaixo de 200 pg/mL e 2 ng/mL, respectivamente, é indicativo da doença. Para aquelas pacientes com um nível claramente normal ou deficiente, é improvável que sejam necessários testes adicionais para diagnosticar a deficiência, podendo ser realizados exames pós-diagnóstico para determinar a causa subjacente da deficiência e/ou outras condições médicas associadas (BRASIL, 2012).

O quadro clínico dessa doença é frequen-temente composto por manifestações inespecí-ficas como fadiga, irritabilidade, declínio cognitivo, devido principalmente à anemia. Quando o distúrbio em questão é decorrente da carência de cobalamina, a evolução dos sintomas é lenta, já que a reserva hepática é suficiente para manter níveis normais dessa vitamina por 3 a 5 anos. Outros sinais que são favoráveis para tal diagnóstico são: petéquias e púrpuras, glossite, parestesia de extremidades, diminuição da sensibilidade profunda, desse-quilíbrio, psicose, déficit cogni-tivo, entre outros. Diferentemente, quando há carência de ácido fólico, a evolução do quadro é mais rápida - semanas ou meses - uma vez que a reserva de folato do organismo não é capaz suprir a necessidade sistêmica por muito tempo. Além disso, o paciente pode apresentar úlceras na boca e os sintomas neurológicos não se fazem presentes (SANTANA, 2020).

A maioria dos indivíduos com deficiência de vitamina B12 ou folato são diagnosticados a partir de um achado laboratorial incidental ou com desenvolvimento lento dos sintomas. A reposição da vitamina deficiente pode ser instituída por um período de semanas nesses casos. Entretanto, na gravidez, essas carências nutricionais representam um risco maior à gestante e ao desenvolvimento do feto, portan-to é necessário uma intervenção mais urgente.

A vitamina B12 e o ácido fólico podem ser administrados por via oral ou parenteral. Para tal vitamina, as formulações estão disponíveis para injeção intramus-cular/subcutânea e administração oral, sub-lingual e nasal. Para o ácido fólico, as formulações estão disponíveis para uso intravenoso, intramuscular e subcutâneo, bem como para ingestão oral (SANTANA, 2020).

Uma vez não tratada adequadamente, a anemia megaloblástica pode trazer complicações tanto para a mãe quanto para o feto. Achados mais frequentes na literatura abrangem, em relação à mãe: danos neurológicos, danos hematológicos, morte materna, eclâmpsia, redução da imunidade. Para o feto: risco de desenvolver defeitos no tubo neural, baixo peso ao nascer, retardo no desenvolvimento geral, óbito fetal e convulsão (SANTANA, 2020).

Conclui-se então a importância de acompanhar os níveis de vitamina B12 e ácido fólico durante a gestação. Vale ressaltar também que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam a dose de 400 µg (0,4 mg), diariamente, por pelo menos 30 dias antes da concepção até o primeiro trimestre de gestação para prevenir os defeitos do tubo neural e durante toda a gestação para prevenção da anemia. E para as mulheres com antecedentes de malformações congênitas o MS recomenda a dose de 5 mg/dia a fim de reduzir o risco de recorrência de malformação (LINHARES & CESAR, 2017).

DISTÚRBIOS PLAQUETÁRIOS

A hemostasia é um processo fisiológico envolvido com a fluidez do sangue e o controle de hemorragia em meio a uma lesão vascular. Nesse contexto, a fim de evitar o extravasamento de sangue para o exterior do vaso e garantir a perfusão correta dos tecidos a jusante da lesão, torna-se essencial não só que a parede vascular seja tamponada por uma massa solidificada de sangue, mas também que o fluxo sanguíneo seja mantido em um estado fluido no interior dos vasos, permitindo a circulação do sangue. Dessa forma, a hemostasia depende da ação integrada de três componentes: parede vascular, plaquetas e sistema de coagulação (BOGLIOLO *et al.*, 2006).

A sequência de eventos da hemostasia fisiológica ocorre da seguinte forma: a lesão endotelial inicial causa uma vasoconstrição transitória, que não é capaz de conter o sangramento, e, posteriormente, um tampão é formado a partir de uma série de modificações no sistema sanguíneo. Nesse contexto, são formados dois tampões, o primário, formado de plaquetas, e o secundário, formado de fibrina polimerizada e agregados plaquetários (BOGLIOLO *et al.*, 2006).

Em relação às plaquetas, elas atuam por meio de três etapas principais: adesão, secreção e agregação, com a finalidade de formarem o tampão primário. A adesão ocorre quando a glicoproteína 1B da plaqueta se liga ao colágeno subendotelial, processo mediado pelo fator de von WilleBrand (vWF), o qual se localiza na matriz extracelular e funciona como uma ponte entre os receptores desses componentes plaquetários. A secreção é a liberação dos grânulos das plaquetas ativadas, como cálcio, ADP, tromboxano A2 (TXA2), serotonina e fator plaquetário 4. Por fim, a agregação, com participação do ADP e tromboxano, promove uma reação autocatalítica que causa o agrupamento das plaquetas (BOGLIOLO *et al.*, 2006).

No que se diz respeito às possíveis complicações, as alterações plaquetárias são a causa mais importante de hemorragia, uma vez que esse fragmento celular é fundamental no processo de formação do coágulo para o tamponamento fisiológico primário. Nesse sentido, as alterações plaquetárias numéricas podem ser a trombocitopenia (diminuição do número global) ou a trombocitose (aumento do número global). As trombocitopenias são mais comuns e podem ocorrer por: desordem na produção de plaquetas ou pela expansão da destruição periférica, sendo que, quando a contagem plaquetária é menor do que 100.000 mm³, a trombocitopenia é grave e apresenta risco de morte (BOGLIOLO *et al.*, 2006).

Condições relacionada à gravidez

Durante o período gestacional, é natural que a contagem de plaquetas reduza aproximadamente 10%, acentuando-se no terceiro trimestre, porém torna-se preocupante quando esse índice for reduzido para valores entre 80000 a 149000/mm³. A trombocitopenia fisiológica, na população grávida, é comum em 6-8% de gestações normais, no entanto, a condição patológica, trombocitopenia gestacional (TG) é a causa mais frequente de plaquetopenia e está associada ao aumento da produção de enzimas hepáticas, à diminuição da produção de plaquetas na medula óssea e a um risco elevado de óbito no caso de multíparas (CINES & LEVINE, 2017).

Trombocitopenia tipicamente resulta em sangramento da mucosa consequente ao defeito hemostático (SUBTIL *et al.*, 2020). Os sintomas clínicos incluem epistaxe, sangramento gengival e sangramento uterino anormal; outros sinais comuns são petéquias e equimoses. Hemorragias que apresentam risco à vida não são frequentes e são restritas à pacientes com níveis plaquetários extremamente baixos, apresentando hematúria, sangramento gastrointestinal e, raramente, hemorragia intracranial (CINES & LEVINE, 2017).

Trombocitopenia gestacional (TG)

É comum o baixo nível de plaquetas em grávidas, iniciando no primeiro trimestre e gradualmente decrescendo durante a gestação, com o nível mais baixo no parto. Essa condição é devido à hemodiluição fisiológica, ativação e depuração. A trombocitopenia gestacional pode ocorrer em qualquer ponto da gravidez, porém é mais frequente entre o meio/final do segundo e o terceiro trimestre. O retorno ao nível de plaquetas normal ocorre dentro de um ou dois meses após o parto, assim a contagem é recomendada seis semanas após o parto (CINES & LEVINE, 2017).

Pré-eclâmpsia (PE)

Desordens hipertensivas na gravidez são responsáveis por 5-21% das TGs. A pré-eclâmpsia (PE) é caracterizada por um novo início de hipertensão após 20 semanas de gestação associada com pelo menos um aspecto adicional: proteinúria, trombocito-penia, insuficiência renal, edema pulmonar, função hepática prejudicada e/ou início de cefaleia. Aproximadamente 50% dos casos de PE desenvolvem trombocitopenia e pode ser um dos primeiros sinais de TG, sendo a hipertensão continua na PE considerada uma característica grave dessa condição. As altera-ções características incluem esquistócitos no esfregaço de sangue periférico, bilirrubina ele-

vada e desidrogenase láctica, com diminuição da haptoglobina (SUBTIL *et al.*, 2020).

Síndrome de hemólise, aumento de enzimas hepáticas e baixo nível plaquetários

Caracterizada por contagem plaquetária menor de 100.000mm3, a Síndrome de hemólise conta com elevada função hepática e anemia hemolítica microangiopática, relacionada ao dano endotelial e ativação da coagulação. Essa síndrome pode ser desencadeada pela PE, como ocorre em 10% dos casos, ou pode não estar associada a fatores pré-eclâmpáticos, como em pacientes porta-doras de hipertensão e proteinúria, totalizando cerca de 15% dos casos. Apesar de mais frequente no terceiro trimestre, ela pode apresentar-se no pós-parto em 20% dos casos. Manifestações clínicas incluem dor abdominal superior, náusea, vômitos, cefaléia, indis-posição e, raramente, icterícia. Essa condição requer uma conduta agressiva, visto que 20% dos casos podem levar à hemorragia massiva, descolamento prematuro da placenta e ruptura hepática, implicando alta morbidade materna. Em meio a tal quadro, o parto é o único tratamento, independente da idade gestacional (CINES & LEVINE, 2017).

DISTÚRBIOS DA COAGULAÇÃO

Os distúrbios da coagulação representam um grupo de patologias em que há alterações na biossíntese dos componentes da hemostasia. Essas patologias podem ter caráter tanto hereditário, ou seja, mutações genéticas ou deficiências congênitas dos fatores da coagulação, quanto adquirido, em que condições ambientais estimulam ou suprimem a produção de tais elementos. Esses acometimentos são de extrema relevância quando se trata de gestantes, tendo em vista não só o estado natural de hipercoagu-labilidade observado durante a gravidez, mas também a exposição a danos endoteliais durante o parto e o puerpério, representando risco elevado de quadros de trombofilia ou de hemorragia persistente (BOGLIOLO *et al.*, 2006).

Para compreender a fisiopatologia das coagulopatias, é necessário evidenciar a cascata de coagulação, fenômeno mediado por uma série de componentes sanguíneos que serão responsáveis por todas as etapas da formação de um coágulo. Esse processo pode ser desencadeado por duas vias distintas, extrínseca e intrínseca, que convergem em uma via comum. A via extrínseca, também conhecida como via do fator tecidual, é a mais importante, fisiologicamente, e é iniciada poucos segundos após trauma do endotélio vascular a partir do contato do sangue com as células do tecido conjuntivo, que liberam tromboplastina. Esse componente vai interagir com o fator VII, ativando a reação de conversão do fator X para fator X ativado, chave para a via comum. Já a via intrínseca tem início lento e é desencadeada minutos após a lesão vascular, na qual o colágeno das células endoteliais entram em contato com o fator XII, estimulando a sua ativação. O produto dessa reação possibilitará a conversão do fator XI, presente no plasma sanguíneo, em seu estado ativado, que desencadeará a via comum (BOGLIOLO *et al.*, 2006).

Por fim, o processo de coagulação converge em uma única série de reações que parte da ativação do fator X e sua atuação na conversão de protrombina em trombina. Essa proteína tem por função transformar o fibrinogênio em fibrina e estabilizar o coágulo, em conjunto com

o fator XIII ativado também pela trombina, formando, assim, ligações cruzadas de monômeros de fibrina, caracterís-ticas do produto final da cascata (BOGLIOLO *et al.*, 2006).

Trombofilia e fenômeno tromboembólico

As trombofilias são distúrbios homeostáticos que predispõem os indivíduos ao desenvolvimento dos fenômenos tromboembólicos. Podem ser divididas em adquiridas, quando uma condição clínica pré-existente favorece a formação de trombos e de êmbolos, ou hereditárias, geralmente, decor-rentes de mutações genéticas nos fatores de coagulação ou nos anticoagulantes naturais. Esse distúrbio se apresenta em cerca de 15% da população, sendo que as gestantes possuem chance de 20-30% de desenvolverem a doença (THOMES, 2020).

Trombofilias na gestação

As trombofilias configuram-se como uma das principais causas de morbimortalidade fetais e maternas, tendo em vista que, além da ocorrência dos eventos tromboembólicos, que caracterizam a patologia e é o principal agravante obstétrico, são observadas diversas complicações clínicas associadas. Tais manifestações podem variar, mas, em geral, pode-se citar, a perda fetal, o natimorto, a pré-eclâmpsia, a restrição de crescimento intrauterino e o descolamento placentário (DUGALIC *et al.*, 2019).

Sob essa perspectiva, a trombofilia gestacional é uma situação alarmante, haja vista que, fisiologicamente, a gravidez já provoca na mulher um estado pró-coagulante, tornando-a suscetível a desenvolver os fenômenos trombóticos. Nesse sentido, a tríade de Virchow, teoria relativa à patogenia e à etiologia da trombose, propõe que existam três componentes relacionados: hipercoagulabilidade, estase sanguínea e lesão endotelial. Paralelamente, na gestação normal, identifica-se os três fatores, tendo em vista que, a gravidez é um estado hipercoagulável, com aumento dos fatores de coagulação e de fibrinogênio e diminuição dos anticoagulantes naturais. Além disso, promove a estase sanguínea devido a compressão do útero no sistema venoso pélvico e, por fim, há a lesão endotelial das veias pélvicas durante o parto. Portanto, a trombofilia é um grande fator de risco associado à gestação (THOMES, 2020).

O tratamento das gestantes trombofílicas baseiam-se na profilaxia antitrombótica, a fim de restaurar o balanço hemostático. Assim, utiliza-se anticoagulantes orais, antiplaquetários e heparina. O tratamento deve ser realizado, preferencialmente, a partir do terceiro ou sexto mês de gestação. Além disso, deve ser observado, criteriosamente, o controle da vitalidade fetal (THOMES, 2020).

Trombofilias adquirida

A trombofilia adquirida é decorrente de outro perfil clínico que contribui ao estado pró-coagulante, como, a obesidade, o taba-gismo, as neoplasias, o diabetes e a terapia de uso hormonal (CROLES *et al.*, 2017).

A síndrome antifosfolípide (SAF) é a manifestação adquirida mais frequente que, apesar de baixa incidência (0,49/100 pacientes-ano), possui alto risco de complicações tromboembólicas (TONELLO *et al.*, 2020). A SAF é uma doença autoimune caracterizada pela produção de anticorpos trombogênicos,

que atuam contra as proteínas ligadas ao fosfolipídeos da membrana celular que, fisiologicamente, impede a iniciação da coagulação. Dessa forma, anticorpos antifosfo-lípides, como, anticardiolipina, anti-coagulante lúpico e anti beta2-glicoproteína, desenca-deiam, mais facilmente, a formação de coágu-los. Nas gestantes, a apresentação clínica mais frequente é a trombose, representando 74% dos casos, sendo 64,10% trombos arteriais, como o acidente vascular cerebral, e 58,97% trombos venosos, como a trombose venosa profunda (BELHOCINE *et al.*, 2018; JIAN *et al.*, 2021). O diagnóstico é baseado na presença de um ou mais autoanticorpos associados a outros eventos clínicos, como a ocorrência de trombose ou de comorbidade obstétrica, como abortamentos, óbitos fetais e partos prematuros (THOMES, 2020).

Trombofilias hereditária

As trombofilias hereditárias constituem-se de mutações genéticas na cascata de coagulação que intensificam o estado hipercoagulável. As principais patologias são: mutação do fator V Leiden, mutação da protrombina G20210A, deficiência de proteína C, deficiência de proteína S e deficiência de antitrombina (DUGALIC *et al.*, 2019). Os critérios diagnósticos são baseados genotí-picamente, identificando os genes mutantes associados ou pela pesquisa da atividade inferior ou inativa dos componentes do sangue (BRASIL, 2012).

A mutação do fator V Leiden atua na resistência da degradação proteolítica do quinto fator de coagulação, levando ao aumen-to do produto final, trombina, proteína responsável pela estabilização do coágulo. A prevalência dessa trombofilia é 1-15% na população, sendo a mais evidente entre as hereditárias. As gestantes possuem risco de desenvolvimento de tromboembolismo, em cerca de 1,1% em heterozigotas e de 6,2% em homozigotas (DUGALIC *et al.*, 2019).

A mutação da protrombina G20210A, aumenta a proficiência e precisão da síntese proteica de protrombina, elevando os níveis no soro, por 30% em heterozigotos e 70% em homozigotos. A protrombina é a forma não ativada da trombina que estabiliza o coágulo. Nesse sentido, nas gestantes, essa mutação acarreta no risco de desenvolvimento de tromboembolismo em 0,9% em heterozigotas e cerca de 2,5% em mulheres homozigóticas (DUGALIC *et al.*, 2019).

As deficiências de proteína C, de proteína S e de antitrombina são classificadas como a redução da síntese de anticoagulantes endó-genos que protegem o organismo contra a formação desenfreada de coágulos. Portanto, em gestantes, a diminuição das taxas de anticoagulantes naturais aumenta acentua-damente o risco de tromboembolismo, demonstrado em 7,8% para a proteína C, 4,8% para a proteína S e 16,6% para a antitrombina (DUGALIC *et al.*, 2019).

Fenômeno tromboembólico

Os eventos tromboembólicos são as principais complicações obstétricas decor-rentes das trombofilias adquiridas e hereditárias que se manifestam pela formação de trombos e êmbolos, sendo o principal fenômeno, o tromboembolismo venoso (TEV). O TEV caracteriza-se pela formação de um coágulo no sistema venoso que se depreende da parede das veias e é transportado pelo sangue, sendo capaz de obstruir um vaso. A patogenia mais comum de TEV é decorrente da trombose venosa profunda (TVP) e, logo em seguida, a

tromboembolia pulmonar (TEP). Nas gestantes o risco de TEV é maior no puerpério que no período pré-natal, sendo que para TVP é cerca de 3 vezes maior, enquanto a TEP é 8 vezes maior (DUGALIC *et al.*, 2019).

A trombose venosa profunda é a formação e estabilização do coágulo no sistema venoso profundo, sobretudo nas veias iliofemorais esquerdas. Nas gestantes, a ocorrência é mais comum na perna esquerda, pois a veia ilíaca esquerda é comprimida na coluna vertebral pela artéria ilíaca comum direita. A apresen-tação clínica é, geralmente, assintomática, porém pode manifestar edema, dor, sensibi-lidade unilateral no membro inferior e veias superficiais proeminentes. Ademais, podem ser utilizados exames de imagem, como a ultrassonografia, para confirmar o diagnóstico (BRASIL, 2012).

A tromboembolia pulmonar é decorrente da liberação do coágulo das veias profundas do membro inferior que é transportado em direção à veia cava inferior percorrendo o coração pelas câmaras cardíacas e aloja-se nos pulmões, obstruindo o fluxo. Tal patologia manifesta dispneia, taquipneia e dor torácica pleurítica, porém, por se tratar de uma urgência médica, os sintomas podem evoluir para síncope, hipotensão, choque e morte. Além disso, a gasometria arterial, o raio X de tórax e o eletrocardiograma podem ser úteis para realizar o diagnóstico (BRASIL, 2012).

Doença de Von Willebrand

Dentre os distúrbios da coagulação, destaca-se a Doença de von WilleBrand (vWB), uma patologia de origem hereditária que afeta a biossíntese do fator de von WilleBrand (FvW). Produzida pelo endotélio vascular, essa glicoproteína participa do processo de hemostasia na fase de adesão plaquetária, sendo essencial para a formação do coágulo primário por meio de sua ligação com o receptor de membrana do tipo glicoproteína Ib/IX, localizado na superfície das plaquetas. Com isso, os pacientes acometidos pela condição apresentam um quadro de hipocoagulabilidade, ou seja, uma dificuldade na formação de trombos, além de uma possível queda dos níveis séricos de fator VIII, importante, também, para a adesão plaquetária e para a formação do tampão após lesão endotelial, uma vez que o FvW é essencial para o carreamento plasmático de fator VIII evitando sua degradação proteolítica (BRASIL, 2008).

No ano de 2015, o levantamento realizado pelo Ministério da Saúde identificou a alta prevalência da Doença de von WilleBrand na população brasileira, sendo que, dos 22.932 diagnósticos de coagulopatias hereditárias, cerca de 31,5% desses eram positivos para a patologia em questão, sendo mais prevalente entre mulheres de 20 a 29 anos - carecem os estudos que relacionam aspectos étnicos à incidência (BRASIL, 2015).

O diagnóstico da doença exige o levantamento de uma suspeita pela apresen-tação de sintomas típicos, como a aparição constante de hematomas e púrpuras, sangra-mento por pequenos cortes cutâneos ou por lesões nas mucosas, hemorragia persistente após ferimentos ou procedimentos cirúrgicos e aumento do volume menstrual. Após a identificação clínica desses sinais, faz-se necessária a realização de algumas análises laboratoriais, como o teste de função do fator de von WilleBrand, níveis séricos do antígeno do FvW e do fator VIII. Além disso, outros exames podem ser efetuados para descartar a possibilidade de outros acometimentos hematológicos, como contagem plaquetária e

quociente internacional normatizado (INR), ambos não alterados no caso da Doença de vWB (HERCULANO *et al*., 2020).

A Doença de von WilleBrand possui algumas variações na sua manifestação genética e fenotípica, e pode ser dividida em três tipos. A forma mais comum e mais leve da patologia, manifestando-se em 60 a 80% dos casos, é do tipo I, em que ocorre uma deficiência quantitativa do fator de von Willebrand devido à mutação do gene codificador desse fator, localizado no braço curto do cromossomo 12, de caráter autossômico dominante (BRASIL, 2008). Já na do tipo II, causada por uma ou múltiplas mutações de caráter autossômico dominante, observa-se uma deficiência qualitativa, ou seja, existe um erro na codificação do FVW que altera sua estrutura proteica, resultando na diminuição da sua ati-vidade e em sintomas considerados mode-rados. Por fim, o quadro do tipo III é o mais raro, acometendo menos de 1% dos casos por sua natureza autossômica recessiva, em que homozigotos para a mutação não realizam a biossíntese do FvW, ou seja, não possuem níveis séricos detectáveis desse componente da cascata de coagulação, apresentando sintomas graves e alto índice de mortalidade por complicações da doença (NOMURA *et al.*, 2008).

Doença de Von Willebrand e gravidez

Em relação às mulheres com Von WilleBrand, deve-se prestar uma assistência especializada, uma vez que eventos como a menstruação e a gestação representam um risco ainda mais elevado das manifestações graves da patologia, como aumento descontrolado do fluxo menstrual, represen-tando risco de anemia por perda de sangue, e hemorragias maciças durante o parto e o puerpério. Por isso, é essencial que a população feminina portadora da doença seja orientada a consultar um obstetra quando apresentar intenção de engravidar ou suspeita de gravidez já em curso, para que a paciente receba um acompanhamento especializado e multidisciplinar com profissionais do Centro de Tratamento de Hemofilia mais próximo da região de residência da gestante (HERCU-LANO *et al.*, 2020).

É importante ressaltar um fenômeno interessante associado à gravidez que é o aumento da biossíntese e secreção do fator de von WilleBrand de três a cinco vezes durante o período gestacional (BRASIL, 2008), devido ao aumento natural da produção dos fatores de coagulação e supressão da atividade fibrinolítica, favorecendo a atuação do fator VIII e abrandando as manifestações em portadoras da Doença de vWB. Por isso, as gestantes estão relativamente protegidas de eventos de hipocoagulabilidade no decorrer do desenvolvimento fetal, mas ainda sim deve-se acompanhar o quadro durante as consultas de pré-natal. Entretanto, o estado pré-gravídico retorna a partir do momento do parto e se prolonga pelo puerpério, representando os períodos de alto risco para as mães que possuem o distúrbio de coagulação, apresen-tando complicações comuns associadas ao sangramento excessivo, como hemorragia primária pós-parto, presente em 59% dos casos, e hemorragia secundária pós-parto, manifestada no puerpério tardio, que ocorre em 20 a 30% das mulheres (NOMURA *et al.*, 2008).

HEMOGLOBINOPATIAS

As hemoglobinopatias são condições em que há mudança na estrutura e função das cadeias de globina que constituem a hemo-

globina. A doença falciforme é considerada a mais comum, seguida de talassemias, mas existem outras menos prevalentes, como a hemoglobina C (HbC), a hemoglobina D (HbD), a persistência da hemoglobina fetal (HbF) e outras raras, contando com mais de 200 subtipos (BRASIL, 2012; ROSENFELD *et al*., 2019).

Dados da última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no período de 2014 a 2015, relataram a prevalência de hemoglobinopatias em 3,7% da população brasileira. As principais foram o traço falciforme (2,49%) e as talassemias (1,10%) (ROSENFELD *et al*., 2019).

Doença falciforme

A doença falciforme (DF) é o termo utilizado para denominar um grupo de alterações genéticas caracterizadas pela presença do gene da globina beta S em homozigose (SS), em heterozigose com outras variantes (SC, SD, SE) ou em interação com a talassemia. Trata-se de uma doença com padrão de herança genética autossômico recessivo, sendo a hemoglobinopatia herdei-tária mais comum no mundo. A anemia falciforme (AF) é o tipo mais frequente desse grupo, tratando-se de uma das doenças hereditárias mais frequentes no Brasil. Como causa da DF têm-se uma mutação da globina beta, originando no lugar da hemoglobina normal (HbA) uma hemoglobina mutante denominada hemoglobina S (HbS), sendo a denominação AF reservada para a forma da doença que ocorre em homozigose (SS). Quando a pessoa apresenta somente um gene (heterozigose) ela é apenas portadora do traço falciforme. Essa doença apresenta-se como uma anemia crônica acompanhada de lesões de órgãos e de episódios dolorosos desenca-deados pelo prejuízo à microcirculação em decorrência da falcização dos eritrócitos, os quais sofrem polimerização assumindo a forma de foice na presença de baixas tensões de oxigênio (BRASIL, 2012; JAIN *et al*., 2019).

O manejo de pacientes grávidas com DF até a década de 1970 era fraco e a gestação era inerente à alta mortalidade materna e fetal. Em contrapartida, com o avançar do tratamento, o desenvolvimento de técnicas de triagem neonatal e medidas preventivas, os resultados gerais dessa doença e a sobrevida da paciente estão mais favoráveis, não se constituindo a DF uma contraindicação para a gravidez. Dessa forma, ocorreu uma redução signifi-cativa nas taxas de mortalidade materna e neonatal. Todavia, apesar desses consideráveis avanços, a gravidez na DF ainda está associada a maiores complicações clínicas e obstétricas em comparação com mulheres não portadoras dessa condição, haja vista que tanto a mãe quanto o feto apresentam maior risco de eventos adversos (JAIN *et al*., 2019; MONTA-LEMBERT & DENEUX-THARAUX, 2015).

Todas as mudanças fisiológicas da gravidez, como o aumento da demanda metabólica, aumento da viscosidade sanguínea e hipercoagulabilidade, são agravadas em pacientes com DF, ocasionando exacerbação de características fisiopatológicas preexis-tentes na doença: anemia, vaso-oclusão, síndrome torácica aguda e perfil pró-coagulantes. Um dos eventos de grande significância clínica é a vaso-oclusão na placenta, acarretando fibrose vilosa, necrose e infarto desse órgão. Esse conjunto de alterações causa comprometimento da circulação uteroplacentária, resultando em hipóxia fetal crônica e piores desfechos, constituindo-se a explicação mais plausível para a alta incidência de complicações

perinatais. Ademais, já é conhecido que a placenta de mulheres com anemia falciforme é diferenciada em tamanho, localização, aderência à parede uterina e histologia, embora os mecanismos exatos dessas condições ainda sejam pouco conhecidos. A gravidade da doença varia amplamente de acordo com as pacientes e um dos principais fatores que controlam essa expressão clínica é o genótipo da DF. Vale ressaltar também, que possívelmente outros fatores, além do genótipo, interferem no desfecho da gestação na DF como: a renda, acesso à centros especializados em gestação de alto risco e conhecimento por parte das pacientes sobre as possíveis complicações (BRASIL, 2012; JAIN *et al*., 2019; MONTALEMBERT & DENEUX-THARAUX, 2015).

Os riscos aumentados associados à gravidez na DF podem ser explicados pela própria fisiopatologia da doença, sendo eles: pré-eclâmpsia e eclâmpsia; abortos espontâ-neos e natimortos; anemia grave e maior necessidade de transfusões; necessidade de partos cesáreos (embora a doença não seja uma contraindicação em si), partos prematuros e bebês pequenos para a idade gestacional; restrição ao crescimento uterino; complicações no neonato (hemorragia intracraniana espon-tânea, síndrome do desconforto respiratório neonatal e icterícia); diabetes gestacional; infecções (pneumonia, pielone-frite, infecções do trato urinário, infecções pós-parto etc); complicações tromboembólicas (BRASIL, 2012; JAIN *et al*., 2019).

Um bom manejo da gravidez na DF é crucial. O mais importante é o cuidado adequado da mulher desde o período pré-conceitual até o cuidado pós-parto em instituições especializadas. Nesses casos, deve ser feita a monitoração da ocorrência de eventos adversos e as formas de preveni-los, a avaliação do bem-estar fetal, o acompanha-mento do crescimento intrauterino por meio de ultrassonografia e a monitorização contínua durante o trabalho de parto, além dos bons cuidados do recém-nascido no período neonatal e o uso racional das transfusões de sangue (BRASIL, 2012).

Talassemias

A talassemia é caracterizada pela produção reduzida da síntese das cadeias de globina e são classificadas de acordo com as cadeias prejudicadas, resultando em fenótipos múltiplos que variam de anemia grave a indivíduos clinicamente assintomáticos. Os casos mais comuns são: a alfa talassemia e a beta talassemia. Existem no total quatro genes responsáveis pela produção de globinas alfa e as formas da alfa talassemia são resultantes da deficiência de um, dois, três ou quatro desses genes. Quando um gene é afetado (alfa talassemia minor) o portador é silencioso, quando dois genes são afetados (alfa talassemia heterozigota) o indivíduo apresenta anemia leve, já quando três genes são afetados (doença de hemoglobina H) há variação de uma anemia leve a anemia grave e quando os quatro genes são afetados (Síndrome de Hidropsia Fetal por Hemoglobina de Barts) há morte intrauterina ou neonatal. Já a beta-talassemia, forma mais comum da doença, é extremamente heterogênea em termos de genótipo e fenótipo, onde os portadores heterozigotos são assintomáticos, já aqueles homozigotos podem variar da forma com anemia grave (talassemia major) a anemia leve ou moderada (talassemia intermediária) (ORIGA & COMITINI, 2019; PETRAKOS *et al*., 2016).

A gestação em mulheres com talassemias, seja ela em suas formas moderada ou grave,

mas principalmente na talassemia major, eram, até recentemente, extremamente raras devido à gravidade da doença e atraso na maturação sexual em consequência da deficiência hipotalâmica e da ausência de ovulação. Em contrapartida, com os avanços transfusionais e terapêuticos adquiridos nos últimos anos, houve melhora na expectativa e qualidade de vida dos pacientes com talassemia, resultando em aumento de seus potenciais reprodutivos e desejo de ter filhos (ORIGA & COMITINI, 2019).

Quanto aos riscos no período gestacional sabe-se que podem ocorrer: doença isquêmica da placenta, descolamento da placenta, hipertensão gestacional, abortos, partos prematuros, cálculos renais, colelitíase, in-fecção do trato urinário, complicações tromboembólicas (especialmente em pacientes esplenectomizadas) e aparecimento ou agrava-mento de diabetes melitus. (ORIGA & COMITINI, 2019; PETRAKOS *et al*., 2016).

Mediante tais riscos, percebe-se que o planejamento da gravidez é imprescindível a fim de minimizar riscos à mãe e ao bebê, envolvendo uma equipe multidisciplinar. Antes e durante o período da gravidez deve ser feita a avaliação da sobrecarga de ferro do organismo, da função cardíaca, da função hepática, da função endócrina e de infecções, além da revisão de medicamentos poten-cialmente teratogênicos utilizados no trata-mento da talassemia. Tais avaliações devem ser feitas, pois o ferro livre no organismo dessas pacientes desencadeia lesões celulares graves, as quais podem colocar em risco a vida. A gestação, portanto, só deve ser recomendada para gestantes que possuem função cardíaca normal e que mantêm níveis de hemoglobina em torno de 10g/dL. O modo do parto deve ser individualizado, porém ainda é controverso se a talassemia deve ser considerada uma indicação para parto cesáreo, o motivo comumente relatado para tal procedimento é a desproporção cefalopélvica devido à baixa estatura e as deformidades esqueléticas presentes na doença. Por fim, a gestação deve ser considerada de alto risco, embora possa ser concluída com segurança desde que um plano de manejo seja aplicado (BRASIL, 2012; ORIGA & COMITINI, 2019; PETRAKOS *et al*., 2016).

CONCLUSÃO

Tendo em vista a relevância das doenças hematológicas durante a gravidez e suas possíveis complicações, demonstra-se a necessidade de uma atenção especializada no que se refere ao cuidado à gestante e a realização de um acompanhamento voltado para a saúde sanguínea. Com as alterações fisiológicas do sangue durante a gestação, faz-se necessário o desenvolvimento de técnicas diagnósticas mais assertivas, para que a identificação de doenças seja precoce e o tratamento seja iniciado assim que possível a fim de evitar consequências graves. Por fim, ainda que o tema seja muito importante para a saúde da mulher, carecem os estudos que analisam os desdobramentos à longo prazo para as mães e para os bebês, além de terapias alternativas que não sejam danosas ao desenvolvimento fetal e ao bem-estar da gestante, sendo possível objeto de estudo para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEGRE, S. M & CARVALHO, O.M.F. Anemias. Revista Brasileira de Medicina, p. 229-237, 2009.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS *et al*. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. Obstetrics and gynecology, v. 1, p. 201-207, 2008.

BATISTA FILHO, M. O controle das anemias no Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 4, p. 121-123, 2004.

BELHOCINE, M. *et al*. Intrauterine fetal deaths related to antiphospholipid syndrome: a descriptive study of 65 women. Arthritis Research & Therapy, v. 20, n. 1, 2018.

BOGLIOLO, L. *et al*. Patologia. 7. ed. Rio De Janeiro (Rj): Guanabara Koogan, 2006. p. 99–101, 833.

BRANDÃO, A.H.F. *et al*. A suplementação de ferro na gravidez: orientações atuais. Femina, v. 39, p. 285-289, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. "Manual de diagnóstico e tratamento da doença de von Willebrand". Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. "Perfil das coagulopatias hereditárias no Brasil : 2015" [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CINES, D. B. & LEVINE, L. D. Thrombocytopenia in pregnancy. Blood, v. 130, n. 21, p. 2271–2277, 23 nov. 2017.

CROLES, F. N. *et al*. Pregnancy, thrombophilia, and the risk of a first venous thrombosis: systematic review and bayesian meta-analysis. BMJ, p. j4452, 2017.

DUGALIC, S. *et al*. Perinatal complications related to inherited thrombophilia: review of evidence in different regions of the world. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, v. 34, n. 15, p. 2567–2576, 2019.

FUJIMORI, E. Gravidez na adolescência: estado nutricional referente ao ferro [Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1994.

HERCULANO, M.M.S. *et al*. "Doença de von WilleBrand Na Gestação: Um Relato de Caso." *Brazilian Journal of Development*, vol. 6, no. 8, 2020, pp. 57749–57759.

JAIN, D. *et al*. Sickle cell disease and pregnancy. Mediterranean journal of hematology and infectious diseases, v. 11, n. 1, 2019.

JIANG, H. *et al*. Clinical characteristics and prognosis of patients with isolated thrombotic vs. obstetric antiphospholipid syndrome: a prospective cohort study. Arthritis Research & Therapy, v. 23, n. 1, 2021.

LINHARES, A.O.E. & CESAR, J.A. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 22, pp. 535-542, 2017.

MENEZES, R. Anemia Megaloblástica. In: RICCI, Vitor Hugo Parpinelli; MAMAN, Maria Julia Cavaler. Guia prático de hematologia. Criciúma: Unesc, 2019. p. 26-34.

MONTALEMBERT, M. & DENEUX-THARAUX, C. Pregnancy in sickle cell disease is at very high risk. Blood, The Journal of the American Society of Hematology, v. 125, n. 21, p. 3216-3217, 2015.

NOMURA, R.M.Y. *et al*. "Complicações Do Parto E Resultados Perinatais Em Gestantes Portadoras Da Doença de von Willebrand." *Revista Da Associação Médica Brasileira*, vol. 54, no. 5, 2008.

ORIGA, R. & COMITINI, F. Pregnancy in thalassemia. Mediterranean journal of hematology and infectious diseases, v. 11, n. 1, 2019.

PETRAKOS, G. *et al*. Pregnancy in women with thalassemia: challenges and solutions. International journal of women's health, v. 8, p. 441, 2016.

ROSENFELD, L.G. *et al*. Prevalência de hemoglobinopatias na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2014-2015. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, p. E190007. SUPL. 2, 2019.

SANTANA, W.A. Apresentações clínicas da anemia megaloblástica em Gestantes e consequências para o feto: revisão de literatura [tese]. Governador Mangabeira: Faculdade Maria Milza, 2020.

SANTOS, P.B. Anemia Ferropriva na Gestação [Monografia]. Rio de Janeiro: Fundação Centro Universitário da Zona Oeste do Rio de Janeiro; 2012.

SOUZA, A.I & BATISTA FILHO, M. Diagnóstico e tratamento das anemias carenciais na gestação: consensos e controvérsias. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online], v. 3, p.473-479, 2003.

SOUZA, A.I. *et al*. Alterações hematológicas e gravidez. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia, v. 24, p. 29-36, 2002.

SUBTIL, S.F.C. *et al*. Update on Thrombocytopenia in Pregnancy. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics, v. 42, n. 12, p. 834–840, dez. 2020.

THOMES, R.C. Trombofilia gestacional: uma revisão de literatura [Monografia]. Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente; 2020.

TONELLO, M. *et al*. The first thrombotic event in purely obstetric antiphospholipid syndrome patients and in antiphospholipid antibody carriers: comparison of incidence and characteristics. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 303, n. 2, p. 455–461, 2020.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 12

MASTECTOMIA CONSERVADORA E INTERFACE COM A ONCOPLÁSTICA PARA MELHOR QUALIDADE DE VIDA: POR QUE NÃO?

AUTORES
FLÁVIA COUTINHO LOUREIRO RIBEIRO[1]
ARTHUR BARBOSA SANTOS[1]
FERNANDA MACHADO COUTO[1]
LETICIA SANT'ANA DOMICIANO[1]
LUANNA MARQUES DE PAULA[1]
MARIA CLARA ALMEIDA PEIXOTO[1]
MARIANA DE SOUZA AMARAL[1]
MARIANA RODRIGUES MARINHO DE BASTOS[1]
RITA DE CÁSSIA SILVA[1]
DANIELA CRISTINA MACHADO TAMEIRÃO[2]

FILIAÇÃO
[1]Discentes do curso de Medicina na Faculdade Atenas, Sete Lagoas/MG – Brasil
[2]Médica graduada pela UFMG, especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Mestre em Administração pela PUC Minas. Docente na graduação em Medicina na Faculdade Atenas, Sete Lagoas, MG-Brasil e preceptora em Residência Médica

Palavras-chave: Mastectomy; Women's health; Breast reconstruction; Oncoplastic.

INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama (CM) é uma das neoplasias mais comuns em vários países. No Canadá, por exemplo, já foi o mais frequente diagnosticado em mulheres (PHILIP BARNSLEY *et al*., [s. d.]) e nos Estados Unidos aproximadamente 252.710 mulheres foram diagnosticadas com CM invasivo apenas em 2017 (JONES; LANCASTER, [s. d.]). Também no Brasil o CM é o tumor primário mais frequente na mulher (exceto pele não melanoma) em todas as regiões brasileiras. Foram 18.068 óbitos em 2019 e em 2020 representou 29,5% dos casos novos de câncer registrados no país (INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2020).

A mastectomia é o principal e mais recorrente tratamento, e consiste na retirada da glândula mamária. Assim como outros procedimentos cirúrgicos, a mastectomia, passa por adaptações e inovações, sendo que as diferentes técnicas a serem aplicadas para erradicação do tumor variam entre si, desde a instrumentação cirúrgica até o sítio de incisão escolhido. A cirurgia pode ser realizada no modo parcial, quando apenas uma parte do tecido é removida, total, quando a mama é retirada por completo ou Radical, quando, além da mama, são retirados músculos e tecidos próximos que podem ter sido afetados pelo tumor. Novas abordagens técnicas visam maior preservação do tecido, como a técnica conservadora que mantém o Complexo Aréolo-Mamilar (CAM) que, de acordo com a literatura, apresenta melhores aspectos preditivos.

A seleção da abordagem cirúrgica é uma importante decisão e deve ser feita com cautela profissional, responsabilidade indivi-dual e amparo familiar, de modo a amparar a paciente integralmente.

A temática deste capítulo visa avaliar, comparativamente, as diferentes técnicas da mastectomia e evidenciar a repercussão destas na qualidade de vida da paciente, com foco na técnica conservadora associada à oncoplástica.

MÉTODO

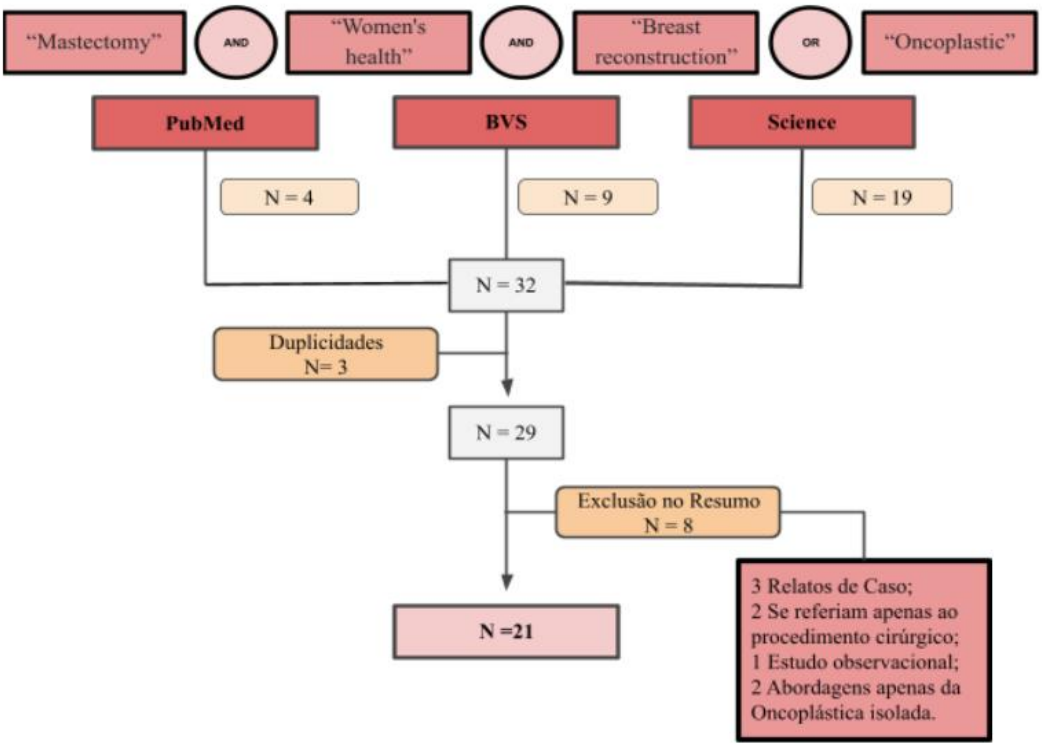
Trata-se de uma revisão sistemática, por meio de pesquisas realizadas no dia 24/05/2021, nas bases de dados “PubMed”, “BVS” e “ScienceDirect”. Foram utilizados os descritores: “Mastectomy” AND “Women's health” AND “Breast reconstruction” OR “Oncoplastic”. Desta busca foram encontrados, inicialmente, mediante leitura de títulos, 32 artigos, posteriormente, submetidos aos critérios de seleção. Utilizou-se, também, o banco de dados de estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e uma tese de mestrado integrado em medicina.

Os determinantes de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português, que abordavam a temática proposta para esta pesquisa, estudos do tipo revisão sistemática, meta-análises e capítulos de livro. Os critérios de exclusão foram: relatos de casos, artigos que abordavam apenas sobre o procedimento cirúrgico da mastectomia, sem relacioná-la à qualidade de vida, estudos observacionais e correlações da oncoplástica isoladamente.

Sendo assim, foram obtidos quatro artigos na PubMed, nove na BVS e 19 na ScienceDirect, totalizando 32 artigos. Posteriormente, foram eliminadas três duplici-dades, restando 29 estudos, que, após os critérios de exclusão e relevância, diminuíram para 21 artigos, que foram submetidos à leitura minuciosa, para coleta de dados e análise

específica. Os resultados foram apresentados em tabelas e fluxogramas que serão apresentados a seguir. **Fluxograma 12.1**

Fluxograma 12.1 Elucidação do método PRISMA, aplicado na metodologia



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A imagem corporal pode ser considerada, a partir de uma perspectiva psicodinâmica, como uma maneira de pensar em si mesmo, mediante representações nas mentes indivi-duais. Essa representação mental não é apenas do âmbito físico, que é refletido no espelho, mas, sim, uma imagem repleta de significados, construídos com as sensações e as experiências do dia a dia, e da noção que cada um tem de seu corpo no espaço (LEE *et al.*, 2018). De fato, mudanças na aparência e nas funções corporais, acarretadas pelas consequências do CM, alteram a imagem física da paciente, o que pode afetar a sua qualidade de vida. Desse modo, pode-se compreender que a imagem corporal vem sendo considerada um constructo importante na qualidade de vida e, para isso, as técnicas cirúrgicas estão evoluindo cada vez mais para reduzir essas sequelas.

De forma geral, a mastectomia é um procedimento cirúrgico de remoção de uma ou ambas as mamas, que, na maioria das vezes, está indicada para pessoas diagnosticadas com câncer, e pode ser parcial, quando apenas uma parte do tecido é removida, total, quando a mama é retirada por completo ou, até, radical, quando, além da mama, são retirados músculos e tecidos próximos que podem ter sido afetados pelo tumor (ALSHEHRI *et al.*, 2021).

Esse procedimento pode ser realizado a partir de diferentes técnicas, por meio de diversos tipos, como apresentado na **Tabela 12.1**

Tabela 12.1 Principais tipos de mastectomia e suas características.

Tipo de procedimento	Características
Mastectomia simples	Remoção completa da mama (da pele, da aréola e do mamilo).
Mastectomia poupadora da pele	Preservação da pele e uma baixa taxa de recorrência local (de 0% a 8,3%).
Mastectomia poupadora do mamilo	Preservação do mamilo (Nipple-Sparing Mastectomy - NSM).
Mastectomia radical	Retira toda a mama, os músculos peitorais subjacentes e os linfonodos axilares contíguos.
Mastectomia radical modificada	Ao contrário da mastectomia radical, a radical modificada preserva o músculo peitoral maior.
Mastectomia total	Retira toda a mama, a papila e o complexo areolar sem ressecção dos músculos subjacentes ou excisão intencional dos linfonodos axilares.
Mastectomia segmentar com biópsia de linfonodo sentinela e/ou esvaziamento axilar	Retirada de parte da glândula mamária, com margens cirúrgicas negativas, e biopsiar o primeiro linfonodo da cadeia axilar seguida ou não de dissecção de todos os linfonodos axilares.
Mastectomia com preservação da pele e da papila	Mastectomia com Preservação da Pele [MPPe/ *em inglês: Skin-Sparing Mastectomy (SSM).*
Mastectomia com Preservação da Papila	MPPa/ em inglês: *Nipple-Sparing Mastectomy (NSM)*, que conserva o CAP.
Cirurgia Oncoplástica e Reconstrução Mamária	Emprego de técnicas de cirurgia oncológica mamária associada ao uso de técnicas de cirurgia plástica.

O tratamento conservador da mama, com ou sem radioterapia, combina mastectomia segmentar (com margens cirúrgicas negativas), dissecção de linfonodos axilares e radioterapia pós-operatória. De acordo com a literatura, esta modalidade é tão eficaz quanto a mastectomia radical modificada no tratamento de pacientes com câncer de mama em estágios I e II. A biópsia de linfonodo sentinela é o procedimento preferido para estadiamento da axila no câncer de mama com um grau favorável de previsão de metástase axilar e baixa taxa de morbidade (VERONESI *et al.*, 2011). O resultado da avaliação anato-mopatológica do linfonodo sentinela define se deverá ser realizado esvaziamento axilar. Neste caso, o status dos linfonodos axilares e o número de linfonodos acometidos é o mais importante fator

prognóstico em pacientes com câncer de mama primário.

Entre as técnicas cirúrgicas conservadoras, pode-se destacar a Mastectomia Poupadora de Pele [MPPe] e retirada do complexo aréolo-papilar (CAP), que deixa uma "bolsa" de pele para acomodar a reconstrução mamária, bem como a uma Mastectomia com Preservação da Papila [MPPa], que conserva o CAP. Neste último, toda a pele da mama, o mamilo e a aréola são preservados durante a remoção cirúrgica da neoplasia, possibilitando que uma reconstrução imediata do seio seja realizada. Em inglês, os termos correspondentes são: *Skin-Sparing Mastectomy* (SSM) e *Nipple-Sparing Mastectomy* (NSM).

A terapêutica em questão é indicada, principalmente, para mulheres que apresentam um câncer de mama em estágio inicial, tornando-se uma opção segura e viável. Ademais, para uma preservação adequada da pele e do CAM, é recomendado que as pa-cientes submetidas ao tratamento apresentem mamas de tamanho pequeno ou médio, com uma distância entre o tumor e o mamilo maior que dois centímetros e com ausência de envol-vimento da pele ou ptose significativa pelas células cancerígenas (CIL; MCCREADY, [s. d.]). O procedimento em questão pode ser realizado por meio de várias incisões que removem o tecido glandular da mama, mas preservam a aréola, o mamilo e a pele.

Para avaliação da segurança do proce-dimento, são observadas as caracte-rísticas da neoplasia como tamanho, conta-minação de linfonodos e capacidade de proliferação das células tumorais. Nessa perspectiva, diversos estudos, após analisarem as características de tumores em estágios iniciais submetidos à técnica de preservação de pele e do CAM e a uma reconstrução imediata da mama, puderam encontrar taxas relati-vamente baixas de recorrência local do câncer, variando entre 0% e 8,3% (CIL; MCCREADY, [s. d.]).

Além disso, no âmbito social, a terapêutica de conservação dos constituintes mamários, associada à reconstrução dos seios, possibilita uma melhor reabilitação emocional e social da paciente. Em primeira análise, é possível afirmar que tal recuperação psicossocial ocorre de maneira mais rápida, principalmente, pelo fato de que a mulher não é submetida ao trauma e ao choque emocional do proce-dimento de retirada total dos seios, o que evita uma queda exacerbada da autoestima feminina, bem como da autoconfiança e das expectativas com o próprio corpo. Ademais, essa recuperação acelerada está associada ao fato de que a mulher, após passar pelos processos de remoção da neoplasia e de reconstrução da mama, irá apresentar seios com aspecto muito semelhante aos naturais, o que contribui para um aumento de sua aceitação corporal e das expectativas relacionadas à terapia, o que está associado a uma redução das taxas de abandono do tratamento e, consequentemente, a um melhor prognóstico (FANG; SHU; CHANG, 2012).

Portanto, é imperioso destacar que a mastectomia total é um procedimento psicologicamente e fisicamente debilitante. Nesse sentido, técnicas menos invasivas, como a mastectomia poupadora de pele e do CAM atuam de modo a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar físico e emocional das pacientes, por meio da redução de quadros de sofrimento psicológico e prejuízos da dinâmica familiar associados à remoção mamária e à autoestima feminina (VERONESI *et al.*, 2011). Além disso, a técnica avaliada está relacionada a uma ampliação da autoaceitação da mulher e, consequentemente, a uma melhora de suas relações sociais e emocionais do cotidiano.

Ressalta-se, também, que as pacientes que apresentam um maior risco de desenvolver CM

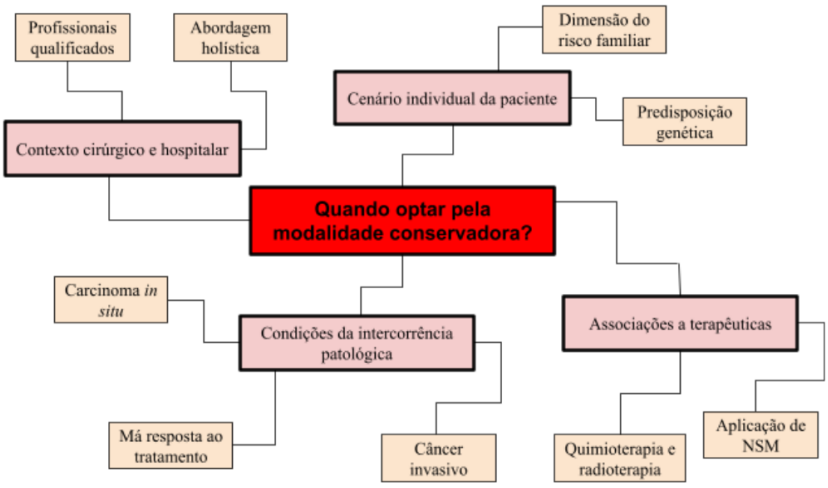
devem realizar a mastectomia profilática por ser o tratamento mais eficaz em mulheres que possuem histórico familiar da doença ou mutação genética. Assim, a mastectomia é um procedimento que deve ser realizado se houver uma recusa, no que diz respeito à cirurgia conservadora de mamas. Esse caso pode ocorrer se o tumor for grande ou se não houver uma resposta sistêmica neoadjuvante, se uma excisão oncoplástica não for indicada ou se não houver a possibilidade de oferta da radiação de forma segura e em tempo hábil (CIL; MCCREADY, [s. d.]).

Quanto à técnica cirúrgica de NSM, são realizadas várias incisões com finalidade de eliminar o tecido glandular, mas preservando o envelope mamário (pele, mamilo e aréola), o que proporciona uma maior satisfação na aparência, na qualidade de vida e no nível psicossocial e sexual da paciente. Além disso, o método propicia a recuperação do aspecto natural das mamas e a melhora no prognóstico e na qualidade de vida da mulher, visto que a reabilitação do procedimento cirúrgico está, intimamente, relacionada à saúde mental e à boa relação que a paciente apresenta com seu próprio corpo, de modo a reduzir as taxas de abandono de tratamento e de sofrimentos psicológico e social.

Por outro lado, muitos cirurgiões são receosos em realizar esse procedimento devido à probabilidade de desenvolvimento de necrose (de 2% a 20%), sendo importante levar em consideração os critérios de recomen-dação para a realização da NSM, tais como: câncer invasivo, mastectomia redutora de risco com base no alto risco familiar e/ou predisposição genética, carcinoma *in situ*, má resposta à quimioterapia neoadjuvante, mas-tectomia devido a margens positivas na re-excisão e câncer diagnosticado na mama oposta (CIL; MCCREADY, [s. d.]).

Já no que tange à mastectomia com preservação da pele, é tida como a técnica que melhor preserva e proporciona bem-estar físico (na região torácica) para as pacientes, em relação à mastectomia radical modificada, sendo indicada para uma ampla gama de pacientes, como pode ser observado no **Fluxograma 12.2**.

Fluxograma 12.2 Critérios de recomendação para a realização do procedimento.



Outro método que ganhou espaço, atualmente, é a cirurgia oncoplástica, uma vez que ela proporciona melhores resultados oncológicos e estéticos para as pacientes. É importante pontuar que esse procedimento consiste no emprego de técnicas cirúrgicas oncológicas mamárias associadas ao uso de técnicas de cirurgia plástica, com o objetivo superar os limites da *Breast-conserving Surgery* (BCS), visto que a oncoplástica permite que possam ser feitas ressecções maiores e mais adequadas e que, posteriormente, possíveis imperfeições derivadas do tumor possam ser corrigidas.

Assim, destaca-se que as suas indicações estão relacionadas com as cirurgias nas quais grandes volumes de tecido mamário são retirados e que, por conta disso, podem ocorrer defeitos ou deformidades subsequentes, os quais são inevitáveis e contrastam com os desejos estéticos dos pacientes. Desse modo, destaca-se que as indicações e as contraindicações para a oncoplástica são apresentadas na **Tabela 12.2.**

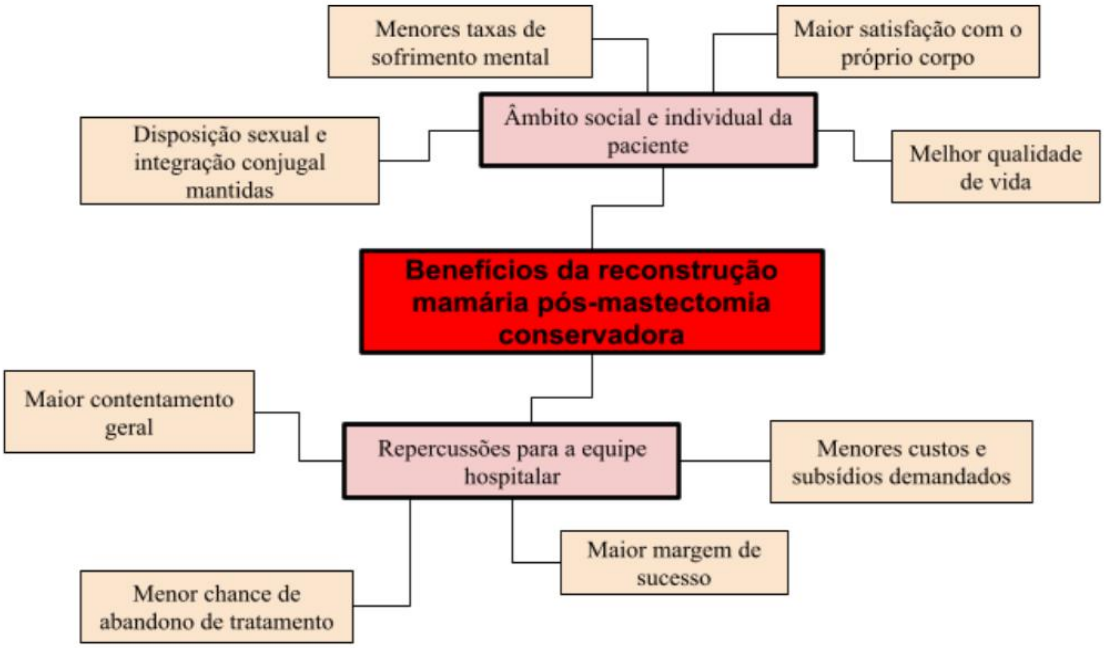
Tabela 12.2 Contraindicações e indicações da oncoplástica

Indicações	Contraindicações
-Pacientes com CDIS extenso associado; -Carcinomas lobulares, multifocalidade (mais de um tumor no mesmo quadrante da mama); -Pacientes com uma grande proporção tumor-mama, com ou sem NST.	-Doença extensa localizada na mama medial; -Seios pequenos com mínima ou nenhuma ptose, irradiação anterior de toda a mama; -Fatores do paciente, como tabagismo excessivo ou diabetes não controlado.

Além disso, em relação aos determinantes para a reconstrução mamária, pode-se citar: idade, estado de saúde geral, tipo de corpo, estilo de vida, quadro oncológico, manejo cirúrgico, preferências de condutas hospitalar e profissional, cenário de condições técnicas e disposições de subsídios institucionais, entre outros. No entanto, além desses fatores de preponderância na decisão, é fundamental avaliar o âmbito social (KARIMZADEH *et al.*, 2021). De fato, a qualidade de vida da mulher após uma cirurgia de mastectomia, diversas vezes, é abalada de forma avassaladora, o que enaltece a importância de se discutir e fomentar a reconstrução mamária como uma excelente alternativa.

Estatisticamente, foi observado que mulheres sem reconstrução mamária imediata pós-mastectomia foram alvo de intensos abalos psicológicos, necessitando de maior acompanhamento terapêutico e, em alguns casos, procuraram novamente o serviço hospitalar em busca de alternativas à reconstrução para uma melhor qualidade de vida e satisfação com seus seios, com compro-metimento, até mesmo, de relações conjugais (BROWNE *et al.*, 2017). Já as mulheres submetidas à mastectomia com reconstrução, apresentaram maior satisfação com seus seios despidos, atratividade sexual despida e vestida, com baixas taxas de arrependimento. Os aspectos favoráveis à reconstrução podem ser observa-dos no **Fluxograma 12.3.**

Fluxograma 12.3 Benefícios da reconstrução mamária imediata após mastectomia conservadora:



Sendo assim, é de extrema importância que o médico cirurgião, amparado por uma equipe multiprofissional, auxilie a paciente, no que diz respeito à compreensão e ao conhecimento das técnicas cirúrgicas de reconstrução/preservação do mamilo em casos de CM, com a finalidade de auxiliar em uma tomada de decisão informada e personalizada, que forneça maior satisfação social, emocional e bem-estar corporal (ZEHRA *et al.*, 2020). No que concerne às indicações de cada método cirúrgico, devem ser avaliadas as características genéticas e físicas da paciente, assim como a neoplasia presente na mama e a preferência de conduta terapêutica escolhida pela mulher. Nesse cenário, é possível estabelecer um panorama, em relação às repercussões e às implicações, a longo prazo, tanto no bem-estar da paciente quanto na satisfação dos critérios clínicos apontados pela equipe assistencial. Para aquelas mulheres em que a reconstrução mamária for indicada, os procedimentos podem ser divididos em aloplástico e autólogo, sendo este mais favorável, no que diz respeito à satisfação da paciente. Este aspecto deve também ser levado em consideração tendo em vista que qualquer intervenção cirúrgica pode ser fisicamente e psicologicamente debilitante. Como forma de diferenciação dos dois tipos, pode-se analisar a **Tabela 12.3**.

A respeito de outras modalidades terapêuticas além dos procedimentos cirúrgicos, cabe mencionar a Radioterapia Pós-Mastectomia, a Terapia Sistêmica Adjuvante e Esquemas sistêmicos neoadjuvantes.

As diretrizes da *American Society of Clinical Oncology* recomendam radioterapia pós-mastectomia nas mulheres com tumores primários T3 [> 5 cm] e quatro ou mais linfonodos axilares positivos.

Tabela 12.3 Caracterização e diferenciação dos dois tipos de reconstrução mamária

Reconstrução Autóloga	Reconstrução Aloplástica
Trata- se de um procedimento em que tecido de outras regiões corporais da paciente (como barriga e costas) são utilizados para a realização da reconstrução mamária.	Trata- se de um procedimento que engloba três métodos distintos: Reconstrução com prótese mamária ajustável, reconstrução com prótese mamária simples e reconstrução com expansor tecidual e prótese.
É indicada, principalmente, para pacientes que já passaram pelo processo de irradiação, visto que os efeitos colaterais da radioterapia nos tecidos subjacentes dificultam o processo de crescimento cutâneo.	É indicada, principalmente, para mulheres idosas com presença de comorbidades e com escassez de tecido abdominal.
O procedimento apresenta como principais vantagens o fato de ser relativamente simples, apresentar bons resultados estéticos para as pacientes e diminuir a mortalidade associada à técnica cirúrgica.	O procedimento apresenta como principais vantagens o fato de ser cirurgicamente mais rápido e menos exigente para o cirurgião, não necessitar de doação de tecido e apresentar menor tempo de recuperação da paciente.

A Terapia Sistêmica Adjuvante consiste no emprego de quimioterapia adjuvante. Trata-se de administração sistêmica de agentes cito-tóxicos após o tratamento cirúrgico e é reco-mendada nas mulheres com chance de recidiva maior que 10% em 10 anos, conforme literatura. Pode ser empregada tanto em pacientes com linfonodos negativos quanto positivos, com objetivo de prolongar a sobrevida destas mulheres.

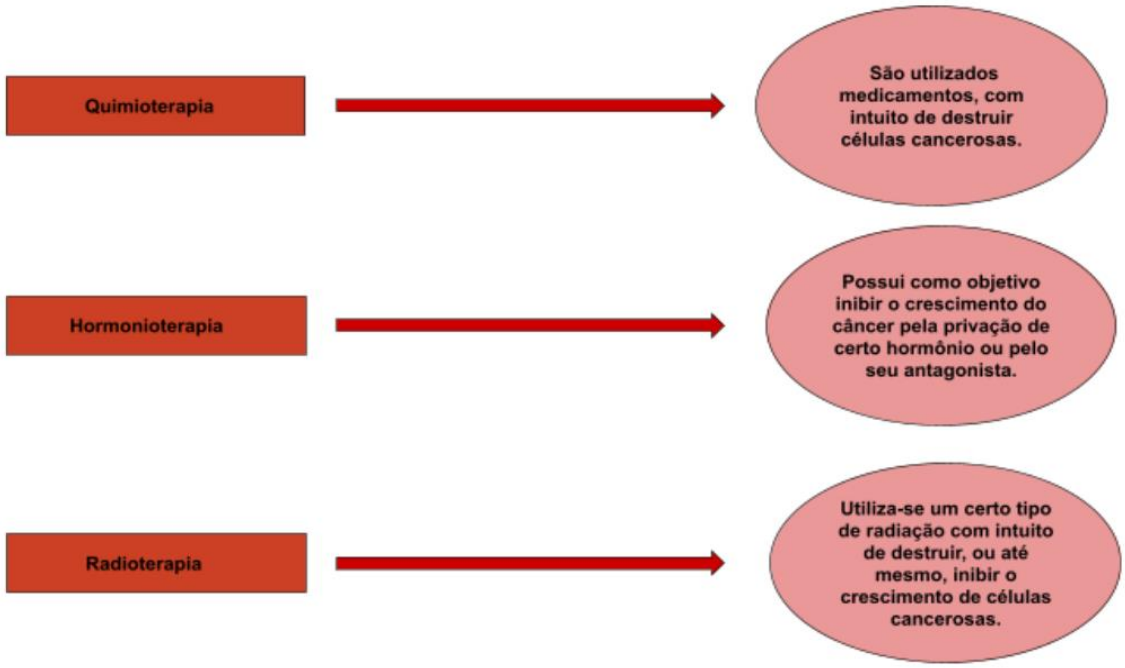
A Terapia Sistêmica Neoadjuvante (TSN), é um método de tratamento em que a paciente é submetida a terapêuticas sistêmicas auxiliares que atuam em conjunto com a cirurgia para remoção do tumor, com o obje-tivo de ampliar a conservação da mama. A TSN é, comumente, empregada antes da realização dos procedimentos cirúrgicos e pode ser classificada e utilizada de acordo com as características da neoplasia, em pacientes com câncer de mama não metastático. Esque-mas terapêuticos de neoadjuvância incluem: quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia (terapia endócrina) e terapias-alvo (Anti-HER2), como pode ser visto no **Fluxograma 12.4**.

Tal método terapêutico é aplicado, principalmente, em mulheres que apresentam um tumor extenso em um contexto de uma mama pequena, haja vista que apenas a remoção cirúrgica poderia promover uma grande retirada de tecido mamário, o que prejudicaria as técnicas de reconstrução do seio e, consequentemente, a autoestima da paciente, o que enaltece a íntima ligação entre essa terapia e a qualidade de vida da mulher (DAUPLAT *et al.*, 2017).

A TSN, assim como as terapias sistêmicas adjuvantes tradicionais, auxilia em uma redução das taxas de recidiva local do CM, visto que o tratamento possibilita uma redução do tumor antes de sua retirada, o que permite que a cirurgia seja realizada de maneira mais precisa e efetiva. Nessa perspectiva, mulheres que foram submetidas à TSN, geralmente, apresentam um melhor prognóstico no que diz respeito à recuperação do bem-estar e da satisfação corporal, uma vez que a Terapia

Sistêmica Neoadjuvante propicia uma maior conservação do tecido mamário, bem como a realização de cirurgia conservadora de mama (BCS), viabilizando a utilização de técnicas de reconstrução mamária, fato esse, de extrema importância para a recuperação da autoestima das pacientes.

Fluxograma 12.4 Caracterização do manejo terapêutico da TSN



Além disso, a resposta adequada da neoplasia à TSN possibilita que a mulher possa ser submetida a métodos terapêuticos menos invasivos e não tenha que passar pela mastectomia completa (SANTOS MENDES *et al.*, [*s. d.*]). Nesse sentido, ocorre uma redução do trauma e do choque associados à remoção total ou extremamente extensa da mama, o que facilita que a recuperação mental e emocional das pacientes se concretize de maneira mais rápida e eficiente.

Portanto, é válido ressaltar que a TSN é um método terapêutico a ser considerado sempre que as características da neoplasia permitirem sua utilização, visto que, com a aplicação da terapêutica em questão, as pacientes apresentam melhores resultados no que diz respeito à recuperação de sua saúde mental e de seu bem-estar corporal. Ademais, a autoestima de mulheres que foram submetidas à Terapia Sistêmica Neoadjuvante, se mostrou ampliada, uma vez que essas pacientes puderam, de maneira mais rápida e satisfatória, realizar a reconstrução mamária, o que reduziu a insatisfação corporal devido à ausência dos seios.

É possível estabelecer um panorama, em relação às repercussões e às implicações, a longo prazo, tanto no bem-estar da paciente quanto na satisfação da equipe de atendimento. Quando é necessário empregar terapêuticas mais invasivas ou terapias neoadjuvantes, é

notável a necessidade de promover informações e fomento a condutas de reconstrução mamária, no intuito de ampliar a qualidade de vida da paciente (CAPUTO *et al.*, [*s. d.*]). Em situações cabíveis à modalidade conservadora de tratamento, os benefícios são notáveis na progressão do quadro pós-cirúrgico e na recuperação da paciente.

Além disso, como em todo procedimento cirúrgico, existem contraindicações no que diz respeito à realização do procedimento de terapia conservadora da mama (BCT), dentre eles pode-se citar a incapacidade de remover todo o tumor e a dificuldade de fornecer radiação segura e oportuna na região (TONDU *et al.*, 2020). Já em relação às contraindicações da cirurgia oncoplástica, pode-se citar doença extensa localizada na mama medial, seios pequenos com mínima ou nenhuma ptose, irradiação anterior de toda a mama e fatores do paciente, como tabagismo excessivo ou diabetes descompensado.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou comparativamente os impactos das diferentes técnicas de tratamento cirúrgico na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama. Os resultados apontam para a singularidade que cada mulher apresenta, visto que o manejo terapêutico da doença depende de fatores individuais de cada contexto clínico, bem como de questões psíquicas e sociais. Sendo assim, é funda-mental compreender a importância da inter-venção individualizada. Ao optar por uma determinada técnica ou terapia neoadjuvante, o médico deve, primeiramente, compreender os níveis psicossociais apresentados pela pacien-te, uma vez que eles estão intimamente ligados ao sucesso do tratamento.

No que diz respeito aos métodos terapêuticos que obtiveram melhores resultados associados ao bem-estar e à saúde mental feminina, destacam-se a cirurgia onco-plástica e a mastectomia preservadora de pele e do complexo aréolo-mamilar como excelen-tes alternativas para melhor qualidade de vida. Mesmo quando é necessário empregar terá-pêuticas mais invasivas ou terapias neoadju-vantes, é notável a necessidade de promover informações e fomento a condutas de recons-trução mamária, que contribuem para o incremento da qualidade de vida da paciente.

A cirurgia oncoplástica mostra-se inova-dora e benéfica ao agregar técnicas de cirurgia oncológica à plástica, uma vez que, ao fazer essa associação, é possível obter um prognóstico oncológico mais favorável e me-lhores resultados estéticos. Já a mastectomia preservadora de pele e do complexo aréolo-mamilar se mostrou muito efetiva pelo fato de proporcionar uma conservação dos constituin-tes mamários da paciente, o que esteve muito associado a reduções de baixa de autoestima e autoconfiança. É válido ressaltar que, em ambos os métodos, os resultados favoráveis também se concretizaram pelo fato de que a maior preservação tecidual e a facilitação da reconstrução mamária proporcionados pelas técnicas permitiram que as pacientes obtivessem seios muito semelhantes aos naturais, o que aumentou a satisfação corporal e as expectativas relacionadas ao tratamento, reduzindo índices de abandono.

Também foi possível evidenciar o quanto a qualidade de vida das pacientes influencia na recuperação, no prognóstico, nos índices de abandono de tratamento e, muitas vezes, na dinâmica familiar, uma vez que a esfera emocional é capaz de exercer ligação direta com todos os âmbitos associados ao cotidiano

do indivíduo e do meio coletivo de pertencimento.

Todavia, este estudo não finda o tema proposto, sendo importante haver mais estudos para se comprovar a eficácia das evidências apresentadas, bem como a correlação específica de cada modalidade com a qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALSHEHRI, S A *et al.* The current progress and critical analysis of three-dimensional scanning and three-dimensional printing applications in breast surgery. BJS Open, [*s. l.*], v. 5, n. 3, 2021.

BROWNE, John P. *et al.* The association between complications and quality of life after mastectomy and breast reconstruction for breast cancer. Cancer, [*s. l.*], v. 123, n. 18, p. 3460–3467, 2017.

CAPUTO, Glenda Giorgia *et al.* Quality of Life and Early Functional Evaluation in Direct-to-Implant Breast Reconstruction After Mastectomy: A Comparative Study Between Prepectoral Versus Dual-Plane Reconstruction. Clinical Breast Cancer, [*s. l.*],

CASAUBON, Jesse T *et al.* Breast-Specific Sensuality and Appearance Satisfaction: Comparison of Breast-Conserving Surgery and Nipple-Sparing Mastectomy. [*s. l.*],

CIL, Tulin D; MCCREADY, David. Moder n Approaches to the Surgical Management of Malignant Breast Disease The Role of Breast Conservation, Complete Mastectomy, Skin-and Nipple-Sparing Mastectomy. [*s. l.*],

DAUPLAT, J *et al.* Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction. British Journal of Surgery, [*s. l.*], v. 104, n. 9, p. 1197–1206, 2017.

EISEMANN, Bradley S; SPIEGEL, Aldona J. Risk-Reducing Mastectomy and Breast Reconstruction Indications and Evidence for Current Management Strategies. [*s. l.*], 2021.

ELTAHIR, Yassir *et al.* Outcome of Quality of Life for Women Undergoing Autologous versus Alloplastic Breast Reconstruction following Mastectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Plastic and Reconstructive Surgery, [*s. l.*], v. 145, n. 5, p. 1109–1123, 2020.

Estimativa 2020 - Brasil - estimativa dos casos novos | Inca - Instituto Nacional de Câncer. [*S. l.*], [*s. d.*].

FANG, Su-Ying; SHU, Bih-Ching; CHANG, Ying-Ju. The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. Breast Cancer Research and Treatment 2012 137:1, [*s. l.*], v. 137, n. 1, p. 13–21, 2012.

FERNANDA, Aline; MURICI, Fontinele; FERREIRA BARROS, Ângela. Stages of breast reconstruction and quality of life after breast cancer. Mastology, [*s. l.*], v. 30, p. 20190014, 2020.

JONES, Caroline; LANCASTER, Rachael. Evolution of Operative Technique for Mastectomy. [*s. l.*], 2021.

KARIMZADEH, Yasaman *et al.* Posttraumatic growth in women with breast cancer: emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas. European Journal of Psychotraumatology, [*s. l.*], v. 12, n. 1, p. 1943871, 2021.

KHAJURIA, A *et al.* Systematic review Immediate and delayed autologous abdominal microvascular flap breast reconstruction in patients receiving adjuvant, neoadjuvant or no radiotherapy: a meta-analysis of clinical and quality-of-life outcomes. [*s. l.*], 2019.

LEE, Clara Nan-hi *et al.* Accuracy of Predictions of Patients With Breast Cancer of Future Well-being After Immediate Breast Reconstruction. JAMA Surgery, [*s. l.*], v. 153, n. 4, 2018.

MOMOH, Adeyiza O. *et al.* Postmastectomy breast reconstruction: Exploring plastic surgeon practice patterns and perspectives. Plastic and Reconstructive Surgery, [*s. l.*], p. 865–876, 2020.

PAČARIĆ, Stana *et al.* The quality of life of Croatian women after mastectomy: a cross-sectional single-center study. [*s. l.*], 2021.

PAULO, João; AZEVEDO, Araújo. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos de mestrado integrado em medicina reconstrução mamária artigo de revisão área científica de cirurgia plástica. [*s. l.*],. Acesso em: 24 mai. 2021.

PHILIP BARNSLEY, G *et al.* Surveillance Mammography following the Treatment of Primary Breast Cancer with Breast Reconstruction: A Systematic

Review. [*s. l.*], Disponível em: https://doi.org/10.1097/01.prs.0000279143.66781.9a. Acesso em: 24 mai. 2021.

RECIO-SAUCEDO, Alejandra *et al.* Information requirements of young women with breast cancer treated with mastectomy or breast conserving surgery: A systematic review. The Breast, [*s. l.*], v. 25, p. 1–13, 2016.

SANTOS MENDES, Izabela *et al.* Impact of mastectomy and breast-conserving surgery on quality of life of women after breast cancer Impacto da mastectomia e da cirurgia conservadora na qualidade de vida de mulheres pós-câncer de mama. [*s. l.*], Disponível em: https://doi.org/10.15343/0104-7809.20174104703710. Acesso em: 24 mai. 2021.

SOUSA, Helena *et al.* A systematic review of factors affecting quality of life after postmastectomy breast reconstruction in women with breast cancer. Psycho-Oncology, [*s. l.*], v. 28, n. 11, p. 2107–2118, 2019.

TONDU, Thierry *et al.* Breast reconstruction after nipple-sparing mastectomy in the large and/or ptotic breast: A systematic review of indications, techniques, and outcomes. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, [*s. l.*], v. 73, p. 469–485, 2020.

VERONESI, Paolo *et al.* Immediate breast reconstruction after mastectomy. The Breast, [*s. l.*], v. 20, p. S104–S107, 2011.

ZEHRA, Sadaf *et al.* Health-related quality of life following breast reconstruction compared to total mastectomy and breast-conserving surgery among breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer 2020 27:4, [*s. l.*], v. 27, n. 4, p. 534–566, 2020.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 13

PRENHEZ ECTÓPICA

AUTORES
ISABELA CECCATO BARILI[1]
BRUNA BENIGNA SALES ARMSTRONG[2]
KASSIO COSTA MOREIRA[2]
BIANCA LEAL RIBEIRO[2]
ENIO DOUGLAS AMORIM CARVALHO[2]
FLANYNMAGNA COSTA NUNES GRANJA[1]
IDNA KARIME SOUSA SILVA[3]
MATEUS SOARES BEZERRA[2]
FRANCISCA CASTRO FONTINELE NETA[2]
ANA MARIA PEARCE DE AREA LEÃO PINHEIRO[4]
ANA MARIA COELHO HOLANDA[4]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina do Centro Universitário Uninovafapi
[2]Discente – Medicina da Universidade Federal do Piauí
[3]Discente – Medicina da Universidade Estadual do Piauí
[4]Docente – Departamento de medicina materno-infantil da Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Gravidez ectópica.

INTRODUÇÃO

Ectopia, do grego "*ektopos*", significa "fora do lugar". Desta forma, uma gravidez ectópica corresponde a gestação cujo ovo em desenvolvimento implanta-se fora da cavidade corporal uterina (TULANDI, 2020). A classificação da ectociese deve ser feita de acordo com o local em que se deu a nidação e o desenvolvimento do ovo, e é dividida em: tubária (sendo esta a mais frequente), abdominal, ovariana, cervical, em cicatriz de cesárea anterior e heterotópica (MONTENEGRO, 2019). Através de exames de ultrassom e dosagem da gonadotrofina coriônica é, em geral, diagnosticada no primeiro trimestre da gestação (CUNNINGHAM *et al*, 2021). A progressão para segundo ou terceiro trimestre é rara; quando acontece, ocorre tipicamente ligada às vísceras abdominais (serosa uterina, anexos, paramétrio, fígado, baço, intestino, e omento) (KILPATRICK, 2020).

A gestação ectópica associa-se a fatores de risco que causam lesão tubária ou mudanças no transporte ovular, tais como: história de doença inflamatória pélvica, uso de DIU, exposição in útero ao dietilbestrol (DES), cirurgia tubária prévia, antecedente de gravidez ectópica, procedimentos relacionados a gravidez assistida e história de infertilidade (ZUGAIB, 2020). A clínica varia de dor abdominal, atraso menstrual e sangramento vaginal a sinais de choque – quando gravidez ectópica rota - como taquicardia, cianose e hipotensão, incluindo dor e sensibilidade abdominal aumentada (SIVALINGAM *et al*, 2011). Apesar de uma diminuição da morta-lidade em 90%, entre os anos de 1979 a 1992, houve uma ascensão na incidência de cerca de seis vezes, que foi relacionado a fatores de risco como doença inflamatória pélvica, uso da técnica de reprodução humana assistida e ao tabagismo em mulheres com idade fértil, condições que tiveram aumento nos últimos anos (ROCHA *et al*., 2013; SIVALINGAM, *et al*, 2011). O diagnóstico, através de exames de ultrassom e dosagem sérica da fração beta (beta-HCG), é realizado em geral na 6ª a 8ª semana de idade gestacional (CUNNINGHAM *et al*, 2021; ROCHA *et al*, 2013). Para confirmação, o beta-HCG, com elevação de < 35% em seus valores a cada dois dias ou estagnação na concentração do mesmo; e a ultrassonografia transvaginal, com achados que incluem um saco gestacional com saco vitelino ou embrião (com a presença ou ausência de batimentos cardíacos) extrauterino (TULANDI, 2020). A suspeita clínica e o rápido acesso aos métodos para o diagnóstico precoce representam a melhor e a mais eficiente abordagem, de modo que se evite que a paciente evolua para um quadro de abdome agudo hemorrágico - complicação temida da ruptura tubária - e permite a utilização de métodos menos invasivos no manejo terapêu-tico de tal patologia (ELITO, 2018). O trata-mento se divide em: expectante (quando ectociese de tamanho pequeno e concentrações séricas de beta-hCG baixas e em queda) (ZUGAIB, 2020), medicamentoso (o meto-trexato pode ser utilizado nos casos de estabilidade hemodinâmica, concentração de beta-Hcg < 5000 mUI/mL, ausência de atividade cardíaca fetal, massa ectópica menor que 4cm) , cirúrgico radical (salpingectomia: necessário quando há sintomas de rotura tubária ou grande lesão na tuba, sangramento incontrolável, saco gestacional > 5cm) ou conservador (salpingostomia: quando trompa contralateral doente e desejo reprodutivo futuro (TULANDI, 2020; MONTENEGRO, 2019). Do ponto de vista cirúrgico a salpingectomia é ideal, uma vez que promove hemostasia

adequada e permite a remoção completa de todo o tecido trofoblástico. A escolha do tratamento dependerá das condições clínicas, nível de esclarecimento e desejo reprodutivo da paciente (ZUGAIB, 2020).

Portanto, este estudo tem o objetivo de elaborar uma revisão narrativa acerca das gestações ectópicas, com a finalidade de esclarecer sua definição, causas, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, enaltecendo-se a importância da precocidade na intervenção dos mesmos.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão narrativa de literatura sobre gestação ectópica. A pesquisa foi realizada utilizando-se as bases de dados UpToDate e PubMed, a partir do descritor "gravidez ectópica", no período de abril a junho de 2021. Ademais, foi considerado imprescindível para a pesquisa as referências a seguir: Obstetrícia Fundamental, Obstetrícia Básica, Obstetrícia de Williams, Rotinas em Obstetrícia, além do protocolo da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Logo, artigos duplicados, disponíveis na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada, ou que não obedeceram aos critérios de inclusão supracitados, foram excluídos.

Foram encontrados nas bases de dados 1991 estudos. Como critérios de inclusão, considerou-se artigos originais, nos idiomas português e inglês, que abordassem o tema de gravidez ectópica, concedessem acesso ao texto completo e que foram publicados nos últimos 10 anos. Foram então excluídos os artigos que atendiam aos critérios de exclusão (textos incompletos e fora do período proposto). Após os critérios de seleção, 13 textos foram selecionados para leitura criteriosa, sendo 9 artigos e 4 livros. Os resul-tados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias abordando: conceito, epidemiologia, fatores de risco, classificação, evolução e complicações, sintomatologia, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura traduz a ectociese como uma patologia ameaçadora a vida. Desse modo, estudos aprofundam-se nas condutas capazes de diagnosticar e tratar precocemente tal enfermidade (ZUGAIB, 2020).

Conceito

Denomina-se gravidez ectópica a gestação cujo blastocisto em desenvolvimento instala-se fora do revestimento endometrial presente na cavidade uterina, que remete, portanto, a uma gravidez extrauterina (tubária, abdominal, ovariana, cervical, em cicatriz de cesárea anterior e heterotópica) (TULANDI, 2020; REZENDE, 2019). Geralmente é diagnosticada no primeiro trimestre da gestação, baseado em resultados de exames de ultrassom e dosagem da gonadotrofina coriônica (CUNNINGHAM *et al*, 2021), sendo raro a progressão para segundo ou terceiro trimestre e, quando acontecem, são tipicamente ligadas às vísceras abdominais (serosa uterina, anexos, parametrio, fígado, baço, intestino, e omento). Com um aumento de cerca de seis vezes na incidência durante os anos de 1979 a 1992 - afetando 1,5 a 2% das gestações como um todo – a ectociese é capaz é chegar a taxas de 6% quando se refere a todos os óbitos relacionados a gravidez. Após o primeiro episódio de gravidez ectópica, a chance de ocorrência do

segundo é de 15% . (ROCHA *et al*., 2013; SIVALINGAM, *et al*, 2011; ZUGAIB, 2020). Quando há ruptura, as manifestações clínicas estão relacionadas ao sangue livre na cavidade peritoneal, sendo a dor abdominal um sintoma comum das gestações extrauterinas (KILPACTRICK, 2020).

Fatores de risco

A gestação ectópica está associada principalmente à distorção anatômica da tuba uterina, que pode ser acompanhada de comprometimento funcional devido a danos na atividade ciliar (TULANDI, 2020). Portanto, associa-se a fatores de risco que causam lesão tubária ou mudanças no transporte ovular. (ZUGAIB, 2020):

Os fatores de risco propostos como associados aos casos de gravidez ectópica são:

História de doença inflamatória pélvica: a infecção pélvica é uma das causas principais de patologia tubária, visto que pode distorcer a anatomia da tuba normal e assim causar obstrução ou aderências pélvicas (MARTINS-COSTA *et al*, 2017).

Uso de DIU: as usuárias de DIU têm uma incidência menor de gravidez ectópica do que aquelas que não usam, visto que o dispositivo intrauterino é um método de alta eficácia. Porém, entre as usuárias de DIU com falha contraceptiva, a chance de gravidez ectópica é 16,4 vezes maior do que as pacientes que não fazem uso do método (TULANDI, 2020). Na falha do DIU, o risco de gravidez ectópica é de 1: 2 gestações para DIU de levonogestrel, 1:16 gestações para DIU de cobre. Para aquelas que não fazem uso de anticoncepção esse risco é de 1:50 gestações (ZUGAIB, 2020).

Exposição *in útero* ao dietilbestrol (DES): pacientes cujas mães foram expostas ao dietilbestrol durante a gestação, tem um risco quatro vezes maior de gravidez ectópica devido às alterações na anatomia tubária (MONTENEGRO, 2019).

Cirurgia tubária prévia: ligaduras tubárias e cirurgias tubárias reconstrutivas são exemplos de métodos que podem causar alteração na anatomia e motilidade normal das tubas uterinas, devido danos na atividade ciliar, e assim aumentar as chances de ocorrência da gravidez ectópica (MARTINS-COSTA *et al*, 2017).

Antecedente de gravidez ectópica: após uma gestação ectópica anterior, há cerca de 10% de chance de ocorrer outra, principalmente se o tratamento for do tipo conservador (CUNNINGHAM *et al*, 2021).

Procedimentos relacionados a gravidez assistida: devido a implantação de dois ou mais embriões, estes podem migrar para diferentes sítios e causar uma ectociese - do tipo heterotópica principalmente (ZUGAIB, 2020).

História de infertilidade: nessas pacientes há alterações tubárias secundárias a oscilações hormonais pelo uso de medicações (MARTINS-COSTA *et al*, 2017).

Classificação

Deve ser feita de acordo com o local em que se deu a nidação e o desenvolvimento do ovo. Pode ser classificada em:

Tubária: representa o local mais frequente de ocorrência das gestações ectópicas, responsabilizando-se por mais de 95% dos casos. O blastocisto pode se implantar em qualquer posição das tubas, originando as gestações tubárias, que podem ser: ampular (80% das ectocieses), ístmica (12%), fimbrial (11%) e intersticial (2 a 3%) (MONTENEGRO, 2019). Vários fatores podem estar envolvidos

em sua patogênese, portanto acredita-se que ela seja resultado de estados que dificultam a passagem do oócito fecundado para a cavidade uterina, como: salpingite crônica, salpingite ístmica nodosa, infertilidade e uso de dispositivos intrauterinos (TULANDI, 2020).

Abdominal: é caracterizada pela implantação do ovo em qualquer ponto do abdômen, na cavidade peritoneal (MONTENEGRO, 2019). Os locais de implantação podem ser: diafragma, parede pélvica lateral, omento, fundo de saco posterior, ligamento largo e órgãos abdominais não uterinos (baço, intestino, fígado). Por ter uma gama de possíveis localizações no abdômen, a gestação abdominal pode ter variáveis sintomatologias, podendo passar despercebida até em idades gestacionais avançadas, diferentemente da gravidez tubária (MOLINARO, 2021). Além disso, pode ocorrer depois da rotura tubária ou de um abortamento com reimplantação na superfície peritoneal, sendo um evento raro (CUNNINGHAM *et al*, 2021). A sobrevida perinatal é exceção, com uma taxa de 80-90% de mortalidade, além de a ocorrência de pré-eclampsia em 1/3 dessas gestações (ELITO, 2018).

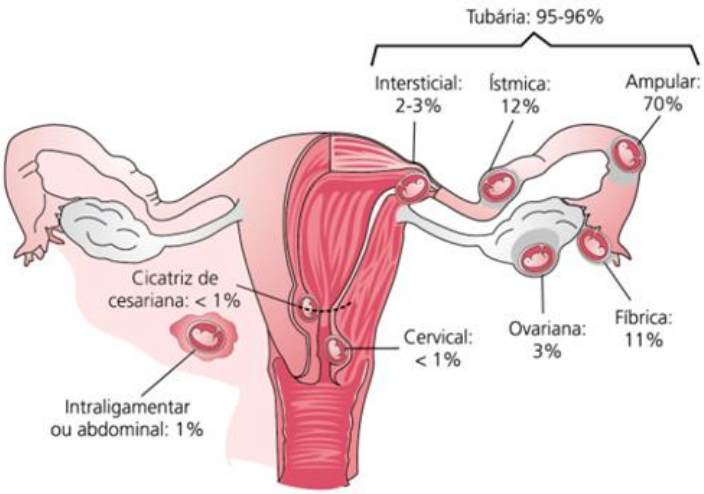
Ovariana: caso o saco gestacional do embrião não seja visualizado com tecido ovariano circundando-o, a gravidez ovariana pode ser confundida com um corpo lúteo (MEHTA, 2020). Spiegelberg (1878), delineou quatro critérios patológicos para diagnosticar a implantação ectópica do blastocisto no ovário: (1) a tuba uterina ipsilateral está intacta e separada do ovário; (2) o saco gestacional ocupa o ovário; (3) o ovário com o saco gestacional está conectado ao útero pelo ligamento útero-ovárico; (4) no exame histológico os tecidos ovarianos são demonstrados cercados de tecido placentário. Diferentemente da gravidez tubária, a ovariana parece ser um evento aleatório, visto que não está relacionada à história de doença inflamatória pélvica, uso de dispositivo intrauterino, ou gravidez extrauterina recorrente (TULANDI, 2020).

Cervical: acontece quando a gravidez se implanta no revestimento do canal endocervical, sendo responsável por menos de 1% das gestações ectópicas. Os fatores de risco para gravidez cervical são os mesmos que para outro tipo de gestação ectópica (TULANDI, 2020).

Em cicatriz de cesárea anterior: constitui a forma mais rara de gestação ectópica, com menos de 1% dos casos. Refere-se a implantação do ovo na incisão de histerotomia de um parto cesáreo anterior. Esse tipo de ectociese pode ocorrer no tecido cicatricial (tipo endogênico), ou no defeito - ou "nicho" - deixado pela cicatrização incompleta da incisão (tipo exogênico). O diagnóstico baseia-se nos achados da ultrassonografia transva-ginal, que incluem: cavidade uterina e canal cervical vazios; saco gestacional embebido na cicatriz da cesárea; embrião/feto com ou sem batimentos cardíacos e/ou um saco vitelino (MOLINARO, 2021; MONTENEGRO, 2019).

Heterotópica: refere-se à implantação de um concepto na cavidade uterina e outro implantado em posição ectópica, simultaneamente. A tuba uterina é o principal local de implantação (90%), apesar de colo do útero, ovário, interstício, abdômen e cicatriz de cesariana também serem possíveis sítios de nidação. Deve-se suspeitar desse tipo de gravidez em situações de reprodução assistida visto que, esse fenômeno (raro na população geral) pode ser comum com o uso desta tecnologia (1 em 3900 gravidezes) (CUNNINGHAM *et al*, 2021; MOLINARO, 2021).

Figura 13.1 Locais de nidação de gestações ectópicas



.

Fonte: Adaptada de MARTINS-COSTA *et al*, 2017.

Evolução e complicações

A evolução de uma gravidez ectópica pode seguir diferentes trajetos: resolução espontânea, abortamento tubário, rotura da parede da tuba uterina, ou evolução até a proximidade do termo (prenhez abdominal) (MONTENEGRO, 2019).

A frequência dos abortamentos tubários depende do local de implantação, sendo estes comuns na ampola, ao passo de que a ruptura é mais habitual na gravidez ístmica (MONTENEGRO, 2019).

Muitas gestações ectópicas evoluem de maneira espontânea para abortamento e reabsorção, com ausência de sangramento intenso ou ruptura tubária. Tal observação abriu espaço para o uso da conduta expectante após o conhecimento da história natural da ectociese (ELITO *et al*, 2008). Por outro lado, pacientes com gravidez ectópica podem se tornar hemodinamicamente instáveis se houver ruptura do local onde é implantada. A tuba uterina é um local frequente de rotura, e que, devido a hemorragia intra-abdominal, pode causar um início súbito de dor abdominal intensa e/ou sinais sugestivos de comprometimento hemodinâmico (hipotensão, taquicardia, síncope) e subsequente choque hipovolêmico (TULANDI, 2020).

Sintomatologia

Mulheres com quadro de ruptura tubária apresentam-se com sinais que caracterizam choque hipovolêmico: hipotensão arterial, palidez cutâneo-mucosa e taquicardia. Há um início abrupto de dor abdominal pélvica intensa, no qual é preciso dar ênfase, tendo em vista a gravidade do caso. Se há sangue intraperitoneal que atinge a parte superior do abdômen ou em caso de gestação abdominal, a dor pode ser sentida no abdômen médio ou superior. Se o sangramento for suficiente para atingir o diafragma, pode haver dor referida no ombro. Além disso, a paciente pode apresentar sinais de irritação peritoneal, como abdome doloroso à palpação, náuseas, vômitos e distensão abdominal (TULANDI, 2020;

MARTINS-COSTA *et al*, 2017; MONTENEGRO, 2019).

Entretanto, antes da rotura, a paciente apresenta sintomas inespecíficos capazes de sugerir um quadro de abortamento de uma gestação normal em fase inicial, tais como: sangramento vaginal (escasso em borra de café ou característico de hemorragia, podendo ser intermitente ou contínuo ou, apenas um único episódio) e dor abdominal (geralmente localizada na região pélvica). O atraso menstrual é uma queixa que aparece no diagnóstico mais tardio da ectociese. Os sintomas descritos caracterizam a tríade clássica da gestação ectópica, logo, pacientes com esse quadro clínico pressupõem-se como alta suspeição de gestação ectópica e por isso devem ser investigadas para obtenção do diagnóstico o mais breve possível. (CUNNINGHAM *et al*, 2021).

Os sintomas iniciais da gravidez podem ser menos comuns nas gestações ectópicas pois os hormônios gestacionais (estradiol, progesterona e gonadotrofina coriônica humana) tendem a ser menores do que em uma gestação normal (TULANDI, 2020).

A suspeita clínica e o rápido acesso aos métodos para o diagnóstico precoce - através de ultrassonografia transvaginal e dosagem de beta-HCG - representam a melhor e a mais eficiente abordagem, de modo que se evite que a paciente evolua para um quadro de abdome agudo hemorrágico, complicação temida da ruptura tubária. O diagnóstico diferencial imposto é entre abortamento, gestação intrauterina viável e gestação ectópica (ELITO, 2018).

Diagnóstico

As gestações ectópicas são diagnosticadas com uma combinação dos achados clínicos, presença dos fatores de risco e exames complementares. (ZUGAIB, 2020). Foram criados vários algoritmos com a finalidade de facilitar o diagnóstico da gestação ectópica – usados apenas nas pacientes estáveis - que incluem a clínica, ultrassom transvaginal (USTV), nível sérico de beta-HCG, e procedimentos diagnósticos (cirúrgicos) (CUNNINGHAM *et al*, 2021).

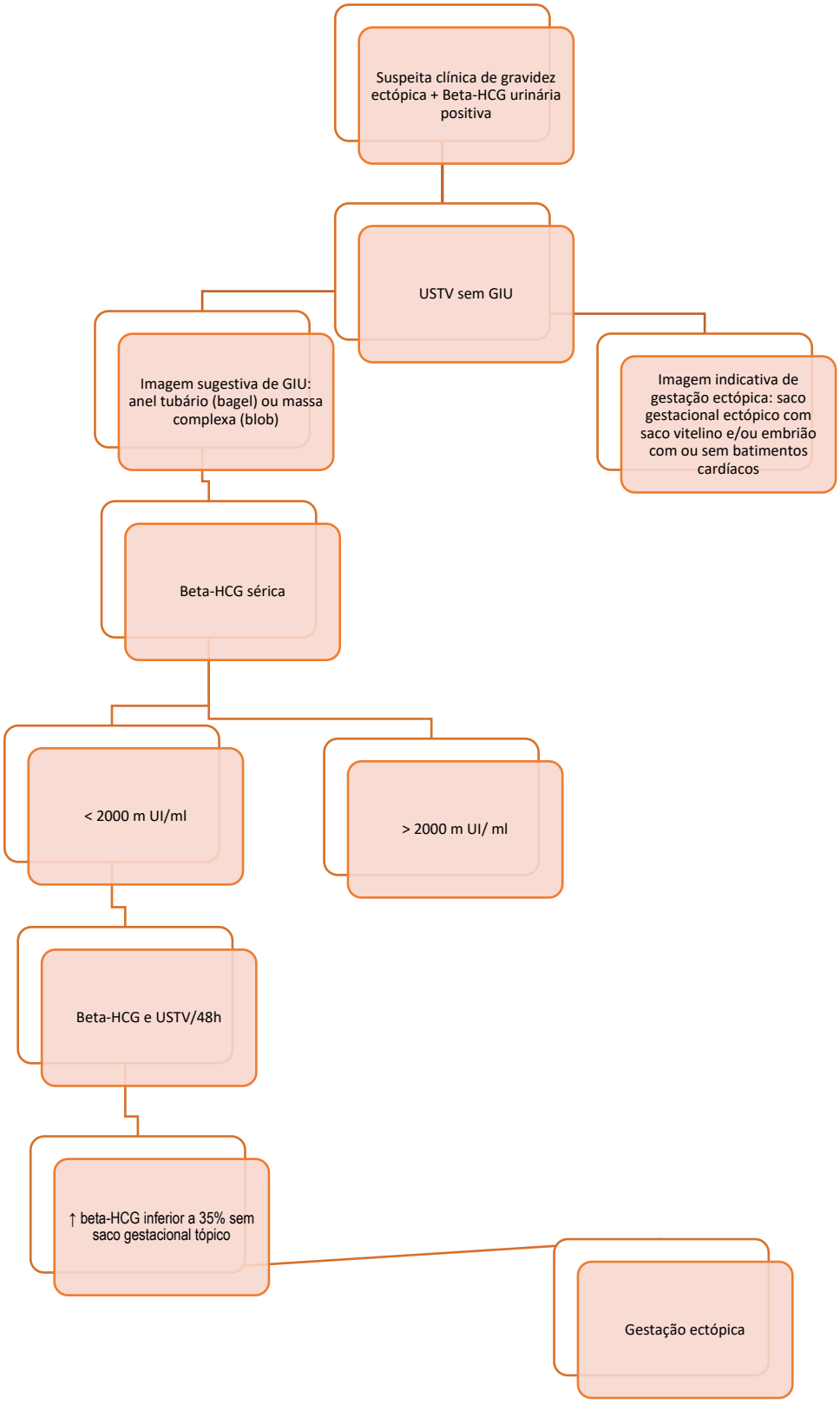
Gonadotrofina coriônica humana B (beta-HCG)

A concentração de beta-HCG em uma gravidez intrauterina (GIU) normal segue um caminho ascendente até aproximadamente 41 dias de gravidez, que é quando passa a aumentar lentamente até as 10 semanas. Nesse período começa a diminuir até atingir um platô no segundo e terceiro trimestres (TULANDI, 2020).

Atualmente faz-se o uso de métodos imunoenzimáticos que utilizam anticorpos monoclonais - técnica que aumenta a sensibilidade e especificidade das dosagens de beta-HCG - detectando-o em até 10 dias após a ovulação, em concentrações cada vez mais baixas. É importante ressaltar que uma única dosagem não é suficiente para diagnosticar a viabilidade ou localização da gestação (ZUGAIB, 2019).

O valor do beta-HCG, quando em uma gestação tópica, é capaz de duplicar seus títulos em 1,4 a 3,5 dias. Estudos recentes demonstraram que ausência de elevação dos níveis de beta-HCG em < 35% em duas dosagens seguidas, num período de 48 horas, sugere gestação ectópica ou gestação tópica normal em fase de abortamento. (ZUGAIB, 2019, TULANDI, 2020).

Figura 13.2 Algoritmo diagnóstico de ectociese. Beta-HCG: fração beta da gonadotrofina coriônica humana



Fonte: Adaptado de ZUGAIB, 2019. **Legenda:** USTV: ultrassonografia transvaginal

Quando há clínica e resultado positivo, faz-se uma USTV a fim de determinar a localização da gravidez. Todavia, quando o exame de imagem é inconclusivo (não se visualiza saco vitelino, embrião, ou feto dentro intrauterino ou em anexos) denomina-se gravidez de localização incerta (GLI), até que se localize a implantação do ovo. (CUNNIN-GHAM *et al*, 2021).

Zona discriminatória de HCG: corresponde ao valor da concentração sérico de HCG que deve ser visualizado um saco quando há GIU presente. Alguns autores definem o limiar como > 1500 mUI/ml ou > 2000 mUI/ml e até > 3510 mUI/ml (nesse valor se atinge a probabilidade de 99% de chance de se visualizar um saco gestacional tópico na USTV, sobrando apenas 1% das GIU que não serão vistas nos exame de imagem quando a zona discriminatória for 3510 mUI/ml). (TULANDI, 2020; ZUGAIB, 2019).

Ultrassonografia transvaginal

O exame ultrassonográfico é fundamental para o diagnóstico precoce da ectociese, já que o saco gestacional pode ser visualizado a partir de 2,5 a 3 semanas após a nidação (ZUGAIB, 2019). Os achados diagnósticos de certeza incluem: saco gestacional com um saco vitelino ou embrião (com ou sem atividade cardíaca) extrauterino. Caso a USTV não seja capaz de diagnosticar, pressupõe-se que a gestação ainda se apresenta em estágio inicial, incapaz de ser visualizada. Nesse caso, as medidas seriadas do beta-HCG são realizadas até que a zona discriminatória seja atingida. Alguns achados ultrassonográficos apresentam-se como sugestivos de ectociese, sendo inclusos: anel tubário ou "bagel" que se refere a um saco gestacional envolto por tecido troflobastico, indicativo de ectopia íntegra; massa complexa ou "blob" (hematossalpinge ou hematoma pélvico), relacionados a ectopia rota ou em regressão espontânea e líquido livre na cavidade peritoneal, em moderada a grande quantidade (CUNNINGHAM *et al*, 2021; TULANDI, 2020).

Progesterona

Sua dosagem pode ser utilizada para confirmar ou descartar impressões diagnósticas já vistas no USTV e na dosagem seriada de beta-HCG, portanto, não é utilizada de rotina (TULANDI, 2020). Valores > 25 ng/ml são consistentes com gestações viáveis, ao passo de que medidas < 5 ng/ml estão presentes em apenas 0,3% das GIU normais, sugerindo ectociese (CUNNINGHAM *et al*, 2021).

Tratamento

O tratamento da gravidez ectópica se divide em: expectante, medicamentoso e cirúrgico. A escolha do tratamento dependerá das condições individuais de cada paciente.

Tratamento expectante

Reservado para pacientes com estabilidade hemodinâmica, beta-HCG em queda e nível inicial < 1000 a 1500 mUI/ml, comum nos casos em que a gravidez ectópica é de localização desconhecida. (MONTENEGRO, 2019)

As taxas de sucesso dessa conduta variam entre 48-98%, e para garantir um bom resultado é necessária uma atenção individualizada e constante da paciente, com dosagens semanais de beta-HCG até a negativação. É uma alternativa para pacientes com desejo de gestação posterior, sendo que a paciente precisa

assinar um termo de consentimento livre e esclarecido para conduta expectante. A mulher deve ser mantida hospitalizada, e apresentar estabilidade hemo-dinâmica. (ZUGAIB, 2020).

Tratamento medicamentoso

Atualmente a droga mais utilizada no tratamento da gravidez ectópica é o metotrexato (MTX), uma droga antimetabólica que possui atividade anti-trofoblástica, suprimindo a síntese de DNA, RNA e proteínas, o que o torna efetivo contra o tecido trofoblástico, possuidor de uma rápida capa-cidade de proliferação (HENDRIKS, 2020). Os esquemas mais usados são o de dose única e múltiplas doses que serão detalhados a seguir.

Os pacientes com indicação dessa terapia possuem: estabilidade hemodinâmica, valores de beta-HCG < 5000 mUI/ ml, nenhuma ativi-dade cardíaca fetal, e ausência de contrain-dicações ao tratamento com meto-trexato (estas incluem: ectopia rota, GIU viável e desejada, recidiva de gestação ectópica na mesma tuba, amamentação, hipersensibilidade prévia ao medicamento, doença pulmonar ou úlcera péptica ativa e imunodeficiência e, sobretudo valores laboratoriais hematológi-cos, renais e hepáticos alterados) (CUNNIN-GHAM *et al*, 2021). Uma massa ectópica menor que 3 a 4 cm também pode ser utilizada como indicador da terapia, porém o tamanho da massa não foi confirmado como um preditor de tratamento eficaz (TULANDI, 2020).

Figura 13.1 Protocolo de tratamento com metotrexato em dose única.

Protocolo de tratamento medicamentoso com metotrexato intramuscular (50mg/m^2)
Dose única de metotrexato 50mg/m2 intramuscular (IM) (dia 1)
Dosagem de beta-HCG sérica (dia 4)
Dosagem de beta-HCG sérica (dia 7): verificação da queda de beta-HCG > 15% entre os dias 4 e 7.
Dosagem semanal de beta-hcg até que se atinja valores < 5 m UI/ml

Fonte: Adaptado de MONTENEGRO, 2019.

Tratamento cirúrgico

As indicações para o tratamento cirúrgico incluem: contraindicações ao metotrexato ou falha na terapia com ele, instabilidade hemodinâmica e suspeita ou fatores de risco para rotura, sendo os dois últimos sugestivos da necessidade de uma cirurgia de emergência.

Salpingostomia: destinada a pacientes com desejo reprodutivo posterior, tuba contralateral ausente ou danificada e massa de pequeno tamanho, localizada no segmento da ampola uterina e que mantenha sua integridade. Esse tipo de intervenção consiste em uma incisão na tuba uterina para remover a ectopia, mas deixa o restante da tuba aberta, para cicatrização por segunda intenção, proporcionando uma opção conservadora. (TULANDI, 2020; REZENDE, 2019)

Salpingectomia: é a cirurgia radical, com a remoção parcial ou da total da tuba uterina, a depender da presença de uma ou duas tubas e se há desejo reprodutivo, podendo ser realizada por laparoscopia (padrão -ouro) ou laparotomia. É a técnica utilizada em pacientes com: tuba uterina rota ou grande lesão na tuba,

sangramento incontrolável, e saco gestacional maior que 5 cm. Do ponto de vista cirúrgico a salpingectomia é ideal, uma vez que promove hemostasia adequada e permite a remoção completa de todo o tecido trofoblástico (TULANDI, 2020, MONTENEGRO, 2019) .

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra que os casos de gravidez ectópica tiveram uma elevação da incidência nos últimos anos, o que foi associado ao aumento dos fatores de risco (doença inflamatória pélvica, uso da técnica de reprodução humana assistida e ao tabagismo em mulheres com idade fértil). Todavia, com um diagnóstico realizado precocemente, através do uso da USTV e dosagem de beta-HCG, proporcionou-se uma conduta mais adequada, reduzindo complicações e técnicas menos invasivas. Dentre as opções de tratamento foram vistos o método expectante, medicamentoso, com o uso de metotrexato, e cirúrgico, através da salpingectomia ou salpingostomia, sendo esta menos invasiva e capaz de proporcionar um futuro reprodutivo promissor a paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARNHART KT, SAMMEL MD, RINAUDO PF, ZHOU L, HUMMEL AC, GUO W. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. Obstet Gynecol. 2004 Jul

CUNNINGHAM, F. G. *et al*. Obstetrícia de Williams. 25 ed. Porto Alegre: AMGH, 2021. p. 370 – 386.

ELITO, J JUNIOR *et al*. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2008, v. 30, n. 3, pp. 149-159.

ELITO, J JUNIOR. Gravidez ectópica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), São Paulo, 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 22/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).

HENDRIKS E, ROSENBERG R, PRINE L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2020 May 15.

KILPATRICK, Charlie C.; OREJUELA, F. J. Approach to acute abdominal pain in pregnant and postpartum women. In: Vanessa B, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-abdominal-pain-in-pregnant-and-postpartum-women?search=Abordagem%20para%20dor%20abdominal%20aguda%20em%20mulheres%20gr%C3%A1vidas%20e%20pu%C3%A9rperas%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: maio 2021.

MARTINS-COSTA, Sergio *et al*. Rotinas em obstetrícia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017, p 353-363.

MEHTA, T. Ultrasonography of pregnancy of unknown location. In: Alana Chakrabart, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ultrasonography-of-pregnancy-of-unknown-location?search=Ultrasonography%20of%20pregnancy%20of%20unknown%20location%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 . Acesso em: maio 2021.

MOLINARO T, BARNHART K. Cesarean scar pregnancy, abdominal pregnancy, and heterotopic pregnancy. In:Alana Chakrabart, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cesarean-scar-pregnancy-abdominal-pregnancy-and-heterotopic-pregnancy?search=MOLINARO,%20Thomas%20A.%20et%20al.%20Abdominal%20pregnancy,%20cesarean%20scar%20pregnancy,%20and%20heterotopic%20pregnancy.%20UpToDate.%20May,%202008.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Acesso em: maio 2021.

MONTENEGRO, CAB; REZENDE FILHO, J. Obstetrícia fundamental, Rezende. 14.ed. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1002 ; p 362- 380

TULANDI, Togas. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. In: Alana Chakrabart, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020. Disponível em: < https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=Gravidez%20ect%C3%B3pica:%20epidemiologia,%20fatores%20de%20risco%20e%20s%C3%ADtios%20anat%C3%B4micos%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 > . Acesso em: maio 2021.

ROCHA *et al*. Gestação ectópica: compreensão e crenças a respeito do diagnóstico, tratamento e suas repercussões. Psicol. hosp. (São Paulo) vol.11 no.2 São Paulo jul. 2013

SIVALINGAM, Vanitha N. *et al*. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, v. 37, n. 4, p. 231-240, 2011.

XIAO-YAN C, JIE L, DANG J *et al*. A highly sensitive electrochemiluminescence immunoassay for detecting human embrionic human chorionic gonadotropin in spent embryo culture media during IVF-ET cycle. J Assist Reprod Genet 2013; 30:377.

ZUGAIB M, FRANCISCO R. Zugaib Obstetrícia. 4 ed Barueri: Manole, 2020. p 587-610

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 14

POBREZA MENSTRUAL

AUTORES
ANA JULIA PEREIRA DE OLIVEIRA[1]
GABRIEL MORENO BARBOSA[1]
IARA PAIVA GERÔNIMO[1]
JOÃO INÁCIO MIGLIORINI SILVA[1]
JÚLIA RIBEIRO DIAS GODOY[1]
LARA PEREIRA DO CARMO[1]
LÍVIA MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA[2]
LUÍSA RIBEIRO DIAS GODOY[1]
MARIA LUIZA ROSA BARBOZA[1]
MATHEUS ALBERTO DIAS ROMERO[1]
PAULA VIEIRA PENHA[1]
VALDECIR BOENO SPENAZATO JÚNIOR[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina na Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG
[2]Discente – Medicina na Universidade Metropolitana de Santos, SP

Palavras-chave: Menstruação; Higiene Menstrual; Pobreza Menstrual.

INTRODUÇÃO

Pobreza ou precariedade menstrual é definida como uma condição complexa, multicausal e de múltiplas dimensões que pode afetar mulheres adultas e jovens, além de homens transexuais e pessoas não binárias que menstruam, interferindo, de forma direta ou indireta, no estado de bem estar social, físico e mental destes indivíduos (CRITCHLEY, 2020; UNICEF, 2021).

Conceitualmente caracteriza-se por um estado de ausência total ou parcial dos requisitos intelectuais, materiais básicos necessários ao manejo da menstruação, além da falta de espaços privados e seguros para uma boa higiene menstrual e, por consequência, pessoal (UNICEF, 2021; ROSSOUW & ROSS, 2021).

Um estudo feito por Rossouw e Ross demonstrou que a riqueza é o maior contribuinte para a desigualdade quanto ao acesso a absorventes higiênicos na maioria dos países, e que famílias mais pobres têm menos probabilidade de acessarem espaços privados e seguros (ROSSOUW & ROSS, 2021).

Além do impacto estrutural sobre os banheiros, destaca-se, ainda, que a capacidade econômica dos países reflete na aptidão dos mesmos em fornecer serviços adequados ao manuseio menstrual de seus cidadãos, como saneamento básico e coleta de lixo, acesso a medicamentos e serviços de saúde, além de uma educação menstrual, visando a eliminação de tabus e preconceitos enraizados na sociedade mundial (UNICEF, 2021).

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é avaliar os âmbitos que envolvem a pobreza menstrual, seus impactos e suas possíveis soluções, tendo em vista que, como citado, a menstruação exige educação em saúde, saneamento, empoderamento e acesso a produtos, de forma conjunta e com dignidade (COUSINS, 2020).

MÉTODO

Foi realizada uma revisão integrativa de literatura sobre os impactos socioculturais da menstruação e da pobreza menstrual. Para isso, utilizamos as palavras-chave: pobreza menstrual, higiene menstrual, menstruação, menarca, saúde menstrual, educação e saúde da mulher nas línguas inglesa e portuguesa. As bases de dados utilizadas incluíram PubMed, Medline, Scielo, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde.

A princípio, realizamos uma pré-seleção a partir dos resumos dos artigos e, em seguida, foram revisados de modo integral. Também foram incluídas publicações das Nações Unidas e UNICEF. Por fim, para comple-mentar a literatura analisada, foram revisadas as listas de referências dos trabalhos, nas quais identificamos mais artigos que contemplavam o tema abordado. Ao todo, foram selecionados 28 trabalhos publicados no período entre os anos de 2015 e 2021, além de um estudo do ano de 1967.

EPIDEMIOLOGIA

Todos os dias, mais de 800 milhões de pessoas no mundo estão menstruadas. Além desse dado, diversos outros evidenciam o problema que afeta indivíduos que menstruam (COUSINS, 2020). 20% das meninas nas áreas rurais da Índia abandonam a escola após a primeira menstruação, enquanto 7% no Malawi perdem um a três dias de aula por mês devido à menstruação. Quanto à questão inte-lectual, 48% das meninas no Irã, 10% na Índia e 7% no

Afeganistão acreditam que a mens-truação é uma doença, ao passo que 51% das meninas no Afeganistão e 82% no Malawi não sabiam sobre a menstruação antes da menarca.

Em uma pesquisa realizada pela Plan International UK, descobriu-se que 14% das participantes não sabiam o que estava acontecendo na menarca, 1 em 4 possuía um despreparo quando menstruou pela primeira vez, 1 em 5 se sentia confortável discutindo sobre menstruação com os professores ou funcionários da escola, 48% sentiam-se cons-trangidas com a menstruação e 1 em 7 já havia recebido comentários sobre a limpeza ou higiene (TINGLE & VORA, 2018).

Quanto aos locais fornecidos para higiene, na Etiópia e na Uganda, apenas 10% e 6% dos entrevistados, respectivamente, tinha acesso a alguma forma de autoclismo e disparidades seme-lhantes existiam em espaços para lavar as mãos (ROSSOUW & ROSS, 2021).

Em relação ao cenário brasileiro, e tendo como base a Pesquisa Nacional de Saúde - realizada pelo IBGE e Fundação Oswaldo Cruz -, a média de idade da menarca para as meninas foi de 13 anos, sendo que cerca de 90% delas passaram por este processo entre os 11 e 15 anos de idade e 42% abaixo disto, ou seja, dos 8 aos 12 anos. Dessa forma, verificou-se que elas passam aproximadamente de 3 a 7 anos menstruando no período escolar (UNICEF, 2021).

Tendo em vista o número supracitado e analisando variáveis capazes de influenciar o processo menstrual, bem como o modo com o qual as adolescentes lidam com esse acontecimento no período escolar, observou-se que cerca de 3% das estudantes brasileiras frequentam escolas sem banheiros aptos para uso, em sua maioria localizadas nos estados do Nordeste do país (37,8%). Além disso, estima-se que aproximadamente 11,6% das estudantes não possuem papel higiênico à disposição nos banheiros escolares, da mesma forma que 6% não possuem acesso a pias e lavatórios nas escolas. (UNICEF, 2021).

Dessa forma, constata-se que mais de 4 milhões de meninas em idades escolares, ou seja, 38,1% das estudantes não possuem condições totais de higiene para a prática de uma saúde menstrual adequada no Brasil. Tais dados refletem diretamente nos índices de evasão escolar, menor desempenho e aumento de ausências nas salas de aula (UNICEF, 2021).

CONTEXTO SOCIOCULTURAL

O conceito de menstruação é variável de acordo com as diferentes culturas e países. Por exemplo, para o islamismo, a mulher é considerada impura e não é permitido aproximar-se dela até que esteja limpa nova-mente. Em países como Egito, Índia, Jamaica, Iugoslávia e Filipinas, é dessa-conselhável a visita às mulheres menstruadas por amigos ou parentes, principalmente gestantes e puérperas, pois a mulher mens-truada é considerada uma ameaça à saúde reprodutiva e fértil. No Egito, a mulher menstruada é mais suscetível aos espíritos sobrenaturais, passando por crises semelhantes ao período de nascimento de uma criança. Por isso, em virtude desse tabu enraizado nas mais diversas sociedades, há uma dificuldade na busca por soluções de problemas como a pobreza menstrual, já que inexistem políticas públicas atrelada a esse estigma (FAY, 1967).

A ausência de políticas públicas para combater a pobreza menstrual é fruto do estigma associado à menstruação. Nesse contexto, a religião possui um papel signi-ficativo, haja vista seu papel na imple-mentação

de restrições de locomoção e pela perpetuação de crenças em torno da menstruação. Um estudo mostrou que mães entrevistadas em Bangladesh atribuíram a menstruação a Deus. Dessa forma, durante ritos de iniciação em Malawi, informações equivocadas, como a possibilidade de homens se machucarem caso entrem em contato com sangue menstrual, são passadas para garotas por parentes do sexo feminino (SIVAKAMI *et al*., 2019). Além disso, pessoas que menstruam em escolas rurais da Zâmbia relataram preferir descartar os seus materiais menstruais usados nas latrinas ao invés da lixeira da escola, por medo de que bruxas e satanistas usem o sangue de sua menstruação para enfeitiçá-las e roubar sua fertilidade (CHINYAMA *et al*., 2019). Outrossim, a falta de acesso a informações corretas, antes mesmo da menarca, aliada ao despreparo de professores no ambiente escolar e à falta de abordagem do assunto na sociedade colaboram para a per-petuação dessas crenças e saberes.

A partir do momento que uma pessoa menstrua, ela se depara com inúmeras dificuldades, dentre elas, a restrição do seu direito de ir e vir. Em um estudo efetuado nos estados da Índia em 2015, observou-se a implementação de inúmeras restrições, como culturais, alimentares, aos exercícios e reli-giosas, que são as mais comuns, havendo, pois, uma redução das interações sociais dentro e fora de casa. Em locais como Índia e Nepal, o acesso ao quarto e à cozinha é impe-dido em casos em que se esteja menstruada, pois crê-se que o sangue contaminará os alimentos e as pessoas. Também, durante o período menstrual, o trabalho doméstico é tido como proibido em alguns países, como Índia, Nepal e Quênia. No extremo oeste do Nepal, há o exílio menstrual, denominado Chhaupadi, em que pessoas menstruadas são obrigadas a viver longe da comunidade, em locais como galpões de gado, e são proibidas de tocar outras pessoas e objetos (AMATYA *et al*., 2018). O absenteísmo escolar também é muito comum nesses casos, e, no Nepal, por exem-plo, 70,7% das meninas na zona rural disseram não poderem ir às aulas nesse período. Com isso, as inúmeras limitações atribuídas a esse grupo por toda a menacme fazem com que se atribua uma carga negativa à menstruação, acarretando um fardo físico e psicológico nas meninas, o que contribui para a permanência da escassez de conhecimentos e recursos para suprir a higiene menstrual (SIVAKAMI *et al*., 2019).

As crenças envolvendo a menstruação existem em diversos locais e são fomentadas pela desinformação, fazendo com que muitas meninas cresçam acreditando naquilo que lhes foi ensinado por gerações. Em um estudo realizado com garotas na região da Uganda rural, descobriu-se o surgimento de uma prática cultural denominada “alongamento labial”. Nessa prática, meninas eram infor-madas sobre a menstruação e eram instruídas por mães, tias e professores a puxar e alongar seus pequenos lábios antes da menarca, pois, posteriormente, acreditava-se que ficariam mais difíceis de alongar (HENNEGAN *et al*., 2017). Outrora, em um estudo feito com pessoas que menstruam em escolas rurais na Zâmbia, as entrevistadas acreditavam que ser fisicamente ativa na menstruação fazia com que o sangramento durasse mais dias e que certos absorventes descartáveis fossem cance-rígenos. Ademais, outras mulheres relataram terem aprendido que ao adicionar sal à comida, quando menstruadas, causaria tosse crônica em quem a ingerisse (CHINYAMA *et al*., 2019). Esses são apenas alguns dos inúmeros tabus relacionados à menstruação que afastam as

pessoas da sua realidade e impedem que alcancem seu direito humano básico, o da dignidade menstrual.

IMPACTOS DA POBREZA MENSTRUAL

Ainda hoje, os sistemas de cuidado com a saúde e ciências da saúde possuem uma influência predominantemente androcêntrica, tomando-se por referencial padrão o organismo masculino (MEDINA-PERUCHA *et al*., 2020). Diante disso, variados aspectos de saúde do sexo biológico feminino são negligenciados, tanto científica quanto social-mente. Dentre as diversas consequências deste processo de androcentrismo destaca-se a questão da pobreza menstrual: resultado da indiferença, discriminação e desinformação em saúde menstrual.

O estigma construído ao redor da menstruação constitui obstáculo importante para o bem estar das pessoas que menstruam, de modo que até a abordagem sobre o tema gera desconforto em alguns jovens (MEDINA-PERUCHA *et al*., 2020). Deste modo, a conotação negativa atrelada à menstruação corrobora para um processo intermitente de autodepreciação durante o período menstrual, uma vez que o estigma o considera como "impuro" e "sujo", além de sustentar práticas de segregação social (SOMMER *et al*., 2020; TEMBO *et al*., 2020).

Um estudo realizado em Malawi evidenciou que a instauração de programas que estimulam o combate às práticas menstruais nocivas apresentou resultados positivos na redução gradual dos tabus e medos provocados pelos mitos culturais (KAMBALA *et al*., 2020), demonstrando que os impactos ocasionados pelo estigma na menstruação são passíveis de mudanças a partir do acesso à informação.

Voltando-se para o sentido literal, o manejo inadequado do ciclo mostra-se como consequência importante da pobreza mens-trual, uma vez que diante da escassez de renda e produtos, recorrer a meios insalubres torna-se a única alternativa (VORA, 2020). Nesse sentido, faz-se comum o uso de métodos irregulares e inseguros para lidar com o ciclo menstrual entre as populações carentes.

Em pesquisa realizada por Levit (2017), relatos fornecidos por moradoras de rua ou mulheres em situação de risco apontaram que produtos de higiene menstrual não eram fornecidos aos que possuíam alguma **Fonte** de renda, mesmo que extremamente limitada, de modo que seus ciclos menstruais agravavam a situação financeira, já precária. Diante de tais dificuldades, utilizar retalhos, papel higiênico ou toalhas de papel de banheiros públicos, além de inúmeros outros materiais irregulares, constitui uma prática trivial e necessária para manejo da menstruação entre grande parte das mulheres de baixa renda (SEBERT KUHLMANN *et al*., 2019).

O estereótipo social sobre a menstruação associado ao manejo inadequado do período menstrual contribui para o adoecimento físico e psicossocial das pessoas que menstruam. A falta de conhecimento sobre o tema, tanto pelos "educadores" quanto pelos "educados", é um fator importante nessa questão. Os parentes próximos e professores são, frequen-temente, a **Fonte** de informações sobre mens-truação, e, muitas vezes, oferecem conselhos limitados ou até mesmo errados (HENNEGAN *et al*., 2017).

Em contraste a isso, muitas meninas se sentem envergonhadas e constrangidas em conversarem sobre o assunto com essas referências, principalmente quando são pessoas

do sexo masculino, e acabam permanecendo sem o conhecimento apropriado sobre seus corpos e seus ciclos menstruais, situação que se torna uma **Fonte** de estresse (MEDINA-PERUCHA *et al*., 2020). Desse modo, ansiedade, vergonha e medo são constantemente experienciados nessas circunstâncias (HENNEGAN *et al*., 2017).

Outro fator importante que influencia diretamente nos tabus e estigmas relacionados à menstruação, é a desigualdade de gênero existente na sociedade. Ainda há discriminação contra as pessoas que pessoas que menstruam e contra a própria mens-truação, que é vista como algo sujo. As pessoas do sexo biológico feminino enfrentam, assim, barreiras em diversas áreas, como no ambiente escolar, profissional e científico. Por isso, promover a saúde menstrual é um caminho para a promoção da igualdade de gênero (TINGLE & VORA, 2018).

Diante de contextos de desinformação e recursos financeiros e materiais limitados, a maneira com que as pessoas que menstruam lidam com seus corpos menstruais é inapropriada (VORA, 2020). Ainda segundo Vora (2020), a desatenção a esse assunto torna recorrente a má higiene e o uso de materiais inadequados para o controle do fluxo menstrual, e, como consequência importante, o acometimento por infecções do trato geniturinário, infecções por fungos e dermatites de contato vulvar é facilitado (SOMMER *et al*., 2020). Muitas dessas condições, caso não sejam supervisionadas e tratadas corre-tamente, podem ser, inclusive, fatais (JAHAN, 2020).

Irritação na região genital e sensações de queimação foram relatados por meninas em um estudo de 2017, que atribuíram essas condições ao uso de absorventes por muito tempo, sem a possibilidade de realizar a higiene genital adequadamente (HENNEGAN *et al*., 2017). Episódios recorrentes de disme-norreia também foram referidos, e a falta de medicamentos para manejo da dor influenciou nas faltas escolares (HENNEGAN *et al*., 2017).

Todos os percalços enfrentados pelas pessoas em situação de precariedade menstrual tornam essa experiência insatisfatória e até dolorosa, o que gera impactos negativos consistentes para a saúde física e mental e para a participação social (HENNEGAN *et al*., 2019). Uma análise da experiência menstrual de mulheres sem teto mostrou que a maioria relatava seus ciclos como um período emocional, doloroso e repleto de sensações negativas, como irritabilidade, estresse, vulnerabilidade e mau humor (VORA, 2020).

Medo e constrangimento permeiam muitas das experiências menstruais, principalmente por preocupações relacionadas à higiene corporal e também das roupas, que podem manchar com o sangue menstrual (HENNEGAN *et al*., 2017). Além disso, ansiedade, depressão e falta de confiança também são regularmente relatadas, contri-buindo para a ausência em atividades sociais (TEMBO, 2020).

Dentre as consequências da falta de recursos para gerir o período menstrual, cita-se, também, o absenteísmo no ambiente escolar e de trabalho, ou até mesmo o abandono escolar total. As meninas se sentem inseguras de frequentarem as escolas quando estão em uso de absorventes inadequados, muitas vezes feitos de maneira improvisada, ou quando o ambiente escolar não oferece instalações higiênicas adequadas (CARDOSO *et al*., 2021). Dados mostram que, no Brasil, uma em cada quatro jovens já faltou à aula por não poder comprar absorvente (G1, 2021). Além disso, as cólicas menstruais também implicam em

ausências devido à falta de acesso a analgésicos (SHOEP *et al*., 2019).

POLÍTICAS PÚBLICAS E SITUAÇÃO NO BRASIL

No Brasil, a pobreza menstrual é um tema negligenciado, sendo evidente a falta de políticas públicas e de estudos voltados a este assunto, além da taxação excessiva dos produtos de higiene básica.

Em 2014, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu que o direito à higiene menstrual é uma questão de saúde pública mundial e de direitos humanos. Desde então, muito se tem discutido e estudado a respeito do tema na esfera internacional (ASSAD, 2021). No Brasil contemporâneo, apesar da existência de vários projetos de lei, a pobreza menstrual ainda é um problema que pode ser evitado. Sendo assim, faz-se necessária uma reforma estrutural e social no cenário brasileiro, assim como a que vem acontecendo em outros países, como Escócia e Nova Zelândia.

Mostra-se relevante citar aqui algumas alternativas de políticas públicas de enfrentamento à problemática, como a diminuição ou até mesmo a supressão de tributação sobre produtos de higiene menstrual; a distribuição gratuita destes produtos; o aumento do número de absorventes distribuídos mensalmente às presidiárias; a inserção de produtos de higiene menstrual na cesta básica; a criação de bonificações para empresas que combatam a pobreza menstrual dentro da sociedade onde estão inseridas; a promoção de campanhas publicitárias voltadas à conscientização da população; a inserção do tema na grade curricular das escolas; dentre outras (ASSAD, 2021).

As receitas são as principais maneiras de implementar políticas públicas. Contudo, a falta de recursos para o financiamento tem sido umas das principais causas do lento processo de efetivação das políticas de igualdade de gênero (NERIS, 2020).

Nesse entendimento, visualiza-se no Brasil a Lei Nº 7.210, de 1984, denominada Lei de Execução Penal, que implica o dever do Estado de promover assistência aos presos no requisito à saúde. Contudo, Nana Queiroz, em seu livro "Presos que Menstruam", escreve sobre a realidade das presidiárias em relação à falta de assistência do governo para com a pobreza menstrual, ao não disponibilizar absorventes.

Salienta-se ainda, no país, a alta carga tributária de absorventes menstruais higiênicos, cujo imposto equivale, em média, a 25% do preço do produto. Essa taxação excessiva, associada à taxa rosa, prática do mercado de elevar os preços em produtos específicos para as mulheres, tornam os itens de higiene básica feminina pouco acessíveis para uma parte considerável da população. Nesse sentido, a média de 40 anos que a maioria das mulheres passa menstruando implica em gastos elevados, de aproximadamente 6 mil reais em absorventes descartáveis, uma condição, muitas vezes, ilusória em um país sub-desenvolvido como o Brasil (NERIS, 2020).

Diante dessa perspectiva, inicia-se uma reflexão acerca da alta carga tributária dos absorventes femininos e dos prejuízos causados às mulheres pela ausência de atividade estatal que corrobora com a dimi-nuição dos preços desses itens, assim como a isenção de tributos para tais produtos de higiene pessoal, que são tão caros para as brasileiras. (NERIS, 2020). Atualmente, no nosso país, os absorventes não são tidos pela lei como produtos de higiene básica, os quais foram isentos da incidência de

tributos pelo governo federal em 2013. Dessa forma, mulhe-res que se encontram em situações de vulnera-bilidade social e econômica utilizam de mate-riais inadequados para substituir o absorvente. Logo, tanto no aspecto econômico quanto no social, a ausência na distribuição gratuita de absorventes íntimos acarreta um prejuízo evitável e desnecessário.

Em junho de 2019, entrou em vigor, na cidade do Rio de Janeiro, a Lei nº 6.603, que instituiu o Programa de Fornecimento de Absorventes Higiênicos (PAFH) nas escolas públicas do Município. Em setembro de 2019, a partir do Projeto de Lei N.º 4.968, o PAFH foi ampliado a nível nacional. Contudo, assim como o projeto de lei 428/2020, o qual se empenha em ampliar o público alvo, visando a distribuição não somente nas escolas, mas também em outros locais públicos, tais plane-jamentos não saíram do papel e geraram grandes discussões sobre seu impacto orçamentário. (ASSAD, 2021).

Além dos projetos de lei supramen-cionados, no Brasil, há projetos privados a fim de solucionar deficiências da política nacional em relação ao acesso aos produtos menstruais, tais como: arrecadação e distribuição de produtos de higiene menstrual e doação de absorventes ecológicos e reutilizáveis para presidiárias (ASSAD, 2021).

Em 2019, a tentativa de uma Licença Menstrual, "projeto que permite às mulheres se afastarem do trabalho durante o período menstrual, por até três dias ao mês, com a posterior compensação das horas não traba-lhadas" (Projeto de Lei N.º 1143/19), não foi aceita pelo Senado. Faz-se necessário que órgãos governamentais abordem medidas para melhorar a qualidade do período menstrual, visando o conforto das pessoas que mens-truam, para que não seja preciso o afastamento de suas atividades habituais (NASCIMENTO, 2016).

Entidades privadas demonstram maior interesse no assunto, uma vez que realizam pesquisas científicas para engajar o tema. Um estudo realizado por marcas privadas de itens de higiene aponta que, no Brasil, 28% da população feminina não tem acesso a produtos de higiene. Ademais, 26,8 milhões de brasileiras não possuem sistema de escoamen-to sanitário adequado, de acordo com a ONG Trata Brasil (ASSAD, 2021). Os poucos dados encontrados refletem indícios da alarmante marginalização do tema no Brasil e na Amé-rica Latina, evidenciando a escassez bibliográ-fica nas bases de dados científicas. Entretanto, no Estado de São Paulo, há uma perspectiva de mudança com a implementação do Programa Dignidade Íntima, que visa investir mais de R$30 milhões na distribuição de produtos de higiene para estudantes da rede estadual. O programa também conta com uma política pública, "Menstruação Sem Tabu", que inclui o Projeto de Lei N.º 1.177, para universalizar o acesso a absorventes a todas (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2021).

CONCLUSÃO

A precariedade menstrual não condiz com os parâmetros de desenvolvimento estabe-lecidos internacionalmente e, desta forma, deve ser feito um esforço mundial e conjunto no sentido de erradicá-la (ASSAD, 2021).

A superação da pobreza tem como termo característico a equidade, na forma de fornecimento barato ou gratuito de absorventes higiênicos, somado à resolução de estigmas e tabus culturais sobre a falta de conhecimento em torno da menstruação (COUSINS, 2020).

A fim de garantir que as pessoas que menstruam possam gerir seus períodos menstruais de forma segura e satisfatória, faz-se necessária a promoção da higiene menstrual. Para isso, é preciso garantir o fornecimento de produtos de higiene e instalações sanitárias adequadas, com acesso à água e ambiente privado para lavar, trocar e descartar os materiais menstruais (VANLEEUWEN & TORONDEL, 2018). Ademais, campanhas educativas relacionadas à saúde menstrual são essenciais para ensinar o manejo adequado dos absorventes e para conduzir a menstruação de forma higiênica e, além disso, a educação sobre os processos biológicos do corpo femi-nino é uma forma de acabar com os tabus e discriminação existentes (MEDINA-PERUCHA *et al*., 2020).

Segundo a Constituição Federal vigente no Brasil, os direitos sociais, descritos pelo Artigo 6º, asseguram a saúde e a educação a todos os brasileiros. Refletir sobre tal direito significa reconhecer o papel do Estado como mantenedor desse serviço social, sem desconsiderar, no entanto, a participação popular no combate à pobreza menstrual. Deste modo, evidencia-se a importância da implementação de políticas públicas que garantam um manejo adequado e digno da higiene menstrual, aliada ao fomento de pesquisas científicas que desmistifiquem o tema, analisem seus impactos na sociedade, buscando por propostas eficientes voltadas para a pobreza menstrual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATYA, P. *et al*. Practice and lived experience of menstrual exiles (Chhaupadi) among adolescent girls in far-western Nepal. PLoS One, v. 13, n. 12, p. e0208260, 2018.

ASSAD, B.F. Políticas públicas acerca da pobreza menstrual e sua contribuição para o combate à desigualdade de gênero. Revista Antinomias, v. 2, n. 1, p. 140-160, 2021.

CARDOSO, L.F. *et al*. Period poverty and mental health implications among college-aged women in the United States. BMC women's health, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2021.

CHINYAMA, J. *et al*. Menstrual hygiene management in rural schools of Zambia: A descriptive study of knowledge, experiences and challenges faced by schoolgirls. BMC Public Health, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2019.

COUSINS, S. Rethinking period poverty. The Lancet, v. 395, 2020.

CRITCHLEY, H.O. *et al*. Menstruation: science and society. American journal of obstetrics and gynecology, 2020.

FAY, D.L. Conceitos de mulheres sobre sua menstruação. Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952, 1967.

GOMES, L.1822. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015.

HENNEGAN, J. *et al*. A qualitative understanding of the effects of reusable sanitary pads and puberty education: Implications for future research and practice. Reproductive Health, v. 14, n. 1, p. 1–12, 2017.

HENNEGAN, J. *et al*. Women's and girls' experiences of menstruation in low-and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. PLoS medicine, v. 16, n. 5, p. e1002803, 2019.

JAHAN, N. Bleeding during the pandemic: the politics of menstruation. Sexual and Reproductive Health Matters, v. 28, n. 1, p. 1801001, 2020.

KAMBALA, C. *et al*. Acceptability of menstrual products interventions for menstrual hygiene management among women and girls in Malawi. Reproductive Health, v. 17, n. 1, p. 185, 23 dez. 2020.

KUHLMANN, A.S. *et al*. Unmet Menstrual Hygiene Needs Among Low-Income Women. Obstetrics & Gynecology, v. 133, n. 2, p. 238–244, fev. 2019.

LEVIT, F.R. Waiting and Menstruation: A Look at Homeless and At-Risk Women's Experiences. [s.l.] University at Albany, State University of New York, 2017.

MEDINA-PERUCHA, L. *et al*. Menstrual health and period poverty among young people who menstruate in the Barcelona metropolitan area (Spain): protocol of a mixed-methods study. BMJ open, v. 10, n. 7, p. e035914, 2020.

NASCIMENTO, B. Licença Menstrual. Etic 2016: Encontro de Iniciação Científica - ISSN 21-76-8498, v. 12, n. 12, 2016.

NERIS, B.B.S. Políticas fiscais e desigualdade de gênero: análise da tributação incidente nos absorventes femininos. Revista FIDES, v. 11, n. 2, p. 743-759, 2020.

QUEIROZ, Nana. Presos Que Menstruam. Rio de Janeiro: Record, 2015.

ROSSOUW L. & ROSS H. Understanding Period Poverty: Socio-Economic Inequalities in Menstrual Hygiene Management in Eight Low- and Middle-Income Countries. Int J Environ Res Public Health, v. 18, 2021.

SCHOEP, M.E. *et al*. Productivity loss due to menstruation-related symptoms: a nationwide cross-sectional survey among 32 748 women. BMJ open, v. 9, n. 6, p. e026186, 2019.

SIVAKAMI, M. *et al*. Effect of menstruation on girls and their schooling, and facilitators of menstrual hygiene management in schools: Surveys in government schools in three states in India, 2015. Journal of Global Health, v. 9, n. 1, 2019.

SOMMER, M. *et al*. Menstruation and homelessness: Challenges faced living in shelters and on the street in

New York City. Health & Place, v. 66, p. 102431, nov. 2020.

SP investe R$ 30 mi em produtos de higiene menstrual para alunas da rede estadual. Governo do Estado de São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/sp-investe-r-30-mi-em-produtos-de-higiene-menstrual-para-alunas-da-rede-estadual/> Acesso em: 26 jul. de 2021.

TEMBO, M. *et al*. Menstrual product choice and uptake among young women in Zimbabwe: a pilot study. Pilot and Feasibility Studies, v. 6, n. 1, p. 182, 23 dez. 2020.

TINGLE C. & VORA S. Break the Barriers: Girls ’Experiences of menstruation in the UK. Plan Int UK, p. 1-68, 2018.

UMA EM cada quatro jovens já faltou a aula por não poder comprar absorvente, diz antropóloga. G1, 2 maio 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2021/05/02/uma-em-cada-quatro-jovens-ja-faltou-aula-por-nao-poder-comprar-absorvente-diz-antropologa.ghtml>. Acesso em: 26 jul. 2021.

UNICEF. Pobreza Menstrual no Brasil. Disponível em:<https://www.unicef.org/brazil/media/14456/file/dignidade-menstrual_relatorio-unicef-unfpa_maio2021.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2021.

VANLEEUWEN, C. & TORONDEL, B. Improving menstrual hygiene management in emergency contexts: literature review of current perspectives. International journal of women's health, v. 10, p. 169, 2018.

VORA, S. The realities of period poverty: how homelessness shapes women’s lived experiences of menstruation. The Palgrave handbook of critical menstruation studies, p. 31-47, 2020.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 15

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PRATICADA POR PARCEIRO ÍNTIMO E AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DA MULHER

AUTORES
ESTEFFANY VAZ PIEROT[1]
JURANDIR CARVALHO LACERDA[2]
HELOISA ROLIN MARQUES LIMA[3]
ALEXANDRE DE SOUSA MOURA[4]
WELLINGTON SOUSA MORAIS[5]
ALEXANDRE DE SOUSA BARBOSA[3]
CAMILA FRANÇA DA SILVEIRA E SOUSA[6]
GEDIVAN PEREIRA DE GOIS[2]
DANIEL HENRIQUE DA SILVA FERREIRA[7]
BEATRIZ SILVA FREITAS DE MEDEIROS[8]
DAVILA FERNANDA RODRIGUES FONSECA[4]
ALINE RAQUEL DE SOUSA IBIAPINA[9]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Enfermagem da Universidade Federal do Piauí
[2]Discente – Medicina Universidade Federal do Maranhão
[3]Discente – Medicina do Centro Universitário Uninovafapi
[4]Discente – Medicina Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida
[5]Discente – Medicina Universidade de Gurupi
[6]Discente – Medicina da Universidade de Franca
[7]Discente – Medicina da Universidade Federal do Piauí
[8]Discente – Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz
[9]Docente – Departamento de Enfermagem, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (Picos) Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Violência doméstica; Violência por parceiro íntimo; Violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

A Violência Provocada por Parceiro Íntimo (VPPI) é denominda como uma ação comportamental que ocorre dentro de uma relação íntima que provoca danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. Devido à própria natureza da violência sexual e da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados (ROSA *et al*., 2018).

A VPPI contra a mulher ocorre, principalmente, a partir da adolescência e dos primeiros anos da vida adulta, muito frequentemente no âmbito do casamento ou coabitação e inclui como comportamento: a violência física (tapa, soco, empurrão, espancamento, ameaçar ou usar arma de fogo); a violência psicológica (intimidação, humilhação e depreciação); a violência sexual (coerção sexual; estupro e assédio sexual); e os comportamentos de controle (isolamento forçado da mulher em relação a sua família e amigos, monitorização dos seus movimentos, e restrição de seu acesso à informação ou assistência) perpetrados por parceiros atuais ou ex-parceiros (LIMA, 2017).

A violência contra a mulher é responsável por lesões orgânicas de diferentes intensidades, provocando danos emocionais, redução na produtividade, absenteísmo laboral, perda do emprego, isolamento social, diminuição da autoestima e morte. O abuso emocional pode ser tão danoso quanto as agressões físicas, enfraquecendo o papel da mulher no lar, repercutindo negativamente na saúde dos filhos e resultando no aumento da violência social (FRAZÃO *et al*., 2020).

A saúde da mulher vítima de violência doméstica é afetada de diversas formas e em variados âmbitos e intensidades. As marcas do sofrimento decorrente da vitimização aparecem logo no corpo, na saúde, trazendo sequelas não só físicas, mas também mostrando vários tipos de associação, soma-tização e prejuízo mental, como ideação suicida, perda de autoestima, depressão, fo-bias, pesadelos, crises de angústia, psicoses, medo de relações sexuais, dentre outros (LOURENÇO; COSTA, 2020).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar as principais consequências da violência doméstica praticada por parceiro íntimo para a saúde da mulher.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa composto por etapas que permitem o pesquisador aproximar-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre a sua produção científica, de forma que possa conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa (BOTELHO *et al*., 2011).

O referencial metodológico de revisão integrativa da literatura foi estruturado em seis etapas: definição do problema e objetivo do estudo; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações e busca na literatura; categorização dos estudos primários; análise dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão mediante a síntese do conhecimento produzido (ZANETTI *et al*., 2020).

A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia PICo -População, Interesse, Contexto. Foi considerada a seguinte

estrutura: P- mulheres; I- consequências da violência para a saúde da mulher; Co- violência doméstica. Com isso, formou-se a questão: "Quais as consequências da violência doméstica praticada por parceiro íntimo para a saúde da mulher?"

A busca dos estudos foi realizada no período de julho de 2021, mediante a consulta nas bases de dados internacionais *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PubMed®), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e Base da Dado em Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde.

Os descritores utilizados para a operacionalização dos dados foram extraídos dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH). O quadro 1 descreve a estratégia gerada nas bases de dados consultadas.

Quadro 14.1 Estratégia de busca gerada bases de dados consultadas. Teresina, Piauí, Brasil, 2021

Base de dados	Expressão de busca
MEDLINE	(violência doméstica) AND (violência por parceiro íntimo) AND (violência contra a mulher) AND (db:("MEDLINE"))
LILACS	(violência doméstica) AND (violência por parceiro íntimo) AND (violência contra a mulher) AND (db:("LILACS"))
IBECS	(violência doméstica) AND (violência por parceiro íntimo) AND (violência contra a mulher) AND (db:("IBECS"))
BDENF	(violência doméstica) AND (violência por parceiro íntimo) AND (violência contra a mulher) AND (db:("BDENF"))

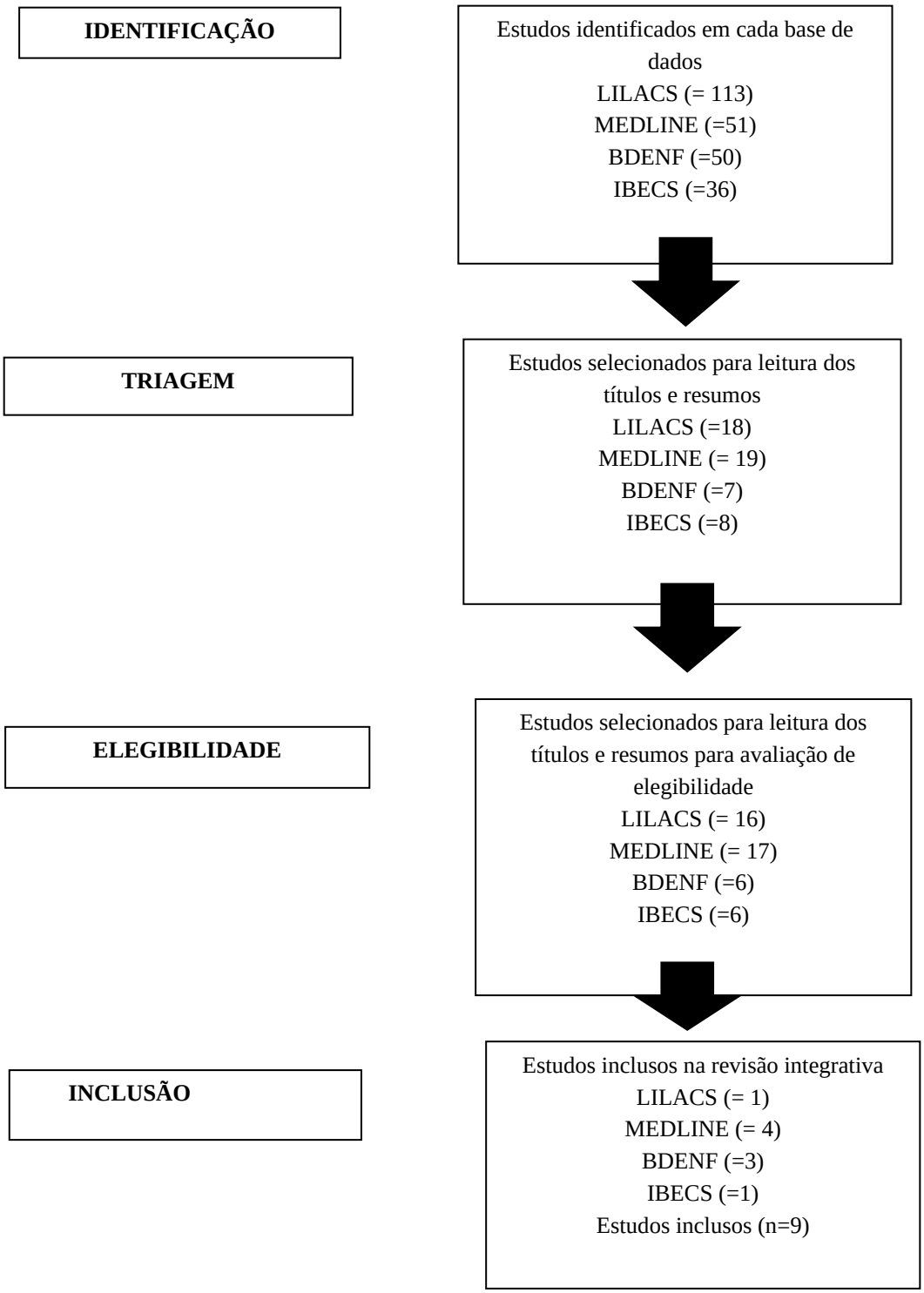
.

Os critérios de inclusão foram: artigos em todos os idiomas, sem delimitação temporal e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, artigos de revisão, teses, dissertações, editoriais e artigos que não abordavam diretamente a proposta estudada.

Dois pesquisadores realizaram as primeiras etapas da busca de maneira independente. Na primeira etapa, realizou-se a leitura de títulos e resumos dos estudos com base nos critérios de inclusão. Na segunda, os artigos foram na íntegra.

A análise dos resultados da busca foi realizada de forma descritiva. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de identificação nas bases de dados eletrônicas.

Figura 15.1 Fluxograma representando o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos da revisão integrativa. Teresina. Piauí. Brasil. 2021



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram incluídos 9 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e assim distribuídos nas bases de dados selecionadas que estão apresentadas no Quadro 2, conforme base de dados, autor e ano, título, objetivo, delineamento e consequências.

Com relação ao tipo de metodologia aplicada nos artigos estudados neste trabalho, percebeu-se que 55,5% artigos são estudos transversais, 33,3% estudos descritivos, e 11,1% estudo qualitativo.

Os artigos apontam que as consequências para a saúde da violência doméstica contra a mulher praticada pelo parceiro intimo estão relacionadas ao estresse, constrangimento e redução da libido (CHASWEKA *et al*., 2018), tentativas de suicídio, pensamentos suicidas e perda de memória (POTTER *et al*., 2021), depressão, insônia e redução da autoestima (FIELD *et al*., 2018) (FONSECA-MACHADO *et al*., 2015), medo (SCHRAIBER *et al*., 2007), sintomas depressivos, depressão pós-parto, aborto, complicações na gravidez (LIMA, *et al*., 2020), doenças crônicas e incapacitantes, isolamento social, adoecimento psíquico (FRAZÃO *et al*. 2020), sentimentos negativos (SOUTO, *et al*., 2016) dor crônica, abuso de substâncias, comportamento de risco para doenças sexuais e perda do controle reprodutivo (SILVA *et al*., 2020).

Globalmente, 30% das mulheres sofreram violência doméstica, física ou sexual por parceiro íntimo violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos das mulheres que prejudica a saúde física e mental de seus filhos, com custos substanciais para a saúde e para a sociedade. É uma importante causa de morbidade para as mulheres e um problema de saúde pública global (POTTER *et al*., 2021)

Uma das principais causas do alto índice da VPP porque esta violência é culturalmente vista como inevitável e um assunto privado, mesmo entre os casais. Muitas mulheres, por-tanto, sofrem em silêncio porque veem a denúncia de VPP como revelando segredos de família, o que traz vergonha e constrangimento à família (CHASWEKA *et al.*, 2018).

A VPI tem um impacto substancial na saúde física e mental da mulher. Os danos físicos incluem as consequências diretas de lesões sofridas na violência física, como fraturas, lacerações e traumas cranianos; infec-ções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas como consequência de violência sexual, além de vários distúrbios da dor. Os impactos na saúde mental incluem risco aumentado de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias psicoativas e comportamentos suicidas (MASCARENHAS *et al*., 2020).

A utilização de medicamentos de forma abusiva é bastante comum entre mulheres que vivenciam situações de agressão, em decorrência de insônia, pesadelos, ansiedade, dificuldade de tomar decisões, depressão e pensamentos suicidas. A depressão tem sido mencionada em alguns estudos como a consequência mais frequente entre as vítimas, devido ao sofrimento constante e episódios de depreciação e autodesvalorização (FRAZÃO *et al*., 2020).

Já outras consequências físicas correspondem diretamente à violência física, que se caracteriza por lesões corporais causa-das por tapas, socos, chutes, imobilizações, espancamentos, queimaduras de genitália e mamas, estrangulamento e ferimentos com armas brancas, sendo os golpes direcionados para o rosto, braços e pernas da vítima. Logo, esses atos de violência ocasionam dores pelo corpo, hematomas, escoriações, dores de cabeça, tonturas, entre outros. Alguns chegam até a

provocar problemas ginecológicos e reprodutivos mais sérios, como o aborto (LOURENÇO *et al*., 2020).

A VPPI durante a gravidez tem implicações negativas para a mãe e para a criança. Em sua forma mais grave, a violência contra mulheres grávidas foi relatada como uma causa contribuinte de mortes maternas. A violência durante a gravidez tem sido asso-ciada à utilização inadequada de cuidados pré-natais, com mulheres vítimas de abuso sendo mais propensas a adiar a procura de cuidados de gravidez e a comparecer a menos consultas pré-natais. Foram relatados resultados preju-diciais à saúde física perinatal tanto para a mãe quanto para o filho. Estes incluem: baixo peso ao nascer, morte fetal por descolamento prematuro da placenta, hemorragia anteparto, fratura fetal, ruptura do útero e parto prema-turo. Uma forte associação entre ideação suicida e VPPI em mulheres grávidas foi relatada em ambientes de baixa renda (FIELD *et al*., 2018).

O enfrentamento da VPPI, diante de sua complexidade, de suas repercussões negativas para a saúde mental das mulheres no período gestacional e do fato de que esse tipo de violência está associado a fatores de risco e de proteção clinicamente identificáveis, deve pautar-se tanto pelas ações direcionadas à identificação e à assistência às vítimas, bem como por medidas de prevenção primária. Estas últimas são essenciais frente às dificuldades dos profissionais de saúde em distinguir os casos e intervir sobre o problema. Considerando-se que os padrões hierárquicos de gênero são determinantes dos conflitos, do rompimento da comunicação interpessoal e, consequentemente, da VPPI, ações de prevenção e promoção da não violência dirigidas a uma maior equidade de gênero contribuirão para a diminuição desse problema de saúde pública e das suas consequências negativas para a saúde mental da mulher, especialmente quando dirigidas a grupos etários mais jovens (FONSECA-MACHADO *et al*., 2015).

CONCLUSÃO

As consequências para a saúde da VPPI podem incluir ansiedade, raiva, desamparo, desesperança, baixa autoestima, depressão, uso excessivo de drogas ou álcool, distúrbios no sono, comportamento de risco para doenças sexuais, ideação suicida, distúrbios físicos permanentes ou deficiências, doenças crônicas.

Dessa forma, foi evidenciado a necessidade da ampliação de políticas públicas que visem à busca ativa de mulheres que se encontram nessas condições e implementação de tratamentos com uma equipe multidisciplinar, a fim de mitigar os problemas que surgem diante dessa condição de violência praticada pelo parceiro íntimo. Além disso, torna-se imprescindível o estímulo à denúncia dos agressores, com o intuito de reduzir a recorrência desse tipo de agressão.

Quadro 15.2 Características dos estudos incluídos na revisão integrativa. Teresina. Piauí. Brasil. 2021.

Base	Autor e Ano	Título	Objetivo	Delineamento	Consequências
MEDLINE	CHASWEKA *et al.*, 2018.	A gravidez não deveria ser uma época alegre? Um estudo transversal sobre os tipos de violência doméstica que as mulheres sofrem durante a gravidez no Malawi	Identificar os tipos de violência que as mulheres vivenciam durante a gravidez.	Transversal	Estresse, constrangimento e redução da libido.
MEDLINE	POTTER *et al.*, 2021.	Categorias e impactos na saúde da violência por parceiro íntimo no estudo multinacional da Organização Mundial da Saúde sobre a saúde da mulher e a violência doméstica	Explorar as associações de diferentes categorias de VPI na saúde mental e física das mulheres.	Descritivo	Tentativas de suicídio, pensamentos suicidas e perda de memória.
MEDLINE	FIELD *et al.*, 2018.	Violência doméstica de parceiros íntimos a mulheres grávidas em um ambiente de poucos recursos na África do Sul: um estudo de métodos mistos baseado em instalações	Determinar associações entre doenças mentais, fatores demográficos, psicossociais e econômicos com experiência de VPI entre mulheres grávidas em um ambiente de poucos recursos na Cidade do Cabo e explorar os elementos contextuais relativos à violência doméstica.	Descritivo	Depressão, insônia e redução da autoestima.
MEDLINE	SCHRAIBER *et al*., 2007.	Prevalência de violência por parceiro íntimo contra mulheres em regiões do Brasil	Analisar os resultados do "Estudo Multipaíses da OMS sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica", sobre a prevalência de violência por parceiro íntimo contra a mulher encontrada no Brasil.	Transversal	Medo, perda de libido e dificuldade para dormir.
LILACS	FONSECA-MACHADO *et al.*, 2015.	Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo	Identificar a associação entre violência por parceiro íntimo e indicativo de ideação suicida durante a atual gestação.	Transversal	Ideação suicida, depressão e baixa autoestima.
IBECS	LIMA, *et al.*, 2020.	Sintomas depressivos em gestantes e violência por parceiro íntimo: um estudo transversal	Avaliar a presença de sintomas depressivos em gestantes e sua associação com a violência sofrida pelo parceiro.	Transversal	Sintomas depressivos, depressão pós-parto, aborto, complicações na gravidez.

Base	Autor e Ano	Título	Objetivo	Delineamento	Consequências
BDENF	SOUTO, *et al*., 2016.	Violência por parceiro íntimo entre mulheres adultas imigrantes que falam português no Canadá	Compreender as vivências de violência por parceiro íntimo entre mulheres de países de língua portuguesa residentes na área do Grande Toronto.	Descritivo	Sentimentos negativos, medo, ansiedade, ideação suicida.
BDENF	FRAZÃO *et al*. 2020.	Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão	Identificar violência praticada por parceiro íntimo a mulheres com depressão.	Qualitativa	Doenças crônicas e incapacitantes, redução da autoestima, isolamento social, adoecimento psíquico.
BDENF	SILVA *et al*., 2020.	Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF	Identificar o histórico de violência sexual e de sua associação com dados sociodemográficos, de saúde reprodutiva e sexual entre as usuárias de três PSF.	Transversal	Dor crônica, abuso de substâncias, comportamento de risco para doenças sexuais e perda do controle reprodutivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. D. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Soc., v. 5 n. 11, p. 121-36, 2011.

CHASWEKA, R. *et al.* Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. Malawi Medical Journal, v.30, p. 191, 2018.

FIELD, S. *et al.* Domestic and intimate partner violence among pregnant women in a low resource setting in South Africa: a facility-based, mixed methods study. BMC Women's Health, v. 18, p. 2-13, 2018.

FONSECA-MACHADO, M.O. *et al.* Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. Revista Panamericana Salud Publica. v. 37, p. 258-264, 2015.

FRAZÃO, M. C. L. O. *et al.* Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão. Revista Mineira de Enfermagem, v. 24, p. 1-7, 2020.

LIMA, L.S., *et al.* Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. Enferm. glob**.**, v. 19, p. 1-45, 2020.

LIMA, N. N. Violência pelo parceiro íntimo contra a mulher e o crescimento e nutrição da criança. [Dissertação de Mestrado]. Pernambuco; Universidade Federal de Pernambuco. 2017.

LOURENÇO, L. M.; COSTA, D.P. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 13, n. 1, p. 1-18, 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, 2020.

POTTER, L.C., *et al.* Categorias e impactos na saúde da violência praticada por parceiro íntimo no estudo multinacional da Organização Mundial da Saúde sobre a saúde da mulher e a violência doméstica. International Journal of Epidemiology, v.50, p.652-662, 2021.

ROSA, D. O. A. *et al*. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. Saúde em Debate, v. 42, p. 67-80, 2018.

SCHRAIBER, L.B., *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Revista de Saúde Pública, v.41, p. 797-807, 2007.

SILVA, A. C. F. *et al*. Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF. Nursing (Säo Paulo), p. 3705-3709, 2020.

SOUTO, R.Q., *et al.* Violência por parceiro íntimo entre mulheres adultas imigrantes que falam português no Canadá. Rev Esc Enferm USP. V. 50, p. 905-912, 2016.

ZANETTI, A. C. B. *et al*. Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 41, 2020.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 16

PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E ASSOCIAÇÃO COM O CÂNCER DE MAMA – UMA REVISÃO INTEGRATIVA

AUTORES
WILKLÂNIA LAÍSE LIMA GOMES[1]
TAYLINE GUEDES DE MIRANDA CARVALHO[2]
CAMILA BARBOSA SOUSA OLIVEIRA[3]
MAÍSA GUIMARÃES SILVA PRIMO[4]
MARIA DO CARMO DE CARVALHO E MARTINS[5]

FILIAÇÃO
[1]Pós-Graduação em Oncologia Experimental e Clínica/Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI
[2]Pós-Graduação em Ciências Forenses - Perícia Criminal/Faculdade de Ciências, Educação, Saúde, Pesquisa e Gestão – CENSUPEG, Rio de Janeiro/RJ
[3]Pós-Graduação em Linhas de Cuidado em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Catarina; Enfermeira da Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI
[4]Especialista em Nutrição Clínica Média e Alta Complexidade/HU-UFPI, Mestranda em Alimentos e da Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI
[5]Doutora em Ciências Biológicas/Universidade Federal de Pernambuco; Professora titular do Departamento de Biofísica e Fisiologia da Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI

Palavras-chave: HPV; Câncer de mama; Infecção.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada a infecção de transmissão sexual mais comum no mundo (GOMES; CARMO; FIGUEIREDO-ALVES, 2014). O HPV é um vírus de DNA não envelopado de fita dupla circular que contêm três oncogenes (E5, E6 e E7), duas proteínas reguladoras (E1 e E2), e duas proteínas estruturais (L1 e L2). O vírus é transmitido através de contato epitelial durante relações sexuais e lesões de pele. Per-tence à família Papillomaviridae, que possui vários tipos de vírus, os quais estão relacio-nados com diversos cânceres, como anal e o cervical. Outros tipos podem causar verrugas (como verrugas genitais ou plantares) (AFSHAR *et al*., 2018; KHODA-BANDEHLOU *et al*., 2019).

Os tipos de HPV são classificados, de acordo com sua capacidade de induzir carcino-gênese, como de baixo risco e de alto risco. O HPV 6 e o HPV 11 são subtipos de baixo risco e causam mais de 90% das verrugas genitais, enquanto os subtipos de alto risco, como os HPV 16, 18, 31, 33, 45 e 52, causam lesões intraepiteliais escamosas que podem progredir para carcinomas espinocelulares invasivos (FERNANDES *et al*., 2018).

O câncer de mama (CM) é atualmente a neoplasia mais diagnosticada e a principal causa de morte em mulheres tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (KHODABANDEHLOU *et al*., 2019). Exis-tem diversos fatores de risco descritos para o CM, tais como: idade, histórico familiar, peso, uso de contraceptivos orais e consumo de álcool. Alguns vírus podem ter um papel fundamental para o desenvolvimento dessa patologia, incluindo o vírus do tumor mamário de rato (MMTV), o vírus da leucemia bovina (BLV), o papilomavírus humano (HPV) e o vírus Epstein-Barr (EBV) (CAVALCANTE *et al*., 2018).

Esses vírus compartilham como uma característica comum o fato de que eles podem induzir a iniciação e progressão do câncer. Mas, ainda há dúvidas quanto à presença desses vírus no tecido mamário; não se sabe se a presença deles no tecido é apenas casual ou se desempenham um papel relevante na carcinogênese. Contudo, é importante ressaltar que com exceção do MMTV, os demais vírus já foram detectados em outras neoplasias malignas (DELGADO-GARCÍA *et al*., 2017).

Embora os fatores de risco associados ao desenvolvimento do CM sejam bastante conhecidos, na maioria dos casos não é identificada a causa inicial da doença. Por isso, investigar uma relação entre HPV e câncer de mama é uma hipótese válida por várias razões, ssendo uma delas a exposição dos ductos mamários ao ambiente externo através do complexo de aréola mamilar, que poderia fornecer um ponto de entrada para a infecção pelo HPV. Além disso, a maioria dos cânceres de mama tem origem no epitélio dos ductos mamários (SALMAN *et al*., 2017). A presença de HPV em tumores benignos e o acentuado aumento de tumores malignos da mama indi-cam sua importância patológica no câncer de mama.

O objetivo deste estudo foi descrever a possível relação entre o papilomavírus humano (HPV) e o desenvolvimento do câncer de mama.

MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão integrativa, realizada seguindo as seis etapas do seu processo de construção, cuja primeira foi a definição da pergunta norteadora do estudo, seguida da seleção dos artigos cien-tíficos a

serem revisados, da categorização e avaliação desses estudos (MENDES *et al*., 2019; SOUZA *et al*, 2010). A interpretação dos resultados e a apresentação da revisão foram as últimas etapas desse processo.

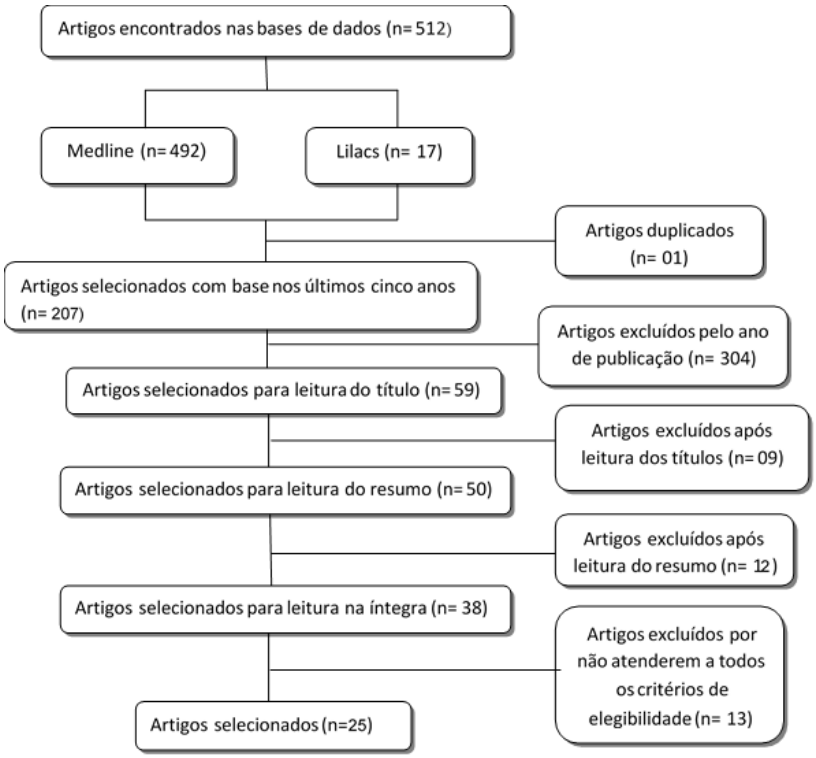
A busca ou amostragem na literatura foi executada nas bases de dados eletrônicas Medline e Lilacs, por meio dos descritores HPV, breast cancer, human papilloma vírus e infection, utilizados isoladamente e em combinações, na língua inglesa e língua portuguesa. Foram aplicados os operadores booleanos AND e/ou OR.

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos foram: estudos de casos realizados com seres humanos publicados em inglês e português, no período de 2015 a 2019, e que investigaram a relação da infecção pelo HPV com o desenvolvimento do câncer de mama. Foram excluídas pesquisas realizadas utilizando modelo animal, artigos de revisão e artigos que relacionavam o HPV com outros tipos de câncer.

Após a realização da busca nas bases de dados, a identificação e seleção dos estudos foi realizada em duas etapas, a primeira por meio da leitura de títulos e resumos e a segunda pela leitura do texto completo (**Figura 16.1**).

Figura 16.1 Fluxograma de seleção dos estudos da presente revisão integrativa

.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do título, do resumo e, posteriormente, do artigo completo, permitiu incluir 25 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão, sendo retirados 24 daqueles localizados da Medline e 01 do Lilacs.

Os vírus de HPV de alto risco mais prevalentes nesses estudos foram os tipos 16 e 18, presentes, respectivamente, em 10 e 11 dos trabalhos incluídos nesta pesquisa. Dentre os estudos incluídos 3 não identificaram os tipos de genótipos encontrados. Os artigos selecionados estão apresentados no quadro a seguir.

Quadro 16.1 Informações dos artigos incluídos na revisão integrativa. Teresina, PI, 2019.

Autor/ano	Tamanho da amostra	Tipo mais frequente de HPV	Resultados
Lawson *et al.* (2015)	855	HPV- 18	**Utilizando técnica de PCR, o HPV tipo 18 foi o genótipo mais comum identificado em amostras de câncer de mama,seguido pelo HPV 16.**
Ngan *et al.* (2015)	32	Genótipo não identificado	**A oncoproteína E7 do HPV foiclaramente expressa nos núcleos das amostras de câncer de mama analisadas.**
Gannon *et al.* (2015)	90	HPV- 16	**Não houve associação entre positividade para o HPV e quaisquer características clínicas ou histopatológicas de câncer de mama.**
El-shinawi *et al.* (2015)	135	HPV- 16	**HPV 16 foi o genótipo mais prevalente no tecido do carcinoma de mama. A frequência de múltiplos DNA viral foi maior em câncer de mama inflamatório do que em câncer de mama não inflamatório.**
Salehpour *et al.* (2015)	326	HPV- 6, 11 e genótipo não identificado	**Amostras de pacientes com carcinoma invasivo de mama, dos quais 63,2% eram positivos para PCR do gene da betaglobina. Em 54 casos (26,2%) foram positivos para HPV, sendo 19 casos (25,7%) para o genótipo 11 e 5 casos (6,8%) para o genótipo 6. Dois casos (2,7%) foram positivos para ambos os genótipos (6 e 11) e em 48 casos (64,9%) o genótipo era desconhecido.**
Li *et al.* (2015)	279	HPV- 6, 16 e 18	**Três de 187 amostras de câncer de mama foram positivas para o HPV- DNA. Entre eles, dois carcinomas ductal invasivo foram infectados com HPV-6 e HPV-18, respectivamente; enquanto um carcinoma invasivo não especificado foi infectado com HPV-16.**

Fu *et al.* (2015)	169	HPV- 58	**Presença de HPV-58 nas células epiteliais do ducto normal e no carcinoma *in situ*, juntamente com sua presençanas células cancerígenas damesma amostra, indicaram o possível envolvimento do HPV 58 no câncer de mama.**
Fernandes *et al.* (2015)	24	HPV- 51, 33, 18	**Genoma viral encontrado em 41,67% do total de amostras, sendo o genótipo 51 o mais frequente, seguido pelos tipos 18 e 33.**
Karimi *et al.* (2016)	70	HPV- 18	**Infecção por HPV em 2 de 70 no grupo caso e 0 no grupo controle. HPV- 18 foi encontrado nas duas amostras.**
Ilahi *et al.* (2016)	46	HPV- 16	**Houve correlação positiva entre a presença do HPV16 com câncer de mama ER/PR e HER2-positivo.**
Doosti *et al.* (2016)	87	HPV- 6, 11, 16, 18	**HPV-6 foi o genótipoprevalente, sem correlação entre a patologia tecidual do câncer de mama e a frequência do genótipo do HPV.**
Mohtaseb *et al*. (2016)	84	HPV- 16, 18	**Infecção pelo HPV prevalente entre mulheres iranianas com câncer demama familiar e os tipos HPV-16 e 18 foram os mais frequentes.**
Lawson *et al.* (2016)	28	HPV- 18	**HPV-18 foi o mais frequente. HPVs parecemser biologicamente ativos, como demonstrado pela expressão das proteínas E7 do HPV e pela presença de coilócitos associados ao HPV.**
Habyarimana *et al.* (2017)	47	HPV- 16, 33	**Não houve diferença significativa entre a infecçãopelo HPV e a localização do câncer na mama, subtipo histológico, estágio clínico, grau do tumor e subtipos moleculares intrínsecos.**
Ngamkham *et al.* (2017)	350	HPV- 16	**Genótipo do HPV detectado com maior frequência no grupo de câncer de mama e no tumor benigno da mama foi o HPV-16. Não houve diferença significativa entre o *status* de infecção pelo HPV e os parâmetrosde variáveis sociodemográficas.**

Rezaei *et al.* (2017)	84	Genótipo não identificado	**A infecção pelo HPV foi prevalente entre as mulheres iranianas com câncer de mama familiar.**
Islam *et al.* (2017)	272	HPV- 16, 18	**Possível papel do HPV em câncer de mama em pacientes indianos.**
Salman *et al.* (2017)	110	HPV- 39, 18	**Presença de 12 sequências gênicas de alto risco para o HPV em tecido mamário anormal fresco. DNA-HPV foi detectado em 46 das 110amostras de tecido mamário utilizando PCR em 47% dos cânceres de mama com teste positivo para DNA-HPV.**
Afshar *et al.* (2018)	98	HPV- 16, 18	**Não houve relaçãoentre a frequênciado HPV em amostras de tecido de câncer de mama e linfonodos tumorais**
Ghaffari *et al.* (2018)	72	Genótipo não identificado	**DNA do vírus foi detectado em quatro das amostras analisadas, mas ensaio utilizado falhou na identificação dos genótipos.**
Cavalcante *et al.* (2018)	103	HPV- 6, 11	**Positividade alta do DNA do HPV em amostras de tecido de câncer de mama, sugerindo relação potencial entreinfecção por HPV e carcinoma de mama.**
Bonlokke *et al.* (2018)	93	HPV- 16	**Prevalência do HPV foi baixa, indicando ausência de correlação etiológica entre HPV e câncer de mama.**
Elamrani *et al.* (2018)	76	HPV- 11	**Tipos de HPV de alto risco não foram identificados, mas os de baixo risco foram três vezes mais frequentes nos tumores de câncer de mama do que nos controles.**
Balci *et al.* (2018)	87	HPV- 11	**Alta prevalência de HPV nopapiloma e carcinoma, sugerindo que HPV pode ser um agente causador do desenvolvimento de papiloma e carcinoma de mama.**

Khodabandehlou *et al.*(2019)	**72**	**HPV- 18**	**HPV-18 foi o genótipo viral mais prevalente nospacientes. Expressão deP53, RB, BRCA1 e BRCA2 diminuiu em pacientes com câncer de mama HPV positivoem comparação com câncer de mama HPV negativo e controles saudáveis.**

A hipótese de possível influência dos tipos de HPV de alto risco oncogênico no desenvolvimento do câncer de mama surgiu logo depois da demonstração de que a transfecção com plasmídeos de HPV-16 e 18 poderia imortalizar as células epiteliais mamárias. A partir dessa observação juntamente com o fato de ter sido detectado em adenocarcinoma levou à proposição de que realmente possa estar envolvido na patogênese de alguns casos de carcinoma de mama (MALHONE *et al*., 2018).

O primeiro relato da presença de DNA de HPV em câncer de mama ocorreu na Itália, onde um grupo de pesquisadores utilizando reação em cadeia polimerase (PCR), detectaram a presença de DNA de HPV-16 em 29,4% de 40 espécimes de câncer de mama emblocados em parafina e em 13,3% dos linfonodos contendo câncer de mama metastático (DI LONARDO *et al*., 1992).

Da mesma forma a pesquisa produzida por Ngamkham *et al*. (2017), também possui o HPV- 16 como o genótipo predominante do estudo, que foi detectado tanto nos grupos de câncer de mama como de tumor benigno. Mas os autores também identificaram a presença de outros genótipos de alto risco como 16, 18, 33, 35, 52, 59, 66, o que não foi diferente de outros estudos como de Salman *et al*. (2017) e Khodabandehlou *et al*. (2019) que também identificaram uma variedade de genótipos em suas amostras.

Pelo fato de a carga viral do HPV no câncer de mama ser baixa e por terem sido encontrados diversos genótipo, Khodabandehlou *et al*. (2019) aplicaram dois métodos para confirmar a presença do DNA viral: PCR, que permitiu a amplificação do genoma viral; e sequenciamento, aumentando substancialmente a validade dos resultados.

Em contrapartida, alguns estudos, embora tenham detectado a presença do HPV nos tecidos de CM utilizando diferentes técnicas, não determinaram o tipo de genótipo encontrado. Os autores sugeriram uma correlação significativa entre o HPV e desenvolvimento do CM, mas como as evidências são apenas substanciais é necessário um estudo mais aprofundado sobre o assunto (GHAFFARI *et al*., 2018; NGAN *et al*., 2015; REZAEI *et al*., 2017).

Segundo Lawson *et al*. (2015), o HPV presente no CM possui uma carga viral relativamente baixa quando comparado a outras neoplasias, consequentemente a sua identificação em tumores mamários torna-se mais difícil, independentemente da técnica utilizada, seja por PCR ou por hibridização *in situ*. Delgado *et al*. (2017) ressaltaram que a utilização de diferentes métodos no mesmo estudo pode aumentar as chances de detecção de diferentes genótipos.

O HPV-16 foi o genótipo mais prevalente no tecido de mamário nos estudos de El-Shinawi *et al*. (2015) e Ilahi *et al*. (2016). Dentre as amostras da pesquisa de Ilahi *et al*. (2016), duas eram positivas para o receptor de fator de crescimento epidérmico humano-2 (HER2), três para receptor de estrogênio (ER) e progesterona (PR). Já em relação ao HPV-18, não houve identificação desse subtipo, o que pode ser justificado pelo fato da carga viral presente no câncer de mama ser relatada como baixo, o que afetaria a sensibilidade no processo de detecção.

Em estudo realizado por Bonlokke *et al*. (2018), a prevalência geral do vírus HPV em amostras de câncer de mama foi baixa; os pesquisadores identificaram apenas duas amostras contendo DNA de HPV-16,sendo uma entre as amostras de caso e outra nos controles. Desta

forma, concluíram que a infecção do tumor pelo vírus é rara, supondo assim que não há correlação etiológica entre o HPV e câncer de mama.

Já Islam *et al*. (2017) encontraram, a partir da análise de suas amostras, positividade para HPV de alto risco, a prevalência de HPV-16 foi alta (69,0%), seguida pelo HPV-18 (35,0%) e HPV-33 (2,9%). De modo seme-lhante, Lawson *et al*. (2016) também identificaram HPV de alto risco, sendo eles o 16, 18, 33 e 58 em 70% das amostras de câncer de mama invasivo. Dos casos positivos identificados por Lawson *et al*. (2016), 46% das mulheres tiveram neoplasia cervical prévia positiva para HPV, e os genótipos de HPV encontrados no câncer cervical eram os mesmos encontrados posteriormente no câncer de mama. Esses autores também demonstra-ram que o câncer de mama positivo para HPV após o câncer cervical associado ao HPV ocorre de forma importante em mulheres mais jovens.

O modo de transmissão do HPV para a mama não é conhecido. No entanto, é possível que os HPV sejam transmitidos para o trato genital durante relações sexuais e são poste-riormente levados pelos glóbulos brancos para todo o corpo, incluindo as mamas. Essa hipótese baseia-se na idade jovem de mulheres com câncer de mama positivo para HPV, sexualmente ativas e com alta incidência de infecções cervicais por HPV, além da identificação repetida de HPV de alto risco nos glóbulos brancos, o que poderia justificar o achado de Lawson *et al*. (2016), com relação a identificação dos mesmos tipos de HPV nas duas neoplasias diferentes (LAWSON *et al*., 2015).

A presença de HPV de alto risco foi elevada em estudo realizado no Irã, onde os subtipos 16 e 18 foram os mais prevalentes, e onde também foram identificados outros sub-tipos de alto risco, como 31, 33 e 35. Além desses, foi detectada também a presença de um tipo de baixo risco, HPV-11 (MOHTASEB *et al*., 2016). Habyarimana *et al*. (2017) encontraram o DNA do HPV em 46,81% dos casos, sendo o HPV-16 o subtipo mais pre-valente (77,27%), seguido pelo HPV-33 (13,64%) e HPV-31 (9,09%). No entanto, a comparação do HPV com as características clínico-patológicas não mostrou diferença significativa entre a infecção pelo HPV e a localização na mama, subtipo histológico, estágio clínico, grau do tumor e subtipos mole-culares intrínsecos. Nesse sentido, Gannon *et al*. (2015), também não identificaram em seu trabalho nenhuma associação estatisticamente significante entre a positividade do HPV e quaisquer características clínicas ou histo-patológicas.

A prevalência de infecção por HPV foi de 2 em 70 (2,56%) na pesquisa realizada por Karimi *et al*. (2016), e o subtipo encontrado foi o 18. De modo semelhante, Li *et al*. (2015) encontraram uma baixa quantidade de amos-tras positivas, em que, dentre as 187 anali-sadas, apenas 3 tinham presença de HPV, sendo eles o 16, 18 e 6. Esse resultado levou os autores a supor que o HPV não possui relação com o desenvolvimento do câncer de mama.

Doosti *et al*. (2016) relataram em sua pesquisa a presença de quatro tipos de genó-tipos de HPV, dentre os quais o mais preva-lente foi o HPV- 6, contudo a análise dos dados para genótipos de HPV e graus de patologia tecidual não apresentou correlação, ou seja, embora o vírus tenha sido detectado no tecido de carcinoma de mama, o que é consistente com outras publicações, a análise estatística dos dados não mostrou associação entre esse vírus e o desenvolvimento da neo-plasia mamária.

Cavalcante *et al*. (2018) encontraram o DNA do papilomavírus humano em 49,5% amostras de carcinoma da mama e em 15,8% de amostras normais de mama em estudo realizado no nordeste do Brasil. Os genótipos 6 e 11 do papilomavírus humano foram identi-ficados em 15,2% de todas as amostras, predominando sobre os demais. Resultados semelhantes foram descritos em outros estudos (ELAMRANI *et al*., 2018; SALEHPOUR *et al*., 2015; BALCI *et al*., 2019), em a presença de HPV 11, um tipo de baixo risco, foi detectada, e em que os pesquisadores relata-ram que esse tipo de HPVé comumente encontrado em verrugas genitais, sendo sua presença raramente demonstrada em neopla-sias malignas.

Fu *et al*. (2015) buscaram identificar apenas o HPV-58, e o vírus foi detectado em 25 dos 169 tecidos de câncer de mama analisados. A presença de HPV 58 nas células epiteliais do ducto normal e no carcinoma *in situ*, juntamente com sua presença nas células cancerígenas da mesma amostra, indicaram possível papel causal do HPV 58 no câncer de mama. Os resultados fornecem uma evidência morfológica robusta de envolvimento do HPV 58 no desenvolvimento do câncer de mama.

O papel do HPV na iniciação e desen-volvimento do câncer de mama pode ser deter-minado sob dois aspectos, o primeiro é que ele pode ter um papel direto por uma interação de proteínas virais com as principais proteínas reguladoras da célula; e o segundo papel seria de forma indireta, por meio de indução de inflamação (KHODABANDEHLOU *et al*., 2019).

As formas pelas quais os HPVs são transmitidos para a mama não são conhecidas. O que se sabe é que os viriões do papi-lomavírus humano são libertados quando o envelope cornificado de células se descama, e para que ocorra a transmissão é necessário um contato celular superfície-superfície. No caso da mama, acredita-se que o HPV seja encontrado principalmente na derme e passe através do mamilo e ductos, infectando o tecido mamário e iniciando o potencial pro-cesso maligno, mas como o mecanismo não é claro, é possível que existam cofatores que contribuam para a imortalização e transfor-mação das células mamárias infectadas (AHANGAR-OSKOUEE *et al*., 2014).

A análise dos estudos incluídos nesta revisão evidencia uma relativa hetero-geneidade quanto à distribuição e aos tipos de genótipos encontrados nos tecidos de câncer de mama analisados. Foi possível observar a presença tanto de HPV de alto risco quanto de baixo risco, com predomínio de subtipos de alto risco, mesmo nas pequenas quantidades de amostras positivas.

Os HPVs 16 e 18 foram os mais comuns no câncer de mama, embora em alguns trabalhos eles tenham sido detectados também em amostras de tecido mamário normal, o que parece adquirir grande relevância, visto que esses subtipos têm participação direta em outros tipos de câncer, como o de colo do útero.

Essa discordância entre a frequência e tipos de HPV encontrados pode ser justificada por vários fatores, como por exemplo, a sensibilidade do método molecular utilizado para detecção e genotipagem do vírus. Vários métodos diferentes foram utilizados nos estu-dos, e alguns autores optaram por diversos métodos de PCR, enquanto outros por hibridização *in situ*, e outros ainda por imunohistoquímica ou por um conjunto de métodos, para tornar a pesquisa mais precisa e sensível.

Outro fator que pode ter interferido no resultado final das pesquisas, seriam as

condições de conservação das amostras do tumor, que podem ter afetado a qualidade do DNA do HPV. A maioria das pesquisas utilizou tumores preservados em parafina, entretanto tumores congelados permitem uma melhor preservação do DNA viral, e menor risco de contaminação cruzada com o meio externo. Aspectos sociodemográficos também podem ter tido alguma influência, uma vez que os estudos foram realizados com populações de países diferentes.

Com isso foi possível perceber algumas limitações nos estudos apresentados nesta revisão, como número de amostras, pois os estudos apresentavam quantidades diferentes, quanto ao tipo de neoplasia, que variavam com relação ao grau de malignidade, quanto ao método utilizado, visto que alguns estudos utilizavam métodos mais precisos que outros e por fim quanto aos genótipos encontrados que variavam entre os de alto e baixo risco. Mas apesar dessa heterogeneidade, os estudos analisados mostraram uma possível relação dos tipos de HPV de alto risco com o desenvolvimento do câncer de mama.

No entanto, a participação do HPV no desenvolvimento ou progressão do CM precisa ser estudado com maior aprofundamento, devido à complexidade na identificação dos genótipos e a prevalência relativamente baixa da infecção por HPV em tumores mamários. Portanto se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas mais aprofundadas sobre o assunto, com uma grande quantidade de amostras, estas estando em um meio de conservação que preserve a integridade do DNA viral e sendo analisada por diferentes técnicas, para assim podermos entender o papel do vírus na carcinogênese da mama.

CONCLUSÃO

A análise dos trabalhos selecionados e incluídos nesta revisão, embora tenham demonstrado a presença do DNA viral em amostras analisadas de tecido tumor mamário, ainda não fornece evidência conclusiva em relação à possível associação entre o HPV e carcinoma de mama, além de indicar a existência de diferença com relação ao tipo e frequência dos genótipos encontrados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFSHAR, R. M. *et al*. Low Prevalence of Human Papilloma Virus in Patients with Breast Cancer, Kerman; Iran. Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention, [s.l.], v. 19, n. 11, p.3039-3044, 1 nov. 2018.

AHANGAR-OSKOUEE, M. *et al*. No Detection of 'High-risk' Human Papillomaviruses in a Group of Iranian Women with Breast Cancer. Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention, [s.l.], v. 15, n. 9, p.4061-4065, 15 maio 2014.

BALCI, F. L *et al*. Is human papillomavirus associated with breast cancer or papilloma presenting with pathologic nipple discharge? Cancer Treatment And Research Communications, [s.l.], v. 19, p.148-152, 2019.

BONLOKKE, S. *et al*. Evidence of No Association Between Human Papillomavirus and Breast Cancer. Frontiers In Oncology, [s.l.], v. 8, p.01-08, 8 jun. 2018.

CAVALCANTE, J. R. *et al*. Association of breast cancer with human papillomavirus (HPV) infection in Northeast Brazil: molecular evidence. Clinics, [s.l.], v. 73, p.01-06, 10 out. 2018.

DELGADO-GARCÍA, S. *et al*. Presence of human papillomavirus DNA in breast cancer: a Spanish case-control study. BmcCancer, [s.l.], v. 17, n. 1, p.01-11, 8 maio 2017.

DI, L. A; Venuti, A.; Marcante, M. L. Human papilloma virus in breast cancer. Breast Cancer. Res Treat, V.21, p.95-100, 1992.

DOOSTI, M. *et al*. Lack of Evidence for a Relationship between High Risk Human Papillomaviruses and Breast Cancer in Iranian Patients. Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention, Iran, v. 17, n. 09, p.4357-4361, 2016.

ELAMRANI, A. *et al*. Prevalence of mucosal and cutaneous human papillomavirus in Moroccan breast cancer. Papillomavirus Research, [s.l.], v. 5, p.150-155, jun. 2018.

EL-SHINAWI, M. *et al*. Inflammatory and Non-inflammatory Breast Cancer: A Potential Role for Detectivo of Multiple Viral DNAs in Disease Progression. Annals Of Surgical Oncology, [s.l.], v. 23, n. 2, p.494-502, 27 out. 2015.

FERNANDES, A. *et al*. Presence of human papillomavirus in breast cancer and its association with prognostic factors. Ecancer medical science, [s.l.], v. 9, p.01-09, 25 jun. 2015.

FU, L. *et al*. Association of human papillomavirus type 58 with breast cancer in shaanxi province of China. Journal Of Medical Virology, [s.l.], v. 87, n. 6, p.1034-1040, 9 fev. 2015.

GHAFFARI, H. *et al*. Molecular prevalence of human papillomavirus infection among Iranian women with breast cancer. Breast Disease, [s.l.], v. 37, n. 4, p.207-213, 12 dez. 2018.

GANNON, O. M. *et al*. No association between HPV positive breast cancer and expression of human papilloma viral transcripts. Scientific Reports, [s.l.], v. 5, n. 1, p.01-08, dez. 2015.

GOMES, O. V.; CARMO, S. N.; FIGUEIREDO-ALVES, R. R.. Prevalência da infecção pelo HPV em cânceres não anogenitais: uma revisão sistemática. Femina, Goiás, v. 42, n. 6, p.289-294, nov. 2014.

HABYARIMANA, T. *et al*. Detection of human papillomavirus DNA in tumors from Rwandese breast cancer patients. Breast Cancer, [s.l.], v. 25, n. 2, p.127-133, 19 jan. 2018.

ILAHI, N. E. *et al*. Detection of human papillomavirus-16 DNA in archived clinical samples of breast and lung cancer patients from North Pakistan. Journal Of Cancer Research And Clinical Oncology, [s.l.], v. 142, n. 12, p.2497-2502, 9 set. 2016.

ISLAM, S. *et al*. Study of association and molecular analysis of human papillomavirus in breast cancer of Indian patients: Clinical and prognostic implication. Plos One, [s.l.], v. 12, n. 2, p.01-17, 28 fev. 2017.

KARIMI, M. *et al*. No Significant Association between Human Papillomavirus and Breast Cancer, Sanandaj, Iran. Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention, [s.l.],

v. 17, n. 10, p.4741-4745, out. 2016. Asian Pacific Organization for Cancer Prevention.

KHODABANDEHLOU, N. *et al*. Human papilloma virus and breast cancer: the role of inflammation and viral expressed proteins. Bmc Cancer, [s.l.], v. 19, n. 1, p.2-11, 14 jan. 2019.

LAWSON, J. S. *et al*. Human Papilloma Viruses and Breast Cancer. Frontiers In Oncology, [s.l.], v. 5, p.01-12, 16 dez. 2015.

LAWSON, J. S. *et al*. Human Papilloma Virus Identification in Breast Cancer Patients with Previous Cervical Neoplasia. Frontiers In Oncology, [s.l.], v. 5, p.01-10, 8 jan. 2016.

LI, J.; DING, J.; ZHAI, K. Detection of Human Papillomavirus DNA in Patients with Breast Tumor in China. Plos One, [s.l.], v. 10, n. 8, p.01-10, 21 ago. 2015. Public Library of Science (PLoS).

MALHONE, C.; LONGATTO-FILHO, A.; FILASSI, J. R. Is Human Papilloma Virus Associated with Breast Cancer? A Review of the Molecular Evidence. Acta Cytologica, [s.l.], v. 62, n. 3, p.166-177, 2018.

MENDES, K. D. S. *et al*. Uso de Gerenciador de Referências Bibliográficas na Seleção dos Estudos Primários em Revisão Integrativa. Texto contexto - enferm. v. 28, 20170204, 2019.

MOHTASEBI, P. *et al*. Detection of Human Papillomavirus Genotypes and Major BRCA Mutations in Familial Breast Cancer. Monoclonal Antibodies In Immunodiagnosis And Immunotherapy, [s.l.], v. 35, n. 3, p.135-140, jun. 2016.

NGAN, C. *et al*. Early Human Papilloma Virus (HPV) Oncogenic Influences in Breast Cancer. Breast Cancer: Basic and Clinical Research, [s.l.], v. 9, p.93-97, jan. 2015.

NGAMKHAM, J. *et al*. Prevalence of Human Papillomavirus Infection in Breast Cancer Cells from Thai Women. Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention, [s.l.], v. 18, n. 7, p.1839-1845, jul. 2017. Asian Pacific Organization for Cancer Prevention.

REZAEI, H.; RASSI, H.; MANSUR, F. N. Investigation of Methylenetetrahydrofolate Reductase C677T Polymorphism and Human Papilloma Virus Genotypes in Iranian Breast Cancer. Monoclonal Antibodies In Immunodiagnosis And Immunotherapy, [s.l.], v. 36, n. 3, p.124-128, jun. 2017.

SALMAN, N. A. *et al*. Association of High Risk Human Papillomavirus and Breast cancer: A UK based Study. Scientific Reports, [s.l.], v. 7, n. 1, p.01-08, 27 fev. 2017.

SALEHPOUR, M. *et al*. Frequency of Human Papillomavirus Genotypes 6, 11, 16, 18 And 31 in Paraffin-Embedded Tissue Samples of Invasive Breast Carcinoma, North- East of Iran. Iranian Journal of Pathology, Iran, v. 10, n. 03, p.192-198, 2015.

SOUZA, M. T. *et al*. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). v.8, n. 1, p.102-6, 2010.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 17

OS EFEITOS DA QUIMIOTERAPIA COM PLATINA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

AUTORES
LEONARDO DE OLIVEIRA ASSIS[1]
DANIELLI CAROLINA BRITO SOUZA[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina da Universidade Brasil
[2]Discente – Pós-graduação em Imunologia e Microbiologia da Faculdade Única

Palavras-chave: Câncer de mama; Tratamento; Platina.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos principais tumores malignos entre as mulheres em todo o mundo (EGGER *et al*., 2017). Em razão da alta taxa de recidiva, há a necessidade de aperfeiçoar a efetivação da terapia para os mais variados cânceres de mama, onde estudos recentes apontam uma promissora atividade associada a quimioterapia contendo platina (PANDY *et al*., 2019). Os compostos de platina (como carboplatina e cisplatina) dani-ficam o ácido desoxirribonucleico (DNA) citotóxico, desencadeando a ruptura de sequência de DNA e provável apoptose celular. Essa funcionalidade de ação intrínseca os faz extremamente ativos em células can-cerosas com deficiência de reparo de DNA, como as que contam com mutação no gene de câncer de mama avançado (BRCA) (POGGIO *et al*., 2018).

A quimioterapia utilizando platina é explorada por ser benéfica na terapia de uma série de tipos de câncer, incluindo câncer de pulmão, testículo, cabeça e pescoço, bexiga e ovário. Contudo, também é conhecida por ocasionar mais efeitos adversos (como náuseas e vômitos, queda de cabelo, anemia, danos renais e baixo teor de glóbulos brancos) quando comparada às demais opções de quimioterapia (EGGER *et al*., 2020).

Este estudo teve como princípio analisar e revisar o efeito da quimioterapia contendo platina para o tratamento de mulheres com câncer de mama em estudos randomizados, comparando com quimioterapias que não utilizam a platina, elucidando melhor sua atividade, eficácia e segurança.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As publicações foram selecionadas de 2017 a 2021, junto às bases de dados eletrônicas *PubMed*, *Cochrane* e Google Acadêmico. Os descritores para acesso às publicações foram: “câncer de mama”, “tratamento”, “quimioterapia”, “platina”.

Os critérios de inclusão foram: artigos em inglês, espanhol, português e francês e que abordavam as temáticas relacionadas aos efeitos da quimioterapia com platina no tratamento do câncer de mama. Foram utilizados estudos randomizados controlados e revisões sistemáticas com ou sem meta-análise, disponibilizadas em texto completo. 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 6 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos iniciais do câncer de mama

Após o descobrimento do câncer, esta patologia revelou-se de grande relevância global. O câncer, ou neoplasia maligna, é uma das patologias celulares mais severas e, adicionalmente, a que mais causa morte entre os pacientes. Os números evidenciam aumento da incidência a cada ano, mostrando o quanto a área médica ainda necessita progredir para a completa erradicação da doença. Diante desse grave problema, diversas tentativas farmacológicas têm aparecido, num esforço incansável de conter não apenas o avanço do tumor, mas a destruição sem prejudicar a saúde do paciente. Atualmente, a definição científica de câncer refere-se ao termo neoplasia, especificamente aos tumores malig-nos, como sendo uma doença caracterizada pelo

crescimento descontrolado de células transformadas. Existem quase 200 tipos que correspondem aos vários sistemas de células do corpo, os quais se diferenciam pela capa-cidade de invadir tecidos e órgãos, vizi-nhos ou distantes. Estatisticamente, em pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é a terceira causa de óbitos no mundo com 12%, matando cerca de 6 milhões de pessoas por ano (BANDEIRA, 2017).

O câncer de mama é o tipo mais prevalente de câncer em mulheres e a causa mais comum de morte por câncer em pessoas do sexo feminino. Em 2018, havia aproximadamente 2,1 milhões de novos casos estimados e em torno de 627 mil óbitos devido ao câncer de mama em todo o mundo, com uma taxa de mortalidade de 13 por 100 mil habitantes. O estagiamento do câncer de mama para diagnóstico é um relevante indicador de prog-nóstico. Uma vez que o câncer de mama evolui para metastático, geralmente não é esperada a cura e a maioria das mulheres com doença metastática não ultrapassam uma sobrevida além de cinco anos decorridos do diagnóstico metastático. Outro importante pre-ditor de prognóstico é o subtipo biológico do câncer de mama. Um desses subtipos, o câncer de mama triplo-negativo (CMTN), possui co-mo característica a ausência de expressão de receptores de estrogênio (RE), receptores de progesterona (RPg) e receptor epidérmico humano 2 (HER2). O CMTN abrange cerca de 12 a 17% dos cânceres de mama e está relacionado a uma sobrevida menos longa e maior chance de recidiva. O tempo médio de sobrevida para mulheres com diagnóstico de CMTN metastático (CMTNm) é de cerca de um ano a partir do diagnóstico metastático (EGGER *et al*., 2020).

Terapêutica com platina aplicada ao câncer de mama

O agente da platina é explorado por ser ativo no câncer de mama metastático desde os ensaios clínicos de meados de 1970. No entanto, tem mais toxicidade e mais dificuldade em ser administrado do que outros quimioterápicos. Os compostos de platina mais largamente utilizados para o tratamento do câncer de mama são cisplatina, carboplatina e oxaliplatina. A cisplatina e a carboplatina apresentam vantagem na terapêutica de vários tipos de câncer, inclusive câncer de pulmão, testículo, cabeça e pescoço, bexiga e ovário. A oxaliplatina é utilizada de forma frequente para tratar tumores resistentes à cisplatina e carboplatina tendo em vista ser aceito que a resistência cruzada entre a oxaliplatina e a cisplatina ou carboplatina é incompleta. Evidências mais atualizadas indicam que os aspectos positivos da oxaliplatina podem ser devido ao seu reduzido efeito tóxico e a capacidade de ser combinada com outros fármacos, em vez de resistência cruzada incompleta com outros agentes de platina (EGGER *et al*., 2020).

O emprego de oxaliplatina para o tratamento de câncer de mama é muito menos visto do que o uso de cisplatina ou carboplatina, tanto na prática clínica conven-cional quanto em pesquisas médicas. A cisplatina e a carboplatina foram usadas e pesquisadas continuamente como terapia me-tastática de primeira linha combinado com outros fármacos mais antigos, incluindo fluorouracil e etoposídeo, e nos últimos anos com doxorrubicina, epirrubicina, vinorelbina, paclitaxel, docetaxel, ciclofosfamida, metotre-xato e gencitrexato (EGGER *et al*., 2020).

O mecanismo de funcionamento preciso dos agentes de platina não é totalmente esclarecido. Acredita-se que esses complexos sejam responsáveis pela inibição da síntese, replicação e transcrição do DNA, de maneira a formar ligações cruzadas entre as cadeias e entre as sequências de moléculas de DNA. As ligações cruzadas entre cadeias que permanecem intactas podem ocasionar morte celular, e é esse efeito citotóxico, quando bem-sucedido, que forma a base do mecanismo de ação para a morte de células cancerosas por agentes de platina (EGGER *et al*., 2020).

A utilização de regimes com platina em relação aos sem platina mostra uma queda de 15% na probabilidade de óbito para receptores de regimes contendo platina em comparação com receptores de regimes sem platina. Em termos quantitativos, esta diminuição de risco de 15% corresponde a aproximadamente 55 mortes a menos em um ano depois do diagnóstico metastático para cada 1000 participantes que recebem quimioterapia com platina, e cerca de 59 mortes a menos em dois anos. Corroborando com o benefício contemplado da platina em termos de sobrevida global, as associações contendo platina também reduzem o risco de morte e/ou progressão (SSP) em cerca de 23% e a probabilidade de atingir uma resposta com-pleta ou parcial em cerca de 40% (EGGER *et al*., 2020).

Em torno de 10–20 % das ocorrências de câncer de mama são definidos pela falta de expressão de biomarcadores alvo, como receptores de hormônios e HER2. Este subconjunto de câncer de mama é conhecido como CMTN. O CMTN é um dos subtipos mais agressivos de câncer de mama, repre-sentando um desafio para o tratamento. Geral-mente está associada a tumor de tamanho importante, grau mais elevado e envolvimento nodal frequente. Devido a essas características, até 50% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama triplo-negativo em estágio inicial apresentam recorrência da doença e 37% vêm a óbito nos primeiros 5 anos após o diagnóstico (PANDY *et al*., 2019).

Para o CMTN, foi levantada a possibilidade adicional de que uma via disfuncional do gene BRCA1 em alguns CMTNs pode torná-los mais sensíveis aos agentes da platina que visam seletivamente as células deficientes no reparo do DNA de recombinação homóloga (EGGER *et al*., 2020).

CMTN comumente abriga mutações do gene BRCA que as tornam especialmente suscetíveis a compostos que danificam o DNA, como drogas de platina. Vários ensaios clínicos neo-adjuvantes avaliaram o impacto da adição de platina à quimioterapia padrão. Já é comprovado que há uma taxa de RpC de 22% entre todos os pacientes com CMTN que recebem cisplatina neoadjuvante. Estudos em pacientes com CMTN estágio II ou III demonstram melhora significativa na resposta patológica completa (RpC) com carboplatina. No entanto, a toxicidade da carboplatina causa uma taxa significativamente maior de descontinuação do tratamento em comparação com a terapia sem carboplatina (PANDY *et al*., 2019).

Na atualidade, as diretrizes em saúde recomendam a quimioterapia antraciclina-taxano como primeira linha para o tratamento de CMTN avançado, enquanto a carboplatina pode ser considerada para CMTN BRCA positivo como tratamento de segunda linha. Os estudos existentes mostram resultados conflitantes para o uso de agentes de platina como tratamento de primeira linha para CMTN metastático. Em um estudo de coorte retrospectivo de Zhang *et al.*, em 2015, a

sobrevivência sem progressão (SSP) mais longa foi observada em pacientes com CMTN metastático utilizando quimioterapia à base de platina em comparação com terapia à base de platina no cenário metastático de primeira linha (7,8 meses vs. 4,9 meses). Carey *et al*., em 2012, mostram em um ensaio randomizado com pacientes CMTN metastático, que a combinação de cetuximabe e carboplatina produziu taxas de resposta em menos de 20% dos pacientes. Por outro lado, o ensaio de Hu *et al*., 2013, mostram aumento da SSP em pacientes com CMTN metastático recebendo cisplatina mais gencitabina em comparação com pacientes recebendo paclitaxel mais gencitabina (7,73 vs 6,47 meses). Isso sugere que a quimioterapia com platina pode ser uma quimioterapia de primeira linha alternativa no CMTN metastático (PANDY *et al*., 2019).

Com as apurações dos estudos existentes usando quimioterapia à base de platina para CMTN, hipotetiza-se que este tratamento pode ser considerado como um componente potencial da quimioterapia neoadjuvante entre pacientes com CMTN precoce e como quimioterapia de primeira linha para pacientes com CMTN metastático. As diretrizes atuais de câncer de mama não têm uma recomen-dação firme em relação ao uso de platina em qualquer configuração fora de um cenário de ensaio clínico (PANDY *et al*., 2019).

Em pacientes com CMTN tratados com platina, os níveis de RpC melhoram estatisticamente nos pacientes tratados com um regime baseado em platina do que entre aqueles tratados com um regime não baseado em platina (40,1% vs 27,7%). A associação de platina + taxano mostra aumento estatistica-mente significativo nas taxas de RpC (44,6% vs 27,8%) entre os pacientes CMTN tratados com um taxano (Paclitaxel) mais um agente de platina (Carboplatina) usando modelo de implicações aleatórias (PANDY *et al*., 2019).

O *feedback* da quimioterapia neoadjuvante varia com o subtipo molecular do câncer de mama. Já é sabido que tanto o câncer de mama CMTN quanto HER2 positivo têm excelente prognóstico, uma vez que o RpC é alcançada após a quimioterapia neo-adjuvante em comparação com outros subtipos moleculares (PANDY *et al*., 2019).

Constata-se que os compostos de platina são especialmente úteis em células cancerosas com deficiências no reparo de DNA, como aquelas com mutações no gene BRCA, devido à formação de adutos de platina-DNA. Nos portadores da mutação BRCA, as taxas de resposta à carboplatina são de 68% em comparação com 30% para o docetaxel. Portanto, é necessário investigar esta relação entre a mutação BRCA e a sensibilidade química farmacológica (PANDY *et al*., 2019).

Ainda não está claro como a platina deve ser incorporada e se o uso simultâneo de platina pode ser usado para substituir a antraciclina, o taxano ou um alquilador. As análises de subgrupos do regime neoadjuvante à base de platina mostram que a platina combinada com taxano tem RpC melhorado estatisticamente (PANDY *et al*., 2019).

Um número crescente de medicamentos está disponível para tratar o câncer de mama, como veliparibe e bevacizumabe; no entanto, são difíceis de obter e financeiramente fora das condições da maioria dos pacientes. Antraciclinas, taxanos, ciclofosfamida, fluorouracil e medicamentos à base de platina são os fármacos mais utilizados, facilmente dispo-níveis e de baixo custo relativo. Tais drogas citadas acima sozinhas podem alcançar melhor efeito clínico, ou seja, taxas de RpC semelhantes, mas uma incidência menor de toxicidades

hematológicas, como anemia e neutropenia. Todavia, em analogia com as terapias baseadas em antraciclina e taxano padrão, o possível impacto gonadotóxico adicionado da quimioterapia à base de platina permanece uma questão inexplorada e deve ser levada em consideração durante o processo de tomada de decisão do tratamento, espe-cialmente em pacientes jovens (LI *et al*., 2020)

Principais efeitos adversos da quimio-terapia com platina

Em configurações neoadjuvantes e metastáticas, efeitos tóxicos, como anemia, neutropenia, trombocitopenia e náuseas, ocorreram mais comumente no grupo que recebeu platina. A adição de platina também foi associada a uma maior taxa de diarreia e anorexia. Por outro lado, erupções cutâneas, alterações ungueais, pneumonite e outras doenças cardíacas foram mais comuns no grupo não tratado com platina. Os pacientes que recebem medicação com platina são mais propensos a exigir redução da dose ou interromper o tratamento precocemente devido à toxicidade (PANDY *et al*., 2019). Alguns pacientes portadores de câncer de mama e que fazem uso de compostos medicamentosos com platina ou associações podem desenvolver neutropenia de grau 3 e 4 após o tratamento neoadjuvante. Estatisticamente, é verificado que a probabilidade de ocorrência é de 53,1% no grupo de quimioterapia à base de platina e de 23,2% no grupo de quimioterapia sem platina (POGGIO *et al.*, 2018).

No geral, em média 5,6% dos pacientes desenvolvem anemia de grau 3 e 4 após o tratamento neoadjuvante, 10,8% no grupo de quimioterapia à base de platina e 0,4% no grupo de quimioterapia sem platina. Também há relatos de ensaios clínicos randomizados sobre a ocorrência de trombocitopenia de grau 3 e 4. Aproximadamente 6,0% dos pacientes desenvolvem trombocitopenia de grau 3 e 4 após o tratamento neoadjuvante, 11,0% por uso de quimioterapia à base de platina e 1,0% no agrupamento de quimioterapia sem platina. Cerca de 3,6% dos pacientes desenvolvem neuropatia de grau 3 e 4 após o tratamento neoadjuvante, 3,6% no grupo de quimioterapia à base de platina e 3,6% no grupo de quimioterapia sem platina (POGGIO *et al.*, 2018).

As avaliações de toxicidade mostram que as mulheres que recebem regimes contendo platina vivenciam níveis mais altos de náuseas / vômitos e anemia de grau 3 e 4 do que as mulheres que recebem regimes sem platina. Mais especificamente, a maior incidência de náuseas / vômitos de grau 3 e 4 é associada ao uso de cisplatina, mas não ao uso de carboplatina, e o risco aumentado de anemia de grau 3 e 4 é maior para os receptores de cisplatina do que para os de carboplatina. Todavia, é provável que os antieméticos mais recentes possam reduzir a gravidade das náuseas e vômitos associados à cisplatina. Além disso, as mulheres que recebem regimes contendo platina podem ter como efeito adverso maior perda de cabelo de grau 3 e 4 do que mulheres que recebem regimes sem platina (EGGER *et al*., 2020).

CONCLUSÃO

Para mulheres com câncer de mama, conclui-se que existe uma eficácia importante da utilização da platina como terapêutica uma vez que demonstra benefício na sobrevida em comparação com tratamentos sem platina. A quimioterapia de platina está relacionada a

taxas aumentadas de RpC, portanto, é uma alternativa viável para pacientes na situação neoadjuvante. A combinação de platina e taxanos (Carboplatina / Paclitaxel) dentre outros fármacos, otimiza a resposta patológica completa (RpC). Contudo, em caso de metástase, o regime baseado em platina não mostrou vantagem estatisticamente significativa na sobrevivência sem progressão. Esses aspectos positivos em potencial, todavia, devem ser analisados de forma balanceada devido à existência de toxicidades verificadas em regimes que dispõem de platina, principalmente a cisplatina. Ainda assim, mais estudos randomizados são necessários envolvendo a administração de platina em casos de câncer de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA SWT. Estudo teórico de compostos de platina usados na terapia anti-câncer [tese]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2017.

EGGER, S. J. *et al*. Platinum?containing regimens for metastatic breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews Review, v. 01, p. 1465-1858, 2017.

EGGER, S. J. *et al*. Platinum?containing regimens for triple?negative metastatic breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 01, p. 1-104, 2020
.

LI, Z. *et al*. Platinum-based neoadjuvant chemotherapy for triple-negative breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Journal of International Medical Research, v. 48, p. 1-12, 2020.

PANDY, J. G. P. *et al*. Triple negative breast cancer and platinum-based systemic treatment: a meta-analysis and systematic review. BMC Cancer, Filipinas, v. 19, p. 1-9, 2019.

POGGIO, F. *et al*. Platinum-based neoadjuvant chemotherapy in triple-negative breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Annals of Oncology, v. 29, p. 1497-1508, 2018.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 18

AVANÇOS E DESAFIOS NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

AUTORES
PAULA STEPHANIE MENESES MELO[1]
RAYSSA MIRELLE SANTOS CARVALHO[1]
CAROLINA BASILIO LUCCHESI[1]
WALTER AGUIAR FEIJÓ[1]
MARINA PRADO SANTOS SOBRAL[1]
VANESSA MARIA OLIVEIRA MORAIS[1]
ISADORA VIEIRA CAROZO[1]
MÔNICA PIMENTEL LIMA MILITÃO[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina da Universidade Tiradentes
[2]Discente – Medicina da Universidade Salvador

Palavras-chave: Endometriose; Tratamento; Desafios.

INTRODUÇÃO

A endometriose (EM) é uma patologia que se caracteriza pela presença e pelo crescimento de tecido endometrial (glândulas e estroma) fora da cavidade uterina, sendo encontrado predominantemente aderido às estruturas dentro da cavidade peritoneal (RACHED *et al*., 2019). É uma condição ginecológica benigna que afeta 5–10% das mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo (TAYLOR, 2021). É geralmente aceito que a endometriose é uma doença hormônio-dependente, onde ocorre aumento do Estrogênio (E2) e resistência à progesterona, mas o mecanismo de como isso ocorre não é claro. No entanto, focos endometriais foram observados mesmo na ausência de aumento de E2, em mulheres na pós-menopausa (MCHEM *et al*., 2020).

Apesar de gerar grande interesse na comunidade médica e científica, a fisiopatologia desta doença ainda não é totalmente esclarecida e diversas teorias tentam explicar sua patogênese. A teoria da menstruação retrógrada tem sido o mecanismo etiopatogênico mais aceito, a qual se baseia na ideia de que células epiteliais e estromais uterinas são disseminadas e implantadas na cavidade peritoneal através das tubas uterinas. Posto isso, observa-se que mais de 90% das mulheres apresentam menstruação retrógrada, entretanto, a prevalência de endometriose nessas mulheres, em geral, varia de 6 a 10%. A discrepância entre essas duas evidências sugere que para aquelas mulheres que desenvolvem endometriose, outros fatores genéticos, bioquímicos e fisiopatológicos ve-nham a contribuir para este desenvolvimento (GREENE *et al*.,2016). Portanto, a fisiopatologia de EM é complexa, inter-relacionada e específica, exigindo, assim, múltiplas terápias direcionadas (MCHEM *et al*., 2020).

Em relação a sua apresentação clínica, a endometriose está frequentemente associada a inflamação, dismenorréia, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade, sintomas que causam grande impacto na qualidade de vida de milhões de mulheres. Apesar dessa apresentação, esses sintomas são muito inespecíficos e geralmente podem mimetizar aqueles associados à doença inflamatória pélvica ou outras condições atreladas à dor pélvica crônica, o que resulta em um diagnóstico tardio e baseado em métodos invasivos (TAYLOR *et al*., 2018; ANASTASIU *et al*., 2020).

O diagnóstico é clínico, embora certas literaturas ainda tragam a laparoscopia com confirmação histopatológica como padrão-ouro. Tal fato já está em desuso na prática médica devido ao avanço dos métodos de imagens, que estão cada vez mais sensíveis e específicos no mapeamento dos focos endometriais. A laparoscopia é utilizada quando o diagnóstico é concomitante ao trata-mento, uma vez que as lesões presentes devem ser ressecadas no momento do procedimento. Essas lesões podem ser categorizadas em lesões peritoneais superficiais, endometriose infiltrante profunda e endometriomas ovarianos (ROLLA, 2019). A remoção cirúrgica das lesões pode melhorar a dor, mas a recorrência dos sintomas ocorre em 50% das mulheres dentro de 5 anos após a cirurgia. Alguns dados têm estimado que a identificação visual definitiva das lesões durante a cirurgia ocorra entre 5 e 10 anos após o início dos sintomas (KAVOUSSI *et al*., 2016). Esse atraso está principalmente atribuído à sobre-posição sintomática com outras condições de saúde e a falta de biomarcadores informativos ou outros métodos de identificação da doença de forma

não invasiva. A supressão da menstruação é a intervenção médica mais comum e ocorre por meio de pílulas anti-concepcionais orais combinadas, proges-tágenos e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), muitas vezes em conjunto com agentes modificadores da dor (PANIR *et al.*, 2018).

O diagnóstico tardio leva ao reconhecimento da doença em estágios mais avançados e, consequentemente, às complicações, uma vez que a gravidade do estágio da endometriose pode estar correlacionada com a redução da fertilidade (CRANNEY *et al.*, 2017). De acordo com MALVEZZI *et al.* (2020), os principais desafios à abordagem da endometriose reside nas incertezas quanto a sua origem e persistência, bem como no amplo espectro clínico e no fato de não haver uma fisiopatologia única e que a explique. Após o diagnóstico de endometriose, no momento da instituição do tratamento, sabe-se que existem diversas opções de abordagens a serem consideradas de forma individualizada com base em cada paciente.

Ademais, é válido observar que embora a endometriose tenha alta prevalência, o seu manejo ainda é um grande desafio e muitos são os estudos que visam avançar, facilitar e promover um tratamento cada vez mais eficaz. O tratamento convencional e mais utilizado é o medicamentoso, visando o controle sintomático, através da combinação de antiinflamatórios não esteróides orais e anticoncepcionais orais ou, quando necessário, opta-se pelo manejo cirúrgico a fim de remover permanentemente as lesões endometriais. Estudos relacionados a cirurgia robótica estão sendo colocados em práticas e, embora, seus resultados permaneçam obscuros quando comparados ao procedimento via laparoscopia padrão, foi possível observar algumas vantagens no ato cirúrgico, dentre elas a visualização em 3D, a possibilidade de maior destreza com amplitude de movimento mais dinâmica e ergonomia aprimorada ((FALCONE, 2018; HUR *et al.*, 2020). Assim, diante de tudo que foi colocado em pauta, esse trabalho teve como objetivo realizar uma revisão integrativa a respeito da importância dos avanços e desa-fios no tratamento medicamentoso e cirúrgico da endometriose.

MÉTODO

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que reúne e sintetiza o conhecimento obtido através de pesquisa realizada de forma sistemática e organizada. Foi efetuado com o rigor metodológico exigido e intencionou a promoção da prática baseada em evidência (PBE) no cuidado ao paciente com endometriose. Dessa maneira teve sua evolução pautada nas seis etapas da revisão integrativa: 1. elaboração da questão norteadora; 2. busca na base de dados; 3. coleta de dados dos artigos selecionados; 4. análise crítica dos estudos; 5. discussão dos resultados; e 6. apresentação da revisão. O trabalho teve como questão norteadora: o que relatam os estudos atuais, quanto aos avanços da realização do tratamento na endometriose? A pesquisa foi executada por meio da busca na base de dados United States National Library of Medicine/National Institutes of Health (PubMed), dos trabalhos publicados nos últimos nove anos, nos idiomas inglês e português, localizáveis por intermédio dos seguintes descritores: “endometriosis”, “treatment, “challenge” combinados pelo uso do operador booleano AND. Foram excluídos artigos que não abordassem o tema do estudo e os que não respondessem à questão norteadora publicados

no período de 2012 a 2021. Desta busca foram encontrados 472 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Após os critérios de seleção restaram 24 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados na figura abaixo divididos em categorias temáticas abordando: descrever os subtítulos ou pontos que foram mencionados na discussão ou, com base na âncora teórica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontram-se na literatura diversas formas de tratamento para endometriose. Há concepções mais restritas que abordam apenas tratamentos conservadores para devolver a qualidade de vida para as pacientes e outras mais amplas, que abrangem estudos acerca de novas terapias que não só devolvem qualidade de vida, como também regridem o progresso das lesões com os mínimos efeitos colaterais possíveis, além de tratamentos cirúrgicos com técnicas cada vez mais avançadas. Até o momento, o manejo clínico da dor inclui o uso prolongado de medicamentos e, em alguns casos, a cirurgia, sendo que ambos são eventos perturbadores para os pacientes. Portanto, é urgente o desenvolvimento de um tratamento médico não invasivo suficiente (MACHAIRIOTIS, 2021).

Abordagem clínica (considerações gerais)

A endometriose deve ser abordada como uma doença crônica e merece acompanhamento durante a vida reprodutiva da mulher, momento no qual a doença manifesta seus principais sintomas. Os tratamentos atuais para EM incluem terapias cirúrgicas e médicas. As terapias médicas atuais são focadas na redução da produção ovariana de hormônios esteróides (estradiol). A terapia cirúrgica, por sua vez, remove os depósitos de EM, mas aumenta o risco de prejudicar a reserva ovariana, outros órgãos e impor recorrência pós-operatória. Portanto, a terapia médica sempre vem em primeiro lugar, e as escolhas dependem de vários fatores, como gravidade dos sintomas, desejo de conceber e comorbidades (MCHEM *et al*., 2020).

O tratamento, portanto, deve ser direcionado para as queixas da paciente, assim como para a localização e extensão da doença, buscando o alívio dos sintomas álgicos, controle do quadro clínico e a melhora da qualidade de vida, não se esperando como objetivo principal a diminuição das lesões ou a cura da doença (Podgaec, 2014). Assim, o tratamento é previsto de forma personalizada, levando em consideração fatores como idade, condições financeiras e grau de potência dos sintomas, além de possuir o objetivo a longo prazo de reduzir os sintomas e eliminar ou estender o tempo para uma intervenção cirúrgica de observação e biópsia (FALCONE, 2018).

Contraceptivos orais combinados, progestogênios, danazol, agonistas GNRH e antiprogestogênios têm sido usados para o tratamento medicamentoso da endometriose. Além dessas opções, pode-se incluir os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) nos tratamento de primeira linha, visto que, possuem venda livre, efeitos colaterais controláveis e inibirem a produção de prostaglandinas, se mostrando eficazes quanto a dismenorreia primária e a dor, embora esse fato não esteja bem estabelecido (CARLYLE, 2020).

Assim, é importante reforçar que o seguimento do tratamento deve ser realizado

por uma equipe multidisciplinar com terapia medicamentosa associada a terapias complementares como atividade física, fisioterapia, acupuntura e psicologia, conforme as indicações individuais apropriadas.

Contraceptivo combinado

Os anticoncepcionais orais (ACOs) combinados de baixa dosagem são eficazes no tratamento da dor associada à endometriose. Os ACOs modernos são predominantemente de progesterona, induzindo a decidualização, atrofia das lesões e são bem tolerados em pelo menos dois terços das pacientes sintomáticas, especialmente quando usados continuamente. Dessa forma, são os medicamentos utilizados como primeira linha, pois inibem a produção de estrogênio pela gônada através de um feedback negativo que suprime a atividade ovariana (TAYLOR, 2021). Pode ser feita, ainda, a combinação de AINEs e ACOs, a fim de induzir um estado hipoestrogênico local por meio da supressão da ovulação. Essa combinação auxilia na redução da conversão do ácido araquidônico em prostaglandinas com a menstruação, objetivando diminuir, consideravelmente, a dismenorreia e a dor pélvica. (FALCONE,2018)

Segundo ROLLA (2019), os ACOs são úteis para doenças peritoneais superficiais ou endometriomas menores que 5 cm de diâmetro e, de acordo com as diretrizes atuais, é sugerido que, na ausência de uma laparoscopia diagnóstica, o tratamento empírico de ACOs pode ser administrado para tratar os sintomas de dor sugestivos de endometriose.

A terapia comumente prescrita contém uma combinação de etinilestradiol e proges-togênio. Nenhuma combinação se mostrou superior à outra no tratamento clínico da endometriose e ainda não há consenso se a administração deve ser contínua ou cíclica. Revisões sistemáticas mostraram que o esque-ma contínuo foi mais eficaz na redução de sintomas álgicos, especialmente nos casos de dismenorréia severa (MUZZI *et al*., 2016).

Os contraceptivos combinados podem ser indicados por via oral, intramuscular, adesivo de absorção subcutânea ou anel vaginal, sendo esses três últimos já avaliados no tratamento da endometriose como opção para pacientes que não toleram a forma oral (Podgaec, 2014).

Por fim, recomenda-se que os médicos levem em consideração as preferências do paciente, efeitos colaterais, eficácia, custos e disponibilidade no momento de escolher o tratamento hormonal mais adequado, rastreando sempre os pacientes com contraindicações para ACOs combinados (por exemplo, trombose venosa profunda) e avaliar a adesão dele.

Progestágenos

O uso dos progestagênios de forma contínua resulta em bloqueio ovulatório e ini-bição do crescimento endometrial, com conse-quente atrofia das lesões (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2014). Além disso, os proges-tágenos, como a progesterona natural, podem ainda inibir a inflamação e induzir a apoptose nas células endometrióticas (TAYLOR,2021). Ademais, de acordo com MEHEDINTU (2014), foi demonstrado que os progestágenos diminuem a expressão de metaloproteinases da matriz, as quais são essenciais para a im-plantação e crescimento de células endo-metriais ectópicas, entretanto, esse tratamento deve ser restrito a mulheres com sintomas de dor e que não possuem o desejo de engravidar.

Existem diversas opções medicamentosas com diferentes formas de apresentação. O acetato de noretindrona, que é um derivado da 19-nor-testosterona, é um dos progestagênios orais mais utilizados no tratamento da

endometriose (Brown *et al*., 2012). Outras opções terapêuticas são a Medroxi-progesterona, Medroxiprogesterona de depó-sito (injeção), Noretindrona, Ciproterona e Gestrinona- pouco utilizado devido aos efeitos colaterais androgênicos.

Os progestogênios incluem o acetato de medroxiprogesterona (MDPA) e acetato de norestirenona (NETA)- tão eficaz quanto os anticoncepcionais orais combinados na me-lhora da dor e da endometriose de infiltração profunda (taxa de satisfação de 60-70%). São utilizados há mais de 40 anos e são comumente bem tolerados. Pensa-se que o mecanismo de ação dessas drogas consiste na supressão dos receptores de estrogênio, levando a uma decidualização endometrial e subsequente atrofia (MEHEDINTU, 2014). Segundo TAYLOR (2021), os escores de dor foram reduzidos em 70-100% após o tratamento com MDPA, didrogestreona ou acetato de noretidrona.

Uma recente revisão sistemática (Andres *et al*., 2015) mostrou que a medicação reduziu os sintomas álgicos relacionados a endometriose e teve efeito comparável ao da leuprolida (análogo do hormônio liberador de gonado-trofina – GnRH), porém não foram ainda publicados estudos o comparando com outros progestagênios.

Outrossim, o DIU liberador de levo-norgestrel é opção de longo prazo (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2014), assim como os implantes liberadores de progestagênios, como o etonogestrel (Walch *et al*., 2009). O sistema intrauterino de liberação de levonorgestrel demonstrou ser mais eficaz na redução dos sintomas de dismenorréia após tratamento cirúrgico laparoscópico versus manejo expec-tante, para ter sintomas melhorados associados à endometriose retovaginal, e ter uma dimi-nuição significativa na extensão das lesões observadas na laparoscopia de segunda análise após 6 meses (CARLYLE, 2020). O levonor-gestrel é uma 19-nor-testosterona que induz a decidualização e aciclicidade do endométrio e do tecido endometriótico (MEHEDINTU, 2014). Quando utilizado localmente tem um efeito profundo no endométrio, tornando-o atrófico e inativo. Acredita-se que uma única intervenção pode oferecer pelo menos 5 anos de redução dos sintomas, pois produz amenorreia ou hipomenorreia e reduz a dor menstrual. A única preocupação no LNG-IUS são os sangramentos que podem ser proble-máticos para alguns pacientes (MEHEDINTU, 2014).

Minipílula de progestágeno

Tem sido utilizado no tratamento da endometriose sintomática como terapia primária ou como coadjuvante após ressecção cirúrgica.

Até um terço dos pacientes não respondem bem às terapias de primeira linha como resultado da resistência à progesterona ou de efeitos colaterais intoleráveis. Doses mais altas de uma progesterona isolada podem ser mais eficazes do que as terapias com doses regulares, superando a resistência à pro-gesterona, mas muitas vezes são limitadas por efeitos colaterais (TAYLOR, 2021).

Danazol

De acordo com ROLLA (2019), o danazol é uma droga do passado. O danazol, medicamento derivado da 17-etinil-testosterona, age inibindo a liberação de hormônio luteinizante (LH), a esteroidogênese e aumentando a testosterona livre, de forma que ocorre o bloqueio do eixo hipotalâmico-hipofisário-ovariano e da ovulação, criando, assim, um ambiente hipoestrogênico. Classi-

camente, é administrado pela via oral, mas alguns autores propuseram o uso vaginal. Apesar da boa eficácia, o danazol tem sido pouco utilizado devido aos seus efeitos colaterais como hirsutismo, acne e ganho de peso.

Análogos de GnRH

Os agonistas do GnRH ligam-se aos receptores no hipotálamo, inibindo a secreção dos hormônios hipofisários (LH e FSH) que, por sua vez, regulam a produção ovariana de estrogênio (MEHEDINTU, 2014). O tratamento com agonistas de GnRH estimula inicialmente a liberação de gonadotrofinas— chamado efeito de exacerbação — mas, após 2 semanas, a liberação é suprimida por meio de regulação negativa e dessensibilização do receptor. A administração de um agonista GnRH, uma semana antes da menstruação, minimiza o efeito de exacerbação (TAYLOR,2021). Consequentemente, ocorre um estado de anovulação e hipoestrogenismo, semelhante ao observado no climatério (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2014). Dessa forma, percebe-se um grande ponto negativo da utilização deste medicamento, uma vez que existem células endometriais independentes dos esteróides ovarianos. Essas células apresentam a enzima aromatase que causam efeitos colaterais apresentados na menopausa, tais como ondas de calor, secura vaginal, redução da libido e perda de densidade óssea. Por isso, sugere-se utilizar essa medicação com cautela e em casos selecionados, evitando o uso prolongado.

A supressão da gonadotrofina causa concentrações diminuídas de estradiol para menos de 15 pg / mL. A hipótese do limiar de estrogênio afirma que uma concentração de estradiol de 30–40 pg / mL causa regressão da endometriose, sem efeitos colaterais hipoestrogênicos, ou seja, sintomas vasomotores e perda óssea. Assim, a terapia complementar (com progesterona ou combinação de estrogênio-progesterona) pode ser administrada sem comprometer o controle da dor e auxi-liando a eliminar os sintomas de privação de estrogênio (TAYLOR,2021).

Alguns estudos demonstraram que a taxa de implantação de novos ciclos de trans-ferência é menor no protocolo do antagonista do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH-ant) do que no protocolo do agonista GnRH (GnRH-a) durante a fertilização in vitro (FIV). Esse efeito pode estar relacionado à receptividade endometrial. No entanto, os mecanismos não são claros. No estudo observacional, os tecidos endometriais obtidos na fase de secreção média de pacientes tratadas com protocolos de GnRH-a ou GnRH-ant e de pacientes em seu ciclo natural foram ava-liados. A expressão endometrial da creatina quinase do tipo B (CKB), que desempenha papéis importantes na fase de implantação, foi significativamente reduzida no grupo de GnRH. (CHEN *et al*, 2020)

Os medicamentos usados atualmente são elagolix 150 mg por dia, 200 mg duas vezes ao dia, se houver ausência de resposta com dose menor ou dispareunia (TAYLOR, 2021).

O ensaio clínico com Elagolix fase III introduziu um tratamento novo e promissor para a endometriose. Os agentes anti-gonadotróficos orais têm um futuro sólido. Eles interrompem a progressão da doença e reduzem drasticamente a dor, de forma rápida e significativa. No estudo de referência, o elagolix, em comparação com o placebo, mostrou uma diminuição significativa do valor basal na pontuação média da dor. Este efeito

significativo foi observado nos meses 3 e 6 de tratamento. Todavia, também causou uma diminuição significativa na densidade mineral óssea como o principal efeito colateral. Novos ensaios clínicos para medicamentos semelhantes estão em andamento. (Rolla,2019; MCHEM *et al*., 2020).

Inibidores da aromatase

Essa medicação de uso off-label no tratamento da endometriose age inibindo a aromatase, que é uma enzima que atua na conversão de androstenediona e testosterona em estrona e estradiol. No tecido endometriótico, a prostaglandina E2 estimula tanto a expressão como atividade da enzima aromatase, que leva à transformação de andrógenos em estrógenos. Os estrógenos, por sua vez, induzem a formação de mais prostaglandina E2, estabelecendo um feedback positivo na lesão endometrióide, resultando na redução dos níveis de estradiol circulantes. Entretanto, ainda necessitam de mais estudos que comprovem sua eficácia.

Pode ser utilizada com outras medicações nos casos refratários de dor severa e nas pacientes que persistem com sintomas após a menopausa, mas tem indicação restrita devido aos efeitos colaterais, especialmente pela indução de formação de cistos ovarianos volumosos (PAVONE, 2012). Por isso, é recomendado como tratamento de segunda linha junto com análogos de GnRH e análogos de andrógeno em pacientes que não respondem à terapia à base de progestágeno.As opções medicamentosas são o Letrozol e deve adicionar uma progesterona diária, como a Medroxiprogesterona, para prevenir a estimulação ovariana (TAYLOR, 2021).

Terapias adjuvantes

A endometriose tem um mecanismo neural associado à dor pélvica que inclui vias nociceptivas e neuropáticas. De acordo com CARLYLE (2020), para pacientes com suspeita de lesão nervosa significativa decorrente da endometriose, uma tentativa com gabapentina, pregabalina e antidepres-sivos tricíclicos pode ser útil na dor persistente após a excisão da doença ou histerectomia.

Abordagem cirúrgica

Antes de uma abordagem cirúrgica ser considerada, é importante usar a história, achados do exame físico e estudos de imagem para permitir um melhor entendimento da gravidade e do nível de envolvimento do órgão. A decisão de prosseguir para a cirurgia depende dos sintomas do paciente e da discus-são da abordagem terapêutica. (KECKSTEIN *et al*., 2020).

De acordo com MEHEDINTU (2014), se a terapia médica for mal sucedida ou se o estágio de endometriose for considerado muito avançado, a intervenção cirúrgica costuma ser a única opção restante. Entretanto, fatores devem ser considerados para essa abordagem, como a idade da mulher, paridade e natureza dos sintomas, além do tamanho, a atividade e a localização da endometriose. Após isso, deve-se escolher o tipo de procedimento a ser realizado, que pode ser conservador, realizado por laparoscopia, ou radical, que normalmente envolve a remoção parcial ou total do órgão afetado. O objetivo do tratamento cirúrgico é remover as áreas visíveis da endometriose e restaurar a anatomia por divisão das aderências. Logo, um grande desafio para o cirurgião é o conflito entre a remoção com-pleta da

endometriose e a necessidade de preservação dos órgãos afetados pela doença.

Essa condição ainda pode ser dividida em três categorias: Endometriose peritoneal, cistos endometrióticos ovarianos (endometrioma) e endometriose profunda. Além da terapia médica com hormônios e analgésicos, a cirurgia demonstrou melhoras significativas nos sintomas, com enfoque ainda maior para a endometriose profunda, considerando alguns sistemas de estadiamento, como ENZIAN, que correlaciona a extensão da doença com os sintomas de dor. O sistema classifica os achados clínicos da endometriose de acordo com sua localização (compartimento) e tamanho (<1 cm, 1–3 cm,> 3 cm). A classificação ENZIAN concentra-se nas três dimensões (compartimentos) da pelve: A= eixo craniocaudal ou compartimento (espaço retovaginal, vagina), B= eixo laterodorsal (ligamentos uterossacral e cardinal), C= eixo dorsal (retossigmóide). Outras localizações como útero, bexiga, ureter, outro envolvimento intestinal e localizações extragenitais também são respeitadas e descritas com o sufixo F). A classificação ENZIAN está sob revisão (2019) novamente, que está em publicação (MONTANARI *et al*., 2019).

Nos casos de endometriose superficial, as sociedades destacam que a laparoscopia com remoção cirúrgica melhora os sintomas em mais de 50% das pacientes após 6 meses de tratamento. A laparoscopia só é indicada para as pacientes com dor que não respondem ou tem contraindicação à terapia medicamentosa (KHO RM, *et al*. 2018). No entanto, ainda existe um grande embate acerca da definição da endometriose profunda, mas para fins cirúrgicos é assim considerada quando há envolvimento de tecido semelhante ao endometrial com uma profundidade de mais de 5 mm.

Diante de toda a complexidade, o manejo cirúrgico deve incluir avaliação pré-operatória eficaz que determine a abordagem cirúrgica ideal. Nessa fase, é importante analisar o histórico médico, exame clínico e de imagem e os sintomas, além de informar sobre todos os efeitos colaterais da cirurgia a longo e curto prazo e obter o consentimento da paciente (KECKSTEIN *et al*., 2020). Em casos de endometriose profunda e pacientes com dor, muitos estudos concordam que a ressecção cirúrgica melhora a dor e a qualidade de vida, especialmente quando envolve o intestino. Porém não há especificações nas diretrizes sobre a indicação e abordagem de acometimento cirúrgico da bexiga e intestino. Atualmente, a recomendação geral do ACOG, ESHRE e SOGC para o tratamento definitivo da dor associada à endometriose profunda ainda é a histerectomia com ou sem salpingoooforectomia bilateral em mulheres sem desejo de fertilidade futura, dor pélvica intratável associada, massas anexiais ou múltiplos procedimentos cirúrgicos conservadores anteriores. Em mulheres que desejam fertilidade futura, o tratamento cirúrgico conservador, poupando o útero e anexos deve ser oferecido. (KHO RM, *et al*. 2018)

Em casos de endometrioma ovariano, para a escolha do tratamento, deve-se considerar os sintomas de dor, risco de câncer, idade da paciente, reserva ovaraina, infertilidade, unilateral ou bilateral e tamanho. A abordagem de tratamento varia de drenagem simples, drenagem e coagulação, cistectomia ovariana a ooforectomia. Já nos casos de infertilidade, o tratamento cirúrgico deve ser oferecido a umlheres com endometriose leve ou mínima, segundo a ASRM, ESHRE e SGOC, consi-

derando a idade da paciente, os sintomas da dor, bem como as opções de tratamento de fertilidade subsequentes, como fertilização in vitro, clomifeno e gonadotrofinas. Em linhas gerais, em casos de endometriose leve ou mínima e pacientes com sintomas de dor, inicia-se pela terapia medicamentosa e, caso não apresente melhora ou haja contrain-dicação, opta-se por laparoscopia. Já nas pacientes com infertilidade, é preferível lançar mão de técnicas para reprodução e, quando não houver sucesso terapêutico, realizar a laparoscopia. Nas pacientes que apresentam concomitantemente dor e infertilidade, está indicada a laparoscopia como primeira escolha. (KHO RM, *et al*. 2018).

A equipe cirúrgica deve ser organizada de acordo com as necessidades do (s) procedimento (s) planejado (s) ou previsto (s). Pode ser necessário envolver um cirurgião intestinal, um urologista, um cirurgião torácico e até mesmo um cirurgião plástico. O ginecologista deve liderar a equipe, pois sua compreensão da endometriose e dos sintomas é crucial no planejamento da cirurgia, defendendo os interesses da paciente e montando um plano de cuidado único, em conjunto com a equipe e a paciente, para melhorar a dor, a fertilidade e a qualidade de vida. A equipe deve ser infor-mada com antecedência para planejar o procedimento e organizar seu tempo de forma adequada (KHEKISTAIN, 2020).

Além disso, é válido ressaltar a importância da escolha da técnica cirúrgica. A laparotomia possui vantagem no tratamento da endometriose grave para identificá-la e eliminá-la completamente, visto que possui um melhor feedback tátil. No entanto, o acesso endoscópico tornou-se padrão para o tratamento da endometriose, devido à melhor visualização e acesso às lesões em profundidade da pelve, além de menor morbidade pós-operatória. O trauma mínimo na parede abdominal e no peritônio saudável, a falta de desidratação e o uso de técnicas micro-cirúrgicas melhoram o resultado, principalmente em pacientes com infertilidade. Além disso, existem locais anatômicos ou achados de endometriose que podem ser alcançados exclusivamente por um procedimento endoscópico (KECKSTEIN *et al*., 2020).

Dessa forma, a cirurgia assistida por robô também vem ganhando destaque no tratamento da endometriose nos últimos 10 anos. Recursos especiais dos instrumentos podem facilitar etapas difíceis dos procedimentos e alguns dos benefícios da laparotomia. Contudo, vários estudos têm mostrado que os resultados da cirurgia assistida por robô em endometriose profunda são equivalentes aos da laparoscopia convencional, mas não superiores (KECKSTEIN *et al*., 2020).

Porém, a revisão das diretrizes mais atuais das principais sociedades revela que não há um consenso claro sobre as recomendações para diagnóstico, avaliação pré-operatória, indicação cirúrgica e abordagens de tratamento para pacientes com diferentes tipos de endometriose. Nota-se que as diretrizes publicadas também não foram atualizadas recentemente para refletir o crescente corpo de evidências sobre o uso de imagens no diagnóstico pré-operatório e no planejamento do tratamento em pacientes com suspeita de endometriose. Ainda existem lacunas no conhecimento sobre o papel e o efeito das novas modalidades de tratamento médico, incluindo ART, em pacientes com endometriose que apresentam dor e infertilidade (KHO RM, *et al*. 2018).

Uma abordagem minimamente invasiva tornou-se o padrão de cuidado no tratamento

cirúrgico moderno da endometriose. Em comparação com uma abordagem aberta, foram encontradas técnicas menos invasivas para reduzir a perda de sangue, diminuir os escores de dor, melhorar os resultados cosméticos e permitir recuperações mais rápidas. Em um primeiro momento, o artigo compara o uso da laparoscopia padrão com a laparoscopia robôtica. Até o momento, o estudo LAROSE é o primeiro e único estudo de controle randomizado realizado para comparar as duas técnicas no tratamento da endometriose. O estudo não encontrou nenhuma diferença no tempo operatório médio, perda de sangue, complicações intra-operatórias ou pós-operatórias ou conversão para laparotomia entre os dois grupos. Devido à baixa taxa de resultados adversos, bem como ao pequeno tamanho da amostra, não havia dados suficientes para determinar qualquer diferença (HUR, 2020).

O manejo cirúrgico desses casos costuma ser desafiador e pode exigir uma abordagem multidisciplinar. A laparoscopia assistida por robótica (robotic assisted laparoscopy - RAL) oferece muitos benefícios, como visualização 3D, ergonomia aprimorada e destreza aprimorada que pode permitir que esses casos sejam realizados usando uma abordagem mínimamente invasiva. Dadas as informações disponíveis, os cirurgiões ginecológicos podem considerar o uso de RAL caso a caso, levando em consideração as vantagens e desvantagens da laparoscopia assistida por robótica (HUR, 2020).

Por fim, existe a possibilidade do procedimento cirúrgico remover permanentemente as lesões da endometriose, mas essa apenas possui efetividade, sem possibilidade de volta, com a supressão hormonal contínua mesmo após a intervenção.

Avanços no tratamento

Para superar a progressão e refratariedade dos focos endometriais tem-se realizado extensas pesquisas em busca de novos medicamentos nos últimos anos. Nesse sentido, a eficácia terapêutica e o uso potencial de um medicamento como tratamento preventivo após a cirurgia também é desejável. A recorrência dos focos e os sintomas asso-ciados dentro de 5 anos após a laparoscopia é de aproximadamente 19% em pacientes com endometrioma e até 10% das mulheres requerem cirurgia secundária após 1 ano, enfatizando a necessidade de novos trata-mentos médicos para prevenir a recorrência. Dessa forma, para identificar e desenvolver novos produtos farmacêuticos para o tratamento da endometriose, é essencial compreender as vias moleculares e de sinalização desreguladas no seu desenvolvi-mento. Até onde sabemos, há ensaios clínicos limitados para examinar a fisiopatologia ou as vias de sinalização direcionadas pelos medicamentos. As medidas de desfecho utilizadas nesses estudos são escore de dor, níveis de dismenorreia e dispareunia e qualidade de vida, exceto para galato de epigalocatequina (EGCG) e quinagolida, cuja eficácia na redução das lesões endometrióticas será determinada. Além disso, a fisiopatologia heterogênea entre os pacientes afeta sua capacidade de resposta ao tratamento com drogas; portanto, o desenvolvimento de medi-camentos personalizados para pacientes espe-cíficos com base na fisiopatologia da endo-metriose é desejável. Portanto, as vias de multissinais de alvos farmacêuticos nessa doença tornaram-se importantes no desenvolvimento de novos tratamento (MCHEM *et al.*, 2020).

Os tratamentos médicos atuais para o EM são principalmente hormonais e sintomáticos e, portanto, é necessário o desenvolvimento de produtos farmacêuticos novos, eficazes e seguros, direcionados a vias moleculares e de sinalização específicas, como produtos farmacêuticos que visam especificamente as vias moleculares e de sinalização envolvidas na fisiopatologia da endometriose. Os fármacos hormonais, incluindo a melatonina, exercem pró-apoptose via regulação da atividade da metalopeptidase da matriz, enquanto o sorafenibe farmacêutico não hormonal exerce efeito antiproliferativo via MAPK / ERK e atividade antiangiogênese via VEGF / VEGFR. Nacetil cisteína, curcumina e ginse-nosídeo exercem ação antioxidante e anti-efeitos inflamatórios via atividade de eliminação de radicais. Além disso, os pro-dutos naturais têm alta eficácia com efeitos colaterais mínimos; por exemplo, o resveratrol e o galato de epigalocatequina têm múltiplos alvos e fornecem eficácia sinérgica para resolver a complexidade da fisiopatologia, mostrando eficácia promissora no tratamento da endometriose (MCHEM *et al*., 2020).

O resveratrol, uma droga natural derivada do vinho da uva, induz a apoptose nas células do estroma endometrial por meio da supressão de survivin expressão. Estudos trabalharam em experimentação animal com implantes cirúrgicos de endometriose em ratas, onde demonstram o efeito supressor do resveratrol na progressão da doença. e descreveram como essa substância aumenta a apoptose em células estromais endometrióticas. Embora ainda haja uma longa jornada a ser percorrida, esses resultados são bastante promissores (ROLLA, 2019)

Embora novos tratamentos médicos estejam sendo desenvolvidos atualmente, estudos farmacológicos mais detalhados e ensaios clínicos de grande tamanho de amostra são necessários para confirmar a eficácia e segurança desses tratamentos em um futuro próximo. Além disso, medicamentos com eficácia específica no endométrio ectópico e efeitos colaterais mínimos no endométrio eutópico são preferíveis para o tratamento de EM, pois esses medicamentos afetarão menos os ciclos reprodutivos (MCHEM *et al*., 2020).

CONCLUSÃO

Portanto, como foi observado até o momento, a comunidade médica e científica ainda busca respostas para a compreensão da fisiopatologia da endometriose. É nítido os avanços e desafios durante os anos na implementação de uma terapia cada vez melhor para a doença, que é uma patologia desafiadora e muito prevalente entre as mulheres. A maioria da literatura foca nos medicamentos atualmente aprovados e dispo-níveis, mas estudos mostram várias outras drogas, ainda em estudo, que visam não somente o controle sintomático como também a regressão e prevenção dos focos endo-metriais com os menores efeitos adversos possíveis, respei-tando a individualidade de cada paciente. Em relação ao tratamento cirúrgico, observa-se o desenvolvimento de técnicas cada vez mais modernas e avançadas com intuito de realizar uma abordagens minimamente invasivas, mais seguras e com menor dano possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anastasiu, CV., *et al*. "Biomarkers for the Noninvasive Diagnosis of Endometriosis: State of the Art and Future Perspectives". International Journal of Molecular Sciences, v. 21, n.5, p.1750. mar. 2020.

Brown J., Kives S., Akhtar M. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Revista 2012; (3):CD002122.

Carlyle D., Khader T., Lam D. *et al*. Endometriosis Pain Management: a Review. Curr Pain Headache Rep 24, 49 (2020).

Cranney, R., *et al*. "An Update on the Diagnosis, Surgical Management, and Fertility Outcomes for Women with Endometrioma". Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, v. 96, n.6, p. 633–43. fev. 2017.

Chen, Q., Fan, Y., Zhou X. *et al*. Antagonista de GnRH altera a migração de células epiteliais endometriais reduzindo CKB. (2020).

Christine H, Tommaso F. Robotic treatment of bowel endometriosis, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, v. 71, 2021, p. 129-143,

Falcone T.; Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. Obstetrics and gynecology, v. 131, n. 3, p. 557–571, 2018.

Greene AD., *et al*. "Endometriosis: Where are We and Where are We Going?" Reproduction (Cambridge, England), v. 152, n.3, p. R63–78. set. 2016.

Kavoussi SK., *et al*. "New Paradigms in the Diagnosis and Management of Endometriosis". Current Opinion in Obstetrics & Gynecology, v.28, n.4, p. 267–76. ago. 2016.

Keckstein J, Becker CM, Canis M, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, Nisolle M, Roman H, Saridogan E, Tanos V, Tomassetti C, Ulrich UA, Vermeulen N, De Wilde RL. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. Hum Reprod Open. 2020

Kho RM, *et al*., Tratamento cirúrgico de diferentes tipos de endometriose: Comparação das principais diretrizes da sociedade e algoritmos clínicos preferidos, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology (2018),

Machairiotis, N., Vasilakaki, S., Thomakos, N. Mediadores inflamatórios e dor na endometriose: uma revisão sistemática. 2021.

Malvezzi, H., Marengo, E., Podgaec, S., Piccinato, C. Endometriosis: current challenges in modeling a multifactorial disease of unknown etiology. J Transl Med (2020) 18:311

Mchem, S., Zhang R. *et al*. Pharmaceuticals targeting signaling pathways of endometriosis as potential new medical treatment: A review. 2020.

Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. J Med Life. 2014;7(3):349–357.

Muzii L, Di Tucci C, Achilli C, Di Donato V, Musella A, Palaia I, *et al*., Continuous versus cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(2):203-11.

Pavone ME, Bulun SE. Aromatase inhibitors for the treatment of endometriosis. Fertil Steril. 2012;98(6):1370-9.

Panir K., *et al*. "Non-coding RNAs in endometriosis: a narrative review". v. 24, n.4, p. 497-515. ago. 2018.

Podgaec S. Endometriose – Coleção Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Fertil Steril. 2014;101(4):927-35.

Rached, MR., *et al*. "HLA-G Is Upregulated in Advanced Endometriosis". European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, v. 235, p. 36–41. abr. 2019.

Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment, 2019

Taylor HS., *et al*. “An Evidence-Based Approach to Assessing Surgical versus Clinical Diagnosis of Symptomatic Endometriosis”. International Journal of Gynecology & Obstetrics, vol. 142, no 2, 2018, p. 131–42.

Walch K, Unfried G, Huber J, Kurz C, van Trotsenburg M, Pernicka E, *et al*. Implanon versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis – a pilot study. Contraception. 2009;79(1):29-34.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 19

TRATAMENTO DA SOP COM USO DE METFORMINA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES
ALAOR CABRAL DE MELO NETO[1]
ANA BEATRIZ CAMPOS DE OLIVEIRA[1]
ANDRÉ QUINTINO PORTO[2]
BEATRIZ SAAD SABINO DE CAMPOS FARIA[1]
FERNANDA SILVA COUTINHO[1]
GEOVANA OLIVEIRA DE PAULA[1]
GIULIA MORAIS LEANDRO DE CARVALHO[1]
ISADORA GARCIA DE PAULA[1]
JAQUELINE PÁDUA PELEJA[1]
LUCIANA CALDEIRA MORELLI[3]
MARIA EUGÊNIA RUAS CARVALHO[1]
TAÍS GARCIA ROCHA[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO
[2]Discente – Medicina do Instituto Master de Ensino Professor Antônio Marques Centro Universitário de Araguari – IMEPAC Araguari
[3]Docente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC/GO

Palavras-chave: Metformina; SOP; Hiperandrogenismo.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Ovário Policístico (SOP) é um distúrbio endócrino e metabólico comum que acomete, geralmente, mulheres entre a menarca e a menopausa. É caracterizada por alterações hormonais e desenvolvimento de cistos ovarianos. Dentre as diversas manifestações, destacam-se as disfunções reprodutivas, metabólicas e psicológicas, incluindo dislipidemia, obesidade visceral, infertilidade e, comumente, hiperinsulinemia e resistência à insulina (RI). Recentes estudos demonstram que essas alterações nos níveis de insulina possuem grande relevância, já que a hiperinsulinemia pode alterar os níveis hormonais de FSH e LH. Dessa maneira, o uso de sensibilizadores de insulina, como a metformina, vêm ganhando destaque como forma de tratamento, já que atuam reduzindo a gliconeogênese e glicogenólise, aumentando a sensibilidade à insulina nos músculos e retardando a absorção intestinal de glicose.

O objetivo deste estudo, então, foi descrever, por meio de uma revisão de literatura, a eficácia da utilização de metformina como tratamento para SOP.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura de abordagem narrativa, realizada no período de junho a julho do ano de 2021, usando como base de dados para busca de artigos a plataforma Pubmed.

A pesquisa foi realizada a partir dos descritores “metformin” e “polycystic ovarian syndrome”. Desta busca foram encontrados 1.839 artigos, o quais, posteriormente, foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2020 a 2021, que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa e disponibilizados gratuitamente 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.

Dos 1.839 artigos, apenas 9 se adequaram aos critérios de seleção para o estudo. Além disso, durante o desenvolvimento da pesquisa foi necessário ampliar a base de dados para a elaboração da introdução e discussão. Por fim, é necessário destacar que esta pesquisa usará dados de domínio público e conforme resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, dispensa apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição e história natural da doença

A Síndrome do Ovário Policístico (SOP) é a doença endocrinológica mais comum em mulheres em idade reprodutiva, apresentando uma etiologia multifatorial, que sofre influência de fatores ambientais e genéticos, apesar de seus fatores causais ainda não terem sido completamente esclarecidos (BRASIL, 2019). Dentre suas características fisio-patológicas podemos destacar o hiperan-drogenismo, que é responsável principalmente por provocar hirsutismo, acne, seborréia, alopecia, irregularidade menstrual, obesidade, cistos ovarianos e diabetes mellitus (DM) (DE MOURA *et al*., 2011). Além disso, a SOP está associada à infertilidade, a maior taxa de abortamento espontâneo e complicações obstétricas (BRASIL, 2019).

A SOP foi descrita pela primeira vez em 1935, por Stein e Leventhal como uma doença de oligomenorreia e ovários policísticos, que geralmente eram acompanhadas por acne, obesidade e hirsutismo (DE ÁVILA, 2014). Em 1958 e 1970, foram relatados, respectivamente um aumento do hormônio luteinizante (LH) na urina em alguns casos estudados, e o aumento do hormônio folículo estimulante (FSH), o que fez com que adotassem a alteração da secreção de gonadotrofinas como uma ferramenta diagnóstica. Por volta dos anos 1980, homens transsexuais apresentaram ovários policísticos devido ao uso de testosterona, o que possibilitou a associação da SOP com o hiperandrogenismo originado do ovário. Além disso, a existência da resistência insulínica também foi relacionada ao desenvolvimento desse excesso de andrógenos e à acantose nigricans (ROSENFIELD; EHRMANN, 2016). Enfim, em 2003, o consenso de Rotterdam definiu orientações diagnósticas de SOP(SANTOS *et al*., 2018).

Devido à associação da SOP com a hiperinsulinemia e resistência insulínica, a metformina tornou-se um dos principais fármacos utilizados para o tratamento dessa síndrome, visto que apresenta propriedades antidiabéticas e era um medicamento utilizado com segurança há muitos anos e tinha suas ações já conhecidas (SANTOMAURO JÚN *et al*., 2008). Tal droga é derivada de guanidina, possui grande eficiência, baixa toxicidade e poucos efeitos colaterais, apesar de poucos estudos que comprovam isso. O uso da metformina favorece uma maior regulação da menstruação e redução dos níveis de andrógênios, além de que sua eficiência em mulheres com SOP não é atribuída somente ao aumento da sensibilidade à insulina, mas também à redução do peso (NETO *et al*., 2015).

Epidemiologia

A SOP é a doença endócrina mais comum entre as mulheres em idade reprodutiva, aproximadamente 4 a 13% dessas mulheres apresentam a síndrome. Apesar de sua alta prevalência, aproximadamente 75% das umlheres, ao irem ao médico, permanecem sem diagnóstico. O que pode explicar essa “falha” diagnóstica pode ser a variabilidade de sintomas relacionados à síndrome e a falta de preparo e conhecimento do médico (WOLF *et al*., 2018).

No que se refere à taxa de incidência da SOP quanto à etnia, não se observa grande variação: entre mulheres caucasianas notou-se uma taxa de 6,5%; entre asiáticas, 6,3%; entre hispânicas 6,0% e entre afro-americanas de 8,0% (WOLF *et al*., 2018). Esses valores variam de acordo com a metodologia utilizada, especialmente no realizado na comunidade afro-americana em que houve uma variação de 4,8% a 8,0% entre os estudos. Entretanto, observou-se diferenças significativas das manifestações clínicas em cada grupo étnico: mulheres caucasianas, por exemplo, apresentaram taxa de hirsutismo relativamente maior quando comparadas com mulheres asiáticas.

Referente à faixa etária, em um estudo realizado na cidade de Paracatu(n=255) foi descrito uma prevalência maior entre mulheres de 20 a 49 anos, ao passo que em mulheres com mais de 50 anos houve apenas 1 caso notificado, como observa-se na TABELA 1. Quanto às manifestações clínicas, as adolescentes entre 15 a 19 anos apresentaram um risco relativo para o volume uterino aumentado 88,65 vezes maior que o seu desenvolvimento normal, ao passo que nas demais faixas etárias esse risco foi de 1,89 (SANTOS *et al*., 2018).

Tabela 19.1 Quadro da quantidade de pacientes com SOP por faixa etária;

FAIXA ETÁRIA	Nº PACIENTES DIAGNOSTICADAS
10 a 14 anos	15
15 a 19 anos	81
20 a 29 anos	104
30 a 39 anos	50
40 a 49 anos	4
mais de 50 anos	1

Fonte: Adaptado de Santos, 2018

Por fim, quanto à predisposição genética e estilo de vida, alguns estudos avaliando históricos familiares sugerem que variantes genéticas em genes relacionados à biossíntese, regulação e ação dos andrógenos, à ação das gonadotrofinas, à ação e à secreção da insulina, assim como genótipos pró-infla-matórios podem estar relacionados ao surgi-mento da SOP (ROSENFIELD; EHRMANN, 2016). Ademais, histórico de baixo peso ao nascer e pubarca precoce conferem risco elevado para o surgimento da SOP, assim como fatores ambientais, tais como vida sedentária e ganho de peso (IBÁÑEZ *et al*., 2004).

Fisiopatologia

Sabe-se que é durante a fase da puberdade que aparecem os primeiros sinais hormonais hipotálamo-hipofisários que estimulam os ovários e as adrenais, dessa forma, entende-se que é nesse período em que se apresentam as primeiras manifestações clínicas da SOP. O fato é que são inúmeras as alterações hormo-nais que caracterizam a SOP e suas manifestações clínicas. Dentre tais mudanças pode-se destacar: modificação no padrão metabólico de algumas enzimas ovarianas, adrenais e periféricas; aumento da produção androgênica pelos ovários e adrenais; presença de hiperinsulinismo decorrente da resistência à insulina; alterações na liberação de gona-dotrofina.

Por conseguinte, modificações nos padrões de liberação de LH, assim como a diminuição da liberação do FSH, são responsáveis pelo aumento da conversão de colesterol em andrógenos pelas células da teca ovariana. Consequentemente, ocorre aumento nos níveis séricos de testosterona e androsterona, de forma que se sustentam as mudanças nos padrões de secreção das gonadotrofinas, de modo que a conversão de andrógenos em estrógenos em células da granulosa e na gordura periférica também sofre alterações que se tornam permanentes. Por fim, esse ciclo de alterações hormonais acaba por promover o aparecimento e manutenção da SOP (LISBOA *et al*., 2021).

Devido a um desequilíbrio no padrão de secreção de gonadotrofinas, em grande parte dos casos o diagnóstico de SOP é identificado a partir da observação de níveis altos do hormônio luteinizante (LH), e níveis baixos do hormônio folículo estimulante (FSH). Ambos hormônios são produzidos pela hipófise, glândula endócrina responsável por secretar hormônios que controlam o funcionamento de outras glândulas, sendo grande parte de suas funções reguladas pelo hipotálamo, justifi-cando a classificação dessa síndrome como neuro-endócrina (SILVA; PARDINI; KATER, 2006).

Outra característica da SOP é a existência de níveis elevados de andrógenos circulantes (hiperandrogenemia), uma vez que a secreção do LH está aumentada e FSH diminuída. Esse aumento de andrógenos também pode se dar por meio de alterações no metabolismo enzimático, visto que uma maior atividade da

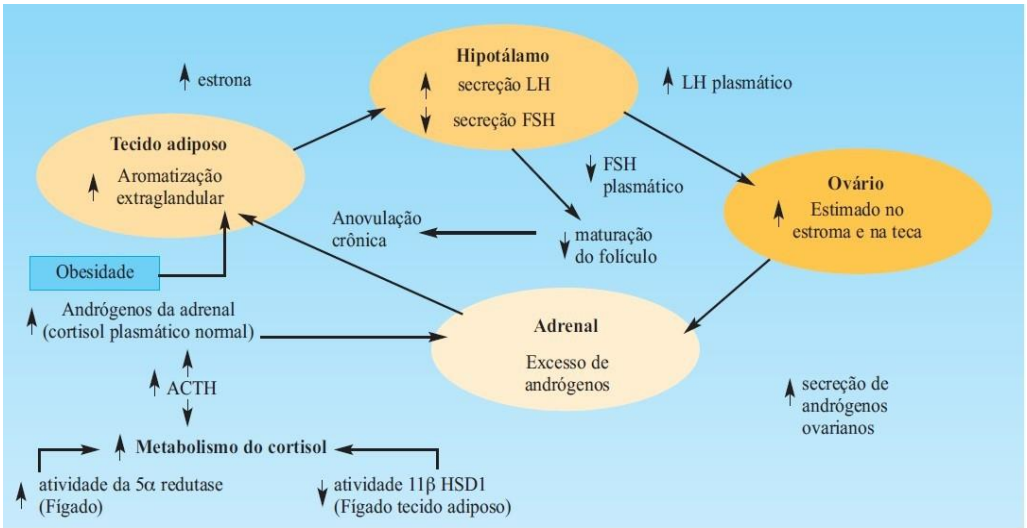
enzima ovariana e adrenal P450c17α, que catalisa a atividade das enzimas 17α-hidroxilase e 17,20-liase, resulta num aumento da síntese androgênica nessas glândulas. Não obstante, outra enzima que pode estar envolvida no processo de hiperandrogenismo é a aromatase, visto que quando atividade está reduzida a conversão de andrógenos em estrógenos pelas células da granulosa diminui favorecendo a hiperandrogenemia. Por último, a atividade da enzima 5α-redutase pode estar aumentada no fígado e nos órgãos alvo, favorecendo a potencialização dos andrógenos, o que promove o aparecimento dos sinais cutâneos do hiperandrogenismo (alopecia, seborréia, acne e hirsutismo) (LISBOA *et al*., 2021).

O hiperinsulinismo nessa síndrome geralmente resulta de uma manifestação comum a essa doença, a RI. Esse excesso de insulina, então, estimula a produção ovariana de andrógenos por meio de estímulo direto nas células da teca ovariana, ou por intermédio da IGF-1, deixando-as mais sensíveis aos estímulos do LH. No fígado o hiperin-sulinismo reduz a produção da globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), o que acarreta em um trânsito de maior concentração de testosterona livre pelo plasma. Outra característica decorrente da RI é o aparecimento da acantose nigricans principal-mente em áreas flexurais como: região anogenital, pescoço e axilas.

Desse modo, tem-se que essas consequências do hiperandrogenismo apre-sentam-se precocemente nos exames laboratoriais e clinicamente. Tais manifesta-ções podem provocar problemas reprodutivos, e, quando não tratadas, podem evoluir também para importantes alterações metabólicas que implicam um risco de desenvolverem obesidade, síndrome metabólica, diabetes tipo 2, diabetes mellitus gestacional, complicações obstétricas, como partos prematuros ou abortos, doença hepática gordurosa não-alcoólica, distúrbios de humor, entre outros (LISBOA *et al*., 2021).

Na **Figura 19.1** a seguir, pode-se observar a participação de múltiplos mecanismos fisiopatológicos e a heterogeneidade da SOP.

Figura 19.1 Fisiopatologia da SOP



Legenda: hormônio luteinizante (LH); hormônio folículo estimulante (FSH); hormônio adrenocorticotrófico (ACTH)
Fonte: YARAK *et al*., 2005.

Diagnóstico

No Consenso de Rotterdam, em 2003, foram definidos os critérios para o diagnóstico da SOP. De acordo com o Consenso, é preciso que o paciente tenha pelo menos dois dos três critérios para diagnosticar a síndrome, sendo eles: hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial, oligo-amenorreia e critérios ultrassonográficos. Ainda baseando-se nesses critérios é possível observar a formação de quatro fenótipos de SOP (A, B, C e D); A: oligoovulação ou anovulação, hiperandrogenismo e ovários policísticos; B: oligoovulação ou anovulação e ovários policísticos; C: hiperandrogenismo e ovários policísticos; D: oligoovulação ou anovulação e hiperandrogenismo.

O diagnóstico clínico dessa doença altera-se ao longo da vida. Na fase pós-puberal, as mudanças fisiológicas do eixo hipotálamo – hipófise – ovário não foram totalmente consolidadas, o que resulta nas irregularidades menstruais e ciclos anovulatórios, dificultando, assim, o diagnóstico da SOP na adolescência. Logo, para o diagnóstico da síndrome na pós-menarca, é preciso que a adolescente mani-feste três critérios de Rotterdam completos, não apenas dois, além da presença de hiperandrogenismo e anovulação após dois anos da menarca. No período de transição da menopausa, os distúrbios endócrinos sobrepõem os ginecológicos. Nesse período, também ocorre uma queda na produção androgênica, o que torna difícil o diagnóstico. Em razão disso e das alterações clínicas marcantes do período, a caracterização dessa desordem é confirmada com base na história clínica da paciente, que geralmente ocorre antes da menopausa (CAVALCANTE *et al*., 2021).

Tratamento

A metformina, um agente antidiabético da classe das biguanidas, é amplamente utilizada para o tratamento do DM2 e funciona da seguinte maneira: inibe a cadeia respiratória mitocondrial no fígado, levando, assim, à ativação da proteína quinase ativada por AMP (AMPK), o que aumenta a sensibilidade à insulina e diminui cAMP, resultando em expressão reduzida de enzimas gliconeogênicas. Ademais outro mecanismo de funcionamento da metformina que indica benefícios ao tratamento da SOP incluem a redução dos níveis séricos de andrógenos, algo que se dá devido ao efeito direto e indireto de metformina na insulina sérica, bem como aumento da sensibilidade à insulina nos tecidos. Nas células da teca, a metformina pode inibir o citocromo P450 (CYP) 17 por ação direta ou indiretamente por meio da melhora da sensibilidade do organismo à insulina e a supressão subsequente da fosfoinositídeo 3-quinase induzida por insulina (PI3K) atividade. Dessa forma entende-se que, ao melhorar a sensibilidade à insulina, a metformina pode inibir o receptor do hormô-nio luteinizante (LH) expressão, assim como 3β-hidroxiesteróide desidrogenase (HSD3-B), e atividade CYP11A1 em células da granulosa (DANESHJOU *et al*., 2020).

Funcionando na regulação da glicose, ao contrário de outras drogas reguladoras da insulina que levam à hipoglicemia ou hiperglicemia como efeito colateral, a metformina também potencializa a diminuição adicional de SHBG no testosterona livre e seus efeitos incluem uma ligeira melhora no perfil lipídico de pacientes com SOP (BULSARA *et al*., 2021) Outros benefícios relacionados ao uso da metformina incluem ovulação e regulação

menstrual, no entanto, efeitos colaterais gastrointestinais podem ocorrer com o uso dessa medicação (DANESHJOU *et al*., 2020).

A respeito da eficácia dos tratamentos para o manejo da síndrome do ovário policístico em adolescentes, especificamente, obteve-se que metformina e o uso de pílulas anticon-cepcionais isoladamente ou em combinação com outras intervenções podem reduzir os escores de hirsutismo, mas nenhum desses medicamentos levou a uma regulação eficaz do ciclo menstrual ou redução de peso em pacientes com SOP. No entanto, o uso de ACO leva a fatores de piora de risco cardio-metabólico.

Tal informação enfatiza a necessidade de uma tomada de decisão informada com base no risco subjacente e nas necessidades e preferências do paciente para selecionar abor-dagens de tratamento balanceadas eficazes, que não sejam baseadas na necessidade de contracepção durante a idade reprodutiva, além de fornecer monitoramento de risco de longo prazo no futuro. Mais pesquisas são necessárias com urgência para buscar novos tratamentos que possam ser avaliados no contexto de projetos de alta qualidade de longo prazo que relatem resultados importantes para os pacientes com base nos fenótipos de SOP. A monoterapia com intervenção no estilo de vida, metformina, ACO, espironolactona, flutamida, pioglitazona ou terapia combinada com metformina juntamente com anticon-cepcionais orais, metformina em conjunto com espironolactona, e metformina combinada à flutamida foram associados a reduções estatisticamente importantes no hirsutismo em relação ao placebo, por exemplo (AL KHALI-FAH *et al*., 2021).

Ademais, avaliando outros estudos que investigam tratamentos de SOP com o uso de metformina, temos como a metformina reduz o risco da síndrome da hiperestimulação ovariana em pacientes com SOP durante a fertilização in vitro estimulada pela gona-dotrofina. Como é explanado, pôde-se inferir que do ponto de vista clínico, a administração de metformina diminuiu o risco de síndrome de hiperestimulação ovariana moderado/grave em 80% e o risco de hospitalização em 75%, em pacientes com SOP. Tendo tal informação a vista, os resultados também sugerem que a metformina pode exercer um impacto modu-lador na resposta ovariana, sendo essa realizada por intermédio de dois mecanismos; o primeiro deles é a partir da redução do número de folículos não periovulatórios, e o segundo, se refere à redução da secreção de estradiol pelos folículos periovulatórios (conforme demonstrado por menor níveis de pico de estradiol sob tratamento). Assim, algo que o estudo destaca é que a ação da metformina ainda é desconhecida, e várias hipóteses foram estabelecidas quanto às suas ações farmacológicas. A metformina tem efei-tos pleiotrópicos que atuam na SOP seguinte características, e todos estes foram implicados na patogênese da hiper-resposta ovariana: morfologia da SOP, hiperandrogenismo e resistência à insulina (PALOMBA *et al*., 2011).

Sobre isso, em primeiro lugar, nas mulheres com morfologia SOP ocorre um risco aumentado de desenvolver síndrome da hiperestimulação ovariana (SHO)grave e, por isso, exigir técnicas de evasão. Dito isso, dados recentes demonstraram que a met-formina exerce um efeito agudo na morfologia ovariana em pacientes com SOP, explicando um dos efeitos implicados no risco de SHO (PALOMBA *et al*., 2011).

Segundamente, pôde ser analisado que a metformina também afeta o ambiente ovari-

ano, reduzindo o hiperandrogenismo intra-ovariano e a resistência à insulina em estudos experimentais. Descobertas anteriores ao artigo analisado identificaram os níveis de androgênio como preditores de identificar, antes da estimulação, mulheres que estão em risco de síndrome da hiperestimulação ova-riana. Dessa forma, é importante ter como base que os andrógenos realmente aumentam a resposta ovariana à gonadotrofina estimulação, em pacientes com SOP, por isso, a produção de andrógenos das células da teca é reforçada pela administração de FSH, sugerindo que um papel fundamental é desempenhado por um mecanismo parácrino de células granulosa-teca (PALOMBA *et al*., 2011).

Por fim, a respeito da hiperinsulinemia, conforme observado em pacientes com SOP, pode ocorrer uma contribuição para a resposta aberrante de células da granulosa às gona-dotrofinas. Mulheres com SOP hiperin-sulinêmicas têm um nível sérico mais alto de E2 e incidência de hiperestimulação ovariana em resposta à estimulação ovariana com FSH em comparação com aqueles com normoin-sulinemia, e por isso, uma maior taxa de cancelamento do ciclo foi relatada em mulheres resistentes à insulina com SOP quando comparados com aqueles que não são resistentes à insulina (PALOMBA *et al*., 2011).

Dessa forma, alguns autores mostraram preliminarmente que o pré-tratamento com metformina melhora a qualidade do embrião e a taxa de implantação em pacientes com SOP em maturação in vitro em comparação com placebo ou sem terapia; no entanto, a evidência dos efeitos benéficos da metformina na receptividade endometrial e a qualidade do embrião é, até o momento, é considerada limitada. Mas é evidente que a administração de metformina em pacientes inférteis com SOP que apresentam alto risco de síndrome da hiperestimulação ovariana tiveram sua inci-dência reduzida, juntamente com a gravidade da situação durante a gonadotrofina estimu-lação ovariana utilizada nos programas de fertilização in vitro (PALOMBA *et al*., 2011).

Uma meta-análise, cujo objetivo era avaliar os efeitos da metformina nos valores séricos de adipocitocinas (adiponectina, resis-tina, visfatina e leptina) reuniu resultados de 744 mulheres com SOP que iniciaram terapia com metformina, de 4 diferentes estudos. A administração de metformina foi associada a um aumento dos níveis de adiponectina e um decréscimo dos níveis de leptina, o que sugere uma diminuição da obesidade, da insulino resistência e de outras doenças metabólicas que configuram a Síndrome Metabólica. Ademais, com o objetivo de avaliar o efeito da metformina nos níveis séricos de homocisteína (associado a um aumento do risco cardio-vascular) e outros parâmetros metabólicos, a terapêutica com metformina demonstrou um benefício na diminuição do IMC, dos níveis séricos de homocisteína e dos níveis de glicemia pós administração de glicose oral, sem evidência de efeitos no perfil lipí-dicos(SANTOMAURO JÚN *et al*., 2008).

A partir de estudos clínicos randomizados controlados, com o objetivo de investigar os efeitos terapêuticos da associação de met-formina e estatinas na Síndrome do Ovário Policístico, foi possível observar que esta combinação de fármacos demonstrou melhorar os níveis séricos de lipídios e de parâmetros inflamatórios, particularmente a PCR, mas não demonstrou efeitos significativos na redução dos parâmetros bioquímicos e clínicos do hiperandrogenismo e da resistência periférica à ação da insulina.

No artigo "Metformin for ovulation induction (excluding gonadotrophins) in women with polycystic ovary syndrome" foi compa-rado o uso da metformina isolado ou combi-nado com citrato de clomifeno (CC), letrozol ou perfuração laparoscópica ovariana (LOD), contra o uso isolado de CC, letrozol, LOD, placebo ou nenhum tratamento. Os resultados primários consideraram as taxas de nascidos vivos e efeitos colaterais gastrin-testinais, enquanto os resultados secundários levaram em consideração taxas de gravidez e ovulação(SHARPE *et al*., 2019).

O uso da metformina *versus* placebo ou nenhum tratamento demonstrou aumento de 1 a 18% a taxa de nascidos vivos, apesar de também elevar as chances de apresentar efeitos colaterais (EC) no trato gastrintestinal (TGI) de 12 a 30%. Quanto à gravidez e à ovulação os resultados se mostraram promissores, mas não foram conclusivos, bem como a análise de risco de aborto(SHARPE *et al*., 2019).

Já a respeito da metformina combinada com CC *versus* CC isolado, mesmo com provável aumento das taxas de gravidez e ovulação na terapia combinada, obteve-se resultado incerto quanto às taxas de nascidos vivos, pois a monoterapia com CC teve 24% de nascidos vivos, enquanto na terapia combinada essa taxa variou entre 23 e 24%. Entretanto, a terapia combinada mostrou risco 28% maior de EC no TGI (SHARPE *et al*., 2019).

Quando analisado o uso isolado da metformina *versus* CC, devido ao baixo nível de evidência não foram encontrados resultados conclusivos e consistentes do estudo em geral. Entretanto, um subgrupo de análise considerando a obesidade apresentou diferenças significativas entre o uso desses dois tratamentos. Em mulheres não-obesas, o uso da metformina mostrou prossível benefício nas taxas de nascidos vivos, e de gravidez, já em mulheres obesas não houve alteração. Não foram observadas alterações em índices de aborto e o estudo não observou efeitos gastrintestinais. A taxa de nascidos vivos de mulheres não obesas com CC é de 26%, podendo aumentar para 26% a 50% com metformina. No entanto, em mulheres obesas, a taxa de nascidos vivos é de 22%, que pode diminuir para entre 5% a 13% com metformina. As outras comparações obtiveram resultados inconclusivos e inconsistentes (SHARPE *et al*., 2019).

Um estudo realizado com células beta pancreáticas de mulheres com SOP e com camundongos analisou se a metformina atua no alivio do estresse do retículo endo-plasmático (RE) de células ovulatórias, o qual é induzido por hiperandrogenismo em SOP. De acordo com pesquisas recentes, esse estresse do RE afeta a maturação de oócitos, formação de folículos e a ovulação (JIN *et al*., 2020)

Entretanto, o mecanismo pelo qual os andrógenos provocam estresse e o mecanismo de ação da metformina ainda não foram completamente compreendidos. Este estudo propõe, então, que o hiperandrogenismo ativa o estresse ER através da via p38 MAPK e que este efeito é interrompido por meio da ação metformina inibindo a fosforilação dessa via (JIN *et al*., 2020).

Em outra revisão da literatura foi observado o uso do mio-inositol como alternativa ao uso da metformina no tratamento da SOP, visto que esta apresenta efeitos adversos gastrintestinais indesejáveis (AZIZI KUTENAEI *et al*., 2021)

Mio-inositol produz o trifosfato de inositol, substância que regula alguns hormônios como o hormônio estimulador da tireoide (TSH) e hormônio folículo-estimulante (FSH). Além

disso, também é responsável pela captação de glicose, aumentando a sensibilidade à insulina. Assim, atua na regulação da resistência insulínica e hiperandrogenismo, exercendo importante função no tratamento de mulheres com SOP (AZIZI KUTENAEI *et al*., 2021).

Ao comparar o uso da metformina e do mio-inositol foram observados resultados heterogêneos comparando a ação da metformina e do mio-inositol na regulação de determinados hormônios. A metfomina apresentou melhores resultados na regulação do LH, da relação LH/FSH prolactina e da 17-OH-P. Enquanto isso, o mio-inositol se destacou atuando na diminuição dos níveis de testosterona e DHEA, sendo mais efetivo no controle do hiperandrogenismo, além de apresentar menores riscos de efeitos gastrintestinais. Sendo assim, de acordo com este estudo o mio-inositol poderia ser utilizado como terapia alternativa para o tratamento da SOP em mulheres com SOP e hiperandrogenismo ou com dificuldades para engravidar. Entretanto, não houve diferença significativa entre o uso desses dois medicamentos para o tratamento dessa síndrome, sendo necessários estudos mais aprofundados para analisar possíveis efeitos colaterais desse tratamento alternativo (AZIZI KUTENAEI *et al*., 2021).

A pesquisa "O Uso de Metformina no Tratamento da Síndrome dos Ovários Policísticos" reforçou a ação desse medicamento na redução da resistência insulínica, redução dos níveis de insulina, alteração da biossíntese de andrógenos ovarianos, proliferação de células da teca e crescimento endometrial, além da redução da gliconeogênese. Também mostrou que a metformina age na regulação da ovulação atuando sob hormônios gonadotróficos e na manutenção da foliculogênese (VALE *et al*., 2021).

Este estudo, então, comparou a ação desse antidiabético no controle da anovulação crônica, característica comum da SOP, com o uso de Citrato de Clomifene (CC), medicamento tradicionalmente utilizado como tratamento da anovulação. Observou-se, em mulheres com SOP e IMC>35kg/m², que a metformina apresenta efeitos positivos na indução à ovulação em relação ao uso de placebos ou nenhuma terapia. Entretanto, a metformina obteve resultados quase insignificantes diante do uso de CC. Dessa maneira, de acordo com o artigo, o tratamento mais promissor para a SOP seria a terapia combinada com esses dois medicamentos, além de mudanças no estilo de vida que favoreçam a recuperação do paciente (VALE *et al*., 2021).

No artigo "A metformina na indução da ovulação em mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos", como o próprio nome diz, é observada principalmente a ação da metformina no controle da anovulação. Esse medicamento foi capaz de melhorar as taxas de ovulação e de gravidez em comparação ao placebo ou a nenhum tratamento em mulheres com SOP, mas não alterou a taxa de nascidos vivos. Quando combinada ao uso de CC as chances de gravidez aumentaram em 1,6 vezes, demonstrando resultado mais satis-fatório que a monoterapia com metformina. Em outro ensaio clínico, a terapia combinada apresentou uma melhora das taxas de gravidez de 53,5%, enquanto a monoterapia com CC obteve apenas 28,5%, o que fortalece a tese de que a terapia combinada é a mais promissora. Apesar desse resultado, as vantagens da monoterapia com metformina incluem ausên-cia de efeitos adversos antiestrogênicos, dimi-nuição de gravidez múltipla e moni-torização menos intensiva, apresentando como efeitos colaterais mais comuns apenas sintomas gastrintestinais (SAMANTHA; ALMALIK, 2019).

Além da terapia com CC, também foi observada a combinação da metformina com o letrozole, fármaco da classe de inibidores de aromatase usados na terapia adjuvante e no tratamento do câncer de mama metastático. O uso de letrozole+metformina apresentou melhores taxas de gravidez quando comparado à terapia com metformina+CC, além de menores taxas de aborto. Entretanto não houve significância estatística dessa diferença na análise. O letrozole, então, pode ser considerado uma alternativa de tratamento para aquelas mulheres resistentes ao Clomifeno, sendo mais sensível na indução ovulatória e apresentando menos efeitos colaterais. Entretanto, devido ao risco de malformações o seu uso é proibido em alguns países (SAMANTHA; ALMALIK, 2019).

Complicações

Os efeitos colaterais mais frequentes do uso da metformina são os gastrintestinais: diarréia, náusea, sabor metálico e desconforto abdominal, pois a biodisponibilidade oral desse medicamento é aumentada quando combinada com agentes anticolinérgicos resultando em uma alteração da motilidade gastrointestinal. Esses efeitos podem ser minimizados com a sua administração durante as refeições e aumento gradual das doses (ARIE *et al*., 2009). Ademais, também foi observado o desenvolvimento de deficiência de vitamina B12, provavelmente devido ao local de ação intestinal do medicamento, levando a uma má absorção (THOMAS; GREGG, 2017).

Temos em vista também que a acidose lática constitui o evento adverso mais temido deste fármaco, com taxa de mortalidade de 50%, entretanto é uma consequência pouco comum (<0,01-0,08 casos/mil pacientes ano, ou seja, 1 a 8 casos em 100 mil usuários) (SALPETER *et al*., 2010).

Além disso, essa medicação é excretada pelos rins de forma inalterada, sendo importante a frequente avaliação renal e hepática para o uso da metformina de modo seguro para o paciente. Em geral, é aconselhado que pacientes de Doença Renal Crônica com grau acima de 3 tenham extrema cautela ao usar este medicamento.

Desse modo, observa-se que a paciente deve evitar ao máximo associar álcool com a medicação, uma vez que essa ação pode aumentar as chances de uma acidose láctica devido ao seu potencial de prejudicar a função renal e consequentemente sua excreção (BRASIL, 2019).

CONCLUSÃO

Pode-se dizer que o uso da metformina apresenta resultados promissores para o tratamento da SOP. Este antidiabético apresentou efeitos significativos em relação ao controle do hiperandrogenismo, redução do hirsutismo, redução do risco de síndrome da hiperovulação, diminuição do nível de insulina e da RI, aumento das taxas de ovulação e, consequentemente, aumento do número de gravidez em mulheres com SOP, bem como auxílio no controle dos níveis de lipídios e mediadores inflamatórios. Entretanto, o uso da metformina isolada comparada ao seu uso combinado com mudanças no estilo de vida e medicações complementares, como CC, Letrozole e Sitagliptina, mostrou resultados muito melhores no controle dos efeitos dessa síndrome. Assim, deve-se investir em estudos que aprofundem pesquisas sobre o uso da terapia combinada para o controle da SOP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL KHALIFAH, R. A. *et al*. Efficacy of Treatments for Polycystic Ovarian Syndrome Management in Adolescents. Journal of the Endocrine Society, v. 5, n. 1, p. 1–11, 2021.

ARIE, W. M. Y. *et al*. Síndrome do ovário policístico e metformina: revisão baseada em evidências. Femina, p. 585–602, 2009.

AZIZI KUTENAEI, M. *et al*. The effects of myo-inositol vs. metformin on the ovarian function in the polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. European Review for Medical and Pharmacological Sciences, v. 25, n. 7, p. 3105–3115, 2021.

BRASIL, M. DA S. E O U E O. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Especializada à Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos., p. 1–39, 2019.

BULSARA, J. *et al*. A review: Brief insight into Polycystic Ovarian syndrome. Endocrine and Metabolic Science, v. 3, p. 100085, 2021.

CAVALCANTE, I. DOS S. *et al*. Síndrome dos ovários policísticos: aspectos clínicos e impactos na saúde da mulher. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, p. e23810212398, 2021.

DANESHJOU, D. *et al*. Sitagliptin/Metformin: A New Medical Treatment in Polycystic Ovary Syndrome Trends in Endocrinology and Metabolism, 2020.

DE ÁVILA, M. A. P. Síndrome dos ovários policísticos o visível e o invisível inerentes ao risco cardiovascularRevista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes, 2014.

DE MOURA, H. H. G. *et al*. Polycystic ovary syndrome: A dermatologic approach. An. bras. dermatol, v. 86, n. 1, p. 111–119, 2011.

IBÁÑEZ, L. *et al*. Insulin sensitization for girls with precocious pubarche and with risk for polycystic ovary syndrome: Effects of prepubertal initiation and postpubertal discontinuation of metformin treatment. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, v. 89, n. 9, p. 4331–4337, 2004.

JIN, J. *et al*. Metformin inhibits testosterone-induced endoplasmic reticulum stress in ovarian granulosa cells via inactivation of p38 MAPK. Human Reproduction, v. 35, n. 5, p. 1145–1158, 2020.

LISBOA, G. R. *et al*. Particularidades do diagnóstico e da terapêutica da síndrome dos ovários policísticos na adolescência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 5, p. e7124, 2021.

NETO, E. M. R. *et al*. Metformina : Uma Revisão Da Literatura Metformin : a Review of the Literature. Saúde e Pesquisa, v. 8, n. 2, p. 355–362, 2015.

PALOMBA, S. *et al*. Metformin reduces risk of ovarian hyperstimulation syndrome in patients with polycystic ovary syndrome during gonadotropin-stimulated in vitro fertilization cycles: A randomized, controlled trial. Fertility and Sterility, v. 96, n. 6, 2011.

ROSENFIELD, R. L.; EHRMANN, D. A. The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): The hypothesis of PCOS as functional ovarian hyperandrogenism revisitedEndocrine Reviews, 2016.

SALPETER, S. R. *et al*. Risk of fatal and nonfatal lactic acidosis with metformin use in type 2 diabetes mellitusCochrane Database of Systematic Reviews, 2010.

SANTOMAURO JÚN, A. C. *et al*. Metformina e AMPK: um antigo fármaco e uma nova enzima no contexto da síndrome metabólica. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 52, n. 1, p. 120–125, 2008.

SANTOS, L. S. *et al*. Avaliação da incidência da SOP por clínica e ultrassonografia, em residentes na cidade de Paracatu - MG. Revista de Medicina, v. 97, n. 4, p. 402–406, 2018.

SHARPE, A. *et al*. Metformin for ovulation induction (excluding gonadotrophins) in women with polycystic ovary syndromeCochrane Database of Systematic Reviews, 2019.

SILVA, R. DO C.; PARDINI, D. P.; KATER, C. E. Síndrome dos Ovários Policísticos, Síndrome. v. 50,

2006.

THOMAS, I.; GREGG, B. Metformin; a review of its history and future: from lilac to longevityPediatric Diabetes, 2017.

VALE, V. A. L. DO *et al*. O Uso de Metformina no Tratamento da Síndrome dos Ovários Policísticos / The Use of Metformin in the Treatment of Polycystic Ovary Syndrome. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 4426–4436, 2021.

WOLF, W. M. *et al*. Geographical prevalence of polycystic ovary syndrome as determined by region and race/ethnicityInternational Journal of Environmental Research and Public Health, 2018.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 20

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS DO CÂNCER DE MAMA ASSOCIADAS À REDUÇÃO DE METÁSTASE

AUTORES
ANDERSON LUÍS PASCHOALI[1]
FERNANDO RIBEIRO DE OLIVEIRA AVI[1]
GABRIELA MELO GONSALES[1]
LEONARDO DE OLIVEIRA ASSIS[1]
MATEUS DOS SANTOS RIOS MATOS[1]
POLYANNE ALMEIDA SANTOS CHAGAS[1]
EDUARDO CONSTANTINO[3]
LEANDRO TEIXEIRA PARANHOS LOPES[2]
NATHÁLIA MARTINS SONEHARA[2]
LEDA FERRAZ[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Curso de Medicina da Universidade Brasil
[2]Docente – Curso de Medicina da Universidade Brasil
[3]Médico Patologista

Palavras-chave: Câncer de mama; Tratamento; Prognóstico.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é a principal causa de mortalidade por neoplasias malignas que afeta mulheres em todo o mundo (ZHENG *et al.*, 2020). Assim como a maioria dos cânceres, é considerado uma doença hetero-gênica de alta complexidade devido aos seus diversos subtipos histológicos e diferentes caracteres-ticas moleculares, com respostas variadas que são observados durante a terapia nos pacientes (SINI *et al.*, 2016). Calcula-se que aproxi-madamente 10% dos casos descobertos anualmente de CM já são metastáticos no momento do diagnóstico e que em torno de 30% das outras pacientes ainda desenvolverão a forma metastática, mesmo com um diagnóstico precoce e com os avanços terapêuticos (GOGATE *et al.*, 2019). O tecido ósseo é a estrutura mais comumente afetada pela doença metastática associada a neoplasia mamária, atingindo mais da metade das pacientes durante a trajetória de sua enfermidade (O'CARRIGAN *et al.*, 2017).

O CM metastático é uma doença incurável, entretanto pode ser tratada com o objetivo de prolongar a sobrevida, diminuir os sintomas e complicações e melhorar a qualidade de vida das pacientes. No presente momento, esses objetivos são conquistados através da terapia hormonal, quimioterapia ou por meio do uso de agentes biológicos (LECUONA, 2020). Além disso, a associação da quimioterapia padrão com agentes antiangiogênicos, como o Bevacizumabe, mostraram-se eficazes em atingir essas metas (SINI *et al.*, 2016). Com o desenvolvimento da biologia molecular e biotecnologia foi concebida a capacidade de compreender os mecanismos de controle da divisão celular e identificar as alterações que acarretam os distúrbios funcionais da trans-formação maligna (RACHDI *et al.*, 2018). Diante deste contexto, surgiu a terapia direcionada, que consiste em manejar espe-cificamente os mecanismos envolvidos com a regulação e crescimento celular. Essa abor-dagem mais específica devido a sua menor toxicidade, melhora a qualidade de vida au-mentando a sobrevida das pacientes com redução das internações (RACHDI *et al.*, 2018).

A maior parte dos cânceres de mama possuem sensibilidade hormonal e, com isso, existem várias terapias endócrinas capazes de proporcionar a redução ou o bloqueio dos hormônios femininos para tratar essa enfer-midade (CHEN *et al.*, 2019). A terapia endócrina é sugerida como tratamento de 1ª linha para pacientes com tumores de receptor de hormônio positivo e receptor de fator de crescimento epidérmico tipo 2 negativo (HER2-), exceto quando o indivíduo apresenta crise visceral (ZHENG *et al.*, 2020). Entre-tanto, muitos pacientes que recebem a terapia endócrina de 1ª linha apresentam uma pro-gressão da doença no decorrer do tratamento devido à uma resistência endócrina e, então, passam a realizar a quimioterapia como tratamento de 2ª linha (WILSON *et al.*, 2017). Assim, estratégias de terapias combinadas estão sendo exploradas ininterruptamente com o propósito principal de evitar essa resistência medicamentosa (ZHENG *et al.*, 2020).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo demonstrar, de acordo com a literatura especializada, as terapêuticas que apresentam maior eficácia na redução da metástase do CM.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, selecionadas de 2016 a 2021, junto às

bases de dados eletrônicas *PubMed*, *Cochrane* e Lilacs. Os descritores para acesso às publicações foram: "câncer de mama", "tratamento", "quimioterapia", "prognóstico". Para efetuar o cruzamento destes, foi utilizado o operador booleano AND. Desta busca foram encontrados 35 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em inglês, espanhol, português e francês e que abordavam as temáticas relacionadas às estratégias terapêuticas do CM associadas à redução de metástase. Foram utilizados estu-dos randomizados controlados e revisões sistematicas com ou sem meta-análise, disponibilizadas em texto completo. Os cri-térios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada.

Após os critérios de seleção restaram 10 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: os aspectos gerais do CM, terapias gerais direcionadas em tratamento do CM metastático, as terapias medicamentosas especificadas, os efeitos adversos das terapias medicamentosas, além das perspectivas e os estudos em andamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos gerais do câncer de mama

Um ponto de destaque nas análises sobre a origem do CM vem sendo debatido desde o século passado. Não existe consenso sobre o CM ser uma doença local que se espalha ou se é uma doença sistêmica de início, onde essas teorias são chamadas de paradigmas de *Halsted* e *Fishe*r. Apesar da teoria *Fisher* ter sido mais utilizada nos últimos anos, o que aumentou o uso de tratamentos sistêmicos, a teoria de *Halsted* ainda é mais eficaz devido a evidência da importância do controle local para tratamento da doença (LECUONA, 2020).

O CM é o que mais afeta as mulheres no mundo, por isso a importância de se tratar do assunto, em especial àquelas que já se encontram em estágio IV devido à dificuldade do tratamento. O CM em estágio IV é definido como a disseminação de células tumorais além da mama, parede torácica e linfonodos regionais. Cerca de 5-10% das mulheres se encontram nesse estágio no momento do diagnóstico e até 30% do total podem desenvolvê-lo ao longo da vida, sendo considerado um estágio tratável, mas não curável (LECUONA, 2020).

Apesar dos avanços no tratamento a sobrevida ainda é baixa, ficando por volta de 3 a 5 anos em média. Nesse estágio, não é possível realizar tratamentos locais ou conservadores, sendo necessário tratamentos sistêmicos envolvendo quimio e radioterapia. Devido à disseminação pelo corpo, procedimentos cirúrgicos não são mais indicados nessa etapa adotando estratégias para prolongar a vida da paciente, diminuir os sintomas e complicações e melhorar da qualidade de vida (LECUONA, 2020).

Os tratamentos disponíveis, no presente momento para o CM metastático, incluem a terapia hormonal, a quimioterapia e as abordagens que conciliam a quimioterapia padrão com os agentes antiangiogênicos, como o Bevacizumabe. O crescimento e reparo de órgãos dependem da formação de novos vasos sanguíneos (angiogênese), e para ocorrer, é fundamental a presença do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF). Com isso,

afirma-se que o VEGF é indispensável para a expansão tumoral e para o progresso da doença metastática (SINI *et al*., 2016).

O CM é caracterizado por múltiplos biomarcadores, tais como o receptor hormonal positivo (HR+) e HER2- que constituem 60 - 65% da incidência de CM (BRAY *et al*., 2018). Por outro lado, a neoplasia que é metastática desde o início faz com que a proporção de pacientes com CM em fase inicial progrida para uma doença avançada durante os ciclos de tratamento. Neste caso, a terapia endócrina é a forma de tratamento de 1ª linha, para os cânceres de mama dos tipos HR+ e HER2-, a menos que uma crise visceral ou situação de risco de vida exija quimio-terapia. Todavia, a resistência inseparável e adquirida às drogas, levada pelo uso de terapia endócrina com agente único, pode levar a doença progressiva e/ou recorrência tardia à distância. Nessa lógica, as estratégias de terapia combinada estão sendo exploradas com urgência para evitar a resistência aos medi-camentos e melhorar a sobrevida em longo prazo em presença de HR+/HER2-.

O uso de Antraciclina de densidade elevada e os Inibidores de Aromatase, mais recentemente os fármacos Fulvestrant e Trastuzumabe, são importantes com resultados benéficos e melhorando a sobrevida dos pacientes. Mesmo assim, apesar do avanço geral nos tratamentos para o CM, o progresso no uso das terapias ainda é especialmente lento no estágio avançado do câncer, que ainda mostrou pouca alteração no curso da doença se comparada a intervenções nas demais fases (LECUONA, 2020).

Apesar dos diversos avanços na área, ainda existem muitos desafios que devem ser superados para melhoria no acesso e equidade no tratamento e resultados. Entre várias metas a serem alcançadas, destaca-se: a busca por uma cura definitiva para a doença, determinar a importância do papel local no desenvolvimento da doença, promover o acesso aos mais altos padrões de tratamento para as populações vulneráveis e adaptar as diretrizes internacionais para que sejam aplicáveis em países menos desenvolvidos e com menor disponibilidade de recursos (LECUONA, 2020).

Terapias direcionadas em tratamento do câncer de mama metastático

As terapias direcionadas constituem-se de moléculas que têm a capacidade de impossibilitar que as células cancerígenas cheguem às vias de disseminação metastática por atuação em receptores externos da membrana (ex.: Trastuzumabe, Bevacizumabe) ou por inibição no interior do citoplasma (ex.: Lapatinibe) (RACHDI *et al*., 2018).

O surgimento da primeira terapia direcionada, o Trastuzumabe, revolucionou a terapêutica do CM metastático, o que culminou na sua aprovação em 1998. Embora avanços incríveis tenham sido alcançados, a resistência e a toxicidade do Trastuzumabe incentivaram as pesquisas por novos tratamentos combina-dos mais eficazes. A descoberta de compostos direcionados, como Pertuzumabe e Trastuzumabe com Emtansina (T-DM1), remodelou a terapêutica de milhões de pacientes acometidas de CM, principalmente do tipo HER2+ (CHEN *et al*., 2017).

Trastuzumabe e os benefícios da combinação farmacológica

O Trastuzumabe trata-se da primeira terapia direcionada que atestou benefício contra o CM em presença de metástase e a sua associação

com a Paclitaxel eleva a sobrevida em 7,1 meses. Juntamente ao Docetaxel, o Trastuzumabe também corrobora por reduzir o tempo de progressão em 11,7 meses e elevar a sobrevida global em 31,2 meses. Porém, quando comparado esse tratamento com Trastuzumabe – Vinorelbina, a segunda terapia combinada é mais vantajosa a longo prazo, apesar de não evidenciar resultado estatístico significativo, quando analisado a progressão da doença e a sobrevida, além de poucas repercussões colaterais no organismo. A comparação entre Trastuzumabe – Anastrozol com Anastrozol isolado mostra que a terapêutica combinada é superior ao evidenciar o dobro de benefício quanto ao tempo de progressão da doença que permanece em 4,8 meses com a utilização dessa terapêutica. Esses achados são semelhantes aos encon-trados quando se compara Letrozole Trastuzumab-binário com Letrozole somente (RACHDI *et al*., 2018).

O Trastuzumabe tem boa tolerância, apresentando como efeito adverso mais prevalente a cardiotoxicidade, que pode alterar a fração de ejeção ventricular esquerda inferior até provocar uma insuficiência cardíaca. A chance de ocorrência é de 4% em monoterapia e é reduzido para 8% em indivíduos anterior-mente tratados com antraciclinas e para 28% em caso de uso simultâneo. O mecanismo de funcionamento do Trastuzumabe isolado se baseia na destruição dos cardiomiócitos por uma via imunológica, atuando nos HER2 dos cardiomiócitos. Essa característica exige que a equipe multidisciplinar em saúde monitore regularmente a fração de ejeção ventricular (RACHDI *et al*., 2018).

O T-DM1 é um medicamento de 2ª linha para metástase que, quando comparado à associação entre Lapatinibe + Capecitabina, é superior na sobrevivência sem progressão e na sobrevida global. O T-DM1 trata-se de um composto capaz de diminuir o efeito tóxico ao entregar de forma seletiva a substância citotóxica às células tumorais, reduzindo assim a manifestação sistêmica. Existe muito potencial em se realizar uma investigação mais aprofundada do uso de Pertuzumabe com T-DM1 (CHEN *et al.*, 2017). Os principais efeitos colaterais do uso combinado de T-DM1 são: trombocitopenia transitória com ou sem sangramento, citólise mínima e toxicidade cardíaca (em 1,7% dos casos) (RACHDI *et al*., 2018).

Terapia com Pertuzumabe e sua relevância na medicina oncológica

Os estudos com Trastuzumabe + Docetaxel + Pertuzumabe *versus* Trastuzumabe + Docetaxel + placebo mostram vantagem muito superior da primeira combinação, uma vez que esta otimiza o tempo de progressão da doença em 18,5 meses. Um melhoramento signi-ficativo na sobrevida geral também é observado nos indivíduos organizados para o grupo de tratamento combinado em com-paração àqueles alocados no grupo controle. Os efeitos adversos com maior incidência por uso de Pertuzumabe são: astenia, alterações do trato gastrointestinal e erupção cutânea sem alterações cardiológicas (RACHDI *et al*., 2018). Além disso, ensaios clínicos rando-mizados voltados ao estudo da combinação de Pertuzumabe e T-DM1 como medicação para CM metastático, evidenciam que há uma minimização da toxicidade do Trastuzumabe com essa combinação, uma vez que ocorre uma entrega praticamente exclusiva do fárma-co ao local alvo (CHEN *et al*., 2017).

Em ocorrência de câncer metastático, a terapia utilizando Transtuzumabe ou T-DM1 *versus* Pertuzumabe mostra-se significativa-mente benéfica tendo em vista melhora na sobrevivência sem progressão (PFS). Contudo, não foi identificada alteração estatística

considerável na análise de sobrevida geral. Sabe-se que todos combinados são mais eficazes do que o grupo Pertuzumabe isoladamente após análise dos resultados referentes à sobrevida global e a PFS (CHEN *et al*., 2017).

As análises mostram que os medicamentos Transtuzumabe ou T-DM1 e Pertuzumabe apresentam repercussão distinta nos testes de resposta patológica completa (RPC) segundo o status do CM metastático do tipo HR. O efeito de Pertuzumabe junto a Transtuzumabe ou T-DM1 é mais evidente em HR- do que em HR+, com elevação distinta de 78,0 e 45,0% na taxa real de RPC, respectivamente. Em analogia, a distinção não é verificada em mulheres com CM HER2+/HR+ ou HER2+/HR-. As relações de cunho biológico intrínsecas aos distintos resultados seguindo o *status* de HR ainda não são bem compreendidos, porém a expressão de HR foi vinculada à resistência aos fármacos voltados ao HER2, provavelmente devido ao bloqueio de "*cross-talk*" entre as rotas de estímulo de crescimento (CHEN *et al.*, 2017).

A frequência do surgimento de eventos adversos graves como erupção cutânea, diarreia, epistaxe e inflamação da mucosa é consideravelmente mais elevada em indivíduos HER2+ tratados com Transtuzumabe + Pertuzumabe do que aqueles medicados com Transtuzumabe. Em contraponto, há uma propensão inversa na incidência de mialgia. Entre os efeitos colaterais de nível maior ou igual à 3, apenas diarreia e anemia são significativamente mais frequentes no grupo T-DM1 do que no grupo Transtuzumabe isolado (CHEN *et al.*, 2017).

O efeito tóxico no trato gastrointestinal está diretamente relacionado com a introdução de Pertuzumabe. Sabe-se que o funcionamento adequado desse sistema corporal depende da expressão de HER2 em várias estruturas vitais, como células epiteliais e neuronais do sistema nervoso entérico. O fármaco Pertuzumabe tem a capacidade de interferir nos receptores celulares normais e alterar suas funções, o que desencadeia a toxicidade gastrointestinal. Já a ocorrência de erupção cutânea, assim como no sistema digestório, também parece estar associada ao mecanismo que o Pertuzumabe tem nos HER2 e trata-se do efeito adverso mais comum dentre todas as terapias direcionadas. Visto isso, na prática médica pode-se individualizar a dosagem de acordo com cada paciente e as características do fármaco a fim de beneficiar o paciente da melhor forma e evitar efeitos adversos tanto leves quanto graves. Contudo, pesquisas futuras são primordiais para a compreensão do mecanismo de ação celular do Pertuzumabe (CHEN *et al*., 2017).

As terapias direcionadas ao HER2 metastático, inclusive Pertuzumabe, em grande parte são maléficas à saúde cardíaca. Ademais, a complementação de Pertuzumabe à monoterapia direcionada a HER2 diminui o risco de recorrência da doença e óbito entre as pacientes que evoluem com resistência ao fármaco devido à terapia prolongada com inibidores HER2 únicos e o surgimento de efeitos colaterais provocadas pelo uso de doses elevadas de inibidores únicos de HER2 diminuem (CHEN *et al.*, 2017).

O tratamento com Trastuzumabe – Emantensina + Transtuzumabe + Pertuzumabe ainda dispõe de enorme vantagem, independentemente de ser ou não combinado com quimioterápicos (Palbociclibe, Fulvestrante, Vinorelbina, Taxano, Eribulina, Doxorrubicina + Ciclofosfamida, Carboplatina, Paclitaxel, Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida e Inibidores da Aromatase) (CHEN *et al*., 2017).

Lapatinibe: eficácia e toxicidade

Analisando Lapatinibe + Capecitabina *versus* Capecitabina isoladamente na 2ª linha de

utilização para CM metastática após Trastuzumabe, verifica-se um enefício no tempo de progressão (8,4 meses *versus* 4,4 meses). Além disso, ensaios clínicos controlados mostram que a PFS em pacientes com HER2- com HR+ foi duplicada quando o Lapatinibe foi aliado com Letrozol em comparação com Letrozol sozinho (8,2 meses *versus* 3 meses), com um benefício clínico (enfermidade sob controle por, no mínimo, 180 dias) de 48% *versus* 29%, respecti-vamente. O Lapatinibe, apesar de ser um tratamento promissor, apresenta algumas toxi-cidades comuns como a diarreia (60%), síndrome mão-pé (49%), náusea (44%), erupção cutânea (27%) e fadiga (18%) (RACHDI *et al.*, 2018).

A superioridade do Bevacizumabe em metástase de câncer de mama

Foi demonstrado que há notável eficácia do medicamento antineoplásico Bevacizumabe combinado com quimioterapia no tratamento do CM metastático, inclusive HER2-. Essa afirmativa é baseada em estudos específicos, com pacientes entre 23 a 90 anos que apresentavam, em sua maioria, CM metastático HER2- e eram receptores de estrogênio positivos e/ou receptores de progesterona positivos. Por outro lado, a minoria eram pacientes com CM triplo negativo e grande parte dos pacientes realizou quimioterapia anteriormente. Dessa forma, os resultados demostram que Bevacizumabe-Taxanos-Capecitabina ou Bevacizumabe-Taxanos-Trebananibe podem ter maior eficácia no tratamento de CM metastático HER2- (GOGATE *et al*., 2019).

Segundo a revisão sistemática de Sini *et al.* (2016), o Bevacizumabe é um fármaco com anticorpo monoclonal antivascular humanizado do fator de crescimento endotelial A, ou seja, é uma espécie de agente antiangiogênico que atua inibindo a ligação do VEGF a receptores das células endoteliais vasculares e, com isso, acarreta a inibição da angiogênese e do crescimento tumoral. A introdução do Bevacizumabe à quimioterapia padrão mostra-se eficaz no fornecimento de melhorias na PFS e resposta geral, em relação com a quimioterapia isolada, em casos de pacientes portadores do CM HER2- (SINI *et al*., 2016). Entretanto, essa terapia direcionada vem gerando variadas controvérsias devido, principalmente, ao fato de não demonstrar nenhum benefício significativo na sobrevida global e por causa da falta de compreensão se o aumento da taxa de PFS é o suficiente para considerar esse antiangiogênico eficaz no tratamento do CM avançado HER2- (SINI *et al.*, 2016).

Além disso, a adição de Bevacizumabe aos Taxanos para CM metastático HER2- aumenta significativamente a resposta e a PFS da doença. Segundo Sun *et al*. (2020), os ensaios clínicos randomizados demostram que os pacientes que recebem Bevacizumabe-Taxanos têm melhor PFS e resposta objetiva do que receber Bevacizumabe-Capecitabina como tratamento de 1ª linha para CM metastático HER2-, além de ter boa tole-rabilidade em comparação com o Bevacizumabe-Taxanos. Porém, apesar das evidências demostrarem uma melhora na qualidade do tratamento, deve ser considerado também algumas lacunas pouco preenchidas na literatura como, por exemplo, o aumento de toxicidade que o Bevacizumabe causa junto à quimioterapia e a incerteza se há melhora na sobrevida geral ou não (SUN *et al.*, 2020).

A superioridade do Bevacizumabe em circunstância de metástase de CM é evidenciada também quando há comparação entre Bevacizumabe + Paclitaxel *versus* Paclitaxel sozinho, havendo um aumento significativo na taxa de resposta (37%) e na PFS (11,8 meses), porém sem melhora na sobrevida global. Por

meio de estudos randomizados é comprovado a eficácia do Bevacizumabe 15mg/Kg + Docetaxel ou Bevacizumabe 7,5mg/Kg + Docetaxel, que apresentam progresso importante na PFS de até 10,1 meses (RACHDI *et al.*, 2018).

Outros testes para CM utilizaram Antraciclinas ou Taxanos com ou sem Bevacizumabe na 1ª linha no CM HER de recorrência ou de metástase, e os resultados evidenciam uma elevação significativa na PFS, porém sem relevância na sobrevivência global. Já a quimioterapia composta por Capecitabina + Taxano + Gencitabina + Vinorelbina com ou sem Bevacizumabe para CM metastático revela ampla diminuição do risco de progressão em 22% e um aumento de dois meses na PFS. Contudo, deve-se levar em consideração o efeito tóxico que a quimio-terapia supracitada com Bevacizumabe pode desencadear no organismo das pacientes como hipertensão, proteinúria, tromboembolismo, insuficiência cardíaca congestiva e perfurações gastrointestinais. O surgimento de hipertensão aparentemente é um biomarcador de resposta adequada ao tratamento com anti-VEGF (RACHDI *et al.*, 2018).

Inibidores da via m-TOR

O medicamento Everolimus também tem benefícios quando combinado com um Inibidor da Aromatase (ex.: Exemestano). Essa combinação oferece uma PFS de 10,6 meses, o que não se verifica quando utilizado o Exemestano isolado na 2ª linha depois de insucesso da terapêutica com hormônios, tendo como base um Inibidor de Aromatase não Esteróide. Everolimus + Tamoxifeno *versus* Tamoxifeno isolado em mulheres com CM metastático mostra índice positivo de 61% na primeira combinação contra 42% de Tamoxifeno isolado e um período de progressão que vai de 4,5 meses com Tamoxifeno e 8,6 meses com tratamento combinado. Os principais efeitos colaterais dos inibidores da via m-TOR são: mucosite, erupções cutâneas, astenia e alterações do trato gastrointestinal com uma incidência geral maior ou igual a 10% (RACHDI *et al.*, 2018).

Inibidores da ciclina CDK4 e CDK6

O medicamento Palbociclibe é um inibidor da quinase 4/6 dependente de ciclina (CDK4/6), usado para o tratamento de CM avançado ou metastático, HR+ e HER2-, e que quando combinado com Letrozol ou Fulvestrant, pode ser mais eficaz que outros quimioterápicos usados no tratamento de 1ª e 2ª linha do CM (WILSON *et al.*, 2017).

O Palbociclibe visa impossibilitar os ciclos CDK4 e CDK6 que intercedem no período de transição celular (G1-S). No caso de CM HR+, uma série de fatores oncogênicos estão relacionados, inclusive a ciclina D1, que ativa CDK4 e CDK6. Na comparação de Palbociclibe + Fulvestrant *versus* Fulvestrant isolado, os achados evidenciam superioridade do grupo combinado com uma PFS de 9,2 meses *versus* 3,8 meses. Ensaios randomizados também têm mostrado que Palbociclibe + Letrozol *versus* Letrozol na 1ª linha de metástase em indivíduos com CM metastático também apresenta vantagem quanto à PFS de 20,2 meses no caso da utilização da terapia combinada (RACHDI *et al.*, 2018).

Em um estudo de Wilson *et al.* (2017), testou-se a eficiência da combinação de Palbociclibe + Letrozol ou Fulvestrant para o tratamento de 1ª e 2ª linha para CM avançado/metastático/ HR+ /HER2-. Para o tratamento de 1ª linha, os fármacos Palbociclibe + Letrozol apresentaram uma melhoria

estatisticamente significativa na PFS. Para o tratamento de 2ª linha, Palbociclibe + Fulvestrant teve uma melhoria estatisticamente significativa na PFS em relação à outros fármacos. Assim, o estudo concluiu que a combinação de Palbociclibe com Letrozol ou Fulvestrant demonstra tendências na eficácia incremental em comparação com os agentes quimioterápicos do estudo para o tratamento de 1ª e 2ª linha de CM avançado/metastático (MBC)/HR+/HER2- (WILSON *et al*., 2017).

Bifosfonatos e outros agentes ósseos e suas aplicações no câncer de mama

Os Bifosfonatos são uma classe de medicamentos que inibem o processo de reabsorção óssea mediada por osteoclastos, sendo eficazes em doenças caracterizadas por tal processo, como a doença de Paget e a osteoporose (O'CARRIGAN *et al*., 2017). Por terem tal ação inibitória, esses medicamentos podem ser eficientes para o tratamento de câncer mamário, devido a hiperatividade que os osteoclastos apresentam na presença de metástase óssea.

Em uma revisão sistemática de O'Carrigan *et al.* (2017), foi avaliado a eficiência do uso dos Bifosfonatos no tratamento do CM. Este estudo incluiu 44 ensaios clínicos randomizados, envolveu 32.302 mulheres, comparou os Bifosfonatos com placebo ou Denosumabe e baseou-se em 3 estados do câncer: CM precoce, CM avançado e CM avançado com metástase óssea. Nas mulheres com CM precoce, os Bifosfonatos promoveram um risco reduzido de metástase óssea em comparação com o placebo ou Denosumabe e um benefício de sobrevida global e PFS em mulheres na pós-menopausa apenas quando comparados com placebo ou Denosumabe, subgrupo não planejado para os ensaios do estudo. Nas mulheres com CM avançado com metástase óssea, os Bifosfonatos reduziram o risco e atrasaram o tempo médio para o desenvolvimento de metástase óssea e pareceram reduzir a dor óssea em comparação com placebo ou Denosumabe. Já nas mulheres com CM avançado sem metástases óssea, os Bifosfonatos não apresentaram um efeito sobre a metástase óssea e a sobrevida geral em comparação com o placebo ou Denosumabe. Dessa forma, o estudo concluiu que o uso dos Bifosfonatos para o tratamento do CM pode ser eficiente, pois eles são capazes de reduzir a dor óssea e o risco e o tempo médio de desenvolvimento de metástase óssea, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e apresentarem uma toxicidade leve, com baixas taxas de osteonecrose da mandíbula (>0,5%) (O'CARRIGAN *et al.*, 2017).

Perspectivas e estudos em andamento

Os Inibidores de poli-ADP-ribose-polimerase-1 (PARP) são moléculas atualmente em estudo na medicina oncológica, mais especificamente voltado ao CM e de ovário. Têm ação no mecanismo de reparo de material genético simultaneamente à extinção da função do gene do CM (BRCA) pelas células do tumor, desencadeando importante instabilidade no DNA, o que leva à morte das células afetadas. Os aspectos clínicos positivos do PARP foram confirmados para CM em pessoas com mutação do gene BRCA. Seus benefícios específicos e a longo prazo estão atualmente em avaliação com potencial ascendente e promissor (CHEN *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Em virtude do que foi mencionado, é evidente a necessidade da compreensão do assunto, com especial foco em pacientes que já se encontram em estágio IV em virtude da dificuldade do tratamento. A maior parte dos CM possuem sensibilidade aos hormônios, o que resulta na existência de formas variadas de terapias endócrinas, capazes de proporcionar a redução ou o bloqueio dos hormônios femininos para tratar essa enfermidade. Mesmo com a evolução nas formas terapêuticas, a sobrevida de mulheres ainda é baixa, sendo de 3 a 5 anos em média. Além disso, não é plausível concretizar tratamentos locais ou conservadores, escolhendo então uma terapia sistêmica envolvendo quimio e radioterapia. Os tratamentos direcionados possuem o potencial de orientar e incapacitar as vias metabólicas do surgimento e progressão do câncer por atuação em receptores externos da membrana ou por inibição no interior do citoplasma.

Observou-se que os estudos mais recentes revelam que os Inibidores de PARP são moléculas hoje em estudo na medicina oncológica, mais especificamente voltado ao CM e de ovário. Do mesmo modo, os aspectos clínicos positivos do PARP ainda precisam ser confirmados para CM por meio de mais estudos.

Ainda é necessário direcionar as pesquisas também na atenção para o diagnóstico precoce das mulheres, principalmente naquelas que se encontram nos grupos de risco ou nas que se encontram em locais onde o há dificuldade de acesso à saúde. Por fim, é importante salientar que com um trabalho médico humanizado e especializado, uma equipe multidisciplinar adequada e focada nas habilidades assertivas e na educação em saúde, é possível melhorar as estratégias terapêuticas e a qualidade de vida de grande parte das mulheres acometidas por neoplasia metastática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAY, F. *et al*. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, p. 394–424, 2018.

CHEN, S. *et al*. Efficacy and safety of HER2 inhibitors in combination with or without pertuzumab for HER2-positive breast cancer. BMC Cancer, v. 19, p. 1–15, 2019.

GOGATE, A. *et al*. An updated systematic review of the cost-effectiveness of therapies for metastatic breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment, v. 174, p. 343–355, 2019.

LECUONA, M. Manejo del cáncer de mama Estadio IV. Revista Argentina de Mastología, v. 39, p. 73–111, 2020.

O'CARRIGAN, B. *et al*. Bisphosphonates and other bone agents for breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2017, p. 1-170, 2017.

RACHDI, H. *et al*. Thérapies Ciblées Dans Le Cancer Du Sein Métastatique Target Therapy for Metastatic Breast Cancer. A TUNISIE MEDICALE, v. 96, p. 465–471, 2018.

SINI, V. *et al*. Bevacizumab as first-line treatment in HER2-negative advanced breast cancer: Pros and cons. Tumori, v. 102, p. 472–480, 2016.

SUN, Z. *et al*. Efficacy of bevacizumab combined with chemotherapy in the treatment of HER2-negative metastatic breast cancer: A network meta-analysis. BMC Cancer, v. 20, p. 1–17, 2020.

WILSON, F. R. *et al*. Systematic review and network meta-analysis comparing palbociclib with chemotherapy agents for the treatment of postmenopausal women with HR-positive and HER2-negative advanced/metastatic breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment, v. 166, p. 167–177, 2017.

ZHENG, J. *et al*. Combination cyclin-dependent kinase 4/6 inhibitors and endocrine therapy versus endocrine monotherapy for hormonal receptor-positive, human epidermal growth factor receptor 2-negative advanced breast cancer: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE, v. 15, p. 1–19, 2020.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 21

CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO SOBRE A DINÂMICA DO TRATAMENTO E DOENÇA

AUTORES
FELIPE AUGUSTO DE OLIVEIRA PEREIRA[1]
ADRIANA CORRÊA ALVES[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Faculdade de Medicina do Centro Universitário Max Planck
[2]Docente – Faculdade de Medicina do Centro Universitário Max Planck

Palavras-chave: Câncer de mama; Qualidade de vida; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia de maior incidência global, quando se restringe à população feminina é a mais frequente (FERLAY, *et al*, 2018). O INCA (Instituto Nacional do Câncer) divulgou a partir do Sistema de Informações sobre Morta-lidade (SIM/MS), que houve um total 59.700 novos casos em 2018 no Brasil (INCA, 2019). Essa organização também fez uma estimativa de incidência anual entre 2020 e 2022, sendo 66.280 casos novos de câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019). Nesse contexto, milhares de mulheres são submetidas ao tratamento do câncer de mama anualmente, por isso é de suma importância à atenção de saúde em um viés amplificado para amparar a paciente durante todo tratamento, buscando minimizar os danos posteriores.

Existem muitos fatores de risco para o câncer de mama, a presença deles influencia nas medidas de profilaxia adotadas. A principal condição associada é a idade acima dos 50 anos, o que leva a importância dos exames preventivos, a mamografia ser realizada bianualmente nessa faixa etária de acordo com diretrizes do Mistério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Outros fatores que corroboram o desenvolvimento da doença são fatores genéticos, hereditários, menopausa tardia, história reprodutiva e hormonal, obesidade, sedentarismo e exposi-ções frequentes a radiações ionizantes (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JO-SÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

O tratamento do câncer de mama depende de sua classificação, em casos simples, como no carcinoma lobular in situ, não são neces-sárias intervenções médicas, em estágios mais avançados a terapêutica pode ser quimio-terapia, hormonioterapia, radioterapia e cirurgias (MAUGHAN, K.L. *et al.*, 2010). Entretanto, os danos psicológicos iniciam a partir da comunicação do diagnóstico pelo profissional, que erroneamente pode significar uma condenação de morte, tanto para o médico como para o paciente (GOMES *et al.*, 2009).

Tradicionalmente, o conceito do corpo da mulher foi construído socialmente baseado nos aspectos biológicos que as difere dos homens, determinando sua natureza feminina, pode-se citar, por exemplo, os seios (AURELIANO, 2009). Na ocasião em que esse órgão é submetido às doenças ou aos procedimentos invasivos ocorre o vilipêndio de aspectos pessoais intimamente ligados à mama, incluindo: feminilidade, maternidade, sexua-lidade e estética.

Ao analisar os desgastes causados por todo processo detecta-se uma vulnerabilidade física relacionada a essa debilitação, verifica-se limi-tações sociais associadas ao sentimento de doente. Ademais, a desconfiguração da vida sexual também está diretamente relacionada aos prejuízos físicos provocados pelo trata-mento (FERLAY, *et al*, 2018).

Logo, a atenção à saúde após a realização de qualquer tratamento é imprescindível o acompanhamento do plano de cuidado propos-to, todavia a conjectura da medicina exclusi-vamente na área biológica caracteriza um imbróglio na longitudinalidade proposta pelo SUS. Dessa forma, é indispensável à análise dos efeitos tanto da doença quanto da intervenção médica.

Diante do grande contingente populacional afetado pelo câncer de mama, que em sua maioria necessita de algum tipo de intervenção médica, este artigo, por meio de uma pesquisa

com mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama, propõe e tenciona a identificação das fragilidades desse processo de saúde-doença, mediante a avaliação da qualidade de vida. A partir desse entendimento é possível reavaliar a prática terapêutica utilizada, para aumentar a resolutividade e de forma profícua atender todas as necessidades de saúde e os aspectos da saúde da mulher que não estão sendo abordados em sua integra-lidade.

MÉTODO

Estudo transversal de pesquisa de campo, quantitativo, metodologia de pesquisa básica e exploratória. A pesquisa será elaborada com aplicação de um questionário estruturado e, posteriormente, com os resultados mensurados estatisticamente, com o objetivo de retratar a qualidade de vida da população estudada e analisar estes dados para avaliar as hipóteses propostas, em vista disso trata-se de um estudo transversal quantitativo.

A aplicação será realizada em um centro de apoio às pessoas que foram acometidas por câncer, uma instituição voluntária localizada em uma cidade no interior de São Paulo, Indaiatuba. A população constituída por todos os pacientes que já foram diagnosticados com câncer de mama no serviço de referência. A aplicação do questionário acontecerá no primeiro semestre de 2021, o grupo amostral inclui mulheres entre 39 e 69 anos que passaram por qualquer tratamento do câncer de mama e concorde participar do estudo.

O instrumento de pesquisa foi uma adaptação do questionário de avaliação de qualidade de vida da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 (CANCER E-EOFRATO, 2008), versão em português. A aplicação do questionário foi realizada em janeiro e fevereiro de 2021, o instrumento foi entregue na casa das pacientes seguindo os protocolos de sanitários mediante a pandemia de Sars-CoV-2, após uma semana foi recolhido.

Após a coleta dos dados primários foi realizado o tratamento das informações, classificando-os por escore, obtendo medias de tendências centrais e desvios para demonstração em um contexto geral e depois de forma comparativa, utilizando os valores de referência da EORTC para mulher com câncer de mama, no grupo sem restrição da amostra por estadiamento e características do tumor (SCOTT *et al*, 2008). Em seguida, realizou-se análise e discussão dos resultados obtidos.

A revisão bibliográfica será feita utilizando a base de dados do PUBMED e Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS), com os descritores: ‘qualidade de vida’ e ‘câncer de mama’. Critérios utilizados para seleção dos artigos: ter sido publicado nos últimos 10 anos, estar disponível em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 16 mulheres com idade média de 49,87 anos (DP = ±15,12). Em relação ao tratamento, verificou-se que a terapêutica mais utilizada foi quimioterapia em 93,75% das mulheres, seguido das cirurgias em 75% das paciente e radioterapias 62,5%, por fim, as condutas menos realizadas foram a hormonioterapia 31,25% e imunoterapia em apenas 12,5% **(Tabela 21.1)**

No que se refere às médias observadas para cada módulo do questionário aplicado, observou-se um escore médio elevado na escala de saúde global 69,64 (DP= ±18,98), demonstrando uma tendência de boa qualidade

de vida dessa população. O domínio mais comprometido o funcionamento emocional 68,75% (DP = ±21,42), além do desempenho funcional que obteve uma média de acometimento de 65,63% (DP = ±13,52). Já os sintomas de náusea e vômito 39,06% (DP = ±20,19), dispneia 46,88% (DP = ±21,42) e perda de apetite 45,31% (DP = ±25,34) foram menos prejudicados **(Tabela 21.2)**.

Os domínios explorados pela pesquisa quando comparados com os valores de referência da EORTC apresentaram desvios significativos nas médias dos resultados **(Tabela 21.3)**. Nessa avaliação a saúde global não teve uma grande variação, entretanto a dificuldade financeira teve maior diferença percentual, 48,89%, e melhor funcionamento físico e social, sendo respectivamente as variações percentuais negativas de 24,65 e 23,87.

Tabela 21.1 Descrição dos tratamentos para câncer de mama realizado pela amostra. Indaiatuba, São Paulo, 2021

Tipo de tratamento	n	%
Cirurgia	12	75
Quimioterapia	15	93,75
Radioterapia	10	62,5
Hormonioterapia	5	31,25
Imunoterapia	2	12,5

Tabela 21.2 Relação entre os escores médios das escalas do questionário com os valores de referência da EORTC QLC 30. Indaiatuba, São Paulo, 2021

Domínios	Média	Desvio Padrão	Média do Valor de Referência	Diferença Percentual
Saúde Global	69,64	18,98	61,8	7,84
Funcionamento Físico	53,75	13,52	78,4	-24,65
Desempenho Funcional	65,63	27,78	70,4	-4,77
Funcionamento Emocional	68,75	21,42	68,6	0,15
Funcionamento Cognitivo	59,38	28,47	81,5	-22,12
Funcionamento Social	53,13	26,7	77,0	-23,87
Fadiga	67,19	23,29	33,3	33,89
Náusea e Vômito	39,06	20,19	7,7	31,36
Dor	65,63	22,32	28,7	36,93
Dispneia	46,88	21,42	18,1	28,78
Insônia	65,63	30,46	29,8	35,83
Perda de apetite	45,31	25,34	18,5	26,81
Dificuldade Financeira	67,19	28,94	18,3	48,89

Entre os módulos específicos do câncer de mama houve um acometimento predominante dos domínios referente à imagem corporal, visto que na autoestima observou-se 93,75%

das mulheres relatando alterações expressivas, com escore de 64,06% (DP = ±20,98), e, no que tange a queda de cabelo, notou-se que em 81,25% das pacientes houve impacto negativo, com média de resposta de 75,78% (DP = ±26,69).

Tabela 21.3 Resultado dos domínios específicos do câncer de mama. Indaiatuba, São Paulo, 2021

Domínios	n	%	Média	Desvio Padrão
Alterações vaginais	4	25	39,84	9,6
Autoestima	15	93,75	64,06	20,98
Excreção renal	5	31,25	47,81	20,54
Alterações intestinais	3	18,75	38,44	13,66
Queda de Cabelo	13	81,25	75,78	26,69
Função sexual	5	45,45	49,68	27,14

Nos últimos anos, notou-se, progressivamente, uma melhora considerável na qualidade de vida de mulheres que tiveram câncer de mama. Essa evolução é devido ao aperfeiçoamento dos tratamentos realizados e otimização das ferramentas de análise de qualidade de vida (MOKHATRI-HESARI, P & MONTAZERI, A., 2020). Os dados do atual estudo demonstraram que as mulheres que realizaram tratamentos para o câncer de mama mantiveram uma boa qualidade de vida global, resultado condizente com outros estudos encontrados na literatura (BARBOSA, *et al*, 2017; IRARRAZAVAL, *et al*, 2016; LOPES, J.V. *et al*, 2018).

Uma revisão bibliográfica com 57 artigos mostrou que a qualidade de saúde de saúde melhora se com valiação mais poterior ao tratamento (HO *et al*, 2018). Ademais, outros fatores que podem influenciar a avaliação são questionados na literatura, como, por exemplo, tipo de tratamento realizado, comorbidades e características sóciodemográficas. Entretanto, existe uma grande divergência entre as variantes e os resultados encontrados, visto que distinguem nas principais necessidades de saúdes encontradas (KONIECZNY, *et al*, 2020; HO, *et al*, 2018).

Vale ressaltar, a influência da rede de apoio em saúde no desfecho clínico. Estudos mostram que uma bordagem integrando a dimenção social, física e emocional surtem efeitos posivos na qualidade de vida dessas pacientes. As principais intervenções sugeridas na literatura são o apoio social, atividades físicas - particularmente a yoga e exercícios hídricos – e psicoterapia (ZHANG, *et al*, 2017; CRAMER, 2017; ODYNETS, et al., 2019; PETRUSEVICIENE, D. *et al*, 2018).

Baseado em pesquisas anteriores e na análise dos dados, percebeu-se um impacto socioeconômico negativo na vida das pacientes de câncer de mama após o diagnóstico da doença. A impossibilidade de exercer função laboral, os custos com os cuidados de saúde, o aumento do estresse e em algumas situações o abandono por parte do companheiro são fatores associados a dificul-dades financeiras enfrentadas pelas pacientes. (PERRY, *et al*, 2019; MENESES, *et al*, 2012)

Muitos estudos enfatizam consequências negativas que os tratamentos trazem para a função sexual das pacientes com diagnostico de câncer de mama (GILBERT et al., 2009; HOLMBERG, *et al.* 2001). Ao contrário, a presente pesquisa encontrou que a função sexual apresentou menor impacto negativo que as outras categorias analisadas através do questionário QLQ-C30. Este resultado é um indicativo que estas mulheres conseguiram preservar o exercício da sexua-lidade após o adoecimento. Este resultado pode ser atribuído à presença de redes de apoio que podem ser formadas pelo companheiro, família, amigos, profissionais de saúde e grupos de apoio, como a instituição em que foi realizada a pesquisa, que buscam atender as necessidades biopsicossociais das pacientes.

As limitações deste estudo referem-se ao fato de que não foi possível realizar uma amostragem probabilística, de forma que todas as mulheres com câncer de mama que atenderam aos critérios de inclusão e que se apresentaram durante o período do estudo foram convidadas a participar do estudo, o que pode ser considerado um estudo viés de seleção. Na análise dos resultados, não foi possível estabelecer o efeito negativo do diagnóstico de câncer de mama na qualidade de vida, pois não havia grupo controle (mulheres sem diagnóstico de câncer de mama), então a comparação foi feita em torno da percepção da qualidade de vida como principal variável do estudo, reconhecendo que padecer de uma doença como essa é um fator determinante na qualidade de vida relacionada à saúde.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida das mulheres que realizaram tratamento para o câncer de mama foi afetada principalmente pelos efeitos colaterais do tratamento, enquanto os sinais e sintomas mais relevantes foram queda de cabelo, fadiga, além de menor percepção de saúde global e emocional. As pacientes ainda relataram dificuldades financeiras atribuídas ao período de tratamento do câncer de mama.

Ademais, este estudo também buscou identificar como os resultados encontrados poderão ser utilizados para o desenvolvimento de terapias e estratégias de saúde que favoreçam uma melhor adaptação ao trata-mento do câncer. Por conseguinte acreditamos que o objetivo proposto inicialmente forma contemplados e, assim, o conhecimento cons-truído poderá contribuir para a produção de um cuidado integral às portadoras de câncer de mama, minimizando os agravos decorrentes do tratamento terapêutico, e contribuindo para a defesa do direito à autonomia e a vida das pacientes.

Portanto, recomenda-se a implementação de estratégias de intervenção que visem a melhoria da qualidade de vida e do cuidado físico e emocional das mulhres com câncer de mama. Recomenda-se que com a possibilidade de aplicação de instrumentos mais complexos de forma segura diante da pandemia, relize-se estudos prospectivos, longitudinais com grupos controles, a fim de caracterizar de for-ma mais precisa os indicadores de qualidade de vida em mulheres que passaram pelo tratamento do câncer de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AURELIANO, W.A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. Revista Estud. Fem., Florianópolis , v. 17, n. 1, p. 49-70, Apr. 2009.

BARBOSA, P.A. *et al*. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. Revista Bras. Saude Mater. Infant., Recife , v. 17, n. 2, p. 385-399, 2017.

BRAY, F. *et al*. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.
Cancer E-EOfRaTo. Questionário EORTC QLQ-BR23. 2008.

CRAMER, H. *et al*. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. Cochrane Database Syst Revista 2017.

FERLAY, J. *et al*. (ed.). Cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2018. (IARC CAncerBase, n. 15). Disponível em: <https://publications.iarc.fr/Databases/ Iarc-Cancerbases/Cancer-Today-Powered-By-GLOBOCAN-2018—2018>. [Acessado em: 13 de abril de 2020.]

GERHARDT, T.E. & SILVEIRA, D.T. Métodos de Pesquisa. 1º edição. UFRGS Editora. 2009.

GILBERT, E. USSHER, J. M. & HAWKINS, Y. Accounts of disruptions to sexuality following cancer: the perspective of informal carers who are partners of a person with cancer. Health, Los Angeles, v. 13, n. 5, p. 523-541, 2009.

GOMES C.H.R., SILVA P.V. & MOTA F.F. Comunicação do diagnóstico de câncer: Análise do comportamento médico. Revista Brasileira de Cancerologia. 2009.

HAWKINS, Y. *et al*. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. Cancer Nursing, Philadelphia, v. 32, n. 4, p. 271-280, 2009.

HO, P. J. *et al*. Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. BMJ Open. 2018 Apr 20;8(4):e020512.

HOLMBERG, S. K. *et al*. Relationship issues of women with breast cancer. Cancer Nursing, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 53-60, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. [Acessado em: 13 de abril de 2020]

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 2020. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil%20(1).pdf>. [Acessado em: 6 de abril de 2020]

IRARRAZAVAL, M.E. *et al*. Quality of life in Chilean breast cancer survivors. Revista méd. Chile, Santiago, v. 144, n. 12, p. 1567-1576, Dec. 2016.

KONIECZNY, M. *et al*. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors. Asian Pac J Cancer PRevista 2020 Jan 1;21(1):185-193.

LOPES, J.V. *et al*. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. Revista Bras. Enferm., Brasília , v. 71, n. 6, p. 2916-2921, Dec. 2018 .

MAUGHAN, K. L., LUTTERBIE, M.A. &utterbie MA, & Ham PS. Treatment of breast cancer. Am Fam Physician. 2010 Jun 1;81(11):1339-46.

MENESES, K. *et al*. Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors?. Gynecol Oncol. 2012;124(3):437-443.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//sumario-diretrizes-deteccao-precoce-mama-2017.pdf>. [Acessado em: 13 de abril de 2020]

MOKHATRI-HESARI P. & MONTAZERI, A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. Health Qual Life Outcomes. 2020;18(1):338.

ODYNETS, T., BRISKIN, Y. & TODOROVA V. Effects of Different Exercise Interventions on Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. Integr Cancer Ther. 2019.

PERRY, L.M. *et al*. Financial Strain and Physical and Emotional Quality of Life in Breast Cancer. J Pain Symptom Manage. 2019;58(3):454-459.

PETRUSEVICIENE, D. *et al*. Effect of Community-Based Occupational Therapy on Health-Related Quality of Life and Engagement in Meaningful Activities of Women with Breast Cancer. Occup Ther Int. 2018 Apr 17;2018:6798697.

PORTO, C.C. Semiologia Médica. 7°ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2014.

SCOTT, W.N. *et al*., QLQ-C30 Reference Values. 2008. Disponível em: < https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/reference_values_manual2008.pdf>. [Acessado em: 26 de março de 2021].

VASCONCELOS-RAPOSO, J. *et al* . Sexual satisfaction in patients with cancer. Act.Colom.Psicol., Bogotá , v. 20, n. 2, p. 106-115, Aug. 2017.

ZHANG, H., *et al*. Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. Med Sci Monit. 2017.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 22

IMPACTOS DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO EM MULHERES ADULTAS: ASPECTOS FISIOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS

AUTORES
ANA FLÁVIA FARIA ANDRADE[1]
ANA LUIZA CARVALHO SILVA[2]
BRUNA CECÍLIA ALMEIDA LIMA[1]
DANIELA CRISTINA MACHADO TAMEIRÃO[3]
INGRIDH CAMPELO COURI[2]
KATHARINE GONÇALVES MARTINS[4]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Acadêmica em Medicina da Faculdade Atenas, 6° período
[2]Discente – Acadêmica em Medicina da Faculdade Atenas, 8° período
[3] Docente – Graduada pela UFMG, especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Mestre em Administração pela PUC Minas. Docente na graduação em Medicina na Faculdade Atenas, Sete Lagoas/MG e preceptora em Residência Médica
[4] Discente – Acadêmica em Medicina da Universidade José do Rosário Vellano, 5° período

Palavras-chave: Síndrome do ovário policístico; Hiperandrogenismo; Obesidade; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Ovário Policístico (SOP) foi descoberta pelos médicos Irving Stein e Michael Leventhal, que observaram a presença de múltiplos cistos nos ovários, durante ato operatório, em pacientes que estavam em estado de anovulação. Em 1935 estes médicos a descreveram como o nome de Síndrome de Stein-Leventhal. Somente algum tempo depois é que o nome foi substituído por Síndrome de Ovários Polimicrocísticos para fazer alusão à morfologia dos ovários (FERREIRA, *et al.*, 2020).

Desde a primeira descrição da síndrome em 1935, diversas características foram relacionadas a ela, até que em 1990 o *National Institutes of Health* elaborou uma definição clínica que resultou num documento chamado Consenso do NIH. Esse consenso pretendia uniformizar a descrição a fim de orientar a prática clínica. De acordo com o Consenso do NIH, "a SOP seria consequente a um quadro de anovulação crônica hiperandrogênica, devendo ser definida pela presença de disfunção menstrual e excesso androgênico, que pode ser de ordem clínica (hiperandro-genismo) ou laboratorial (hiperandrogenemia)" (MARCONDES *et al.*, 2011).

Além do Consenso NIH e visando o aperfeiçoamento dos critérios de diagnóstico, houve o desenvolvimento de outros dois critérios, nos anos de 2003 e 2006, respectivamente: Consenso de Rotterdam (desenvolvido pela *European Society of Human Reproduction and Embryology/American Society of Reproductive Medicine*) e o Consenso AE-PCOS *Society* (feito pela *The Androgen Excess and PCOS Society*). Importante ressaltar que esses dois últimos consensos criados não eliminam o NIH, mas somam novos fenótipos.

Um ponto concordante dos consensos sobre critérios diagnósticos é que se trata de uma síndrome e não de uma doença específica já que está relacionada a um grupo de características, que interagem entre si, e que variam de acordo com os fenótipos (MARCONDES *et al.*, 2011).

No que tange à SOP, é válido ressaltar ainda, a multiplicidade da temática, haja vista que não traz apenas consequências metabólicas, mas também repercussões psicossociais decorrentes de seu quadro clínico. A acne e o hirsutismo, por exemplo, são manifestações clínicas do hiperandrogenismo que acometem diretamente a autoestima das mulheres e consequentemente sua qualidade de vida (CAVALCANTE, *et al.*, 2021).

Dessa maneira, devido ao seu grande impacto biopsicossocial, o objetivo desse estudo foi delinear e compreender seu conceito, enfatizando-se a necessidade de um olhar holístico em relação à mulher, com foco na paciente, em detrimento de sua patologia.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de junho e julho de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: SciELO, Google Acadêmico, MEDLINE, Pubmed e LILACS. Foram utilizados os descritores: Síndrome do ovário policístico, Hiperandrogenismo, Obesidade e Qualidade de vida. Desta busca foram encontrados 78 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 1989 a 2021 e que abordavam as

temáticas propostas para esta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 59 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: epidemiologia, fisiopatologia, aspectos psicossociais e qualidade de vida, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Epidemiologia

A SOP é considerada uma doença multifatorial com várias alterações metabólicas, endócrinas, ambientais e genéticas (ROSA & SILVA, 2018). Ela acomete mulheres em idade fértil, sem predileção por raças, mas os sinais e sintomas podem diferir nas variadas etnias. A prevalência pode ser de até 10%, conforme o critério diagnóstico empregado (HART, *et al.*, 2004; GOODARZI & AZZIS, 2006).

Tendo em vista o aspecto metabólico, resistência à insulina e hiperinsulinemia compensatória apresentam maior frequência nas mulheres com SOP, independente de haver ou não obesidade (DUNAIF, *et al.*,, 1989). Segundo SOUZA (2019), "a resistência à insulina, descrita como o principal elo entre a obesidade e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), é uma condição na qual os tecidos periféricos alvo, tais como o músculo esquelético, fígado e tecido adiposo, têm uma resposta subnormal aos níveis de insulina circulante, resultando em menor efeito fisiológico desse hormônio, destacando menor captação da glicose". Cerca de 50% das mulheres com SOP apresentam obesidade central, que é a distribuição de gordura tipo visceral ou abdominal, a qual está associada a um estado de resistência à insulina, hiperinsulinemia compensatória e hiperandrogenismo (PASQUALI, 2006). Por sua vez, os níveis séricos de androgênios e a resistência à insulina são proporcionais, de modo que quanto maior for a concentração androgênica na circulação, maior será a chance de a mulher com SOP desenvolver esta resistência à insulina, clinicamente manifesta desde intolerância à glicose até diabetes melito tipo 2 (KANDARAKIS & DUNAIF, 2012; CIAMPELLI, *et al.*, 2005).

Ainda em relação ao aspecto metabólico, é válido ressaltar a associação entre a Hipertensão Arterial Sistêmica e SOP, a qual não está inteiramente elucidada (MEYER, *et al.*, 2005). Apesar de a Hipertensão Arterial Sistêmica ser considerada no contexto de manifestações da Síndrome Metabólica, há carência de estudos referentes à prevalência de níveis pressóricos alterados em mulheres brasileiras com SOP e os fatores de risco cardiovasculares relativos a essa condi-ção (BARCELLOS, *et al.*, 2007).

Vale destacar também que a literatura médica tem evidências de um componente genético relacionado à SOP (LEGRO, *et al.*, 1998). Todavia, MCALLISTER, *et al.*, (2015), comentam que "a existência de penetrância gênica incom-pleta, modificações epigenéticas e a influência de fatores ambientais tornam bastante complicadas a elucidação e a identificação do padrão de hereditariedade envolvido nessa doença".

Por fim, a SOP é uma das alterações endócrinas mais corriqueiras na fase reprodutiva, com prevalência de até 10% e pode ser identificada em aproximadamente 80% dos

casos de infertilidade por fator ovulatório (THESSALONIKI ESHRE/ASRM-SPONSORED PCOS CONSENSUS WORKSHOP GROUP, 2008).

Fisiopatologia

Foram descritas mais de 100 variações gênicas em pacientes com SOP, incluindo resistência insulínica, risco de obesidade e anomalias em receptores (DE LIMA, 2015; MUMM *et al*., 2013; KATULSKI *et al*., 2015; BROWER *et al*., 2015; XUE *et al*., 2015; MCALLISTER *et al*., 2015).

No eixo hipotálamo–hipófise-ovários, o papel do hipotálamo é estimular a produção de gonadotropinas, por meio da liberação pulsátil de GnRH, que determina a síntese do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo estimulante (FSH) (TURGEON, *et al.*,1996). Na SOP, há um aumento na frequência de GnRH e de LH, e um aumento da síntese de andrógenos ovarianos, mas ainda não está claro se esse aumento da frequência de GnRH é por anormalidades no pulso ou pela baixa de progesterona, que leva a um ciclo anovulatório (TSILCHOROZIDOU, *et al.*, 2004) .

Os andrógenos são de rivados do colesterol e, no sexo feminino, são sintetizados pelos ovários, pelas adrenais e nos locais de conversão extraglandulares dos esteróides, como fígado, tecido adiposo, músculos e pele. No tecido muscular e adiposo ocorre a aromatização dos andrógenos, isto é, a testosterona e a androstenediona são convertidas nos estrógenos estrona e estradiol, enquanto na unidade pilossebácea e pele, a testosterona é convertida em diidrotestosterona (DHT) pela enzima 5α redutase 1 ou 2 (NELSON, *et al*., 2001).

Sabe-se ainda que a insulina desempenha um papel importante na SOP por ter uma ação sinérgica com o LH nas células da teca interna e no estroma ovariano. Contudo, acredita-se que a hiperinsulinemia seja a alteração bioquímica central e, provavelmente, hereditária da SOP. Além disso, é provável que a resistência à insulina possa estar associada com a disfunção intrínseca das células β-pancreáticas (GOODARZI, ERICKSON PORT, JENNRICH & KORENMAN, 2005).

Aspectos psicossociais e qualidade de vida

Conforme a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, contempla o bem estar no âmbito espiritual, no físico, no mental, no psicológico e no emocional, além dos relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, a saúde, a educação, a habitação, o saneamento básico e outros contextos da vida (BVSMS, 2013).

A diminuição do bem-estar mental, do afeto, da autoestima e consequentemente da qualidade de vida, tem como causa frequente a depressão e outros transtornos afetivos em pacientes com SOP (BISHOP et.al, 2009). Isso é corroborado por um estudo de meta-análise, o qual mostrou que mulheres com SOP têm risco aumentado de depressão e ansiedade (COONEY, 2017).

A SOP pode impactar de forma negativa nas questões psicossociais e na qualidade de vida devido às manifestações físicas da doença, como o hirsutismo, a acne, a dermatite seborreica, a alopecia, a obesidade, a síndrome metabólica, o aumento do risco cardiovascular, a acantose nigricans e a infertilidade. Essas

alterações se relacionam com os níveis elevados de androgênios - os quais estão mais presentes durante a puberdade, entretanto, podem aparecer após essa fase, principalmente na existência de um cenário de obesidade - como também, com a resistência insulínica (FERREIRA *et al*., 2020).

O hirsutismo é considerado um parâmetro clínico primário da doença e está presente em, aproximadamente, 60% das mulheres com SOP devido à alta produção da testosterona. Clinicamente manifesta-se como uma notável alteração na pilificação, caracterizada pela presença de pelos grossos em locais típicos de distribuição masculina, tais como no lábio superior, queixo, aréola, região torácica entre as mamas e também nas costas, na parte inferior do abdome até o púbis e na raiz das coxas. Além disso, o hiperandrogenismo aumenta a queratose folicular e a produção de sebo, o que influencia no desenvolvimento da acne e da dermatite seborreica, prevalentes em 48% e 29%, respectivamente. Outro sinal clínico possível de hiperandrogenismo é a alopecia androgênica, perda central de cabelo localizado no couro cabeludo, que atinge a prevalência de 31% (FERREIRA *et al.*, 2020). Essas alterações podem impactar de forma negativa a autoestima e a segurança em rela-ção com o próprio corpo, o que pode, conse-quentemente, prejudicar as relações inter-pessoais e impactar a saúde mental.

Em relação a obesidade, ela é uma patologia que agrava as características hormo-nais e clínicas da SOP e contribui para a piora das manifestações clínicas da doença, pois a deposição central de gordura e a resistência à insulina facilitam a progressão do hiperandrogenismo, comprometendo a absor-ção de glicose e contribuindo para a resistência insulínica, que aumenta o depósito de gordura visceral, formando um círculo vicioso (PICCINI, *et al.*, 2020). Essas alterações, em especial, o hiperandrogenismo, podem contri-buir para a ocorrência da Síndrome Metabólica, a qual aumenta em sete vezes o risco da portadora de SOP desenvolver as doenças cardiovasculares. Sendo assim, diante de uma suspeita clínica, recomenda-se avaliar a Relação Cintura-Estatura para determinar o risco cardiovascular da paciente (FERREIRA *et al*., 2020 e CAVALCANTE *et al*., 2021).

PICCINI *et al* (2020) menciona a prevalência da Síndrome Metabólica em mulheres com SOP em torno de 33 e 43%, de acordo com os critérios definidos do *National Institutes of Health* (NIH). Esse distúrbio metabólico pode ser definido a partir da presença de três ou mais critérios, os quais são: "a obesidade central, hipertrigliceridemia, baixos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e glicemia de jejum elevada ou DM2 previa-mente diagnosticado". Desse modo, a obesi-dade não agrava apenas as complicações clínicas da SOP, como também favorece a existência de problemas relacionais, uma vez que o excesso de peso pode gerar angústias e transtornos que resultam em prejuízos das relações sociais (SANTOS, *et al.*, 2020). Vale destacar também, que a elevada taxa glicêmica no organismo associada à resistência insulínica, ocasionam manchas aveludadas e acastanhadas na pele, mais frequentes na região axilar e do pescoço, que são chamadas de acantose nigricans e se relacionam com o fenótipo grave da SOP (PICCINI *et al*., 2020).

As disfunções ovulatórias podem causar infertilidade, o que confronta a identidade feminina de muitas mulheres e diminui a sua autoestima, o que pode suscitar angústia e tristeza em variados graus. Como conse-

quência, a paciente poderá desenvolver transtornos de comportamento, tais como a ansiedade e a depressão, com consequências significativas na sua qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2020).

Em razão dessas alterações, percebe-se que a SOP apresenta uma série de desafios do ponto de vista biopsicossocial e para as interações sociais, o que pode prejudicar a qualidade de vida, o bem-estar, a saúde mental e a própria sexualidade da mulher (SANTOS *et al*., 2020). Os sentimentos de estigmatização social, menor satisfação com a imagem corporal e as preocupações com relação à saúde e à fertilidade podem acarretar ansiedade, medo e sintomas depressivos, os quais necessitam, segundo FERREIRA *et al*. (2020), de uma abordagem multidisciplinar, com profissionais da área da endocrinologia, dermatologia, ginecologia e psicologia.

Diagnóstico

O diagnóstico da Síndrome dos ovários policísticos (SOP) é basicamente de exclusão, já que é necessário excluir outras causas de hiperandrogenismo e de anovulação. Segundo o Consenso de Rotterdam (2004), o qual é o mais utilizado na prática clínica, a SOP é definida pela presença de pelo menos duas de três características, assim descritas: sinais clínicos ou bioquímicos (laboratoriais) de hiperandrogenismo, anovulação crônica e ovários de aspecto policístico à ultras-sonografia (Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group, 2004).

O hiperandrogenismo, no sexo feminino, ocasiona quadro clínico de severidade variável, incluindo puberdade precoce, distúrbios menstruais, hirsutismo, acne, disfunção ovulatória, síndrome metabólica e até mesmo disfunção psicológica (YARAK, *et al.*, 2005). Já a anovulação crônica pode ser identificada clinicamente por amenorreia ou oligomenorreia (menos que 9 ciclos menstruais em 12 meses ou pelo menos um ciclo menstrual maior que 35 dias) (REHME, *et al.*, 2013).

Desde 2014, os critérios para a definição ultrassonográfica para o ovário policístico mudaram, sendo adotados (DEWAILLY *et al*., 2014):

- pelo menos um dos ovários com volume igual ou maior a 10cm³;

- contagem de 12 ou mais folículos entre 2 e 9mm, idealmente identificados em exame realizado pela via endovaginal.

"A suspeita da SOP é feita quando houver queixas de pelos excessivos pelo corpo, associados à irregularidade menstrual, em geral, ciclos alongados ou períodos de amenorreia. Na adolescência, a imaturidade de eixo hipotalâmico hipofisário ovariano também pode determinar disfunção menstrual, entretanto com ciclos mais curtos do que a que ocorre na SOP" (ROSE, 2015).

Assim, é possível que outras patologias tenham quadro clínico semelhante, como síndrome de Cushing, disfunção da tireoide, tumor ovariano ou da suprarrenal produtores de androgênios, transtornos da suprarrenal, distúrbios hipo e hipergonadotróficos, hiperprolactinemia e uso de substâncias androgênicas como esteroides anabolizantes por exemplo (MARCONDES, *et al.*, 2011).

Tratamento

O tratamento da SOP deve estar alinhado aos objetivos de cada paciente. Algumas necessitam contracepção hormonal, enquanto outras desejam indução da ovulação. Do mesmo modo, a abordagem das manifestações

de hiperandrogênicas deve ser individualizada. Em outras palavras, o tratamento da SOP deve se pautar no respeito a autonomia de cada paciente e suas queixas. Recomenda-se, também, acompanhamento psicológico de suporte para redução do estresse, assim como de ansiedade/depressão em mulheres com baixa estima e autocontrole (CURI *et al*., 2012; CONTE *et al*., 2015; JAYASENA & FRANKS, 2014; DOMECQ *et al*., 2013; GEIER *et al*., 2012).

A seguir, há algumas das manifestações da SOP, com o respectivo tratamento:

- Obesidade e sobrepeso:

A obesidade ocorre em 30 a 70% das mulheres com SOP (MELO, *et al.,* 2011). Portanto, mudanças no estilo de vida são importantes para o tratamento, com diminuição do sedentarismo e adequação da dieta, principalmente naquelas pacientes com sobrepeso e obesidade. Na disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, CURI *et al.* (2012) sugerem que atividade física moderada por 40 minutos por dia, repetida durante três vezes por semana, conjuntamente com dieta nutricional adequada, teria efeito semelhante ao do emprego da metformina, tanto clinicamente como nos parâmetros laboratoriais estudados.

O relatório da *Androgen Excess and PCOS Society* (AE-PCOS) de 2008, aponta firmemente como terapia primária em mulheres com SOP, a perda de peso de pelo menos 5% a 10%. Esse resultado pode ser obtido exclusivamente através de modificação do estilo de vida, ou associada a tratamentos da obesidade com emprego de substâncias farmacológicos e/ou métodos cirúrgicos da obesidade deve ser a terapia primária em mulheres com SOP que tenham obesidade e sobrepeso. Muitas vezes, essa perda inicial de 5 a 10% de peso, já poderá ser suficiente para a retomada dos ciclos ovulatórios. Tais mudanças colaboram para a melhoria do hiperandrogenismo clínico e laboratorial, di-minuição da obesidade abdominal e melhoria dos marcadores de resistência insulínica. Ademais, a perda de peso também diminui os riscos cardiovasculares e o exercício físico ocasiona liberação de endorfinas com efeitos positivos no bem estar mental.

- Resistência insulínica e intolerância à glicose:

A mudança no estilo de vida também é importante nesses casos, com adequação da dieta e prática de exercícios físicos. Quando a resposta pode ser inadequada (sem perda de peso ou piora da resistência insulínica ou intolerância à glicose), está indicado o emprego de fármacos. Recomenda-se, ainda, em mulheres com acantose nigricans ou obesas com antecedentes familiares de diabetes melito do tipo II (SOARES *et al*., 2014).

A metformina é uma biguanida utilizada no tratamento de diabetes, melhora o padrão menstrual e diminui os níveis de androgênio (SOARES & BARACAT, 2010; IWATA *et al*., 2015; SORPRESO *et al*., 2015; DRONAVALLI & DAVID, 2007; LAKRYC *et al*., 2003; SOMANI & TURVY, 2014; DIRI *et al*., 2015; KARAKURT *et al*., 2008; AZZIZ, 2003; SANCHEZ *et al*., 2002; LORD & NORMAN, 2003; MACIEL *et al*., 2004). Já foi cogitado algum efeito positivo na indução de ovulação, porém, seus efeitos benéficos são moderados, não justificando seu uso em pacientes que não tenham elevação da glicemia plasmática (LORD & NORMAN, 2003). Nestes casos é uma das melhores escolhas medicamentosas, podendo ser utilizada

naquelas pacientes com função renal e hepática normais.

- Hiperandrogenismo cutâneo:

Em casos mais intensos de hirsutismo, os contraceptivos podem não ser suficientes para coibir os sinais do hiperandrogenismo. Desse modo, deve ser prescrita a associação com substâncias antiandrogênicas (DRONAVALLI & DAVID, 2007; LAKRYC *et al*., 2003; SOMANI & TURVY, 2014; DIRI *et al*., 2015; KARAKURT *et al*., 2008).

Fármacos como acetato de ciproterona e espironolactona podem ser prescritos, conforme recomendação médica, associados a algum método contraceptivo. Além disso, a pílula combinada pode auxiliar a ter efeitos cosméticos mais rápidos e evita a irregularidade menstrual (LAKRYC *et al*., 2003; SOMANI & TURVY, 2014; DIRI *et al*., 2015).

- Infertilidade:

Para o restabelecimento da fertilidade, utilizam-se fármacos indutores da ovulação, como citrato de tamoxifeno, citrato de clomifeno e os inibidores da aromatase, como o letrozol (WANG *et al*., 2017). Embora rara, a síndrome de hiperestimulação ovariana pode ocorrer com o uso de clomifeno. Assim, as pacientes devem ser controladas cuidadosamente com exames ultrassonográfico e pélvico seriados (WANG *et al*., 2017).

Em alguns casos, substâncias sensibilizadoras do receptor de insulina, como mioinositol e metformina, podem reduzir os níveis de insulina e favorecer a ovulação, podendo ser empregadas conjuntamente com o clomifeno, e podem diminuir a resistência desse fármaco, bem como a síndrome de hiperestimulação ovariana (SANCHEZ *et al*., 2002; LORD & NORMAN, 2003; MACIEL *et al*., 2004; NIAFAR *et al*., 2015; JENSTERLE *et al*., 2015; INGE *et al*., 2015; WANG *et al*., 2017).

CONCLUSÃO

Logo, compreendemos que a Síndrome do Ovário Policístico pode interferir na fisiologia do ciclo menstrual e predispor o desenvolvimento de manifestações androgênicas e infertilidade, além de complicações metabólicas, cardiovasculares, neoplásicas e psíquicas. Essas últimas podem resultar em consequências psicossociais com repercussão na qualidade de vida da mulher. Sendo assim, é preciso uma equipe multidisciplinar que acompanhe a paciente ao longo de sua vida (FERREIRA, et.al, 2020). Tudo isso para traçar as principais intervenções no que se refere ao tratamento de pacientes com a síndrome, em cada etapa de sua história, com foco na qualidade de vida delas e respeitando sua autonomia.

Sabendo que o processo de saúde-doença, em sua complexidade, traz inúmeros desafios às mulheres que sofrem dessa síndrome, são necessários novos estudos no que se refere aos prejuízos emocionais e sociais que podem interferir de forma significativa na adesão ao tratamento e em um melhor prognostico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZZIZ R. The evaluation and management of hirsutism. Obstet Gynecol.2003;101(5 Pt 1):995-1007.

AZZIZ, Ricardo. *et al*. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report, [*s. l.*], 23 out. 2008.

BARCELLOS, Cristiano R G. *et al*. Impact of body mass index on blood pressure levels in patients with polycystic ovary syndrome. [*S. l.*], 2007.

BISHOP, Suzette C; BASCH, Samuel; FUTTERWEIT, Walter. Síndrome dos ovários policísticos, depressão e distúrbios afetivos. [S. l.], 2009.

BROWER MA. *et al*. Further investigation in Europeans of susceptibility variants for polycystic ovary syndrome discovered in genome-wide association studies of Chinese individuals. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(1):E182-6.

BVSMS. Qualidade de vida em 5 passos. [*S. l.*], 20 jul. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html. Acesso em: 19 jul. 2021.

CAVALCANTE, Lúcia Maria de Sousa Aguiar dos *et al*. Síndrome dos ovários policísticos: aspectos clínicos e impactos na saúde da mulher. Research, Society And Development, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1-14, 14 fev. 2021.

CIAMPELLI, Mario *et al*. Assessment of insulin sensitivity from measurements in the fasting state and during an oral glucose tolerance test in polycystic ovary syndrome and menopausal patients. [*S. l.*], 2005.

CONTE F, *et al*. Mental health and physical activity in women with polycystic ovary syndrome: a brief review. Sports Med. 2015;45(4):497-504.

COONEY, Laura G. High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. [*S. l.*], 2017.

CURI DD. *et al*. Metformin versus lifestyle changes in treating women with polycystic ovary syndrome. Gynecol Endocrinol. 2012;28(3):182-5.

DE LIMA RG. Maturação sexual: puberdade precoce e retardada. In:Rodrigues de Lima G (Ed.). Ginecologia clínica. São Paulo: Atheneu; 2015.p. 25-33.

DEWAILLY D. *et al*. Definition and significance of polycystic ovarian morphology: a task force report from the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Hum Reprod Update. 2014;20:334-52.

DIRI H. *et al*.Comparison of spironolactone and spironolactone plus metformin in the treatment of polycystic ovary syndrome. Gynecol Endocrinol. 2015:1-4

DOMECQ JP. *et al*. Lifestyle modification programs in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2013;98(12):4655-63.

DRONAVALLI SE, DAVID A. Pharmacologic therapy of polycystic ovary syndrome. Clin Obstet Gynecol 2007;50(1):244-54.

DUNAIF, Um *et al*. Profound peripheral insulin resistance, independent of obesity, in polycystic ovary syndrome. [*S. l.*], 1989.

FERREIRA, Isabella Ferraz *et al*. Impactos biológicos e sociais na vida das mulheres com Síndrome dos Ovários Policísticos. Revista Eletrônica Acervo Científico, [S.L.], v. 14, p. 1-7, 5 nov. 2020. Revista Eletrônica Acervo Saúde.

GEIER, LM; BEKX, MT; CONNOR, EL. Factors contributing to initial weight loss among adolescents with polycystic ovary syndrome. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2012;25(6):367-70.

GOODARZI MO, ERICKSON S, PORT SC, JENNRICH RI, KORENMAN SG. β-cell function: a key pathological determinant in polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol. Metab. 2005;90: 310-15.

GOODARZI, Mark O; AZZIZ, Ricardo. Diagnosis, epidemiology, and genetics of the polycystic ovary syndrome. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. [*S. l.*], 2006.

HART, R; HICKEY, M; FRANKS, S. Definitions, prevalence and symptoms of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome. Best Pract Res Clin Obstet

Gynaecol. [*S. l.*], 2004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15380140/. Acesso em: 19 jul. 2021.

INGE TH. *et al*. Teen-LABS Consortium. Weight loss and health status 3 years after bariatric surgery in adolescents. N Engl J Med. 2015.

IWATA MC. *et al.* Association of oral contraceptive and metformin did not improve insulin resistance in women with polycystic ovary syndrome. Rev Assoc Med Bras. 2015;61(3):215-9.

JAYASENA CN, FRANKS S. The management of patients with polycystic ovary syndrome. Nat Rev Endocrinol. 2014;10(10):624-36.

JENSTERLE M. *et al*. Short term monotherapy with GLP-1 receptor agonist liraglutide or PDE 4 inhibitor roflumilast is superior to metformin in weight loss in obese PCOS women: a pilot randomized study. J Ovarian Res. 2015 Jun 2;8:32.

KANDARAKIS, Diamanti; DUNAIF, Andrea. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome revisited: an update on mechanisms and implications. [*S. l.*], 2012.

KARAKURT F. *et al.* Comparison of the clinical efficacy of flutamide and spironolactone plus ethinyloestradiol/cyproterone acetate in the treatment of hirsutism: a randomised controlled study. Adv Ther. 2008;25(4):321-8.

KATULSKI K. *et al*.Pregnancy complications in polycystic ovary syndrome patients. Gynecol Endocrinol. 2015;31(2):87-91.

LAKRYC EM. *et al*. The benefits of finasteride for hirsute women with polycystic ovary syndrome or idiopathic hirsutism. Gynecol Endocrinol. 2003;17(1):57-63.

LEGRO, Richard S *et al*. Evidence for a genetic basis for hyperandrogenemia in polycystic ovary syndrome. [*S. l.*], 1998.

LORD JMFI, NORMAN RJ. Insulin-sensitising drugs (metformin, troglitazone, rosiglitazone, pioglitazone, D-chiro-inositol) for polycystic ovary syndrome. Cochrane Database Syst Revista 2003.

MACIEL GA. *et al*. Nonobese women with polycystic ovary syndrome respond better than obese women to treatment with metformin. Fertil Steril. 2004;81(2):355-60.

MARCONDES, Michelle Patrocínio *et al*. Dificuldades e armadilhas no diagnóstico da síndrome dos ovários policísticos, Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 28 jan. 2011.

MCALLISTER, JM. *et al*. Functional genomics of PCOS: from GWAS to molecular mechanisms. [*S. l.*], 2015.

MELO, Anderson Sanches.*et al*. Mulheres com síndrome dos ovários policísticos apresentam maior frequência de síndrome metabólica independentemente do índice de massa corpóreo, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 13 dez. 2011.

MEYER, Caroline; MACGRATH, BP; TEEDE, HJ. Overweight women with polycystic ovary syndrome have evidence of subclinical cardiovascular disease. [*S. l.*], 2005.

MUMM H. *et al*. Birth weight and polycystic ovary syndrome in adult life: a register-based study on 523,757 Danish women born 1973-1991. Fertil Steril. 2013;99(3):777-82.

NELSON VL, QIN KN, ROSENFIELD RL, WOOD JR, PENNING TM, LEGRO RS, STRAUSS JF 3rd, MCALLISTER JM. The biochemical basis for increased testosterone production in theca cells propagated from patients with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2001 Dec;86(12):5925-33.

NIAFAR M. *et al*. A systematic review of GLP-1 agonists on the metabolic syndrome in women with polycystic ovaries. Arch Gynecol Obstet. 2015.

PASQUALI, Renato. Obesity, fat distribuition and infertility. Maturitas. [*S. l.*], 2006. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16725287/. Acesso em: 19 jul. 2021.

PICCINI, Helena *et al*. Síndrome dos ovários policísticos, complicações metabólicas, cardiovasculares, psíquicas e neoplásicas de longo prazo: uma revisão sistematizada. Clinical & Biomedical Research, [S.L.], v. 40, n. 3, p. 184-192, 2 fev. 2021.

REHME, Marta Francis Benevides. *et al*.Contribuição do hiperandrogenismo para o desenvolvimento de síndrome metabólica em mulheres obesas com síndrome dos ovários policísticos, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 20 dez. 2013.

ROSA E SILVA AC. 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. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, nº 4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina).

ROSE PG. Endometrial carcinoma. N Engl J Med. 1996;335(9):640-9. ROSENFIELD RL. The diagnosis of polycystic ovary syndrome in adolescents. Pediatrics. 2015;136(6):1154-65.

SANCHEZ LA, PEREZ M, AZZIZ. Laser hair reduction in the hirsute patient: a critical assessment. Hum Reprod Update. 2002;8(2):169-81

SANTOS, Lívia Oliveira Moura Dos *et al.* Impacto da síndrome do ovário policístico no aspecto biopsicossocial das mulheres. Anais do V CONAPESC. Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/72782. Acesso em: 05/07/2021

SOARES Junior JM, Sa MF, BARACAT EC. Should insulin resistance be alwaystreated in polycystic ovary syndrome?. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(2):47-9.

SOARES Junior JM, BARACAT EC. The use of combined oral contraceptives in the polycystic ovary syndrome. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(11):523-4.

SOMANI N, TURVY D. Hirsutism: an evidence-based treatment update. Am J Clin Dermatol. 2014;15(3):247-66.

SORPRESO IC, SOARES JÚNIOR JM, BARACAT EC. Sexually vulnerable women: could reversible long-lasting contraception be the solution?. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015;37(9):395-6.

SOUZA, Claudio Teodoro. Envolvimento da inflamação subclínica e do estresse oxidativo na resistência à insulina associada a obesidade. [*S. l.*], 2019. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/16950. Acesso em: 19 jul. 2021.

THE ROTTERDAM ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod. 2004;19:41-47.

THESSALONIKI ESHRE/ASRMSPONSORED PCOS CONSENSUS WORKSHOP GROUP. Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome. [*S. l.*], 2008.

TSILCHOROZIDOU T, OVERTON C, CONWAY GS. The pathophysiology of polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol (Oxf). 2004 Jan;60(1):1-17.

TURGEON JL, KIMURA Y, WARING DW, MELLON PL. Steroid and pulsatile gonadotropin-releasing hormone (GnRH) regulation of luteinizing hormone and GnRH receptor in a novel gonadotrope cell line. Mol Endocrinol. 1996;10:439-50.

WANG R. *et al*. Treatment strategies for women with WHO group II anovulation: systematic review and network metaanalysis. BMJ. 2017;356:j138.

XUE H. *et al.* Association of common variants of FTO in women with polycystic ovary syndrome. Int J Clin Exp Pathol.2015;8(10):13505-9.

YARAK S. *et al.* (2005) Hiperandrogenismo e pele: síndrome do ovário policístico e resistência periférica à insulina. Ann Bras Dermatol. 80(4): 395-410.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 23

PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE DA MULHER

AUTORES
MARIA CECILIA ALENCAR DE AMORIM[1]
LAÍS SILVA BEZERRA DE MENDONÇA[2]
THALYTA LAYZE PAIVA VASCONCELOS[1]
LARA MARIA CARVALHO LEITE[1]
BRUNNA KAROLYNE AGUIAR FERREIRA[3]
GABRIELY OLIVEIRA FERNANDES COUTINHO[1]
GABRIELA MADEIRA DE MELO[2]
ADA MARIA MYRNA NASCIMENTO DO AMARAL[1]
BEATRIZ DE SANTANA DE OLIVEIRA[1]
JOÃO VITOR DE ALENCAR DUARTE GONÇALVES[1]
JOANNA LIDIA FERNANDES HINOJOSA[4]
BARBARA MONIQUE DE FREITAS VASCONCELOS[5]

FILIAÇÃO
[1]Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas – FCM/PB
[2]Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
[3]Acadêmica de Medicina da Faculdade CESMAC
[4]Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
[5]Professora Orientadora – FACENE/RN

Palavras-chave: Procedimentos; Estéticos; Mulher; Saúde.

INTRODUÇÃO

Diante dos avanços tecnológicos propostos para se ter um corpo perfeito, a mulher moderna, vem, constante e exacerbadamente em busca de procedimentos que as deixem exatamente igual ou o mais semelhante possível ao padrão exigido pela sociedade, padrão esse doentio e inexistente. Do salão de beleza às clínicas estéticas e cirurgias plásticas. Padrões de beleza vem ganhando cada vez mais espaço - que não deveria - e com eles carregam inúmeros impactos negativos a saúde das mulheres que se frustram no meio desse caminho árduo e sem necessidade. A cobrança social exagerada, faz com que as mulheres procurem meios para se "encaixar" em tal padrão, no que acarreta em contribuição para o aumento de distúrbios psicológicos e psicossociais ou até mortes por cirurgias plásticas clandestinas, por exemplo. (SOUZA, *et al*. 2013)

A mulher do século XXI, já aprende desde sua infância que há uma necessidade de ter aquele corpo perfeito, como as das modelos de televisão, pois sua mãe passa pra ela, e assim podemos perceber, que, a cada dia que passa a juventude toma boa parte do espaço da infância.(GOMES, 2014)

As crianças desenvolvem precocemente a vaidade pelo corpo, e comumente vemos adolescentes com transtornos alimentares decorrentes de uma infância atribulada pela mãe que exige que sua filha esteja no padrão, no corpo perfeito. Com isso, é perceptível que as mulheres têm a busca por padrões estéticos como um dever moral, o qual necessita ser buscado e alcançado, dever este que é influenciado pelos veículos de comunicação em massa. A mídia traz consigo essa influência, fazendo com que a paixão por moda e desejo de consumo de produtos esté-ticos, sejam aflorados nas mulheres e quando não alcançam tal objetivo sentem-se fracas-sadas e incapacitadas. (SOUZA, *et al*. 2013)

Por isso, parte do público feminino busca refúgio em dietas, exercícios físicos e outras estratégias muitas vezes massacrantes, forçando-as a recorrer a cirurgias plásticas e medicamentos. Em consequência desse esgotamento mental presenciamos cotidianamente quadros depressivos, distúrbios de auto-imagem e autoestima, ansiedade e uso abusivo de drogas lícitas, principalmente medicamentos e bebidas alcoólicas. E é devido a isso, que este trabalho possui como objetivo entender sobre o preço a ser pago pelas mulheres em busca de um estereótipo inexistente e os consequentes agravos à sua saúde decorrentes desses procedimentos estéticos. (GOMES, 2014)

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura sistemática, com sua pesquisa desenvolvida e fundamentada de acordo com publicações nacionais. De acordo com Schutz, *et al*. (2011 *apud* Gomes e Caminha, 2014) a revisão sistemática da literatura possui critérios predeterminados e evidências científicas consistentes, com o objetivo de favorecer a escolha de estudos para o desdobramento de artigos com informações autorais.

Os artigos foram selecionados através da base de dados biblioteca virtual de saúde (BVS), publicados entre os anos de 2011-2021, com os descritores "Saúde da Mulher" e "Estética". A busca dos artigos foi executada durante os meses junho e julho do ano de 2021.

Foram instituídos os seguintes critérios de inclusão: textos completos, publicados nos últimos 10 anos, disponíveis no idioma Português, integralmente gratuitos, e que detivessem como assunto principal: Saúde da Mulher, Cirurgia Plástica, Mulheres, Estética,

Qualidade de Vida, Beleza. Como critérios de exclusão, utilizamos: fuga ao tema, repetição de artigo, outro idioma que não o Português.

O material obtido a partir desta pesquisa foi avaliado e alguns artigos foram exclusos por fugir do assunto, se repetirem e, por serem de outro idioma que não fosse o português. Dessa forma, esse estudo foi baseado em 7 artigos. Subsequentemente, foi feita a leitura dos resultados apresentados para condensar e organizar as ideias propostas pelos artigos coletados.

Os resultados alcançados com essa busca abordaram o tema de procedimentos estéticos com ênfase na saúde, qualidade de vida e a influência das mídias sociais sobre a mulher.

RESULTADOS

Diante dos artigos analisados, observou-se que, devido à pressão estética, muitas pessoas aderiram a procedimentos invasivos e tratamentos medicamentos, na tentativa de se enquadrar em um modelo de beleza ideal im-posta pela sociedade. Com isso, foram encon-trados 18 artigos, excluídos 11 por fuga ao tema e escolhidos 7 artigos do banco de dados da BVS, sendo 2 artigos de revisão literária, 1 revisão descritiva exploratória, 1 revisão sistematizada literatura, 1 estudo obser-vacional, 1 estudo documental, 1 descritivo exploratório, todos da língua portuguesa, dos anos de 2012 a 2019, de caráter qualitativo, sendo um experimental e os demais de revisão bibliográfica.

DISCUSSÃO

A compreensão do quão invasiva psicológica e fisicamente é a "mulher perfeita" pelos "olhos da sociedade", e o quão a mulher é valorizada e notada a partir de sua aparência física, como já analisado por Koelzer *et al.* (2016), onde citou diversas literaturas corroborando tal fato que leva mulheres às mais diversas loucuras por estigmas ilusórios de sua "forma designada", incluindo procedimentos citados que vão de botox e dietas restritivas até mesmo medicamentos e cirurgias com inúmeros riscos por questões que não são perigosas a não ser a seu papel na sociedade.

Tendo em vista todo esse sentimento de desespero por um padrão utópico de figura feminina imposta para que não se tenha barriga, rugas, "gogó", cabelos brancos dentre outras características fisiológicas esperadas em mulheres de diferentes etnias, com diferentes idades, hábitos, escolhas de vida (diga-se gerar, um bebê, por exemplo), identidade de gênero (diga-se cis, gênero ou transgênero, por exemplo), dentre outros milhares de fatores genéticos, biológicos num geral. É preocupante que, o sentimento citado, uma vez que mulheres vem se deparando com realidades duras de condições médicas diversas por decorrência de alguma complicação cirúrgica de uma cirurgia puramente estética, problemas gastrointestinais ou mesmo hepático devido à compulsão causada por dietas nada saudáveis e abuso de medicamentos para emagrecer, dentre outros (FIN *et al*., 2015; SILVA, 2018).

Após análise de artigos, tal problema banalizado pela sociedade como "um preço que precisa ser pago" porque "mulher, para ser bonita, sofre", tem-se uma visão claro de que a sociedade afeta não só a forma como as mulheres se veem como também sua relação com seu próprio corpo, fazendo com que, além dos problemas fisiológicos desenvolvidos após essa busca pela estética citada previamente, elas também tenham problemas de autoestima – deixando-as mais suscetíveis a desenvolve-rem transtornos alimentares e de imagem, e vício em remédios que promovem uma falsa propaganda de "caminho fácil ao corpo dos sonhos" – e

Quadro 23.1 Filtragem dos artigos nas bases de dados selecionadas contendo: autores, ano de publicação, título, tipo de pesquisa, objetivos e resultados:

N°	Autor (es)	Ano	Base de dados	Título	Tipo de publicação	Tipo de pesquisa	Objetivo	Resultados
1	Santos, Olympio José dos; Silva, Carlos Lyra da; Louro, Thiago Quinellato; Machado, Daniel Aragão; Avellar, João Guilherme Novis de Souza; Silva, Roberto Carlos Lyra da	2019	LILACS	Efeitos da mamoplastia redutora na função pulmonar e qualidade de vida de mulheres submetidas à gigantoplastia.	Estudo observacional	Qualitativa	Este artigo tem como objetivo avaliar os efeitos da mamoplastia redutora na função pulmonar e qualidade de vida de mulheres com gigantomastia.	Foi visto que a média de idade, altura e peso das mulheres submetidas à mamoplastia foi respectivamente, 44,5 anos, 1,58 m e 93,8 kg. O índice de massa corporal evidenciou obesidade de graus I a III. Em média a espirometria variou de 92,76% do valor teórico predito antes da cirurgia, para 94,74% e 91,77%, 30 e 60 dias após a cirurgia respectivamente.
2	Silva Junior, Aureliano Lopes da	2018	LILACS	Feminização, estigma e o gênero facializado: a construção moral do gênero feminino por meio de cirurgias de feminização facial para travestis e mulheres transexuais.	Revisão literária	Qualitativa	Este artigo tem como objetivo analisar questões de gênero em torno das “cirurgias de feminização facial”, que tem se tornado almejado e realizado entre travestis e mulheres transexuais.	Os resultados do estudo da área demonstram que essas cirurgias se voltam à ideia da “naturalidade” nos traços faciais, para que assim se alcance o ideal normativo, tanto socialmente, como pessoal.

3	GOMES,I,*et al.*	2018	LILACS	Principais cuidados e investimentos corporais de frequentadoras de uma academia para mulheres de Vitória/ES	Revisão descritiva exploratória	Qualitativa	Identificar os s principais cuidados e investimentos no corpo, a partir de frequentadoras de uma academia para mulher	Conclui-se que teve um grande crescimento da indústria de beleza reparação tecidual e promove benefícios ao conforto dos pacientes.
4	Koelzer, Larissa Papaleo; Castro, Amanda Bousfield, Andréa Barbará S; Camargo, Brigido Vizeu.	2016	Lilacs, scielo	O "olhar preconceituoso": Representações sociais sobre fotografias nas redes sociais.	Revisão sistematizada literatura.	Qualitativa	Analisar comentários na internet oriundos de uma reportagem online envolvendo fotografias.	Os dados obtidos por meio dos comentários foram analisados a partir de um *corpus* de análise. O conteúdo do *corpus* compreende posicionamentos favoráveis e/ou desfavoráveis à notícia do ensaio fotográfico.
5	FIN, C. T., *et al.*	2015	Scielo	Estética e expectativas sociais: O posicionamento da mulher idosa sobre os recursos estéticos.	Descritivo, exploratório.	Qualitativa	Descobrir a percepção que um grupo de mulheres tem sobre beleza corporal e qual o significado atribuído à beleza corporal na velhice.	A forma de enfrentar a velhice se dá de forma geral, de duas maneiras: De maneira que atenda às expectativas sociais, então as mulheres reconhecem os recursos estéticos; Ou, de acordo com crenças religiosas onde Deus é o grande responsável pela aparência de suas criações.
6	SOUZA, M. R. R., *et al.*	2013	Scielo, LILACS e BDENF.	Droga de corpo! Imagens e representação do corpo feminino em revistas brasileiras.	Estudo documental	Qualitativa	Analisar imagens e representações do corpo da mulher e sua relação com o consumo de drogas nos conteúdos de reportagens publicadas em quatro revistas de circulação nacional (Veja, Isto É, Boa Forma, Cláudia).	Os dados mostram que a mídia reproduz padrões estéticos rígidos, expondo as mulheres a agravos sociais e de saúde que estimulam o consumo de drogas de forma autônoma e/ou por prescrição.

7	Menegassi, Luana; Guimarães, Rafael Siqueira de.	2012	LILACS	Cirurgia plástica estética: que expectativas são essas?	Revisão de literatura	Quantitativa	Revisar a literatura sobre câncer de boca visando conhecer o teor dos trabalhos publica-dos focando no diagnóstico e nos fatores associados.	A maioria dos artigos enfatizam o álcool e o tabaco como principais fatores de risco. Apontam também a importância de diagnóstico precoce.

ansiedade, os quais funda por prejudicar ainda mais suas relações sociais, e, por conseguinte, levando-as a vidarem cada vez mais a mídia para validá-las para que pos-sam estar dignas de frequentarem ambienta a ou b (SOUZA *et al*., 2013).

Têm-se visto uma procura cada vez maior por academias, produtos de beleza e cirurgias plásticas em busca de um ideal de beleza, para as quais a imagem passou a ser o motor para o sucesso e a felicidade. Esse ideal de beleza acaba sendo tido como "o padrão" a ser alcan-çado ou uma espécie de medida a partir da qual toda beleza feminina seria percebida e qualificada. Para as mulheres transexuais e travestis essa busca corresponde a um desejo pessoal de alcançar tal feminilidade onde o viés "maligno" das cirurgias garantiu as trans-formações de seus corpos de acordo com seus desejos pessoais (KOELZER *et al*., 2016).

Essa obsessão pelo corpo perfeito e portador de medidas especificas é uma questão social, política e econômica, pois está associada com a relação entre indivíduos, envolvendo estigmas, discriminação e precon-ceito. ´´As alterações corporais não são confi-guradas como doenças; no entanto, podem causar danos psicológicos severos, deturpando a imagem e a autoestima da mulher. Nesses casos, recorrer aos tratamentos estéticos de forma orientada restabelece sua autoconfiança; todavia, não significa solucionar o que a idade lhe proporcionou (ANDRADE, & BOSI, 2003; BORIS, & CESÍDIO, 2007; VERAS, 2010) ´´. Algumas vezes a necessidade de chegar nesse padrão é tão grande que elas acabam optando por consumo de substâncias psicoativas na tentativa de alcançar o corpo ideal. A busca pela beleza não é restrita apenas as mulheres mais jovens, as mais velhas também buscam alternativas para reparar danos provocados pelo envelhecimento, como alterações de pele advinda da maior idade que em alguns casos, podem causar transtornos psíquicos, que interferem no modo como elas se veem, levando a uma distorção de imagem que leva a uma busca desenfreada por procedimentos de beleza como cirurgias plásticas, toxina botulínica e maquiagem defi-nitiva em busca de realçar e recuperar traços joviais, muitas vezes sem necessidade e exagerados a ponto de mudarem radicalmente sua fisionomia

Diante do que se foi relacionado, a busca incessante pelo desejo de melhorar o corpo, garante uma falsa ilusão de um problema subjetivo, o qual ilusoriamente será sanado com inúmeros procedimentos. ´´No caso das cirurgias plásticas busca-se uma mudança que traga maior felicidade através de uma alteração física imediata, mas que após re-significada proporciona o resultado esperado (LE BRETON, 2006), o que coloca a cirurgia plástica como um meio de modificação corporal e também de transformação da representação mental, já que esta acaba, conse-quentemente, solucionando reparações psí-quicas (FERRAZ, SERRALTA, 2007)´´. É preciso que se leve em conta que, não é preciso que banalizemos a ação dos proce-dimentos estéticos na vida das inúmeras mulheres, mas sim que eles sejam de forma sadia. ´´As consequências da insatisfação com o corpo associam-se a transtornos alimentares, depressão e isolamento social, acarretando elevados níveis de estresse e baixa qualidade de vida (MCLAREN, & KUH, 2004) ´´. Sabemos que a baixa autoestima é um problema enfrentado por todos, especialmente as mulheres, advindo de uma sociedade bom-bardeada por estigmas de um corpo ideal, essa massiva carga de informações acaba por gerar uma falsa impressão de desconforto corporal, o que termina por provocar um ciclo vicioso de

insatisfação corporal, já que claramente o corpo almejado ainda não foi atingido.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, a cada dia que passa o mercado de consumo relacionado a mulheres tem crescido, devido a uma busca da estética perfeita, perfeição que muitas vezes são moduladas através das mídias sociais. O problema desse crescimento é que alguns procedimentos como cirurgias plásticas, excesso de toxina botulínica e entre outros podem repercutir de forma negativa na saúde física e emocional das mulheres.

Além disso, é observado que mulheres financeiramente privilegiadas possuem uma maior oportunidade em adquirir esses procedimentos estéticos quando comparadas com aquelas de classes mais baixas. Outra problemática que fica clara é o uso de medicamentos psicoativos, na tentativa de lidar com a pressão social pelo corpo perfeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOUZA, Márcia Rebeca *et al*. ¡Porquería de cuerpo! Imágenes y representaciones del cuerpo femenino en revistas brasileñas. Revista Gaúcha de Enfermagem, Scielo, 2013.

CORREIA, Camila; GOMES, Ivan. Principais cuidados e investimentos corporais de frequentadoras de uma academia para mulheres de Vitória/ES. Saúde da mulher, Revista montrivivência, v. 30, n. 53, p. 18-34, 2018.

MENEGASSI , Luana; DE GUIMARÃES, Rafael Siqueira. Cirurgia plástica estética: que expectativas são essas?. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 51-67, 12 jun. 2012.

SILVA, Aureliano Lopes. Feminização, estigma e o gênero facializado: a construção moral do gênero feminino por meio de cirurgias de feminização facial para travestis e mulheres transexuais. Saúde e Sociedade [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 28 Julho 2021] , pp. 464-480.

KOELZER, Larissa Papaleo Koelzer; CASTRO, Amanda; BOUSFIELD, Andréa Barbará; CAMARGO, Brigido Vizeu. O "olhar preconceituoso": Representações sociais sobre fotografias nas redes sociais. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia , Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 431-439, 2016.

SANTOS, Olympio José dos *et al* . EFEITOS DA MAMOPLASTIA REDUTORA NA FUNÇÃO PULMONAR E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À GIGANTOPLASTIA. Cogitare enferm., Curitiba , v. 24, e64034, 2019.

FIN, Thais Caroline; PORTELLA, Marilene Rodrigues; SCORTEGAGNA, Silvana Alba; FRIGHETTO, Juliana. Estética e expectativas sociais: o posicionamento da mulher idosa sobre os recursos estéticos. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 133-149, out. 2015.

GOMES, Isabelle Sena; CAMINHA, Iraquitan de Oliveira. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. Movimento, Porto Alegre, ano 2014, v. 20, n. 01, p. 395-411, 2 mar. 2014.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 24

MUDANÇA DOS HÁBITOS DE VIDA COMO TERAPÊUTICA EM MULHERES PORTADORAS DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO

AUTORES
FERNANDA RESENDE BULDRINI BARBOSA[1]
GABRIELA ARBEX CAMPOLINA[1]
GABRIELA COUTO ELIAS[1]
EVELYN BOTREL MENDES[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Palavras-chave: Síndrome do Ovário Policístico; Qualidade de Vida, Estilo de Vida Saudável; Resistência à Insulina; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A síndrome do ovário policístico é um distúrbio endócrino-ginecológico frequente em mulheres em idade reprodutiva. Essa endocrinopatia é caracterizada, principalmente, por anovulação crônica e hiperandrogenismo, sendo as suas principais manifestações: irregularidade menstrual, acne, hirsutismo, infertilidade, alopecia androgenética, obesidade e acantose nigricans. Tais sintomas apresentam-se de maneira bastante heterogênea, sendo que existem diferenças marcantes na sua prevalência e intensidade entre os diferentes grupos de mulheres que apresentam SOP (MOREIRA, 2010).

A síndrome do ovário policístico pode estar associada a alguns fatores como resistên-cia à insulina, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade central e síndrome metabólica, reforçando assim o papel de destaque da mudança dos hábitos de vida no contexto do tratamento da síndrome (AZEVEDO *et al.*, 2008). Nesse sentido, no que diz respeito à síndrome metabólica (SM), também conhecida como síndrome da resistência à insulina, estudos recentes mostram uma associação significativa dessa condição clínica com o desenvolvimento da SOP, sendo que a prevalência da SM em mulheres com SOP é de 28,4%, estando associada também ao aumento do índice de massa corporal (IMC). Dessa forma, as mulheres com a síndrome do ovário policístico apresentam maior risco de desenvolverem intolerância à glicose, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares (MOREIRA, 2010).

No que se refere à sua terapêutica, práticas regulares de atividade física associadas a uma correta orientação nutricional são extremamente importantes, visto que fatores como a mudança da composição corporal auxiliam no controle dos distúrbios metabólicos, de forma a minimizar a sintomatologia das portadoras de SOP e garantir melhor qualidade de vida a elas (AZEVEDO *et al.*, 2008). Além disso, as abordagens psicossociais também são extremamente importantes no que diz respeito ao processo terapêutico das mulheres portadoras da SOP, visto que a manifestação dessa condição impacta também na qualidade de vida das pacientes e, podendo provocar comprometimentos psicológicos e sociais, incluindo estresse psicológico, depressão, ansiedade e insatisfação sexual. Assim, considerando que cada mulher responde de forma singular aos sintomas que apresentam, destaca-se a importância de incorporar a perspectiva individual da mulher com SOP ao seu contexto social. (MOREIRA, 2010).

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo foi revisar a literatura científica referente a mudança dos hábitos de vida como terapêutica da Síndrome do Ovário Policístico.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter exploratório e descritivo, realizada por meio da busca de artigos publicados nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores “Síndrome do Ovário Policístico”, “Qualidade de Vida”, “Estilo de Vida Saudável”, “Resistência à Insulina” e “Saúde da Mulher”, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Eles foram aplicados de forma isolada e combinada entre si, nos idiomas inglês e português.

Os critérios de inclusão utilizados foram: qualidade metodológica, data de publicação, relevância do tema e artigos indexados nos idiomas inglês e português. Os critérios de

exclusão foram: artigos sem indexação, relatos de casos, artigos duplicados, trabalhos que não abordavam a proposta estudada, que não atendiam a um ou mais critérios de inclusão adotados e que apresentavam estrutura metodológica frágil, impossibilitando tanto a identificação do tipo de estudo, quanto a reprodução da metodologia utilizada.

Após a análise dos artigos encontrados, foram escolhidos 22 artigos que foram submetidos à leitura criteriosa e minuciosa para análise e coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias abordando os seguin-tes assuntos: etiologia, patofisiologia, manifes-tações clínicas, impactos psicossociais, impor-tância da mudança no estilo de vida, resis-tência insulínica, diagnóstico e controle da SOP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia

A etiologia da Síndrome dos Ovários Policísticos ainda não é completamente conhecida. Uma teoria de origem evolutiva comum para doenças metabólicas prevalentes (como obesidade e diabetes mellitus), também foi proposta para a SOP. De acordo com essa teoria, antigamente, os seres humanos foram expostos a condições ambientais estressantes, caracterizadas por uma dieta rica em carboidratos e proteínas, e pobre em gordura, além da presença de longos períodos de fome, traumas e infecções. Em tais condições, a combinação de genótipos e fenótipos era essencial para a sobrevivência, facilitando a seleção natural durante a evolução. Entretanto, durante o século passado, a expectativa de vida aumentou e a ocorrência de traumas e epidemias diminuiu, fazendo com que os mecanismos de defesa dos genótipos e fenótipos se tornassem desfavoráveis, levando a um aumento na prevalência das síndromes metabólicas. Além disso, a co-segregação de genótipos e fenótipos resistentes à insulina com aqueles relacionados à SOP, pode explicar a associação frequente de ambas as caracteresticas, desempenhando um papel importante na etiologia dessa síndrome (ESCOBAR-MORREALE, 2018).

A agregação familiar e seus traços também sugere uma base genética para a Síndrome dos Ovários Policísticos, na qual variantes predisponentes e protetoras interagem com influências ambientais para resultar nos diferentes tipos de fenótipos de SOP. Os fatores ambientais incluem, alimentação, realização de exercícios físicos, e outras condições relacionadas aos hábitos de vida de cada indivíduo. Além disso, alguns mecanismos epigenéticos que podem ocorrer durante o desenvolvimento fetal e infantil, como exposição a produtos químicos e certas drogas, processo de envelhecimento e dieta, podem contribuir para o aparecimento da SOP. Alguns agravos durante a gestação como hipertensão materna e tabagismo podem retardar o crescimento intrauterino, gerando bebês que são predispostos à resistência insulínica, devido à programação permanente da função metabólica, podendo, consequentemente, apresentar excesso de peso na infância. Essas crianças podem desenvolver uma série de distúrbios, entre eles a SOP (ESCOBAR-MORREALE, 2018).

Patofisiologia

O principal mecanismo responsável pela fisiopatologia da Síndrome dos Ovários Policísticos ainda é desconhecido, mas sabe-se

que ela é um distúrbio com causa multifatorial, envolvendo fatores endócrinos e genéticos, sendo relacionada com uma variedade de genes predisponentes e protetores que inte-ragem com fatores ambientais e individuais causando a síndrome (PONTES; FILHO, 2016). As alterações nesses genes podem alterar as vias de transdução de sinal relacionadas com a esteroidogênese, ação dos hormônios esteróides, ação e regulação das gonadotrofinas, ação e secreção de insulina, homeostase e inflamação crônica. O descontrole na produção dos hormônios esteróides pelo ovário também pode ocorrer devido a um defeito intrínseco nas células da teca que exercem influência no hormônio luteinizante (LH). (LOMBARDI *et al*., 2012)

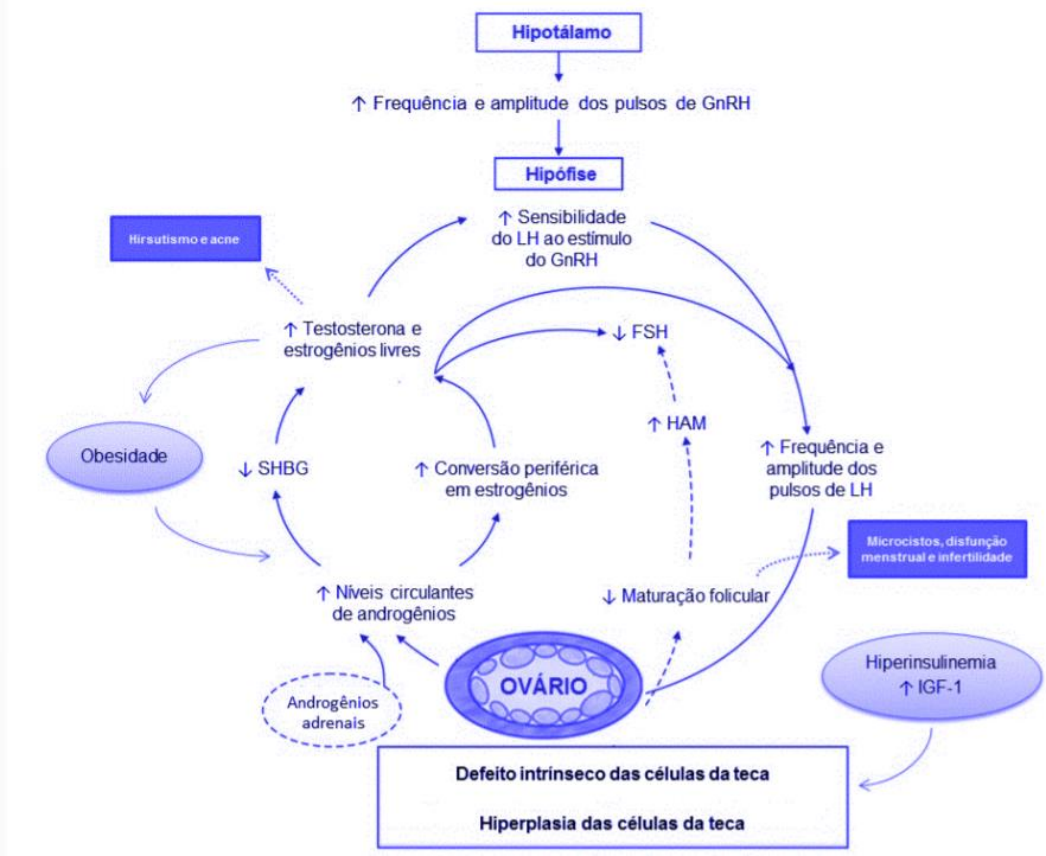
As primeiras manifestações hormonais que levam a SOP na maioria das vezes iniciam durante a puberdade, idade em que o ovário começa a ser estimulado por meio dos sinais hormonais hipotálamo-hipofisários. Dentre os fatores endócrinos responsáveis pela SOP, o principal é a hipersecreção de LH e hipo-secreção do hormônio folículo estimulante (FSH) que ocorrem devido ao aumento de frequência e amplitude dos pulsos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), liberado pelo hipotálamo e responsável por estimular a hipófise a liberar os hormônios LH e FSH. Essa modificação ocorre devido a diminuição da sensibilidade dos neurônios hipotalâmicos secretores de GnRH ao mecanismo de feedback negativo estimulado pelos altos níveis de estrogênios e progesterona, além disso acredita-se que essa modificação também possa estar relacionada com a diminuição do tônus de secreção de opióides e dopamina levando a uma pulsatilidade aumentada. O aumento na liberação do GnRH estimula a maior secreção do LH e inibe a liberação do FSH, como resultado desse desequilíbrio hormonal há estimulação excessiva das células teca presentes no ovário e do estroma ovariano, levando ao aumento da esteroidogênese aumentada e consequentemente ao aumento da secreção ovariana de androgênios, principalmente a testosterona, e diminuição proporcional da sua conversão em estradiol, levando ao quadro de hiperandrogenismo característico da SOP. Além disso, ocorre diminuição no nível da glicoproteína globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG) que possui a função de controlar os níveis de hormônios sexuais disponíveis para o corpo, aumentando a biodisponibilidade dos hormônios que estão sendo produzidos. (FASSOLAS *et al*., 2010).

A hiposecreção de FSH, hormônio que estimula o desenvolvimento e maturação dos folículos ovarianos, impossibilita que os folículos atinjam o estágio de crescimento e amadurecimento completo, interrompendo seu desenvolvimento em estágios intermediários, impedindo que a ovulação aconteça.

Outro mecanismo de extrema importância na fisiopatologia da SOP é a resistência insulínica, pois ela é uma importante causa para o hiperandrogenismo. Na última década foi observado que 60 a 80% das mulheres diagnosticadas com Síndrome do Ovário Policístico apresentam algum grau de resistência insulínica (RI), caracterizada como diminuição da sensibilidade dos tecidos à ação da insulina e incapacidade ou dificuldade da ação da insulina durante o transporte de glicose na presença regular de seu ligante (MELO *et al*., 2018). A causa mais comum de hiperinsulinemia é a resistência periférica à insulina, pois sua incapacidade de ação faz com que o corpo libere uma maior quantidade desse hormônio para tentar compensar a resistência.

A insulina possui ação direta no ovário levando ao aumento da produção de androgênios ovarianos, tendo em vista que a insulina possui ação sinérgica ao LH nas células da teca. Somado a isso, existe um envolvimento da insulina na diminuição da produ-ção de uma globulina ligadora de hormônios sexuais, afetando a função de hormônios sexuais como a testosterona e estrogênio. Como consequência dessas duas ações há um aumento na concentração de testosterona livre e da sua fração ativa, favorecendo a instalação da SOP. (FEBRASGO, 2019)

Figura 24.1 Fisiopatologia da SOP



Fonte: PONTES; FILHO, 2016 (modificado de Dutta DC. Dutta's Textbook of Gynecology. 6th ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2013)

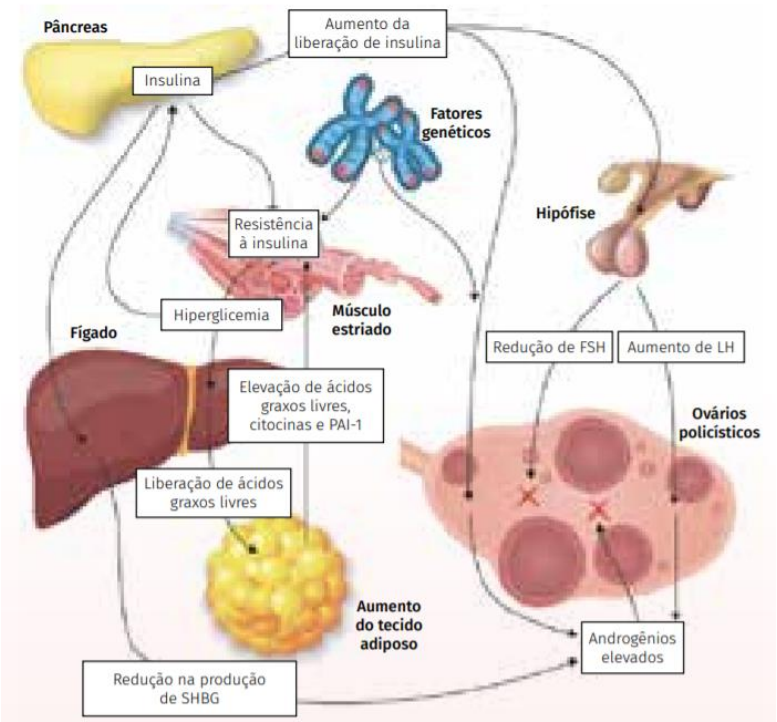
A relação entre hiperinsulinemia e a SOP foi constatada mesmo em mulheres não obesas, possibilitando a associação entre pre-disposição genética à resistência insulínica e estilo de vida. A etiopatogenia da SOP inclui diversos fatores, dentre eles, destacam-se o genético, o endócrino e o ambiental. O fator ambiental inclui hábitos de vida como alimen-tação e prática de atividade física; já o fator endócrino relaciona-se, principalmente, à re-sistência insulínica e ao diabetes mellitus tipo II.

Apesar de não ter causa exata, na maior parte das vezes a SOP é considerada poli-gênica e surge por alterações genéticas. Dentre os genes responsáveis por estas alterações, se

destacam o fat mass and obesity associated (FTO) e o receptor da melanocortina-4 (MC4R), relacionados a obesidade e resistência insulínica. A dieta de um indivíduo pode ser responsável por modular os fenótipos que dependem da variação genética e este efeito de interação entre genes e nutrientes demonstram que o polimorfismo pode ser fortemente associado ao consumo de nutrientes, em especial, com a gordura.

O gene FTO está localizado no cromossomo 16q 12.2 e é associado à obesidade por influenciar na regulação da taxa metabólica basal, ganho de peso, apetite e acúmulo de gordura corporal, aumentando, portanto, o risco de desenvolvimento da SOP principalmente em mulheres com excesso de peso quando ocorrem variações neste gene. O MC4R é expresso, principalmente, no hipo-tálamo, onde está o controle do apetite e quando associado as alterações no FTO, o risco de desenvolver a síndrome é potencializado.

Figura 24.2 Fisiopatologia da síndrome dos ovários policísticos



Fonte: FEBRASGO, 2019 (Modificada de Nestler, 2008.

Manifestações Clínicas

Pacientes com a Síndrome dos Ovários Policísticos apresentam um desequilíbrio na secreção de certos hormônios (CATRINQUE, 2019). O mecanismo proposto para tal está relacionado a alterações nos receptores de insulina e na enzima que regula a produção de andrógenos nas glândulas adrenais e ovário. Sendo assim, níveis mais elevados de androstenediona são observados, com consequente aumento da produção de testosterona, levando a um quadro de hiperandrogenismo, que pode afetar até 80% das mulheres portadoras de SOP (DE MOURA *et al*., 2011).

Além do hiperandrogenismo, responsável por queixas como hirsutismo, acne, alopécia e seborréia, a anovulação crônica também se

destaca dentre os principais quadros relatados na SOP, tendo como manifestação clínica irregularidade menstrual ou amenorréia. (JUNQUEIRA, DA FONSECA, ALDRIGHI, 2003).

Figura 24.3 Estudo de interação entre gene e nutriente com obesidade e diabetes mellito

Gene (polimorfismo)	População (delineamento)	Fenótipo avaliado	Componente dietético estudado	Resultados
IL-6 Asp358Ala (T/G) (18)	285 indivíduos japoneses (transversal)	IMC e circunferência abdominal	Consumo energético total	Associação de um maior consumo energético total e obesidade abdominal em portadores do alelo T
IL-6 (-174G→C) (19) e *PPAR- gama2* (Pro12Ala) (19)	67 pacientes obesos caucasianos (ensaio clínico randomizado)	Perda de peso	Dieta hipocalórica (10 semanas)	Efeito sinérgico de ambos os polimorfismos na perda de peso depois do seguimento de dieta hipocalórica
PPAR-gama2 (Pro12Ala) (23)	56 indivíduos caucasianos (transversal)	DMT2	Gordura saturada, gordura *trans*	Portadores do alelo A com maior consumo de gordura saturada e *trans* foram mais suscetíveis ao desenvolvimento de DMT2
PPAR-gama2 (Pro12Ala) (24)	522 pacientes obesos com tolerância à glicose diminuída (ensaio clínico randomizado)	DMT2	Redução de gordura saturada, aumento de fibras totais, aumento da atividade física	Portadores do alelo A desenvolveram menos DM e melhora da sensibilidade à ação da insulina após a modificação de dieta e aumento da atividade física
PPAR-gama2 (Pro12Ala) (26)	2.141 indivíduos caucasianos (caso-controle)	IMC	Gordura total	Maior risco para obesidade (RR = 3,40) em homozigotos do alelo Pro com maior consumo de gordura (> 41,4% do VET)
PPAR-gama2 (Pro12Ala) (27)	216 indivíduos hispânicos (transversal)	IMC	Gordura saturada, gordura monoinsaturada, gordura poli-insaturada (razão P:S)	Portadores de alelo A com alto consumo de gordura poli-insaturada e maior razão P:S foram associados com o IMC
ADRB2 (Gln27Glu) (29)	159 indivíduos caucasianos (transversal)	Obesidade	Carboidrato	Maior risco para obesidade (RR = 2,56) em mulheres portadoras do alelo Glu e com maior consumo de carboidrato (> 49% do VET)
UCP3 (-55C/T) (33) e *ADRB3* (64T/A) (33)	224 pacientes com sobrepeso e obesidade portadores de SM e doença cardiovascular (ensaio clínico randomizado)	IMC, distribuição de gordura corporal, glicose plasmática, insulina, ácidos graxos livres, peptídeo C	Dieta hipocalórica (12 semanas)	A dieta hipocalórica demonstrou efeito no controle glicêmico e na distribuição de gordura corporal somente em pacientes homozigotos dos alelos C e T
UCP3 (-55C/T) (34) (Int2-143G/C) (34) (Tyr99Tyr) (34) (Int3-47G/A) (34) (Int4-498C/T) (34) (Tyr210Tyr) (34)	214 mulheres coreanas com sobrepeso (ensaio clínico randomizado)	Redução de peso	Dieta hipocalórica (1 mês)	Portadores de haplótipos da UCP3 [CGTACC] tiveram maior redução de peso após o consumo da dieta hipocalórica
LEPR (Lys656Asn) (37)	67 pacientes obesos (ensaio clínico randomizado)	IMC, peso, circunferência abdominal, pressão arterial e níveis de leptina plasmática	Modificação no estilo de vida: dieta hipocalórica associada à atividade física (3 meses)	Homizogotos do alelo Lys apresentaram redução do IMC, peso, circunferência abdominal, pressão arterial sistólica e níveis de leptina após modificação no estilo de vida
MCR4 (V1031I) (40)	1.029 pacientes com obesidade severa (transversal)	IMC	Consumo de macronutrientes	Alto consumo de carboidrato associado ao IMC em portadores do alelo de risco (V1031)
MCR3 (C17A) (43) e (G241A) (43)	184 crianças obesas (transversal)	IMC	Dieta para redução de peso	Crianças portadoras de ambos os polimorfismos apresentaram uma maior dificuldade na perda de peso
FTO (rs9939609 A/T) (51)	8.480 crianças (transversal)	Saciedade	Consumo de macronutrientes e de gorduras	Crianças portadoras do alelo A apresentaram um maior consumo de gordura total e VET

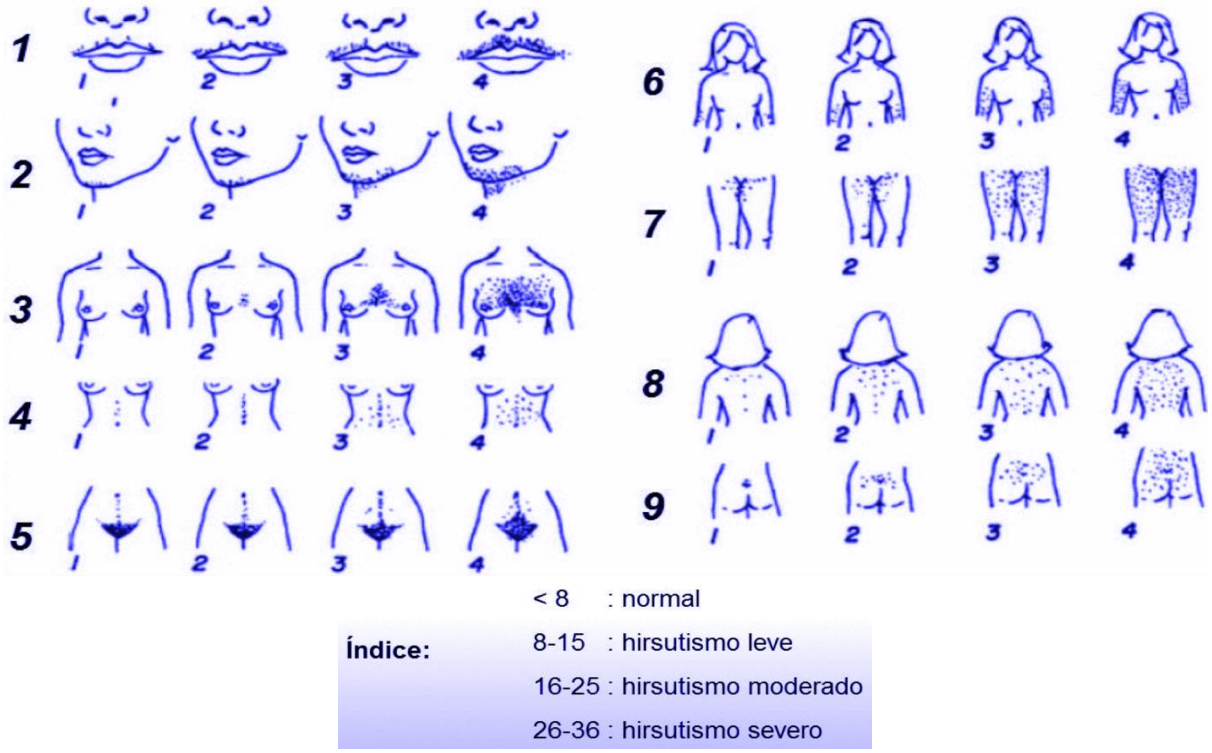
DM: diabetes melito; DMT2: diabetes melito tipo 2; IMC: índice de massa corpórea; SM: síndrome metabólica; VET: valor energético total; RR: risco relativo; P:S: razão de consumo de gordura poli insaturada:saturada.

Fonte: STEEMBURGO, DE AZEVEDO, MARTÍNEZ, 2009.

Considera-se o hirsutismo (aumento da quantidade de pelos na mulher em locais comuns ao homem) um excelente marcador clínico do hiperandrogenismo, tendo em vista que outras manifestações como a acne, por exemplo, podem ser consideradas típicas e relacionadas a faixa etária. (FEBRASGO, 2019). Para se avaliar a presença e gravidade do hirsutismo é utilizado o índice de Ferriman e Gallwey (IFG) modificado. Esse índice é utilizado para classificar nove áreas do corpo humano, em uma escala de 1 a 4, levando em

consideração a distribuição total do pelo terminal (PONTES; FILHO, 2016).

Figura 24.4 Índice de Ferriman e Gallwey (IFG) modificado



Fonte: Pontes; Filho, p. 9, 2016.

O hirsutismo é diagnosticado quando o escore é superior a 8 pontos. Entre 8 e 15 pontos é considerado hirsutismo leve, entre 16 e 25 hirsutismo moderado e entre 26 e 36 hirsutismo grave (PONTES; FILHO, 2016).

Impactos Psicossociais

A síndrome do ovário policístico não é apenas uma condição física, mas também um importante problema psicossocial que afeta vários aspectos da vida da mulher (MOREIRA *et al.*, 2010). Nesse sentido, os sintomas da SOP podem comprometer tanto o bem-estar quanto as relações familiares e sociais das mu-lheres portadoras (MOREIRA *et al.*, 2013).

A obesidade e os sintomas decorrentes do hiperandrogenismo, como acne e hirsutismo, por exemplo, são manifestações que interferem diretamente na aparência física das mulheres e, consequentemente, podem causar distúrbios psicológicos como depressão, diminuição na satisfação sexual e problemas relacionados com a identidade feminina (HIMELEIN, 2007). Outro fator relevante que pode impactar emocionalmente a mulher é o excesso de peso, condição esta que atinge cerca de 50% das mulheres com SOP, podendo causar repercussões negativas na auto-estima e contribuir para o desenvolvimento de depressão, além do aumento no risco para doenças cardiovasculares e diabetes mellitus (HIMELEIN, 2007; KATHLEEN, 2007). Além disso, a infertilidade, que também é comum nas mulheres portadoras da SOP, pode levá-las a um sentimento de tristeza e sofrimento, por se

sentirem anormais e diferentes das outras mulheres capazes de engravidar (MOREIRA *et al*., 2013).

Em suma, diversos estudos têm demonstrado a intensa repercussão dos sintomas da SOP nos aspectos psicossociais das mulheres que possuem tal distúrbio, o que é um problema, visto que prejudica toda a qualidade de vida e bem-estar dessas mulheres (MOREIRA *et al*., 2010). Diante disso, é importante destacar que, durante o tratamento e controle da síndrome do ovário policístico, é essencial o acompanhamento das mulheres por grupos terapêuticos específicos, a fim de ajudá-las a desenvolver estratégias psicoló-gicas saudáveis para o enfrentamento da sua condição e realidade (MOREIRA *et al*., 2013). Portanto, a mulher com SOP não necessita apenas de tratamento médico para as repercussões reprodutivas, estéticas e metabó-licas, mas também, e não menos importante, de atendimento com uma equipe multidisciplinar, para que se possa oferecer um atendimento integral, acolhedor e eficaz à essas mulheres (MOREIRA *et al*., 2010).

Importância da mudança no estilo de vida

A SOP é um distúrbio heterogêneo cuja terapêutica deve ser realizada de forma individualizada. Existe, de fato, uma relação complexa de inter-relação entre diferentes fatores nutricionais e condições endócrinas, sendo a implantação de um plano alimentar saudável muito importante na regulação do metabolismo dos esteroides sexuais e secreção de hormônio luteinizante (LH) (GAMBINERI, 2002).

Nesse sentido, a manutenção de hábitos saudáveis, incluindo uma dieta adequada e o controle da composição corporal são capazes de interferir nas alterações metabólicas pró-prias da síndrome, tornando-se essenciais no seu controle. Isso porque os hábitos inade-quados geram um ciclo vicioso ruim, favorecendo o ganho de peso e a resistência insulínica, perpetuando, assim, os sintomas relacionados à SOP. Assim, a perda de gordura abdominal visceral leva a uma redução nos níveis de insulina, de modo a melhorar a resistência a esse hormônio e favorecer a diminuição da concentração de androgênios (TOSCANI, 2009).

Em relação ao plano alimentar a ser seguido, é importante destacar que a ingestão alimentar de laticínios desnatados ou com menor teor de gordura é um fator de prevenção considerável, tanto para a manutenção da saúde óssea no tratamento do SOP, como também para o envelhecimento acompanhado de uma melhor qualidade de vida a essas mulheres (CAMPOS, LEÃO, DE SOUZA, 2021). A composição da dieta deve seguir um baixo teor de gordura trans, deve ser rica em gorduras poliinsaturadas e monoinsaturados, e assim, através da adoção de hábitos alimen-tares mais saudáveis e dietas nutricionalmente completas e balanceadas, a perda de peso deve ser alcançada (HERRIOT *et al*., 2008).

Além disso, para que se consiga obter prognósticos adequados e benéficos, a prática regular de exercício físico também é um elemento indispensável no plano terapêutico. Tal prática tem sido recomendada como uma das estratégias de primeira linha no tratamento do hiperandrogenismo, infertilidade e obesida-de das mulheres com SOP, além de ser capaz de modular positivamente os fatores de risco cardiovascular nessas mulheres (AZEVEDO *et al*., 2008). Assim, as ênfases atuais sugerem que a prática de exercício físico deve ser

incitada e sustentada em longo prazo nas mulheres com SOP, uma vez que sua interrupção, mesmo que por um curto período, pode gerar perdas relevantes, por exemplo, em relação aos aspectos metabólicos e cardiovasculares. (CAMPOS, LEÃO, DE SOUZA, 2021).

Resistência insulínica

A resistência à insulina é uma doença metabólica caracterizada pela diminuição da sensibilidade das células à insulina, reduzindo a captação de glicose e aumentando a glicemia. A insulina é um hormônio envolvido na regulação da concentração de glicose na circulação, atuando também no crescimento e desenvolvimento de vários tipos de células, entre elas o ovário. Nessas células, a insulina é um modulador do desenvolvimento folicular, esteroidogênese, maturação oocitária e desenvolvimento embrionário. (CHAVES *et al.*, 2011).

A resistência insulínica possui influência genética e ambiental, estando intimamente relacionada com hábitos de vida, como como dieta gordurosa, obesidade e sedentarismo, que podem levar ao excesso de gordura corporal, alterações metabólicas, como a diabetes, dislipidemias e hipertensão arterial, condições capazes de favorecer a resistência insulínica. Nessa situação, as células se tornam mais resistentes à ação da insulina o que dificulta a entrada de glicose na célula, favorecendo o aumento da glicose no sangue. (SOUZA, 2018). Diante disso, o pâncreas entende que precisa produzir mais insulina, levando a um quadro de hiperinsulinemia, que vai estimular a liberação de LH pela hipófise, elevando os níveis de andrógenos nos ovários, causando a atresia do folículo dos ovários, originando cistos pequenos e a anuvolação. A hiperin-sulinemia atua no ovário se ligando aos receptores de IGF-1 das células tecais ovarianas, aumentando a produção de androgênios, efeito que é potencializado pelo aumento de LH também presente na SOP, atua no metabolismo hepático, diminuindo a produção de SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais), proteína responsável por carrear os hormônios sexuais possibilitando o aumento da biodisponibilidade. Além disso, a insulina aumenta a atividade da enzima P450c17-alfa, responsável por estimular a produção androgênica nos ovários e nas adrenais. (FASSOLAS *et al.* 2010).

Todas essas alterações resultantes da resistência insulínica influenciam para que haja a instalação da SOP e mostram a íntima relação entre essa síndrome e os hábitos de vida.

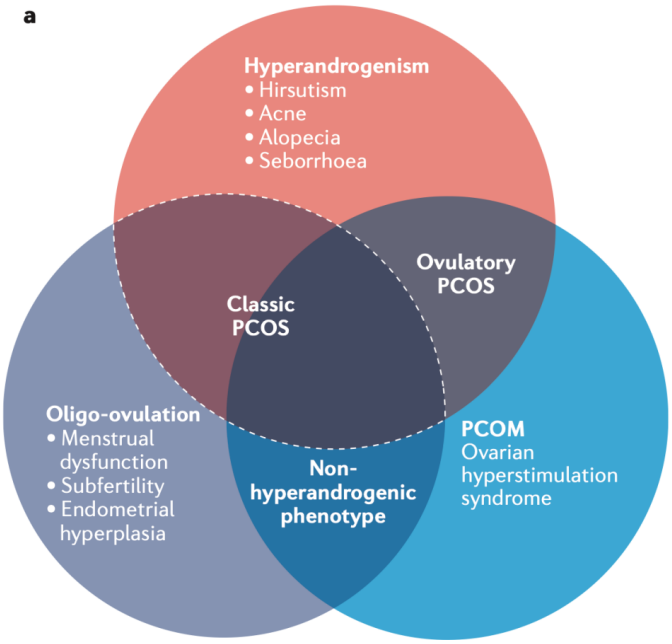
Diagnóstico

O diagnóstico da SOP é essencialmente clínico, com a necessidade de excluir a possibilidade de qualquer outra causa para os sintomas, como hiperplasia congênita não clássica, hiperprolactinemia, disfunção tireoidiana, hipercortisolismo e tumores secretores de andrógenos. (SANTOS; ÁLVARES, 2018). A classificação de Rotterdam é a mais utilizada atualmente para o diagnóstico dessa síndrome. Essa definição propõe que a mulher portadora precisa apresentar pelo menos duas das três seguintes características: hiperandrogenismo clínico e/ou bioquímico, oligovulação e morfologia de ovário policís-tico, que pode ser analisada por meio de ultrassom (ESCOBAR-MORREALE, 2018).

O hiperandrogenismo clínico é verificado na aparência da paciente, com a presença de hirsutismo, acne, alopécia e seborréia; já o

bioquímico é confirmado por meio de exames laboratoriais. A oligovulação é caracterizada por disfunção menstrual, subfertilidade e hiperplasia endometrial. Geralmente, quanto mais critérios a paciente possuir, mais grave será o seu fenótipo (PONTES; FILHO, 2016).

Figura 24.5 A natureza heterogênea da SOP



Fonte: ESCOBAR-MORREALE, p. 272, 2018.

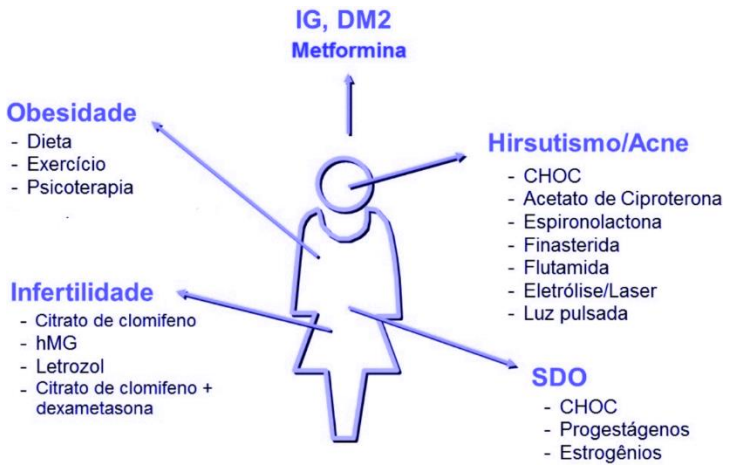
Como a SOP é considerada um distúrbio heterogêneo, nem todos os pacientes apresentam todas as manifestações possíveis do transtorno, e nem estão expostos aos mesmos fatores de risco. Como mostrado na figura 1, o fenótipo clássico da SOP é a manifestação mais grave da doença, e se apresenta com hiperandrogenismo e oligovulação, independente da presença de morfologia ovariana policística. Esse fenótipo está associado a uma resistência insulínica mais crítica e a presença de comorbidades metabólicas. Já a SOP ovulatória é caracterizada por hiperandrogenismo e morfologia de ovários policísticos, e está associada a uma resistência insulínica moderada e presença de comorbidades metabólicas. Por fim, o fenótipo não hiperandrogênico é caracterizado por oligovulação e morfologia ovariana policística, apresentando fraca associação com resistência à insulina e comorbidades metabólicas, sendo considerada a forma menos grave da doença (ESCOBAR-MORREALE, 2018).

Controle da SOP

A SOP é uma enfermidade crônica, com tratamento individualizado e a longo prazo, e que deve ser direcionado especificamente para as manifestações clínicas presentes em cada paciente. Existem também algumas intervenções que podem ser utilizadas em pessoas que desejam ou não engravidar, ou pacientes com distúrbios metabólicos secundários à essa síndrome, e que precisam ser tratados (PONTES; FILHO, 2016).

A meta terapêutica da SOP é minimizar os sinais do hiperandrogenismo, regular os ciclos ovulatórios e controlar traços das anormalidades metabólicas (DE MOURA *et al*., 2011).

Figura 24.6 Tratamento da SOP



Fonte: Pontes; Filho, p. 20, 2016.

A abordagem mais efetiva é a alteração no estilo de vida, que consiste na prática de exercícios físicos regulares associados a uma dieta balanceada. Com a redução do peso corporal é possível melhorar diversos parâmetros da SOP, como a regularização do ciclo menstrual, em virtude da redução dos níveis de androgênio, além da melhora da resistência insulínica, dislipidemia e qualidade de vida (DE MOURA *et al*., 2011).

Com relação ao tratamento hormonal, os contraceptivos, mais especificamente contraceptivos hormonais orais combinados (CHOC), são indicados para mulheres que não estão pretendendo engravidar. Os CHOC são compostos por etinil-estradiol e um progestágeno. Esses compostos são responsáveis por suprimir o hormônio luteinizante (LH), diminuindo, consequentemente, a produção de andrógenos pelos ovários e aumentando a produção hepática da globulina ligadora de hormônios sexuais (SHBG), reduzindo a testosterona livre. (PONTES; FILHO, 2016). Essa diminuição de testosterona pode ajudar no tratamento do hirsutismo, da acne e da alopécia (FEBRASGO, 2019).

Por fim, também podem ser utilizados sensibilizadores da insulina no controle da Síndrome dos Ovários Policísticos, particularmente, a metformina (ESCOBAR-MORREALE, 2018). Essa droga melhora os parâmetros metabólicos associados à SOP, como níveis de androgênio e insulina, além de ajudar no controle da pressão arterial, dislipidemia, padrão mens-trual e ovulação (FEBRASGO, 2019).

CONCLUSÃO

A síndrome do ovário policístico é uma endocrinopatia de origem multifatorial, frequente em mulheres em idade reprodutiva, cujas manifestações implicam significativamente na vida da mulher portadora. Por ser um distúrbio multifatorial e por cada mulher ter sua particularidade para cada sintoma, não há uma intervenção única para todas as porta-doras da SOP, sendo o tratamento indivi-dualizado e a longo prazo. Entretanto, algumas medidas podem ser seguidas para um eficaz controle e

terapêutica da doença, incluindo desde mudanças nos hábitos de vida, até tratamento medicamentoso e hormonal, todas em busca de minimizar os sinais do hiperandrogenismo, regular os ciclos ovulatórios, controlar traços das anormalidades metabólicas e fornecer bem-estar e melhor qualidade de vida à mulher.

A medida dietética, por exemplo, deve incluir a diminuição do consumo de açúcares, carboidratos e processados em um plano alimentar que envolva não somente a paciente como sua família, escola e amigos. Esta dieta deve estar associada a atividades físicas intensas e aeróbicas, contribuindo para a perda ponderal das pacientes com excesso de peso, resultados esses que, somados, visam benefícios não somente endócrinos como também metabólicos e psicossociais.

Já o tratamento hormonal, inclui sensibilizadores da insulina no controle da insulina - metformina, particularmente-, e contraceptivos hormonais orais combinados, compostos por etinil-estradiol e um progestágeno, capazes de diminuir a produção de andrógenos pelos ovários.

Portanto, tendo em vista a terapêutica da síndrome, além do ginecologista, outros profissionais da área da saúde são fundamentais e devem estar incluídos no tratamento para um bom prognóstico. Dentre eles, psicólogo, nutricionista e educador físico oferecem um importante apoio à paciente.

Nesse sentido, sabe-se que a mudança no estilo de vida é a medida primordial de controle da SOP e, para isso, é fundamental que as pacientes sejam constantemente acompanhadas, para que a intervenção nutricional, com consequente adequação dietética, aliada à prática de exercícios físicos e ao acompanhamento psicológico, contribua para a manutenção da qualidade de vida e forneça saúde à mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, George Dantas de *et al*. Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2008, v. 30, n. 5, pp. 261-267.

BRUGGE, Fabiula; MAZUR, Caryna; CAVAGNARI, Mariana. Associação entre diagnóstico de síndrome de ovários policísticos, estado nutricional e consumo alimentar em mulheres em idade fértil. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo.v.11.n.62. p.117-124. Mar./Abril. 2017.

CAMPOS, Alessandra Espíndola; LEÃO, Maria Eduarda Bellotti; DE SOUZA, Mirla Albuquerque. 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-e4354, 2021.

CATRINQUE, J. A. Abordagem multiprofissional a portadoras da síndrome do ovário policístico (SOP). Ariquemes. Dissertação [Bacharelado em Enfermagem] - Faculdade de Educação e Meio Ambiente; 2019.

CHAVES, Roberta *et al*. Implicações da insulina na função ovariana e desenvolvimento embrionário. Acta Veterinaria Brasilica, v.5, n.2, p.136-146, 2011.

DE MOURA, H. H. G., *et al*. Síndrome do Ovário Policístico: abordagem dermatológica. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 86, n. 1, p. 111-119, 2011.

ESCOBAR-MORREALE, H. F. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. Nat Rev Endocrinol, v. 14, n. 5, p. 270-284, 2018.

FASSOLAS, George *et al*. Síndrome dos Ovários Policísticos. 2010.
Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).
Síndrome dos ovários policísticos.São Paulo, 2019.

GAMBINERI, A. *et al*. Obesity and the polycystic ovary syndrome. International journal of obesity, v. 26, n. 7, p. 883-896, 2002.

HERRIOT, A. M.; WHITCROFT, S.; JEANES, Yvonne. An retrospective audit of patients with polycystic ovary syndrome: the effects of a reduced glycaemic load diet. Journal of human nutrition and dietetics, v. 21, n. 4, p. 337-345, 2008.

HIMELEIN MJ, THATCHER SS. Depression and body image among women with Polycystic Ovary Syndrome. J Health Psychol 2007;11:613-625.

JUNQUEIRA, DA FONSECA, ALDRIGHI. Síndrome dos ovários policísticos. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2003, v. 49, n. 1, pp. 13-14.

KATHLEEN MH: Obesity and lifestyle management in polycistic ovary syndrome. Clin Obstet Gynecol 2007;5:277-294.

LOMBARDI, Leonardo *et al*. Morfologia das células intersticiais de ovários policísticos de ratas: um estudo experimental. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(7):323-8.

MELO, F.L.F.M. ,CALQUEIJA I.S. TAKASUSUKI M.C.C.R. Síndrome do Ovário Policístico e a Associação de genes relacionados à resistência insulínica: Revisão de Literatura. Revista Científica da FASETE 2018.2.

MOREIRA, Simone *et al*. Síndrome de ovários policísticos: enfoque psicossocial. 2010.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz *et al*. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali-quantitativo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 35, p. 503-510, 2013.

PONTES, A. FILHO, B. S. A. Síndrome dos ovários policísticos: diagnóstico, tratamento e repercussões ao longo da vida. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016.

SANTOS, R. M., ÁLVARES, A. C. M. Revisão de literatura sobre a síndrome do ovário policístico. Rev Inic Cient e Ext, v. 1, n. Esp 2, p. 261-265, 2018.

TOSCANI, Mariana Kirjner. Síndrome dos ovários policísticos: aspectos nutricionais. 2009.

SOUZA L.T., JUNIOR O.F., GOULART M. Síndrome do Ovário Policístico em pacientes com resistência a insulina e a utilização da metformina no tratamento: um estudo retrospectivo. 2018.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 25

PARTO CESÁREO ELETIVO ASSOCIADO AO AUMENTO DE COMORBIDADES NEONATAIS E MATERNAS A CURTO PRAZO

AUTORES
TAIANY FLAVIANY LUCIA DE SOUSA[1]
FERNANDO AUGUSTO HORIKAWA LEONARDI[1]
TAYNÁ VILELA LIMA GONÇALVES[1]
BRUNA EDUARDA COSTA CAVALARI[1]
MARCELO BENETTI DA SILVA JUNIOR[1]
RAFAELA DUARTE GASPAROTTO[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente de Medicina do Centro Universitário de Adamantina

Palavras-chave: Parto Cesariano; Complicações Maternas; Intercorrêcias Neonatais.

INTRODUÇÃO

O conjunto de fenômenos, tanto mecânicos quanto fisiológicos, que levam a expulsão do feto e de seus anexos do corpo materno é denominado parto. Este pode ser dividido em parto normal e parto cesariano, que devem ser escolhidos de acordo com a saúde da progenitora e do feto. O parto normal é o procedimento fisiológico em que o concepto nasce por via vaginal, já o parto cesáreo ocorre por meio cirúrgico, através de uma incisão abdominal, seguida de histerotomia e posterior retirada do feto (BRASIL, 2012). As taxas de cesariana têm crescido ao longo das últimas décadas, porém, esse aumento não significa uma melhora nos resultados fetais. A partir de 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou que taxas de cesariana acima de 15% são injustificáveis de forma global. Atualmente a taxa mundial é de 18,6%. As maiores taxas estão na América do Sul 42,5% e, as menores, na África 7,3% (GOMES *et al.*, 2014; ANJOS *et al*., 2014).

O parto cesariano se tornou mais seguro com o avanço das técnicas cirúrgicas, anestésicas e com o emprego da antibioticoterapia (WEIDLE *et al.*, 2014), tornando-se uma alternativa ao parto normal, nos casos em que a vida da gestante, do feto, ou ambas, estivessem em risco. Este recurso deveria ser indicado pelo obstetra após avaliação das condições e circunstâncias da gestação e deve ser, portanto, realizado em casos de necessidade justificada, tendo em vista os riscos decorrentes de qualquer procedimento cirúrgico (FREBASGO, 2018).

No decorrer do tempo, a cesárea ocupou lugar essencial dentro da prática obstétrica e contribuiu para a redução da morbimortalidade materna e fetal (LEAL *et a.l*, 2012). Porém, essa redução pode estar associada a todos os fatores sociais e econômicos que melhoraram a saúde pública como um todo. De maneira mais racional, alguns estudos apontam que a cirurgia cesariana é saudável até um deter-minado limite, e sua ampla realização pode inclusive aumentar as taxas de mortalidade, através, principalmente, da prematuridade iatrogênica (XIE *et al.*, 2015). O guia dos direitos da infância e do bebê, redigido pelo fundo nas nações unidas para a infância, estabelece que a cesárea somente deve ser considerada, após o início do trabalho de parto e em situações na qual o nascimento natural prejudique a saúde ou coloque em risco a vida dos envolvidos (ANJOS *et al.*, 2014).

O modelo de assistência ao parto no Brasil é caracterizado pelo excesso de intervenções que aumentam significativamente a morbimortalidade materna e perinatal (GOMES *et al.*, 2014). Os principais fatores relacionados a escolha da via de parto incluem a comodidade do procedimento agendado, menos dor, maior controle sobre o evento e mais segurança para o recém-nascido (ANJOS *et al.*, 2014). Fatores socioeconômicos, obstétricos e culturais também caracterizam motivos desta escolha (DOMINGUES *et al.*,2014) . Apesar de, no Brasil, a cesárea estar relacionada ao aumento da morbimortalidade materna e infantil se comparada ao parto normal, o país se destaca no mundo em números de procedimentos cesarianos. Além do aumento do risco de morbidade e dos problemas respiratórios para o bebê ou, ainda, o retardo da descida do leite materno, há também as complicações intrínsecas associadas a qualquer cirurgia, como hemorragia, infecção, entre outras (GIBBONS *et al.*, 2021). Estudos apontam outros riscos inerentes ao procedimento, dentre os quais está o risco de um erro de cálculo do tempo de gestação, em cesáreas com data agendada, que pode ocasionar uma interrupção prematura da gravidez, além das complicações

e acidentes decorrentes da anestesia, como a inalação de vômito (FARCHI *et al.*, 2010).

A OMS definiu que nos ultimos 20 anos, o parto cesáreo tornou-se uma epidemia no Brasil, onde deveria ser recomendada a realização de apenas 10 a 15% dos partos, que pela prática médica, é o percentual que realmente correlaciona uma relação de risco para a mãe ou o feto (WHO, 2015; GUIMARÃES *et al.*, 2021). Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), referentes aos nascimentos no período de 2015 a 2019, mais de 56% dos partos no Brasil foram cirúrgicos, contradizendo a preconiza-ção da OMS (SILVA *et al*, 2020). Deste modo, da reflexão a respeito do número excessivo de cesarianas realizadas no Brasil deve ser feita cautelosamente, visto que o parto normal, em condições saudáveis de ges-tação, é a melhor alternativa para o nascimento de uma criança e a redução das comorbidades maternas e neonatais (RODRIGUES *et al.*, 2019).

O objetivo deste estudo foi correlacionar o parto cesáreo com as complicações maternas e neonatais mais comuns, mostrando o impacto dos partos eletivos na morbimortalidade, principalmente infantil.

MÉTODO

Este estudo é uma revisão de literatura integrativa, abordagem metodológica que permite a incorporação de estudos tanto experimentais como não experimentais, a fim de possibilitar uma compreensão mais completa do objetivo analisado, sendo sua fundamentação teórica realizada utilizando as bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs. A busca ocorreu em abril de 2021 e teve como critérios de inclusão artigos na língua portuguesa, disponíveis online e em texto completo, à partir de 2003. Os descritores utilizados foram: parto cesariano, intercorrências neonatais, morbimortalidade neonatal, incidência, parto eletivo, complicações maternas. Esse levantamento reuniu 47 artigos, e após organização dos dados, com base nos descritores mais frequentes e adequados ao tema, e posterior leitura dos resumos, foram selecionados 29 periódicos identificados como mais pertinentes para elucidação dos objetivos propostos. A inclusão dos periódicos foi realizada considerando três aspectos principais: morbimortalidade neonatal, complicações maternas e parto cesariano eletivo. A exclusão dos artigos foi definida por duplicidade do tema ou por fuga do tema objetivado. Para o processamento e a análise dos dados foi realizada uma leitura analítica com finalidade de ordenar as informações contidas nas **Fonte**s, de forma que estas possibilitassem a obtenção da resposta ao problema da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha do tipo de parto deve envolver não só o estado clínico da parturiente como é necessário entender os aspectos que levam a escolha do tipo de parto, para assim, definir a via mais benéfica. A via de parto vaginal apresenta maior segurança por apresentar menor risco de complicações respiratórias, menor taxa de prematuridade, menores taxas de mortalidade fetal e menos recém-nascidos admitidos na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal por 7 ou mais dias (LAZARINI *et al.*, 2020). O procedimento vaginal apre-senta menor custo do que a cesariana eletiva, independente da paridade, sendo o custo-efetividade baseado, em uma prática assistencial de boa qualidade, essencial para a organização e programação dos serviços na perspectiva dos gestores (ENTRINGER *et al.*, 2018).

Título	Objetivo	Metodologia	Resultado e conclusão
Análise comparativa entre o parto transpélvico e cesárea: aspectos para a puérpera e recém-nascido. (LAZARINI *et al.*, 2020).	Determinar e comparar as vantagens e desvantagens entre cada procedimento.	Estudo analítico tipo transversal. As pacientes incluídas nesse estudo, foram mulheres puérperas, com idade gestacional entre 38 - 40 semanas e que realizaram parto transpélvico ou cesárea eletiva.	Média de idade das gestantes foi de 29,94 anos. A média do tempo de permanência hospitalar foi de 36 a 48 horas para o parto transpélvico e de 3 dias para o parto cesariano. O estudo não mostrou diferença estatística quanto ao Apgar, tanto do 1º como do 5º minuto, entre as vias de parto. Não houve diferença estatística significativa entre as duas vias de parto, tornando a escolha da via de parto individual, de acordo com o desejo de cada gestante. Contudo, este trabalho mostrou resultados diferentes dos já realizados pela Organização Mundial de Saúde que mostraram o parto transpélvico com mais benefícios em relação a cesariana.
Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. (ENTRINGER *et al.*, 2018).	Analisar o custo e a efetividade do parto vaginal espontâneo comparado à cesariana eletiva, para gestantes de risco habitual, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde.	Estudo de modelo analítico que incluiu a escolha do tipo de parto e as consequências clínicas para mãe e o recém-nascido, desde a internação para o parto até a alta hospitalar. A população de referência incluiu as gestantes de risco habitual, feto único, cefálico, a termo, subdivididas em primíparas e multíparas. Os dados de custos foram obtidos de três maternidades públicas (duas situadas no Rio de Janeiro e uma em Belo Horizonte) e as medidas de efetividade foram identificadas com base na literatura científica.	O custo total para mulheres de risco habitual primíparas foi de R$ 2.245,86 para a cesariana eletiva e R$ 1.709,58 para o parto vaginal espontâneo. Para as gestantes primíparas, o parto vaginal espontâneo obteve maior efetividade para os desfechos morbidade materna evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito neonatal evitado. O parto vaginal foi mais eficiente e, portanto, dominante para esses três desfechos estudados nesta população. Para o desfecho óbito materno evitado, a cesariana eletiva apresentou pequena efetividade adicional. Para as gestantes de risco habitual multíparas com uma cicatriz uterina prévia, o custo total da cesariana foi de R$ 2.074,33 e do parto vaginal de R$ 1.975,16. Para os desfechos óbito materno evitado, o parto vaginal espontâneo foi dominante. No entanto, para os desfechos ruptura uterina evitada, morbidade materna evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito neonatal evitado, a cesariana apresentou maior custo e melhor efetividade. O parto vaginal apresentou menor custo total do que a cesariana eletiva para gestantes de risco habitual. O parto vaginal espontâneo que considerou probabilidade de cesariana intraparto e consequências em saúde, ainda se mostrou com menor custo que a cesariana eletiva, para as duas populações estudadas. Para a mortalidade materna evitada, o parto vaginal espontâneo foi dominante, pois, apresentou menor custo e igual efetividade. Porém, a cesariana eletiva, apesar do maior custo, mostrou melhor desfecho nos quesitos morbidade materna evitada, ruptura uterina evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito neonatal evitado.

Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. (FERRARI *et al.*, 2020).	Comparar os efeitos da cesárea eletiva em relação ao parto vaginal, sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado.	Estudo de coorte com 591 mães e seus bebês. Dados coletados em prontuário médico hospitalar e por entrevista na unidade de triagem neonatal. Foram obtidos dados relativos ao parto, ao recém-nascido, ao aspecto social, demográfico e a história da gestação atual.	Do total 591 participantes do estudo, 51,1% tiveram parto vaginal e 48,9% nasceram via cesárea eletiva. 93,1% dos bebes que não tiveram contato pela a pele, nasceram de cesariana. Além disso, 75,5% daqueles que não mamaram na primeira hora de vida também nasceram por cesárea eletiva. 66,7% dos nascidos com peso menor que 2.500g, foram por cesárea eletiva e 33,3% por parto vaginal. Com relação à internação 52,4% dos bebês que necessitaram de internação em UTI/UCI nasceram por cesárea eletiva. Não se constatou efeito negativo da cesárea eletiva sobre a idade gestacional ao nascer ≤38 semanas e sobre índice de Apgar de quinto minuto inferior a sete. Conclui-se que, dentre os desfechos estudados, o efeito da cesárea eletiva é negativo para as práticas de cuidado e necessidade de internação em UTI/UCI.
Estudo Comparativo dos Resultados Maternos e Neonatais entre Cesariana Eletiva e Cesariana de emergência. (VILELA *et al.*, 2019).	Avaliar os fatores de risco maternos e perinatais comparando a realização de cesarianas eletivas com as emergenciais.	Estudo epidemiológico observacional e transversal, desenvolvido na maternidade do Hospital Regional de São José, no município de São José, Estado de Santa Catarina. Foram realizadas 8064 cesarianas no serviço referente ao estudo entre os anos de 2012 e 2017, destas, 3598 foram utilizadas para a coleta de dados, sendo 54,4% de emergência e 46,6% eletivas.	O tempo de internação materna variou de dois a 31 dias e o do recém-nascido de dois a 52 dias. Os índices de Apgar apresentaram média de cinco no primeiro minuto e de seis no quinto minuto. Fatores comportamentais maternos, como uso de drogas ilícitas e álcool associaram-se ao maior número de cesarianas eletivas. O tempo de internação em UTI Neonatal esteve associado às cesarianas eletivas e teve média inferior a dois dias. As condições associadas as cesarianas eletivas foram a idade gestacional inferior a 40 semanas, a doença hipertensiva específica da gestação, o uso de álcool e uso de drogas, levando repercussões neonatais, onde, aumentam o tempo de internação em UTI e a necessidade de ventilação mecânica do recém-nascido.
Avaliação da Demanda para Cesariana e de Adequação de sua Indicação em Unidades Hospitalares do Sistema de Saúde Suplementar	Avaliar a adequação das indicações de cesariana e do manejo do trabalho de parto.	Estudo transversal, em duas unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro. O critério de escolha das unidades foi, além do volume de partos, a	A unidade 1 apresentou um A unidade 1 teve um total de 254 partos, sendo 91,3% de partos cesarianos, destes, 88,4% foram cesarianas eletivas. A unidade 2 apresentou um total de 183 partos, destes, 88% foram cesarianas, sendo 96,3% eletivas. Os resultados perinatais mostram que o peso de nascimento médio não teve diferença entre as unidades estudadas, sendo que na unidade 1 apresentou uma proporção de 11,8% de baixo peso ao nascer em comparação com 9,8% da unidade 2. O Apgar de primeiro e quinto minuto foram semelhantes nas duas unidades. Ambas as unidades apresentaram cerca de 10% de

do Rio de Janeiro. (DIAS *et al.*, 2008)		heterogeneidade social e econômica da clientela. Todas as mulheres que tiveram parto, tanto vaginal quanto cesariana, foram elegíveis para o estudo.	internação em serviços de cuidados neonatais, sendo mais de 80% por causas respiratórias e, a unidade um, teve maior índice de desconforto respiratório. Neste estudo, das mulheres que tiveram cesariana eletiva, cerca de 10% dos bebes apresentaram baixo peso ao nascer. Concluiu-se também que a maior taxa de asfixia grave foi na unidade um, onde o percentual de cesarianas eletivas foi maior, corroborando para a associação de causa e efeito entre ambos.
Via de Nascimento e Desfecho Clínico Intra-hospitalar. (MORAES, 2017).	Avaliar o desfecho clínico intra-hospitalar de recém-nascidos a termo, conforme a via de nascimento.	Estudo de coorte retrospectivo, realizado no Hospital Moinhos de Vento, hospital privado, entre janeiro de 2010 a abril de 2011. Foram incluídos no estudo 2014 recém-nascidos com idade gestacional ≥ 38 semanas. Os bebês foram divididos em dois grupos: Grupo I - Cesariana eletiva e Grupo II - Parto vaginal. Foram excluídos recém-nascidos com malformação grave e filhos de mãe diabética.	Foram incluídos 1671 nascidos de cesariana eletiva e 343 de parto vaginal. Não houve diferença significativa entre os dois grupos quando analisadas a internação em unidade de cuidados especiais. A taquipneia transitória do recém-nascido foi mais frequente nos recém-nascidos de parto cesariano (40,8%). A ocorrência de Apgar, no primeiro minuto, abaixo do percentil < 2,5 foi de 4,4% para o grupo de parto vaginal e de 1,7% para o grupo de cesariana. A diferença no Apgar não foi significativa aos cinco minutos de vida. Os bebes nascidos por parto cesariano apresentaram maior porcentagem de taquipneia transitória com relação ao grupo de parto vaginal. Em contrapartida, o Apgar de primeiro minuto foi menor nos partos vaginais, contrariando as estatísticas brasileiras.
Parto por Cesariana: Consequências a Curto e Longo-prazo. (LAGES, 2012)	Efetuar uma revisão baseada em evidência atualizada sobre as consequências a curto e longo-prazo na morbimortalidade materna e neonatal dependentes da via do parto, (vaginal versus cesariana).	Pesquisa realizada no Pubmed, de acordo com a lista do Index Medicus, Medical Subject Headings (MeS.H). A técnica de pesquisa foi a combinação de palavras-chave com operadores booleanos pelo assunto de interesse, especificamente:	O risco global do procedimento (incluindo mortalidade e morbidade maternas) é de 5,5% entre as submetidas a cesariana eletiva e de 4,0% entre as cesarianas intraparto, ambos superiores ao grupo submetido a parto vaginal com 1,8%. O risco de doença tromboembólica é maior tratando-se de parto por cesariana, eletivo ou não, comparado ao risco associado ao parto vaginal. Quanto à morbilidade respiratória, foi determinado um risco três vezes maior após parto por cesariana de termo relativamente ao aparecimento de síndrome estresse respiratório, taquipneia transitória do recém-nascido, hipertensão pulmonar persistente, necessidade de ventilação mecânica, diagnóstico de pneumonia e ocorrência de aspiração de mecónio. Nas cesarianas eletivas, em ausência de trabalho de

		"c(a)esarean delivery (OR section OR birth)", "maternal outcomes" e "neonatal outcomes". Critérios de inclusão foram: publicação nos últimos dez anos, em língua inglesa ou portuguesa com níveis de evidência de I a III.	parto, o risco de admissão na UCI e morte neonatal foi significativamente superior ao verificado nos casos de cesariana em trabalho de parto. Concluiu-se que o trabalho de parto reduz o risco neonatal associado à cesariana, sobretudo quando esta é realizada antes das 39 semanas de idade gestacional.
Morbidade Neonatal em um Hospital com Alta Prevalência de cesarianas Eletivas. (MORAES, 2017).	Avaliar a prevalência de complicações neonatais com necessidade de cuidados especiais, morbidade respiratória e encefalopatia hipóxico-isquêmica, de acordo com o tipo de parto, em um hospital privado com alta prevalência de cesarianas.	Estudo retrospectivo que incluiu recém-nascidos de ≥37 semanas de idade gestacional e peso de nascimento ≥2.500 g cujos partos ocorreram no período de 2013 a 2016. Os pacientes foram classificados em grupos maiores para a análise: Grupo 1: parto vaginal + cesárea após trabalho de parto; Grupo 2: cesárea agendada + indicação médica. A cesárea de emergência foi analisada isolada.	Foram incluídos no estudo 12.528 recém-nascidos, dos quais 55% nasceram por cesárea eletiva, 26% pelos outros tipos de cesárea e 19% por parto vaginal. 53% das parturientes eram primíparas. O peso ao nascer foi maior na cesárea eletiva do que nos outros tipos de parto. A idade gestacional não foi diferente comparando cesárea agendada e parto vaginal, (mediana 39 semanas). A necessidade de cuidados especiais no Grupo 1 e no Grupo 2 não foi significativa. Porém, analisando por idade gestacional, a necessidade de cuidados especiais do Grupo 2 foi significativamente mais frequente para os nascidos antes de 38 semanas. A incidência de disfunção respiratória precoce foi de 0,93% no Grupo 1 e de 1,17% no Grupo 2. A incidência de encefalopatia hipóxico-isquêmica foi 0,23% no Grupo 1 e 0% no Grupo 2. Houve maior prevalência de morbidade neonatal, relacionada ao nascimento antes das 38 semanas de idade gestacional, no grupo dois, comparado ao grupo um, apoiando as recomendações de que as cesarianas eletivas devem ser evitadas antes das 39 semanas completas de gestação. Nesta amostra, a cesariana sem trabalho de parto prévio foi associada a risco reduzido de encefalopatia hipóxico-isquêmica no recém-nascido.

A quantidade de mulheres que referiram o medo da dor do parto normal para a escolha de um parto cesáreo foi surpreendente quando se considera a atual possibilidade de analgesia peridural e de outros métodos não fármaco-lógicos para o controle da dor. Tais dados reforçam a necessidade de trabalhos educa-tivos voltados para a mulher em idade fértil e a população geral, divulgando informações sobre as vantagens e desvantagens dos dife-rentes tipos de parto, sobre as práticas assistenciais disponíveis, métodos para alívio da dor, a fim de reforçar a importância do o parto normal. A maioria das indicações predominantes neste estudo são exemplos em que o tipo de orientação fornecida pelo médico poderia influenciar na decisão da mulher pelo tipo de parto (DIAS *et al.*, 2008).

No contexto estudado, bebês nascidos de cesariana eletiva, têm treze vezes mais risco de não vivenciarem o contato pele a pele com a progenitora logo ao nascimento, privando-os dos benefícios dessa prática no cuidado neonatal. Ainda, o risco de não aleitamento materno na primeira hora de vida foi de duas vezes maior para os nascidos de cesariana eletiva, perdendo esse fator protetor sobre a mortalidade neonatal (FERRARI *et al.*, 2020). Estudos mostram que bebês nascidos por cesariana têm uma diminuição da taxa de aleitamento materno exclusivo em comparação com o parto vaginal, porque mulheres que passaram por uma cesariana têm dificuldade para amamentar confortavelmente na sala de parto e no período pós-parto imediato (MORAES, 2013), demonstrando uma taxa significativamente menor de mulheres a amamentar ou, pelo menos, um atraso no início do mesmo (LEE *et al.*, 2008), podendo ser justificada pela separação da mãe-filho, pela imobilização pós-parto ou dor consequente ao procedimento cirúrgico (BODNER *et al.*, 2011).

Referente ao peso dos recém-nascidos, tanto o peso ao nascimento quanto o percentual de perda de peso nas primeiras 48 horas, foram significativamente maiores nos bebês que nasceram de cesariana eletiva. Esse aumento pode ter ocorrido devido à maior quantidade de líquido pulmonar retido nos bebês nascidos por cesariana. A maior quantidade de líquido poderia fazer com que eles perdessem mais peso nos primeiros dois dias de vida. Ao analisar o risco de morbidade respiratória neonatal, percebe-se que ela foi maior nos RN de cesariana eletiva, sendo que a maioria dos casos ocorreu nos bebês com 38 semanas de idade gestacional (MORAES, 2013). Entende-se que as mudanças hormonais e fisiológicas associadas com o trabalho de parto contribuem para a reabsorção do líquido pulmonar e para a maturação pulmonar em recém-nascidos. Essas mudanças não ocorrem em bebês nascidos por cesariana eletiva. A alta frequência de taquipneia transitória do recém-nascido em partos cesáreos pode estar relacionada com o momento em que ela é realizada de maneira eletiva, sem que o trabalho de parto tenha iniciado. O tempo de internação em UTI neonatal também foi mais associado às cesarianas, sendo que 87,93% das internações em UTI Neonatal ocorreram associados às cesarianas emergenciais, e apenas 9,86% às eletivas, podendo se relacionar o fato, às mulheres que se submetem à cesariana de emergência já possuírem comorbidades ou intercorrências que aumentam o risco de desfechos negativos (VILELA *et al.*, 2019).

A maioria das consequências referenciadas ao recém-nascido, resultantes do parto por cesariana, referem-se à morbidade respiratória sendo importante, no entanto, contextualizar

este tipo de desfecho com a idade gestacional (TITA *et al.*, 2009), o tipo de apresentação fetal e a experiência do obstetra responsável pelo procedimento (LI *et al.*, 2003) . Quanto à morbilidade respiratória, foi determinado um risco duas a três vezes superior após parto por cesariana de termo relativamente ao aparecimento de síndrome stress respiratório, taquipneia transitória do recém-nascido, hipertensão pulmonar persistente, necessidade de ventilação mecânica, diagnóstico de pneumonia e ocorrência de aspiração de mecónio (HANSEN *et al.*, 2007). Nas cesarianas eletivas, em ausência de trabalho de parto, o risco de admissão em uti e morte neonatal foi significativamente superior ao verificado nos casos de cesariana em trabalho de parto. Concluiu-se, portanto que o trabalho de parto reduz o risco neonatal associado à cesariana, sobretudo quando esta é realizada antes das 39 semanas de idade gestacional (TITA *et al.*, 2009). Corroborando com este dado, houve maior prevalência de morbidade neonatal, caracterizada por maior taxa de internação na UTI neonatal, relacionada ao nascimento antes das 38 semanas de idade gestacional no grupo de pacientes com cesariana eletiva (MORAES *et al.*, 2017). Quanto à influência do número de cesarianas anteriores sobre a morbimortalidade do recém-nascido, não se relacionou o aumento cumulativo de efeitos adversos neonatais com o aumento progressivo do número de procedimentos na história obstétrica materna, ao contrário do que foi verificado quanto à morbimortalidade materna (LAGES *et al.*, 2012).

Da perspectiva materna, as complicações cirúrgicas intraoperatórias ocorrem em 12,1% dos partos por cesariana. São exemplos: a laceração de órgãos pélvicos adjacentes (bexiga, trato urinário ou intestinal), do útero e cérvix e o aumento no risco da hemorragia pós-parto com necessidade de transfusão sanguínea ou histerectomia. Destas, destacam-se como mais frequentes as lacerações útero- cervicais e a perda sanguínea superior a 1000ml (LUMBIGANON *et al.*, 2010). A ocorrência de trombose venosa profunda, embolia do líquido amniótico, infeção major, hemorragia severa, necessidade de intervenção cirúrgica pós-parto, rotura ou inversão uterina ou, ainda, de obstrução intestinal. De acordo com esta definição, o parto por cesariana eletiva associa-se a um risco de morbilidade materna 2 a 5 vezes superior, e, o parto por cesariana de urgência 6 vezes superior, quando comparado com parto vaginal (LAGES *et al.*, 2012). Fatores de risco como trabalho de parto prolongado, imobilidade, infeção, hemorragia e transfusão sanguínea também foram relacionados com o aumento do risco tromboembólico associado ao parto cesariano (RCOG *et al.*, 2004).

CONCLUSÃO

Apesar da diversidade da abordagem dos estudos revisados, tem-se a maioria confirmando a questão de que o parto cesariano eletivo aumenta o índice de morbidade neonatal e fetal, principalmente, com o aumento de eventos decorrentes de insuficiência respiratória no recém-nascido, como a taquipneia transitória. Ainda, do ponto de vista materno, o procedimento cirúrgico em si, aumenta o risco de morbimortalidade, sendo importante ponderar o risco primário inerente do procedimento em relação ao seu impacto nas gestações futuras, principalmente nas gestantes iterativas. O Brasil, por ser um dos líderes mundiais nesse procedimento, deve rever a real necessidade de indicação, tentando elaborar protocolos

efetivos, reforçando a prática de educação em saúde das pacientes, a fim de tentar reverter esses números. Ainda, investir na Atenção Básica, assegurando um pré-natal adequado e eficiente para as parturientes é de extrema importância na influência da via de parto a ser definida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, C.D.S.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R.E. Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa. Enf. Obst.; n. 1, v. 3, p. 86-94, 2014.

BRASIL. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

BODNER, K. *et al*. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. Archives of gynecology and obstetrics, v. 283, p. 1193-8, 2011.

DIAS, M.A.B. *et al*. Avaliação da Demanda para Cesariana e de Adequação de sua Indicação em Unidades Hospitalares do Sistema de Saúde Suplementar do Rio de Janeiro. Departamento de epidemiologia e métodos quantitativos em saúde da escola nacional de saúde pública sergio arouca/fiocruz. p. 95-126, 2008.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al*. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde. Publ., n. 30, v. 1, S101-S16, 2014.

ENTRINGER, A.P. *et al*. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, n. 34, v. 5, p. 1-15. 2018.

FARCHI, S. *et al*. Severe postpartum morbidity and mode of delivery: a retrospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand., n. 89, v. 12, p. 1600-3, 2010.

FERRARI, A.P. *et al*. Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. Revista Bras. Saúde Mater. Infant., n. 20, v. 3, p. 889-898, 2020.

FREBASGO, 2018. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-o-brasil-e-tema-de-audiencia-publica. Acesso em: 20 de abril de 2021.

GIBBONS, L. *et al*. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva; 2010 World Health Report Background Paper. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2021.

GOMES, A.R.M. *et al*. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. Rev Recien., n. 11, v. 4, p. 23-7, 2014.

GUIMARÃES, N.M. *et al*. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. Brazilian Journal of Development, n. 7, v. 2, p. 11942-11958, 2021.

HANSEN, A.K. *et al*. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. Ata obstetricia et gynecologica Scandinavica, n. 86, p. 389-94, 2007.

LAGES, A.M.S. Parto por cesariana: consequências a curto e longo-longo prazo. 2012. 46f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Portugal, 2012.

LAZARINI, G.S. *et al*. Análise comparativa entre o parto transpélvico e cesárea: aspectos para a puérpera e recém-nascido. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, n. 65, v. 3, p. 1-8, 2020.

LEAL, M.C. *et al*. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. Reproductive Health, n. 9, v. 15, 2012.

LEE, Y.M.; D'ALTON, M.E. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. Current opinion in obstetrics & gynecology, n. 20, p. 597-601, 2008.

LI, T. *et al*. Physician cesarean delivery rates and risk-adjusted perinatal outcomes. Obstetrics and gynecology, n. 101, p. 1204-1206, 2003.

LUMBIGANON, P. *et al*. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet, n. 375, p. 490-9, 2010.

MORAES, E.T. Morbidade Neonatal em um Hospital com Alta Prevalência de Cesarianas Eletivas. 2017. 31f. Dissertação (Doutorado em Pediatria e Saúde da Criança) – Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

MORAES, E.T. Via de nascimento e desfecho clínico intra-hospitalar. 2013. 50f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Faculdade de Medicina da PUCRS, Porto Alegre, 2013.

RCOG. Thromboprophylaxis During Pregnancy, Labour and after Vaginal Delivery Green-top Guideline No. 37. In: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.

RODRIGUES, B.S.S.L. *et al*. Cultura da Cesariana: fatores relacionados a alta taxa do procedimento no Brasil. Revista Saúde Dinâmica, n. 1, v. 2, p. 61-74, 2019.

SILVA, D.Z. *et al*. Expoente sobre a prática de cesarianas no Brasil: Análise a partir dos grupos de Robson. Revista de Patologia do Tocantins, n. 7, v. 1, p. 105-107, 2020.

TITA, A.T. *et al*. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. The New England journal of medicine, n. 360, p. 111-20, 2009.

VILELA, A.C.; NAZARIO, N.O.; NUNES, R.D. Estudo comparativo dos resultados maternos e neonatais entre cesariana eletiva e cesariana de emergência. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 48, n. 4, p. 140-151, 2019.

WEIDLE, W. G. *et al*. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? Cad. Saúde Colet., n. 22, v. 1, p. 46-53, 2014.

WHO. World Health Organization. WHO statement on Caesarean section rates; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=4D1525D59A951EF32CBCD5DA24D9421B?sequence=1. Acesso em: 20 abril 2021

XIE, R.H. *et al*. Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries. Birth, n. 42, v. 1, p. 62-9, 2015.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 26

IMPACTOS DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA DA MULHER NO BRASIL: REVISÃO LITERÁRIA

AUTORES
LYVIA DO PRADO PACHECO[1]
LUIZA DE OLIVEIRA FORTUNATO[1]
NATALIA DIER GUIMARÃES[1]
NATALIA MARIN REGIANI[1]
PAULA MACEDO REIS[1]
ELISA SMITH BARBIERO MEDEIROS[1]
LOISE CRISTINA PASSOS DRUMOND[2]
MARCELA SOUZA LIMA PAULO[2]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
[2]Docente – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Palavras-chave: Métodos Contraceptivos; Gravidez Não Planejada; Brasil.

INTRODUÇÃO

As gravidezes não planejadas são aquelas que ocorrem sem a intenção do casal ou da mulher (SILVA; NUNES, 2017), sendo essas uma grande preocupação de saúde pública em todo o mundo (VIEIRA, 2016). No Brasil, mesmo com a queda da taxa de fecundidade nos últimos anos, sendo atualmente de 1,8 nascimentos/mulher (BAHAMONDES *et al.*, 2017), aproximadamente 55% das gestações ainda não são intencionadas (VIEIRA, 2016). Além disso, essas relacionam-se com a elevação das chances de apresentar morbidades e da mortalidade materna, neonatal e infantil (VIEIRA, 2016). Também dificultam a vida acadêmica e profissional das mães, o que pode influenciar nos padrões socioeconômicos (VIEIRA, 2016). Muitas dessas gestações poderiam ser evitadas com a realização do planejamento familiar, somado ao uso adequado e ao conhecimento acerca dos métodos contraceptivos.

As formas de contracepção existentes são: preservativos masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, diafragma, anticoncepção de emergência, minipílula, espermicida, tabela, muco cervical, temperatura basal, coito interrompido, laqueadura, vasectomia, método da amamentação e métodos contraceptivos de longa duração (LARCs), como Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre e com levonorgestrel (LNG) e implantes de levonorgestrel e de etonogestrel (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. MS; 2009). Os LARCs são os métodos de maior eficácia, com duração contraceptiva igual ou maior a 3 anos (PENNA; BRITO, 2015).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde oferece cobertura gratuita a aproximadamente 74% da população (BAHAMONDES *et al.*, 2017), disponibilizando o preservativo masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, diafragma, anticoncepção de emergência, minipílula e DIU de cobre (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. MS; 2009), já que o planejamento familiar é um direito garantido pela constituição (BAHAMONDES *et al.*, 2017). Esse tem como função permitir a livre e consciente escolha de ter ou não filhos, a quantidade, o intervalo de tempo entre eles e qual método utilizar (SILVA; NUNES, 2017).

Em 1983, foi inaugurado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como um de seus objetivos maximizar a acessibilidade dos métodos contraceptivos, promovendo informação e o direito de exercer a liberdade sexual e reprodutiva (SILVA; NUNES, 2017). No entanto, isso nem sempre é efetivado, o que tem como uma das principais consequências a gravidez não intencional. Portanto, nesta revisão de literatura, procuramos compreender como os meios de contracepção impactam na gravidez não planejada da mulher brasileira.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca do impacto dos métodos contraceptivos na gravidez não planejada da mulher brasileira.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão literária realizada no período de outubro de 2020, por meio de pesquisas nas bases de dados CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), no PubMed/MEDLINE e na

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A combinação dos descritores no portal da CAPES e PubMed foi *Contraception* AND "*Pregnancy, Unplanned*" AND *Brazil* e na BVS, *Contraception* AND "*Pregnancy, Unplanned*" AND *Brazil* AND "*Women's Health*" OR *Sexuality*. As palavras-chave foram definidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Inicialmente, foram encontrados 92 artigos com os termos escolhidos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos com texto completo disponível na íntegra, publicados entre 2015 e 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol, e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, excluídos artigos de revisão, restando 35 artigos. Após realizada a eliminação por títulos não correspondentes ao tema, foram escolhidos 14 artigos e, após exclusão por resumos, foram 8 os artigos selecionados para leitura na íntegra e utilizados neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, cerca de 18 milhões de mulheres fazem uso de algum método con-traceptivo, sendo mais utilizados os contra-ceptivos orais combinados (COCs), que possuem, em média, uma taxa de falha de 8 a cada 100 mulheres por ano, e laqueadura, a qual está em queda no país. Todavia, apenas 10% dessas utilizam contracepções de eficácia mais elevada (BAHAMONDES *et al*., 2017), optando pelo LARCs menos de 2% das vezes (VIEIRA, 2016). A exemplo disso, em um estudo realizado por Silva e Nunes (2017), concluiu-se que 77,8% das mulheres parti-cipantes utilizavam métodos anticoncepcio-nais, priorizando o anticoncepcional oral 38,0% das vezes, o preservativo 24,9% e laqueadura 23,6%. Quanto ao uso, 76,4% receberam orientação e 8,7% apresentaram dificuldade.

Nessa perspectiva, cabe analisar os motivos que corroboram para a baixa preva-lência dos LARCs no Brasil. Dentre eles, destacam-se a falta de outras opções além do DIU de cobre no SUS (VIEIRA, 2016), considerando que implantes e o DIU hormonal estão restritos às clínicas particulares (CHOFAKIAN *et al.*, 2019). Ainda nesse sentido, há a ausência de profissionais da saúde habilitados na colocação dos LARCs (BAHAMONDES *et al*, 2017) e a negligência de programas de residência em ginecologia e obstetrícia em abordar esses métodos, o que implica em orientações e informações inade-quadas acerca de sua eficiência e segurança (VIEIRA, 2016).

O SUS, apesar de oferecer livre acesso à anticoncepção, possui morosidades no aten-dimento, propiciando a descontinuação na contracepção ou substituições para métodos não prescritos. Um estudo mostrou que quase três em cada 10 mulheres descontinuaram de seu método pelo menos uma vez, devido a razões vinculadas a esse, enquanto duas em cada 10 mulheres abandonaram ou passaram a realizar contracepções menos efetivas (CHOFAKIAN *et al*., 2019).

Além disso, conforme outro estudo realizado pela mesma autora, dentre as brasileiras com vida sexual ativa, 32,2% não fazem uso regular de contraceptivos. Foi apontada, também, que a mudança para uma contracepção menos efetiva foi mais predominante em mulheres de nível socio-econômico mais baixo ou que se encontravam em um relacionamento casual, enquanto mulheres de grupos socioeconômicos mais elevados, com maior número de parceiros sexuais ao longo da vida e em um

relacionamento estável apresentaram maior propensão de trocar para contraceptivos mais eficientes (CHOFAKIAN *et al.*, 2018).

Nota-se, nos resultados dos estudos, que a descontinuação dos métodos contraceptivos é evidenciada sobretudo em mulheres que se encontram em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, visto que essas são ainda mais privadas de uma educação adequada acerca do assunto. Observa-se, também, que a interferência de parceiros e do estado civil influencia no uso e na escolha dos métodos. Portanto, a irregularidade na contra-cepção está relacionada a diversos elementos, tanto externos quanto individuais, como qualificação do planejamento familiar, aspectos demográficos, descontentamento dos parceiros e desejo de gravidez (CHOFAKIAN *et al*., 2019), além da espera pelo atendimento no SUS, que prejudica a qualidade dos serviços de planejamento familiar.

Com relação à gravidez indesejada, vale ressaltar que é 4 vezes mais frequente em jovens de 19 anos de idade ou menos, quando comparadas a mulheres adultas (PENNA; BRITO, 2015). Dentre as gestações na adolescência 80% não são planejadas, ocorrendo reincidência em 18 meses entre 28 e 63% dos casos, dos quais dois terços novamente não foram planejadas (BOROVAC-PINHEIRO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, cabe ressaltar a importância do conhecimento acerca dos métodos contraceptivos e da sua utilização para que sejam evitadas irregularidades no uso, o que pode levar a gravidez não planejada, efeitos colaterais ou insatisfação com a contracepção. Com isso, a liberdade de escolha da mulher não é respeitada, bem como seus direitos sexuais e reprodutivos (SILVA; NUNES, 2017). Então, é notória a relevância da oferta de assistência e acesso a todas as formas de contracepção, por meio do planejamento fami-liar, a fim de possibilitar o livre arbítrio na decisão de se ou quando ter filhos (VIEIRA, 2016).

Atualmente, a frequência de uso do contraceptivo de emergência (CE) é de 42,0% a 50,4% de uso vitalício. Após utilizar o CE, as chances de utilizar contracepção das participantes com diversos parceiros sexuais diminuíram em 60%. Por outro lado, dentre as mulheres que optaram pelo uso de contraceptivos após o CE, 61,9% optou pelas pílulas contraceptivas orais, 34,0% pelo preservativo masculino e 4,1% por outros métodos (CHOFAKIAN *et al.*, 2018).

No geral, as farmácias são a principal forma de obtenção do CE no Brasil, sendo que, nessas ocasiões, as mulheres não obtêm aconselhamento adequado a respeito dos métodos contraceptivos e dos serviços oferecidos pelo SUS (CHOFAKIAN *et al.*, 2018). Dessa forma, é possível compreender a baixa adesão aos LARCs, visto que, para a utilização desses, é necessário acompanhamento médico e procedimentos que, em sua maioria, não são ofertados pelo SUS. Assim, muitas brasileiras acabam optando por métodos de menor eficácia por falta de orientação, o que poderia ser evitado com o planejamento familiar. No entanto, um outro estudo de Silva e Nunes (2017) demonstrou que 30,4% das mulheres não sabiam que esse atendimento é ofertado pela USF e 45,9% nunca haviam utilizado esse atendimento na USF.

Ademais, 62,2% das participantes relataram que os companheiros nunca haviam participado do planejamento (SILVA; NUNES, 2017). Isso revela a perpetuação de discriminações de gênero e da hierarquia do masculino, que delegam totalmente à mulher as responsabilidades de prevenção da gravidez,

sendo essas culpabilizadas socialmente no caso de falhas contraceptivas, ausência do uso de métodos ou até mesmo ao utilizar a contracepção de emergência (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

CONCLUSÃO

A saúde sexual e reprodutiva da mulher brasileira é um assunto pouco abordado pela comunidade científica, o que revela a necessidade de tratar tal questão, já que os dados apresentados mostram a falta de conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, tanto pelas usuárias quanto pelos profissionais da saúde. Isso ocasiona diversas consequências em relação ao uso desses, como a opção por contracepções menos efetivas, o uso vitalício da pílula de emergência e o negligenciamento do planejamento familiar, o que leva ao aumento do número de gravidezes não planejadas e impactos na vida das mulheres.

Dessa forma, é perceptível a relevância do planejamento familiar, bem como a orientação e o acompanhamento médico profissional para promover maior conhecimento e uso correto e regular de contraceptivos e, consequentemente, a diminuição do número de gravidezes não planejadas, as quais demonstraram ser frequentes no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHAMONDES, Luis; FERNANDES, Arlete; MONTEIRO, Ilza. Barriers to Implementing and Consolidating a Family Planning Program that would meet Brazilian Needs. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 39, n. 8, p. 373-375, 2017.

BOROVAC-PINHEIRO, Anderson; JESUS, Erica Almeida Ramos; SURITA, Fernanda. Empoderando mães adolescentes na escolha da contracepção no período pós-parto: evitando uma gravidez subsequente. Disponível em SSRN 3335048, 2019.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00211216, 2017.

CHOFAKIAN, Christiane Borges do Nascimento *et al*. Contraceptive discontinuation: frequency and associated factors among undergraduate women in Brazil. Reproductive Health, v. 16, n. 1, p. 131, 2019.

CHOFAKIAN, Christiane Borges do Nascimento *et al*. Contraceptive patterns after use of emergency contraception among female undergraduate students in Brazil. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, v. 23, n. 5, p. 335-343, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. MS; 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

PENNA, Ivan Andrade de Araujo; BRITO, Milena Bastos. A importância da contracepção de longo prazo reversível. Femina, p. 1-6, 2015.

SILVA, Jaqueline Miranda Barros; NUNES, Maryelle Alves. Planejamento familiar: uma base de dados Family planning: a database. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 2, p. 510-519, 2017.

VIEIRA, Carolina Sales. Long-Acting Reversible Contraceptives: An Important Approach to Reduce Unintended Pregnancies. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 38, n. 5, p. 207-209, 2016.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 27

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

AUTORES
ARIANE FURBRINGER[1]
FLAVIA TURMENA BAGGIO[1]
GABRIELA DAL PIVA[1]
GIULIA VERÔNICA GARCIA MAES[1]
JÚLIA CASANOVA VINHAGA[1]
JULIA MASSOTTI PINTO[1]
MARIA JÚLIA BAPTISTA[1]
EMERSON DA SILVEIRA[2]
MARINA CORBETA BENEDET[3]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Curso de Medicina na Universidade do Vale de Itajaí
[2]Docente – Curso de Medicina na Universidade do Vale de Itajaí
[3]Docente – Curso de Psicologia na Universidade do Vale de Itajaí

Palavras-chave: Violência Doméstica; COVID-19; Isolamento Social.

INTRODUÇÃO

A violência contra mulher pode ser compreendida como qualquer ação ou conduta baseada no gênero que ocasione a morte ou cause danos físico, sexual, psicológico ou social à mulher, nos âmbitos público ou privado (SANTOS *et al.*, 2020). São exemplos de manifestações clínicas, no plano físico, inflamações e hematomas pelo corpo; no âmbito sexual, lesões das mucosas oral, anal e vaginal, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez; no contexto mental, insônia, pesadelos, a irritabilidade, crises de pânico, uso de álcool e drogas e depressão; no setor social, isolamento, medo de que se repita, mudanças frequentes de emprego ou moradia (BRASIL, 2002).

Ademais, necessidades de relacionamentos, estima e autorrealização das mulheres vítimas de violência também são abaladas. Essas mulheres experienciam uma complexa introjeção da forma como são tratadas pelos agressores, o que acarreta em distorção da maneira como percebem, não só a si mesmas e aquilo que vivem, mas também a pessoas e situações do seu entorno (SANTOS *et al.*, 2020).

Afetadas de inúmeras formas, mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde, em especial das Unidades Básicas de Saúde, apresentando sintomas como palpitações, ansiedade, nervosismo, in-sônia ou perturbações digestivas. Em geral, são tidas como "poliqueixosas", devido aos resultados normais em investigações e exames, quando na maioria dos casos, esses sintomas são decorrentes das marcas deixadas pela violência (BRASIL, 2002).

Além dos números previamente alarmantes de casos de violência contra mulheres, o isolamento em casa, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como padrão ouro para conter a propagação da COVID-19, pode potencializar fatores que contribuem para o aumento dessa violência. Segundo a própria organização, o número de casos de feminicídio cresceu no ano de 2020, comparado ao ano de 2019. Registros públicos ainda confirmam queda na abertura de boletins de ocorrência, evidenciando que, ao mesmo tempo em que as mulheres estão mais vulneráveis durante a pandemia, elas têm maior dificuldades para formalizar queixa contra os agressores (SANTOS *et al.*, 2020).

O cenário de quarentena por conta da COVID-19, aumentou a reclusão da mulher no mesmo espaço que o agressor, uma vez que grande parte da violência parte de pessoas presentes no ambiente familiar da vítima, o que inviabiliza um ambiente seguro para elas. Essa instabilidade nos parâmetros de segu-rança é a base que explica o porquê da violência doméstica contra a mulher se mostrar acentuadamente elevada durante a pandemia. Além da dificuldade em denunciar o agressor, fatores adicionais que as vítimas precisam transpor são a queda da renda mensal e o desemprego, que atrapalham na hora da procura por uma nova moradia (SANTOS *et al.*, 2020).

Considerando a delicadeza dos quadros de violência, o profissional deve desenvolver atitude compreensiva e empática, evitando julgamentos. Somada a isso, a comunicação no momento da consulta deve ser formulada de maneira cuidadosa, uma vez que a escolha das palavras é fator importante para reconhecer o problema da violência e estimular a vítima a falar abertamente sobre ele (BRASIL, 2002).

O objetivo do estudo foi contemplar e reverberar informações sobre o relevante tema da violência contra a mulher e chancelar sua

importância diante do contexto atual de pandemia, a fim de tornar o assunto mais discutido e palpável na prática médica.

MÉTODO

O presente capítulo consiste em uma revisão sistemática com objetivo do estudo da relação da violência doméstica com a pandemia causada pela COVID-19. O traba-lho, foi feito com base na análise de um tema sensível, pouco explorado e pouco difundido na pandemia do COVID-19, com o intuito de alertar sobre a estreita relação que há entre a pandemia do SARS-CoV-2 e a violência da mulher. A metodologia utilizada para a realização do artigo de revisão foi a pesquisa bibliográfica digital, desenvolvida com pro-dução científica indexada nas seguintes bases eletrônicas de dados: SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde e site do Ministério da saúde todos analisados do período de março de 2021 até junho do mesmo ano, tendo como foco publicações que apresentam relação com a violência da mulher. As palavras chaves usadas para a pesquisa foram: violência doméstica, COVID-19, acolhimento, mulher, pandemia e ISTs. A revisão foi realizada em torno de uma pergunta específica: a violência contra a mulher piorou no contexto da pandemia? Por meio dela foram identificados, selecionados e avaliados estudos a serem incluídos na revisão.

A partir da pergunta "estímulo", utilizou-se 4 cadernos e 25 artigos, dos anos 2002 até 2021. Destes, foram excluídos 15 artigos e 2 cadernos por não representarem importância e concordância com o tema abordado. Os parâmetros utilizados para escolha dos artigos restantes foram possuir relação com a pandemia da COVID-19, estarem em portu-guês e artigos que estavam disponíveis na íntegra. Por fim, os artigos selecionados foram lidos e resumidos de forma individual pelas integrantes do grupo e posteriormente, de forma conjunta, foi feita a leitura e construção do texto como um todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno da violência contra a mulher não escolhe cultura, grupo étnico e religioso, classe e escolaridade, mas as experiências das mulheres mudam conforme a desigualdade no acesso à justiça e aos serviços de saúde e no contexto da Covid-19, isso se agrava ainda mais.

A pandemia da Covid-19, trouxe consigo além de uma grave crise sanitária, distan-ciamento social, com fechamento parcial de atividades econômicas, escolas e restrições de eventos e serviços públicos. Com isso, houve intensificação da presença das famílias na sua própria residência, o que gerou aumento nos casos de violência doméstica, e ao mesmo tempo pode ter coibido acesso a redes e serviços públicos, causando privação de informação e ajuda (IPEA, 2021).

Em todas as crises humanitárias anteriores, reduziram-se o acesso aos serviços de atenção à violência de gênero, à saúde mental e à saúde materna e infantil (Hall *et al.*, 2020). As mulheres são a maioria entre trabalhadores da saúde e informais, o que as expõe a maior risco de infecção pelo vírus, perda de emprego e renda; assim "as sobreviventes da violência podem enfrentar obstáculos adicionais" (ONU Mulheres, 2020).

Os casos de feminicídio cresceram 22,2% entre março e abril do ano de 2020, em 12 estados do país, comparativamente ao ano de 2019 (SOUZA, apud SANTOS *et al.*, 2020). Além disso, cresceram 37,6% das chamadas para o nº 190 para situações de violência

doméstica em abril, período em que todos os estados já adotavam medidas de isolamento social; por outro lado houve a redução de 28,2% dos registros de estupro e estupro de vulnerável, dado preocupante, pois as vítimas podem não estar conseguindo chegar até a polícia para denunciar a violência (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020). Além disso, antes da pandemia uma a cada três mulheres em idade reprodutiva, era vítima de violência física ou violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo durante a vida, e mais de um terço dos homicídios de mulheres são perpetrados em seus relacionamentos interpessoais (SOUZA, apud VIEIRA *et al.*, 2020). No entanto, a atual pandemia ampli-ficou os casos de violência doméstica contra mulheres e meninas, com prevalência até três vezes maior em comparação com o mesmo período de 2020, (SOUZA, apud VIEIRA *et al.*, 2020) visto que mulheres que já viviam em situação de violência doméstica sem lugar seguro, foram obrigadas a permanecer mais tempo no próprio lar junto a seu agressor, diminuindo assim as chances de denúncia (SOUZA, apud SANTOS *et al.*, 2020).

De acordo com os resultados evidenciados na pesquisa desenvolvida por Santos *et al*, a pandemia da COVID-19 pode afetar a mulher que sofre violência doméstica em todos os níveis hierárquicos da pirâmide de Maslow, apresentada na **Figura 27.1,** como em suas necessidades fisiológicas, de segurança, de relacionamento e afeto, de autoestima e de auto realização, apesar da estratégia de confinamento orientada pelas autoridades sanitárias ser necessária e fundamental ao enfrentamento da COVID-19 (SOUZA *et al.*, 2020).

Outro obstáculo enfrentado é o desafio da inclusão digital, situação agravada na pan-demia, pois existe uma parcela significativa da população que não tem acesso à internet em casa. O que torna as mulheres mais vul-neráveis na situação de isolamento social, por não terem como denunciar, ou buscar ajuda. Além disso, a situação de atendimento remoto introduz temor de quebra de sigilo. Seria preciso ter um plano de segurança online, pois a confiança é primordial para que a vítima se sinta à vontade. Importante destacar que o cárcere privado e cerceamento de comu-nicação podem ser realizados no contexto da violência contra mulher, adicionando um desafio ao atendimento (CAMPOS *et al.*, 2020).

Figura 27.1 Imagem representativa da pirâmide de Maslow

Legenda: A pirâmide de Maslow, representando as diferentes hierarquias necessárias para o bem-estar feminino. **Fonte:** Opinionbox., 2018.

A organização de um serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual deve atender a alguns requisitos. Em primeiro lugar, o acesso deve ser universal, o serviço deve ser referência para todas as mulheres, independentemente de categoria social ou tipo de convênio médico. É re-comendável, quando há mais de um serviço na região, que se estabeleça a regionalização do atendimento, de modo a permitir que a mulher possa ser atendida no local mais próximo de sua

casa, onde aconteceu o crime (BEDONE *et al.*, 2007).

Em relação a acessibilidade, princípio fundamental da perspectiva dos direitos humanos, os territórios de alta vulnerabilidade queixam-se que o aplicativo 180 – Boletim de Ocorrência (BO) on-line não funciona. Por mais que em todos os serviços pesquisados se critique a maneira inadequada como a polícia trata mulheres vítimas de violência, sobretudo em relação as mulheres negras, o suporte permanente desta instituição é necessário e deve ser qualificado (CAMPOS *et al.*, 2020).

Nesse aspecto, a criação das Delegacias de Defesa da Mulher foi um marco importante para mudar esta situação. Entretanto, deve-se ampliar o atendimento das Delegacias da Mulher, mantendo-se plantões de 24 horas, pois os casos de violência acontecem com maior frequência fora do horário comercial. No mesmo sentido, providências que visem oferecer melhores condições de atendimento nos Institutos Médicos Legais tendem a facilitar o acesso aos exames de corpo de delito (BEDONE *et al.*, 2007).

Mulher em situação de violência: assistência à vítima

Estudos internacionais aconselham a adoção de modelos de atendimento integral e intersetorial, e sugerem que os gestores da Atenção Primária (AP) devem encontrar formas de integrar os serviços da polícia, segurança, jurídico e de assistência social, para que as mulheres em situação de violência possam se beneficiar desse tipo de abordagem. (SILVA *et al.*, 2015)

No Brasil, os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência são o da polícia/delegacia e as unidades de pronto atendimento, quando a lesão causada requer tratamento (SILVA *et al.*, 2015).

O modelo de rede de atenção é o mais recomendado por diversos estudiosos da área da violência contra a mulher. O acesso à rede pode acontecer em qualquer local e os casos devem transitar nos serviços que a compõem. A relação que se estabelece entre os serviços é de uma organização em nível horizontal, em que todos têm funções diferentes, essenciais e com o mesmo grau de importância. Um dos serviços de saúde que compõem a rede na AP é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada porta de entrada para o atendimento na rede de atenção à saúde. Nessa lógica, as mulheres em situação de violência podem ser atendidas na ESF pelas equipes e encaminhadas para serviços especializados de saúde e de outros setores complementares, dada a complexidade e o caráter transversal do problema (SILVA *et al.*, 2015).

A constituição da rede de atenção à mulher em situação de violência se constitui um desafio para os gestores e profissionais da saúde da AP. Nesse aspecto, salienta-se que a eficácia das ações depende de um trabalho intersetorial e de políticas públicas trans-parentes e fortes, além de um adequado preparo dos profissionais (SILVA *et al.*, 2015).

As práticas e posturas dos profissionais dos diversos setores são distintas e desagregadas, e essa configuração fragmentada da rede pode fragilizar a mulher quanto à busca pelo apoio institucional, fazendo com que ela enfrente a situação solitariamente (SILVA *et al.*, 2015).

Embora se reconheça que cada mulher terá uma trajetória própria para sair da situação de violência, na perspectiva de um trabalho em rede, criar um protocolo e um fluxo definido fornece às profissionais condições mais seguras para atuarem. O contato permanente entre as

instituições que compõem a rede de atenção por meio de fóruns e reuniões com discussão, para avaliar a forma de organização dos trabalhos, pode manter o apoio de que cada setor precisa para direcionar as práticas aos direitos das mulheres. Isso posto, salienta-se que o caráter maleável da rede implica na revisão permanente dos serviços, de seu funcionamento e do fluxograma estabelecido para atender as mulheres, tendo em vista as peculiaridades dos casos (SILVA *et al.*, 2015).

Vítimas de violência doméstica apresentam mais problemas de saúde, consequentemente maior a necessidade da utilização dos serviços de saúde, gerando maior custos nos tratamentos, além de apresentar com mais frequência aos postos atendimentos em urgências e emergência (SOUZA, apud MACHADO *et al.*, 2020). A violência contra a mulher deve ser sempre priorizada como um problema urgente na atenção à saúde. No entanto, muitas delas, chegarão com outras queixas ao serviço, as quais em um primeiro momento podem não se mostrar correlacionadas à violência. Dessa forma, nunca se deve duvidar ou desvalorizar as informações fornecidas pela vítima, tendo em vista a dificuldade de fala sobre a situação. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde, estejam bem esclarecidos em relação ao assunto para que não existam julgamentos ou omissões, devem conhecer as redes de apoio presentes na região, e ainda realizar o acolhimento e escuta ativa, estando atentos ao discurso da mulher (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020).

A violência doméstica geralmente não começa pela violência física, mas sim por seus outros nuances, como xingamentos, diminuição e proibições (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020). Neste cenário, é muito importante que o profissional de saúde fique atento, e esteja capacitado a explicar sobre os tipos de violência e informar à vítima sobre seus direitos (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Ademais, algumas atitudes são essenciais para possibilitar à mulher sentir-se acolhida e apoiada: Ajudá-la a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico de violência, riscos, moti-vação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, recursos sociais e familiares; Oferecer diferentes opções para lidar com o problema que ela está vivenciando, garantindo-lhe o direito de escolha, forta-lecendo sua autoestima e autonomia; Estabelecer passos graduais, concretos e realistas, construindo um mapa dos recursos, alternativas e ações; Apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial do fato e informá-la sobre o significado do exame de corpo de delito; Sugerir encaminhamento aos órgãos competentes; Orientar a mulher quanto ao seu direito e importância de guardar uma cópia do Boletim de Ocorrência; Estimular a construção de vínculos com diversas **Fonte**s de assistência, acompanhamento e proteção, reforçando a sistemática de atuação de uma rede de apoio; Caso necessário, encaminhar ao atendimento clínico na própria unidade ou para serviço de referência, conforme a gravidade e especificidade de danos e lesões; Sugerir encaminhamento para atendimento psicológico individual; Manter visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso (BRASIL, 2002). Além disso, é importante que sejam descritos em prontuário os dados completos sobre as circunstâncias da situação de violência, colhidos em entrevista e no exame físico (com registro e classificação de todas as lesões identificadas) (BRASIL, 2002).

Por responsabilidade e ética, o profissional deve atentar ao tempo particular que a pessoa pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo para a relação terapêutica (BRASIL, 2016, apud TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2019).

Ademais, os Agentes comunitários de saúde (ACS) também podem ser importantes aliados na prevenção de violência, pois o acompanhamento domiciliar dos casais, famílias ou vizinhos conflituosos pode ser uma importante estratégia de formação de vínculo e redução de danos. Ainda, sugere-se a discussão do caso e o uso de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumentos de intervenção que favoreçam o trabalho em equipes em situação de violência, além do uso do Genograma e do Mapa de Redes (SANTA CATARINA, 2018, apud TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2019).

Sinais clínicos de vítimas de violência

Na ausência de revelação por parte da vítima, um certo número de sinais clínicos de alerta podem chamar a atenção dos profissionais de saúde e sustentar a hipótese de existência de violência doméstica (MANITA *et al.*, 2009).

Diversas vezes a violência pode acentuar condições preexistentes, e por isso os profissionais precisam estar aptos a perceberem os sinais, que podem ser, comportamento coercitivo durante consultas por parte de um companheiro ou parente; atraso na busca de tratamento por dificuldade de sair de casa ou por falta de meios de comunicação; ferimentos incompatíveis com a história clínica; comparecimento frequente a unidade de saúde devido a lesões; grande tristeza ou depressão e ausência de vida social; abuso de substâncias; evita visitas e também a companhia de amigos e parentes; torna-se desleixada com a aparência; e apresenta faltas frequentes no trabalho (SAUER *et al.*, apud TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Paralelamente, os maus tratos continuados geram angústia e ansiedade que podem se manifestar através de problemas e sintomas "vagos", como dores abdominais, torácicas, problemas de digestão, de sono, entre outras (MANITA *et al.*, 2009). Não raro, são detectadas situações graves de saúde, fruto do sofrimento psicológico, dentre as quais se destacam: dores crônicas, síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares. Por isso, a violência psicológica deve ser enfrentada como um problema de saúde pública pelos profissionais que ali atuam, independentemente de eclodir ou não a violência física. As estratégias de prevenção da violência devem levar em consideração o fato de a violência psicológica ser o ponto inicial que deflagra toda violência doméstica (SILVA *et al.*, 2007).

Na conduta médica, o profissional deverá dar uma resposta imediata às lesões físicas, prescrevendo, sempre que necessário, novos exames, tratamentos, consultas por especialistas e/ou apoio psicológico. É também necessário proceder a uma avaliação do risco que a vítima corre, desde a possibilidade de aumento da frequência ou gravidade da violência até ao risco de homicídio conjugal. Nessa avaliação deve-se ter em conta os seguintes aspectos: a história da violência em relação à vítima e aos seus filhos; se o abusador faz uso de álcool ou outras drogas; assusta/ameaça/perturba amigos e vizinho; nível de medo que a vítima sente no momento e a sua percepção atual do risco; se há lesões auto-infligidas e tentativas de suicídio por parte

da vítima; quantidade de tentativas ou pedidos de ajuda ao longo dos últimos 12 meses; avaliação das redes de suporte que a vítima possui; viabilidade de encontrar um refúgio caso não queira ou não possa voltar para casa (MANITA *et al.*, 2009).

No caso da violência sexual a conduta deve abordar outros aspectos:

- Circunstância da violência: data, hora, local, uso de armas, identidade/descrição do agressor e se ele estava sob efeito de álcool/drogas e ocorrência de situações anteriores.
- Ocorrência de perda de consciência/memória.
- Tipo de violência: penetração oral, anal ou vaginal, nº de agressores, uso de preservativo pelo(s) agressor(es), ocorrência ou não de ejaculação, existência de sangramento na vítima ou no agressor.
- História menstrual, uso ou não de anticoncepção, atividade sexual consensual recente.
- Existência de rede de apoio social e familiar disponível para acolher a paciente.

O exame físico deve ser realizado de forma humanizada e individualizada, lembrando que a paciente deve se sentir em um ambiente confortável. A paciente que já estiver sido submetida ao exame de corpo e delito, só deverá ser examinada na existência de queixa de dores, sangramentos, fluxos, etc. Já no caso da paciente que ainda não foi avaliada, é necessário fazer o reconhecimento e registro detalhado de todas as lesões, além do seu tratamento. E em casos selecionados e autorizados pela vítima, pode-se fotografar essas lesões, que serão usadas junto com o detalhamento de lesões pelo laudo pericial (CATARINO *et al.*, 2020).

Durante o exame físico deve ser realizado a coleta de vestígios para notificação compulsória, o médico deve coletar o material biológico o mais rápido possível (preferencialmente em até 72h) das regiões genital e anal, região mamária e peitoral, subungueal e em objetos e roupas (CATARINO *et al.*, 2020).

Para a solicitação de exames é necessário: coleta imediata de sangue; coleta imediata de conteúdo vaginal; exame rápido para HIV, Hepatites B e C e Sífilis; e coleta de material vaginal e anal para pesquisa de clamídia, ureaplasma, micoplasma e gonococo (CATARINO *et al.*, 2020).

Recomenda-se desenvolver as etapas do processo da seguinte maneira:

4. A entrevista deve ser realizada, utilizando linguagem clara, com perguntas objetivas, respeitando o direito do paciente em responder ou não. No seguimento ambulatorial, deve-se ainda: questionar o uso correto, sintomas de intolerância ou de intoxicação aos antiretrovirais (ARV), sinais e sintomas de infecção geniturinária e de gravidez; investigar aspectos emocionais, sociais e sexuais;
5. Observar o aspecto físico geral, emocional e nível de consciência. Os exames físicos completo e ginecológico serão realizados pelo ginecologista.
6. Identificar os possíveis diagnósticos e intervenções através da prescrição de acordo com os diagnósticos identificados para a paciente e familiares/acompanhantes (HIGA *et al.*, 2008).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa analisou e buscou compreender os impactos da pandemia na violência contra a mulher, foi possível observar que esses casos apresentaram piora com a

pandemia por aumentar a convivência entre agressor e vítima, em decorrência do isolamento social e da consequente mudança de diversas tarefas para o âmbito domiciliar. No entanto, diversos dados demográficos apontam uma queda no número de casos acionados de violência contra a mulher. Porém, tais dados podem ter sofrido com intercorrências pelo fato de o agressor estar em domicílio com a vítima, sendo mais incisivo e dominante sobre a mulher, a impedindo de se sentir segura para realizar o alerta ou informar a algum profissional capacitado para tal. O estudo da "saúde mental das mulheres na pandemia" e "violência doméstica: medidas facilitadoras de denúncias", são estudos que podem ser realizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEDONE, Aloisio José; FAðNDES, Anibal. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: centro de assistência integral à saúde da mulher, universidade estadual de campinas. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007.

BRASIL. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Editora Ms, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Márcia Camargo. Ministério da Saúde (org.). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Editora Ms, 2001. 100 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

CAMPOS, Brisa; TCHALEKIAN, Bruna; PAIVA, Vera. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: vulnerabilidade programática em tempos de sars-cov-2/ covid-19 em são paulo. Psicologia & Sociedade, [S.L.], v. 32, set. 2020.

CATARINO, Ana. Assistência à paciente vítima de violência sexual. Sanarmed, [*s. l.*], 5 maio 2020. Disponível em: https://www.sanarmed.com/assistencia-a-paciente-vitima-de-violencia-sexual-colunistas. Acesso em: 10 jun. 2021.

HIGA, Rosângela; MONDACA, Aurélia del Carmen Alvarez; REIS, Maria José dos; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 42, n. 2, p. 377-382, jun. 2008.

MANITA, Celina (org.). Violência doméstica: compreender para intervir: guia de boas práticas para profissionais de saúde. Lisboa: Celina Manita, 2009.

SANTA CATARINA. Caroline Schweitzer de Oliveira. Ufsc. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Florianóplos: Ufsc, 2018. 61 p.

SANTOS, Luisa Souza Erthal; NUNES, Lorena Mara Monteiro; ROSSI, Bruna Araújo; TAETS, Gunnar. Impactos da pandemia de COVID-19 na violência contra a mulher: reflexões a partir da teoria da motivação humana de abraham maslow. 202020, [S.L.], 8 jul. 2020.

SAUER, Ana Gabrieli *et al.* Violência contra a mulher no contexto da pandemia: Como posso ajudar?. Universidade Federal da Fronteira Sul, [*S. l.*], p. 37-39, 2020. Disponível em: https://www.uffs.edu.br. Acesso em: 03 maio 2021.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Women in situations of violence: limits of assistance. Ciência & Saúde Coletiva**,** [S.L.], v. 20, n. 1, p. 249-258, jan. 2015.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**,** [S.L.], v. 11, n. 21, p. 93-103, abr. 2007.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 28

A SAÚDE DA MULHER NO CÁRCERE BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

AUTORES
BARBARA NOGUEIRA[1]
ILMA GUIMARÃES[1]
ISADORA FAION[1]
LUISA FERRAZ[2]
VITÓRIA FREITAS[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente – Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte
[2]Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Betim

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Detentos.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem uma das maiores populações carcerárias femininas do mundo, e as prisões relacionadas ao tráfico de drogas corres-pondem à maior parte delas. Entre 2000 e 2016, a população carcerária feminina au-mentou 567% e se considerados dados atualizados até 2018, o aumento se aproxima de 700% (LISBOA, 2021). A população feminina encarcerada em todo o mundo tende a ser jovem, de baixo nível socioeconômico e educacional, com história de prostituição e uso abusivo de drogas ilícitas e álcool (MIRANTE, 2004). Em relação à história penal, o envolvimento com o tráfico de drogas foi o tipo de delito mais confirmado, mas outros delitos, como homicídio e roubo, também são frequentes. Esses pontos se enquadram como determinantes sociais para que fique evidente que o acesso dessas mulheres à orientação e aos cuidados gerais de saúde já era deficiente antes do encarceramento (MIRANTE, 2004). Aproxi-madamente 50% delas nunca tinham realizado exame ginecológico de rotina; as condições precárias de vida, a baixa escolaridade e a falta de informação adequada contribuem para essa situação, além de que a maioria delas começou a vida sexual muito cedo, apresentando uma média de 14,6 anos de idade, o que pode ainda contribuir para a falta de informações sobre a importância do uso de preservativos e a infecção do HIV/AIDS (KING, 2021).

Segundo o Ministério da Saúde, saúde sexual e reprodutiva significa que os indi-víduos devem ter uma vida sexual prazerosa e segura, por meio de informações sobre a sexualidade e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a liber-dade para decidirem se querem ter filhos, quando e com que frequência irão tê-los, através do acesso à informação e aos métodos contraceptivos (MARTINS, 2018). Esse direito é contestado dentro das prisões brasi-leiras, visto que, as mulheres são tratadas como ‘presos que menstruam’, sendo suas particularidades resumidas à diferença biológica, contudo a realidade de ser mulher detém peculiaridades visíveis, como: acompanha-mento ginecológico adequado, assistência pré natal, ou até mesmo itens básicos de higiene, como absorventes. As populações encarce-radas em todo o mundo, vivem em condições de risco encobertas e programas e políticas de saúde precários, tornam os sistemas prisionais amplificadores potenciais de doenças in-fecciosas (TOMASI, 2017).

A legislação brasileira atual visa à prevenção do crime e um retorno à convivência social dessas mulheres, a partir do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que surgiu em 2003, foi instituído pelos Ministérios da Saúde e Justiça, devido à necessidade de implantação de “ações e serviços consoantes com os prin-cípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)” que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional (AGNOLO, 2014). Em 2014, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas Privadas de Liberdade, regida pela portaria interministerial nº1 de 2 de janeiro de 2014, que organiza as ações de saúde para que essa população possa ter acesso, e ser acompanhada de forma integral em todo seu âmbito de saúde. A realidade das precárias condições das prisões dificulta a concretização de tais obje-tivos e impedem o acesso desta população à saúde de forma integral e de maneira efetiva (MIRANTE, 2004).

É necessário identificar e avaliar a prevalência da infecção por HIV, sífilis e HPV entre as mulheres encarceradas por ser esta uma população mais exposta aos riscos, visto que, os estudos realizados no Brasil identi-ficaram maiores taxas de prevalência de doenças infecciosas e maior ocorrência de comportamentos de risco para DST entre presidiárias do que na população geral. Assim, deve-se estimular uma resposta do serviço de saúde prestado a essa população, especialmente por estar em adoção de regime de visita íntima e evidências adicionais indicarem que as atividades sexuais (hetero e homossexual) ocorrem habitualmente durante o encarceramento, e facilitam a disseminação de patógenos de transmissão sexual (MIRANTE, 2004).

Para que essas mulheres se beneficiem é importante que haja uma atenção médica ginecológica mais eficaz nas unidades prisionais, para que os profissionais de saúde consigam realizar um diagnóstico precoce, uma avaliação médica individual e a elaboração de um programa de educação em saúde para a realidade delas.

Foi possível evidenciar a existência de produção científica sobre a temática das populações privadas de liberdade, apresentando predominância da abordagem quantitativa, com foco na identificação do perfil sociodemográfico e das condições de saúde das encarceradas.

Portanto, o objetivo do presente estudo é identificar e analisar como é a saúde sexual das mulheres em cárcere privado e as in-fecções sexualmente transmissíveis mais re-correntes neste meio, realizada por estudantes do terceiro período do curso de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH) e Pontifícia Universidade Católica de Betim (PUC-Betim).

MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, por meio da busca de artigos científicos. Trata-se de uma revisão sistemática sobre a saúde sexual de mulheres privadas de liberdade no Brasil, realizada no período de maio de 2021 a julho do mesmo ano, 2021. Como estratégia para nortear o estudo utilizou-se a seguinte questão nor-teadora: “como é a saúde sexual das mulheres dentro do cárcere feminino no Brasil?”.

Na estratégia de busca, o referencial teórico utilizado foi o de GALVÃO (2009), para o delineamento do estudo. Os artigos contidos nessa revisão foram obtidos por meio de pesquisas realizadas nas bases de dados digitais: Pubmed, de endereço https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/, e Google Acadêmico, de endereço https://scholar.google.com.br/?hl=pt, de modo que os descritores escolhidos para a busca desse referencial teórico foram consultados inicialmente nos Descritores em Ciência da Saúde, no endereço https://decs.bvsalud.org/, sendo utilizados os seguintes descritores: woman’s health (saúde da mulher), prision/prisioners (prisões locais/detentos), sexually transmitted diseases/ sexually infections transmitted (doenças sexualmente transmissíveis/ infecções sexualmente transmissíveis). Desta busca foram encontrados 557 artigos no Pubmed e 290 artigos no Google acadêmico, totalizando 847 artigos. Como houve um elevado número de artigos com os descritores já mencionados, foi necessário realizar uma busca ainda mais refinada, de

modo que, posteriormente, esses estudos encontrados foram submetidos aos critérios de seleção mais rigorosos, os quais estão mencionados abaixo.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, a saber: dos critérios de inclusão serão incluídas as pesquisas publicadas em periódicos nacionais e internacionais, artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, a fim de atingir uma maior visualização de uma maior amostragem para o estudo dos temas escolhidos. Além disso, os artigos inclusos devem estar disponíveis na íntegra, ter sido publicados no período de 2004 a 2021. Ademais, esses materiais científicos devem obrigatoriamente abordar as temáticas propostas para esta pesquisa, foram estudos do tipo revisão integrativa, descritivo, explo-ratório, dedutivo, quantitativo. Por fim, em todos os estudos selecionados para essa revisão sistemática foram realizados exames ginecológicos em, ao menos, 60% da população dos estudos descritivos durante o período de realização desses estudos em questão. Nesse viés, a saber: dos critérios de exclusão foram desconsiderados dessa revisão artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão, os quais são:

1- Caso o Brasil não tenha sido selecionado como local de condição experimental, o material deveria ser descartado;

2- Caso fosse estudo descritivo e não possuísse amostragem de, no mínimo, 28 indivíduos, o material deveria ser descartado;

3- Caso fosse estudo descritivo, que algum indivíduo estivesse na menoridade, ou seja, possuísse menos de 18 anos, o material deveria ser descartado;

Já que nessa revisão sistemática foi escolhido o tema de saúde das mulheres no sistema de privação da liberdade, é importante salientar que as pesquisas selecionadas comprovaram ter seguido rigidamente todos os protocolos de ética exigidos em experiência envolvendo humanos, exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde. Sendo, assim, o rigor científico foi devidamente cumprido em todos os estudos selecionados para esse artigo de revisão.

Após os critérios de seleção serem aplicados, foi realizada uma leitura precisa e minuciosa do material científico, de forma a restarem 6 artigos para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, abordando em porcentagem a realidade da saúde ginecológica das mulheres brasileiras do cárcere: a maior parte dessa população encontra-se em estado precário de saúde, sendo deslegitimada e excluída tanto por parte das esferas governamentais de poder, tais como a falta de políticas públicas para essa minoria, quanto por parte da população civil, a qual, muitas vezes, tem uma visão destorcida sobre os direitos dessas mulheres, de modo que a precariedade dos direitos humanos torna-se um tipo de “punição” pelas infrações cometidas pelas detentas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sistema penitenciário no Brasil apresenta sérios problemas. Há um déficit de 12.000 vagas em todo País e não há assistência médica e jurídica adequadas e suficientes. Há poucos trabalhos publicados que investigaram os problemas de saúde da mulher em prisões brasileiras, mais especificamente as doenças infecciosas e gravidez. Através da revisão da literatura dos artigos selecionados pôde-se

concluir que, em sua grande maioria, as mulheres privadas de liberdade iniciaram sua vida sexual muito precoce, dados demonstraram que a idade média da primeira relação sexual foi de 15,2 anos fator que associado ao alto índice, aproximadamente 53,6%, de não utilização de algum método de anticoncepção fazem com que haja um grande número de presidiárias com histórias de gravidez na adolescência (MIRANTE, 2004).

Ainda nessa perspectiva, quase metade delas relataram terem história prévia de doenças sexualmente transmissíveis desenvol-vida por diversos fatores, tais como violência sexual, fazer sexo por dinheiro, estar no mo-mento da relação sexual sob influência do álcool ou de drogas (AGNOLO, 2014).

Em relação à história penal, o envolvimento com o tráfico de drogas foi o tipo de delito mais observado, mas outros delitos, como homicídio e roubo, também foram frequentes, observou-se também a presença de detentas sentenciadas e de mulheres aguardando julgamento compartilhando as mesmas condições de encarceramento (MIRANTE, 2004).

Em relação as características sociodemográficas das mulheres, é possível identificar pela maioria: mulheres pardas, casadas ou amasiadas, na faixa etária média de 30 anos, com pouca escolaridade e trabalho sem qualificação (MIRANTE, 2004).

Desse modo, os dados e gráficos analisados comprovaram que o cárcere feminino, haja vista sua inexpressividade, está esquecido pelas autoridades, demonstrando o descaso frente um grupo muito vulnerável que é algo que confronta a previsão legal.

CONCLUSÃO

As análises dos artigos em estudo permitiram a conclusão de que a precária situação carcerária feminina se deve, não só ao descaso para/com as mulheres encarceradas no interior desse meio, mas também à falta de acesso à informação no meio externo às prisões. A educação sexual é considerada um tabu e, nesse cenário, a discussão desse tema com crianças e adolescentes, seja em escolas ou em iniciativas governamentais, permanece insuficiente (FURLANETTO, 2018).

Tal carência de ensinamento é um dos principais fatores desencadeantes do elevado índice de Infecções Sexualmente Transmissíveis em presidiárias e da idade média de início de relações sexuais ser tão baixa (FURLANETTO, 2018). Depreende-se, portanto, que a introdução do diálogo e do ensinamento, ainda na infância ou início da adolescência, é um fator imprescindível ao que se trata da redução da crise sanitária de mulheres encarceradas.

Outro importante ponto a ser abordado é a falta de busca ativa, tanto dentro da prisão quanto no meio em que essas mulheres vivem. Esse exacerbado número de infecções, associado aos motivos desencadeantes de tal, relatados pelas mulheres entrevistadas, poderia ser reduzido caso o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde fosse baseado em uma busca mais ativa (ANDRADE, 2019). O aumento da frequência dessas mulheres nas Unidades Básicas de Saúde, com o propósito de cumprirem consultas relativas à atenção primária ou secundária, seria essencial para identificação, por exemplo, de cenários de violência sexual, ou para orientação dos cuidados que uma profissional do sexo deveria tomar.

Já no cenário das prisões, o principal ponto de atenção é o descaso com esse grupo minoritário. Faltam estudos que busquem aumentar a visibilidade dessa luta por maiores direitos, a partir da fundamentação pela análise das precariedades que ocorrem dentro da cadeia (SILVA, 2020). Para além, os recursos financeiros disponibilizados pelo governo para esse meio são extremamente escassos, o que acarreta a falta de atenção e atendimento médico, além da malformação de celas, que não atendem as necessidades básicas dos prisioneiros (SILVA,2020).

Quando se trata das penitenciárias femininas, tais atrocidades aos direitos humanos são cometidas com ainda maior frequência. Mesmo com o crescente número de mulheres encarceradas, 567% nos últimos quinze anos (BRASIL, CNJ, 2018), grande parte das prisões são projetadas exclusivamente para homens, fato que contesta ainda mais a dignidade desses indivíduos (BRANDÃO,2020).

Em correlação aos critérios desencadeantes da realidade em questão, com a dificuldade no atendimento médico dentro da prisão e o provável descaso desses profissionais com as presidiárias (BRANDÃO,2020), as chances de contração de Infecções Sexualmente Transmissíveis dentro das penitenciárias também aumentam. A prevalência de sífilis dentro das cadeias é 7,4% maior do que fora desse meio (DOMINGUES, 2017), fato que conclui que a contração da doença por essas mulheres ocorre dentro do local referido, por meio de outra encarcerada previamente infectada.

Finalmente, a maior atenção frente aos fatores desencadeantes dessa realidade seria de extrema relevância para que os direitos do grupo referido sejam melhores cumpridos e, nesse sentido, a saúde física dessas mulheres seja preservada. A maior efetivação da educação sexual em crianças e adolescentes, associada à maior disponibilização financeira para a realização de projetos voltados à atenção primária e secundária à saúde dentro dos presídios, seria o cenário considerado ideal para melhora de tão crítica realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNOLO C.M.D, BELENTANI L.M, JARDIM A.P.S, CARVALHO M.D.B, PELLOSO S.M. Perfil de mulheres privadas de liberdade no interior do Paraná. Revista Baiana de Saúde Pública, 2014, v.37, n.4, p.820-834.

ANDRADE, Camila Santos. FERREIRA, Rafaella Salmeron Figueiredo. Hpv/Papanicolau: conhecimento de agentes comunitários de saúde e eficácia de uma intervenção educativa. 2018. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/13140/2/CAMILA_SANTOS_ANDRADE%26RAFAELLA_SALMERON_FIGUEIREDO_%20FERREIRA.pdf. Acesso em: 02/07/2021.

SILVA JB, Moraes MN, Brandão BMLS, Freitas WMF, Souto RQ, Dias MD. Mulheres em privação de liberdade: narrativas de des(assistência) obstétrica. REME - Rev Min Enferm. 2020; 24:e-1346. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/1522. DOI: 10.5935/1415.2762.20200083

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 3ª edição, Série B, 2010. Disponível em: http://crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/Revisao_PNSSP.pdf. Acesso 13/05/2021.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. LEAL, Maria do Carmo. PEREIRA, Ana Paula Esteves. AYRES, Bárbara. SÁNCHEZ, Alexandra Roma. LAROUZÉ, Bernard. Prevalência de sífilis e HIV em gestantes encarceradas e incidência de sífilis congênita em crianças nascidas em prisões brasileiras. Caderno de Saúde Pública 2017, 33 (11):e00183616.

FERRARI, Ilka Franco. Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas. Pepsic, 2010. Disponível em: Mulheres encarceradas: elas, seus filhos e nossas políticas (bvsalud.org). Acesso em: 02/07/2021.

FURLANETTO, Milene. LAUERMANN, Franciele. COSTA, Cristofer Batista. MARIN, Angela Helena. Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática de literatura. Scielo, 2018.

GALVÃO, M.C. & RICARTE, I. L. Systematic review of the literature: conceptualization, production and publication. Philosophy of information, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p.57-73, Sep.2019/Feb. 2020.

KING, A.M.C. Condições de saúde das mulheres encarceradas em diferentes regiões do Brasil: revisão integrativa. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, 2017. Disponível em: < https://inisa.ufms.br/files/2019/06/CONDI%C3%87%C3%95ES-DE-SA%C3%9ADE-DAS-MULHERES-ENCARCERADA-EM-DIFERENTES-REGI%C3%95ES-DO-BRASIL-REVIS%C3%83O-INTEGRATIVA.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

LISBOA, V. População carcerária feminina no Brasil é uma das maiores do mundo. Agência Brasil, 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-11/populacao-carceraria-feminina-no-brasil-e-uma-das-maiores-do-mundo>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MARTINS, D.C, Pesce GB, Silva GMD, Fernandes CAM. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among the female partners of inmates. Rev Lat Am Enfermagem. 2018 Oct 11;26:e3043.

MATOS KKC, Costa e Silva SP, Nascimento EA. Filhos do cárcere: representações sociais de mulheres sobre parir na prisão. Interface (Botucatu). 2019; 23: e180028

MIRANTE, A.E, Merçon-de-Vargas PR, Viana MC. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil [Sexual and reproductive health of female inmates in Brazil]. Rev Saude Publica. 2004 Apr;38(2):255-60.

SILVA, Jeferson Barbosa. MORAES, Marina Nascimento de. BRANDÃO, Bárbara Maria Lopes da Silva. FREITAS, Waglânia Mendonça Faustino e. SOUTO, Rafaela Queiroga. DIAS, Maria Djair. Mulheres em privação de liberdade: narrativas de des(assistência) obstétrica. REME - Rev Min. Enferm. 2020;24:e-1346.

TOMASI, A.P.S. Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de cárcere: estudo sobre a política nacional de atenção as mulheres em situação de privação da liberdade no contexto brasileiro com enfoque em Santa Catarina. UNESC, 2017. Disponível em: < http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/6014/1/ANA%20PAULA%20SILVERIO%20TOMASI.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 29

IMPACTOS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NOS CASOS DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

AUTORES
KAROLINE CARVALHO RAMOS GONÇALVES[1]
LUCAS CARMARGO ASSUNÇÃO[1]
MARCELLA RICARDO SILVA SIMONETTI[1]

FILIAÇÃO
[1]Discente - Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Palavras-chave: Planejamento Familiar; Anticoncepção; Gravidez na Adolescência.

INTRODUÇÃO

De acordo com a lei federal 9.263/96, o planejamento familiar é caracterizado por um conjunto de ações de regulação da fecundidade que assegura direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Em outros termos, o planejamento familiar é dar início ao direito do cidadão de ter quantos filhos deseja, no momento que for mais conveniente e com a assistência necessária. Para que o direito ao planejamento familiar seja exercido, devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não ameace a vida e saúde das pessoas envolvidas, além de garantir a liberdade de escolha (BRASIL, 1996).

Em 2007, a elaboração do Programa Mais Saúde: Direito de Todos pelo Ministério da Saúde teve como uma das medidas propostas a expansão das ações de planejamento familiar. Conforme apresentado, a atenção em planejamento familiar envolve, ademais da oferta de métodos e técnicas para a concepção e anticoncepção, informações e acompanhamento num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Dentro do contexto de saúde sexual e reprodutiva, sabe-se que abordar tal tema na adolescência e na juventude é de extrema importância. Nesse momento da vida, surgem diferentes dúvidas relacionadas às mudanças corporais e psicológicas, além das primeiras experiências sexuais, as quais, por vezes, podem estar associadas a consequências como gravidezes precoces.

A gravidez na adolescência, tal como a anticoncepção na adolescência, são temas complexos, polêmicos e controversos nas discussões sobre saúde sexual e reprodutiva. De modo geral, a gravidez na adolescência tem sido vista como uma situação de risco e um potencial elemento que desestrutura a vida dos adolescentes, assim como um determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, uma vez que pode impedir a continuação dos estudos e o acesso ao mer-cado de trabalho. Assim sendo, por estar associada a diferentes fatores sociais, pessoais e familiares, a gravidez na adolescência deve ser tratada de forma cuidadosa (BRASIL, 2010).

Além de ser um problema prevalente e que aumenta consideravelmente o risco de morbimortalidade materna, a gravidez na adolescência pode culminar em complicações para os recém-nascidos. Exemplo desse cenario é que em países desenvolvidos, estima-se que 21 milhões de meninas entre 15 e 19 anos engravidam, sendo a gestação e as complicações do parto as principais causas de morte nessa faixa etária (PINHEIRO, 2019; TINAGO, 2018).

Ainda que tenham sido realizados significativos avanços na melhoria da cobertura dos serviços de planejamento familiar, ainda se percebe uma defasagem em relação ao atendimento efetivo das demandas anticoncepcionais e dos objetivos de planejamento familiar dos adolescentes. Exemplo disso é que cerca de 16 milhões de meninas entre 15 e 19 anos dão à luz anualmente e, para muitas delas, a gravidez não é algo planejado. Da mesma forma, sabe-se que para muitas dessas jovens, a gravidez indesejada termina num aborto inseguro. De uma forma geral, milhares de meninas sexualmente ativas em todo o mundo querem adiar a gravidez até terminar os estudos, ter um emprego ou apenas esperar mais um tempo até engravidar. Apesar desse desejo, é fato que muitas ainda carecem de conhecimento, gerenciamento e recursos para

tomar as decisões que dizem respeito ao planejamento e o melhor momento da gravidez (DE VARGAS, 2019).

Diante desses fatos, discutiremos a seguir como o planejamento familiar é um dos pontos cruciais na redução da morbimortalidade relacionada à gravidez nessa faixa etária, além de melhorar os resultados de saúde de mães jovens e de seus filhos e reduzir os custos socioeconômicos da gravidez precoce.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de junho de 2020 a junho de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e BVS. Foram utilizados os descritores: “Planejamento familiar”, “anticoncepção”, “gravidez na adolescência". Desta busca foram encontrados 75 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e espanhol; publicados no período de junho de 2005 a junho de 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos de diferentes tipos, 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 21 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: os conceitos de planejamento familiar, seus benefícios e impactos, a gravidez na adolescência, os desafios e os impactos do planejamento familiar nessa faixa etária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Conceito de Planejamento Familiar

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo que consiste em conceder auxílio profissional adequado às pessoas que procuram informações necessárias para a escolha e uso efetivo dos métodos anticoncepcionais que melhor se adaptem às condições atuais de saúde. A atenção em planejamento familiar deve levar em consideração o contexto de vida de cada pessoa e o direito de todos poderem tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência (GOYATÁ, 2014).

Trata-se de um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças, de forma a contribuir para uma prática sexual mais saudável, possibilitando o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar do filho e realização de outras atividades (GOYATÁ, 2014).

2. Benefícios do Planejamento Familiar

Os planos futuros e sonhos a serem realizados na vida são inerentes ao ser hu-mano, sejam em família ou individualmente, ora, o planejamento é algo que faz parte de um conjunto de ações a serem tomadas, quando se quer que planos se realizem sem desvios. Quando uma mulher ou um casal deseja engravidar, o planejamento tem a função de direcionar as ações para que tudo ocorra de forma equilibrada. Com a realização de exames pré-natais, uso de medicamentos e afins, mães e bebês serão mais saudáveis, porque são evitadas gestações de risco, menor índice de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros inúmeros aspec-

tos que facilitam o processo de gestação em seu âmbito biopsicossocial (SILVA, 2017).

Muitas mulheres associaram os benefícios do planejamento familiar à prevenção da gravidez, no entanto, tal como mencionado em linhas anteriores, trata-se de uma estratégia muito mais ampla, que diminui os riscos reprodutivos, incluindo a percepção quanto aos serviços oferecidos em assistência integral, sendo certo que, se de fato a mulher não deseja uma gestação em determinado momento de sua vida, através do planejamento familiar é possível o uso de métodos contraceptivos que se adaptem a sua realidade (sendo o próprio processo de escolha uma ferramenta desse planejamento) (SILVA, 2017).

3. Gravidez não planejada e seus impactos na população geral

Estima-se que cerca de 40% de todas as gravidezes não são intencionais, sendo certo que o planejamento da gestação, geralmente, está associado aos seguintes fatores:

- Idade da gestante
- Estado civil
- Paridade e
- Status socioeconômico
- Escolaridade da gestante.

Vale mencionar que essa falta de planejamento culmina em uma baixa adesão à assistência pré-natal, um risco aumentado de aborto inseguro, depressão materna, bebês com baixo peso ao nascer e prematuros. Além disso, estudos mostram que as gestações não planejadas aumentam as chances da gestante não amamentar e a chance de morte materna e fetal antes do parto (HULSTRAND, 2021).

Ante ao exposto, ressalta-se que o planejamento familiar tem inúmeros efeitos positivos na saúde da mulher e nos aspectos sociais que envolvem a gestação, incluindo a melhoria da saúde feminina, redução da taxa de mortalidade materna, melhorando sobrevivência infantil, redução da transmissão do HIV e promoção do gênero igualdade (HULSTRAND, 2021).

Em que pese todos os benefícios verifica-se que, principalmente nos países subdesenvolvidos, o uso de anticoncepcionais é menor para adolescentes (15-19 anos), mulheres que vivem em áreas rurais, mulheres com nenhum ou menos educação e mulheres pobres (HULSTRAND, 2021).

No que se refere ao planejamento familiar na adolescência, o que se verifica é que apesar do declínio da taxa de gestações na faixa etária dos 15 aos 19 anos que foi percebida nos último 25 anos, só nos Estados Unidos da América (EUA) em 2016 foram realizados 209.809 (duzentos e nove mil oitocentos e nove) partos de mulheres na faixa etária supramencionada. Dessas gestações que foram levadas a termo, mais de 17% não eram primíparas. Além disso, ficou constatado que mais de 65% dessas gestações foram de adolescentes incluídas em alguma minoria (FREDERIKSEN, 2018).

4. Gravidez na adolescência

Nos países em desenvolvimento, tal como o Brasil, grande parte das gravidezes na adolescência é inesperada e indesejável e, como consequência disso, muitas delas aca-bam com abortos induzidos, os quais fre-quentemente são realizados em condições inseguras. Anualmente aproximadamente 750.000 gravidezes na adolescência são relatadas, das quais 82% não foram planejadas. Destas gravidezes relatadas, 59% terminaram com o nascimento, 14% em aborto espontâneo e 27% em aborto induzido (TSIKOURAS, 2018).

Já dentre os países de alta renda com as maiores taxas de gravidez na adolescência

encontra-se os Estados Unidos, onde anualmente são relatadas 625.000 casos, dos quais 82% não são planejados e resultantes da falta de uso ou uso indevido dos métodos contraceptivos (BERLAN, 2017)

5. Desafios do Planejamento Familiar na Adolescência

Apesar de ter sido observada uma relevante redução na gravidez na adolescência entre 1990 e início dos anos 2000, a qual esteve associada ao aumento do uso de anti-concepcionais (86%) e à abstenção ou demora no início da atividade sexual (14%), alguns fatores socioculturais e econômicos ainda per-sistem como empecilhos na manutenção desse cenário (TSIKOURAS, 2018).

Nesse contexto, em alguns países as leis e políticas restritivas ainda afetam a capacidade dos adolescentes de obter e usar os métodos anticoncepcionais. Em outros lugares, embora não haja restrições legais no oferecimento de serviços de planejamento familiar para os adolescentes, às atitudes, crenças e opiniões dos profissionais de saúde acabam limitando as informações, além de poderem inibir o uso de anticoncepcionais antes do casamento. Da mesma forma, mesmo em locais onde os adolescentes têm acesso aos anticoncepcionais, as normais sociais e culturais desempenham um papel importante na repressão ao uso, impedindo então o acesso ao tamanho familiar esperado. Entre outras barreiras frequentemente relatadas entre as adolescentes estão as informações equivocadas sobre os efeitos colaterais imediatos e a longo prazo dos métodos contraceptivos sobre a saúde e a capacidade futura de ter filhos (DE VARGAS, 2019).

Apesar de existirem diferentes ferramentas e abordagens baseadas em evidências para o fortalecimento das demandas referentes à saúde sexual e reprodutiva, ainda permanecem questionamentos quanto ao que se tem em estudos e a aplicação dos achados nos serviços de saúde, sobretudo se isso for feito em larga escala. Essa inabilidade de ampliar as intervenções tornou-se uma barreira para muitos países de baixa e média renda para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), fazendo então com que permaneçam num progresso limitado para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento relacionados à saúde (FIKREE; ZERIHUN, 2020).

Dentre os impedimentos para a implementação de serviços referentes à saúde sexual e reprodutiva em larga escala, sobretudo nos países de baixa e média renda, estão a falta de compromisso político e incapacidade de prestação de serviços, tanto tecnicamente quanto financeiramente. Segundo estudos, o compromisso governamental, os investimentos financeiros e sistemas de saúde fortalecidos são peças-chave nesse processo. Como exemplo disso temos a Nigéria, onde ocorreu a expansão de um programa de educação sexual abrangente, o qual incluiu o apoio das escolas e uma forte liderança política, apesar da falta de financiamento previsto. Da mesma forma, cita-se a Bolívia, em que a melhora da capa-cidade do sistema de saúde - por supervisão, treinamento, desenvolvimento de diretrizes de atenção pós-aborto e acesso a tecnologias essenciais - alcançou a institucionalização e a ampliação da atenção pós-aborto (FIKREE; ZERIHUN, 2020).

6. Impactos do Planejamento Familiar na Adolescência

Não é uma novidade o fato da adolescência ser um período de vida complexo. A se-

xualidade é um aspecto que perpassa a vida do adolescente, na qual as causas da gestação podem ter variadas explicações e diferenças interculturais. No Brasil, esse fenômeno se tornou ao longo dos anos um problema de saúde pública, já que os adolescentes comumente não se encontram preparados para o início da vida sexual, proporcionando um aumento de infecções sexualmente transmissíveis, além da possibilidade de abortos provocados (MOURA, 2014).

As ações de planejamento familiar brasileiras, ao menos quando relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos grandes problemas é que, na prática, o planejamento familiar preconizado pelo Ministério da Saúde, apesar de considerado prioritário, ocupa o segundo plano nos serviços de saúde. Sabe-se que nesses serviços maior ênfase é dada ao ciclo grávido-puerperal e atenção ao pré-natal, inclusive o encaminhamento para o plane-jamento familiar é feito, em sua grande maioria, para mulheres que já estão no processo de gestação e puerpério, o que faz então com que a organização do serviço não priorize oferecer às usuárias um risco minimizado de gravidez indesejada (MOURA, 2014).

Essa falha organizacional se torna ainda mais relevante para os adolescentes já que o sistema se torna ainda mais despreparado para o atendimento desse grupo etário e a demanda espontânea tende a ser pequena, ocorrendo também quando as adolescentes já estão grávidas e vão dar início ao pré-natal (MOURA, 2014).

Estudos mostraram que, no Peru, a ampliação dos serviços e da disponibilidade de anticoncepcionais colaborou com o incremento no uso de contraceptivos entre 1996 e 2000, de 41% para 44%, sendo o aumento na prevalência de uso de métodos modernos entre as mulheres de menor renda de 18% para 25% e de 32% para 57% em adolescentes, mostrando que pequenas ações podem ter impactos efetivos no planejamento familiar (GRIBBEL, 2007).

CONCLUSÃO

O planejamento familiar é essencial na redução dos casos de gravidez na adolescência no Brasil, visto que essa condição ainda é recorrente em países em desenvolvimento, principalmente nas populações socialmente vulneráveis. Sobre isso, sabemos que a implementação adequada do planejamento familiar não é somente uma estratégia para a redução no número de casos, mas também na prevenção de inúmeras consequências socioeconômicas e culturais da gravidez na adolescência, tal como discutido ao longo do capítulo.

No que diz respeito às barreiras enfrentadas para a correta realização do planejamento familiar no país, sabemos que existem fatores complexos que interferem nesse processo, como é o caso de influências culturais por parte dos profissionais, conceitos errôneos acerca da contracepção e os custos oriundos dessa prática. Da mesma forma, sabemos que a falta de incentivo por parte dos órgãos responsáveis também interfere de modo inegável na concretização dos programas. Apesar do esforço por parte das equipes de saúde, é fato que, muitas vezes, as verbas direcionadas são pífias.

A partir disso, avalia-se a importância do assunto acerca das implicações sociais de saúde atreladas a uma gravidez precoce e não planejada. Assim sendo, torna-se necessário

pensar sobre a gravidez na adolescência considerando a dimensão dos obstáculos que esses indivíduos enfrentam, advertindo então sobre a necessidade da realização de um planejamento familiar de qualidade (SELF, 2021).

Este capítulo indica que a maioria das mães adolescentes que não realizam o planejamento familiar adequado, isto é, não tenham acesso a orientações e cuidados, apresentaram probabilidades maiores de se tornarem gestantes novamente dentro de um prazo de um ano após o parto. Dessa forma, considerando esses e outros aspectos, é imprescindível a realização de um plane-jamento familiar adequado, sobretudo para aumentar as chances de contracepção pós-parto (POOJA, 2016).

Sendo assim, espera-se contribuir de forma significativa para a redução do alto índice de gravidez na adolescência, principalmente em países de média e baixa renda e naquelas famílias e comunidades marginalizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERLAN, Elise; PRITT, Nicole; NORRIS, Alison. Pediatricians' Attitudes and Beliefs about Long-Acting Reversible Contraceptives Influence Counseling. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v.30, n.1, p.47-52, fev.2017.

BRASIL. Lei n° 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília DF, out., 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. : il (Série A. Normas e Manuais Técnicos (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília, DF; 1996

COELHO, Elga. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2005, v. 58, n. 6, pp. 665-672.

DE VARGAS, Carolina et al. Contraception in adolescence: the influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low-and middle-income countries. Reproductive Health, v.16, n.21, 2019

FIKREE, Farival; ZERIHUN, Habtamu. Scaling Up a Strengthened Youth-Friendly Service Delivery Model to Include Long-Acting Reversible Contraceptives in Ethiopia: A Mixed Methods Retrospective Assessment. International Journal of Health Policy and Management, v.9, n.2, p. 53-64, 2020.

FREDERIKSEN Brittni et al. Clinic-Based Programs to Prevent Repeat Teen Pregnancy: A Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine, v.55, n.5, p.736-746, nov.2018.

GRIBBLE, James et al. Family Planning Policies and Their Impacts On the Poor: Peru's Experience. International Family Planning Perspectives, v.33, n.4, p.176-181, dez.2007.

HOOPES, Andrea et al. Knowledge and Acceptability of Long-Acting Reversible Contraception Among Adolescent Women Receiving School-Based Primary Care Services. Journal of Primary Care & Community Health, p.165-170, jul. 2016

HULTSTRAND, Jenny et al. Contraception use and unplanned pregnancies in a peri-urban area of eSwatini (Swaziland). Sexual & Reproductive HealthCare, v.20, p.1-6, jun.2019.

MOURA, Laís; GOMES, Keila. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 19, n. 03, pp. 853-863, mar.2014.

PINHEIRO, Yago; PEREIRA, Nathália; FREITAS, Giane. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. Cadernos Saúde Coletiva [online], v. 27, n. 4, p. 363-367, 2019.

PATEL, Pooja et al. Prenatal Discussion of Contraceptive Options in Teenage Pregnancies. Journal of Women's Health. v. 25, n.5, p. 449-452, 2016.

SALVADOR, Bruno Cascardo. Planejamento familiar e conscientização da população do município de Maria da Fé - Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2014. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SELF, Andrew et al. Youth accessing reproductive health services in Malawi: drivers, barriers, and suggestions from the perspectives of youth and parents. Reproductive Health, v.15, n.108, 2018.

SILVA Jacqueline; NUNES Maryelle. Planejamento familiar: uma base de dados. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v.9, n.2, p.510-519, jun.2017.

TINAGO, Chiwoneso et al. Understanding Conceptualizations of Pregnancy and Planning for Pregnancy Among Adolescent Girls and Young Women in Harare, Zimbabwe. Qualitative Health Research, v.28, n.9, p.1509-1519, jul.2018

TSIKOURAS, Panagiotis et al. Ten Years of Experience in Contraception Options for Teenagers in a Family Planning Center in Thrace and Review of the Literature. International Journal of Environmental Research and Public Health, v.15, n.2, p.348, 2018.

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

Palavras-chave: *Osteoarthritis; Obesity; Women*

CAPÍTULO 30

OSTEOARTRITE EM MULHERES OBESAS: HÁ RELAÇÃO?

AUTORES
KARIMI MOHAMED EL BACHA1
BARBARA MAZZONI1
EVALDO GABRIEL MARAVI DE ARRUDA1
JAMILE QUADROS BENT MOUSSA PEDRO1
JOÃO VICTOR FALCÃO BATISTA1
LAURA RAÍSSA SCHIO1
LETÍCIA TOSTA ANTÔNIO1
MANUELLY BENAYON CAVALCANTE1
MATHEUS GILBERTI BOTTCHER1
NAYARA BORGES BALESTERO1
MARCEL REIS QUEIROZ2

FILIAÇÃO
1Discente – Medicina Universidade Nove de Julho, São Bernardo do Campo, SP.
2Docente – Medicina Universidade Nove de Julho, São Bernardo do Campo, SP.

Palavras-chave: Osteoarthritis; Obesity; Women

INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é uma doença articular degenerativa de progressão lenta e gradual, que acomete as articulações sinoviais causan-do danos às cartilagens. A doença afeta mais comumente quadris, joelhos, mãos e pés. O principal sintoma referido é a dor, além de rigidez articular, limitação de movimento. Sinais de inflamação, também se associam ao quadro. A OA possui maior prevalência na população adulta, especialmente em indivíduos idosos, obesos e do sexo feminino (CASILDA-LOPEZ *et al*, 2018).

Segundo Landsmeer *et al.* (2018), em 2014, 39% da população adulta mundial foi classificada com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m2) e com um índice de massa corporal (IMC) elevado, o que aumenta o risco de desenvolver a OA pela sobrecarga de peso nas articulações. Atualmente, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é uma epidemia e um problema de saúde pública.

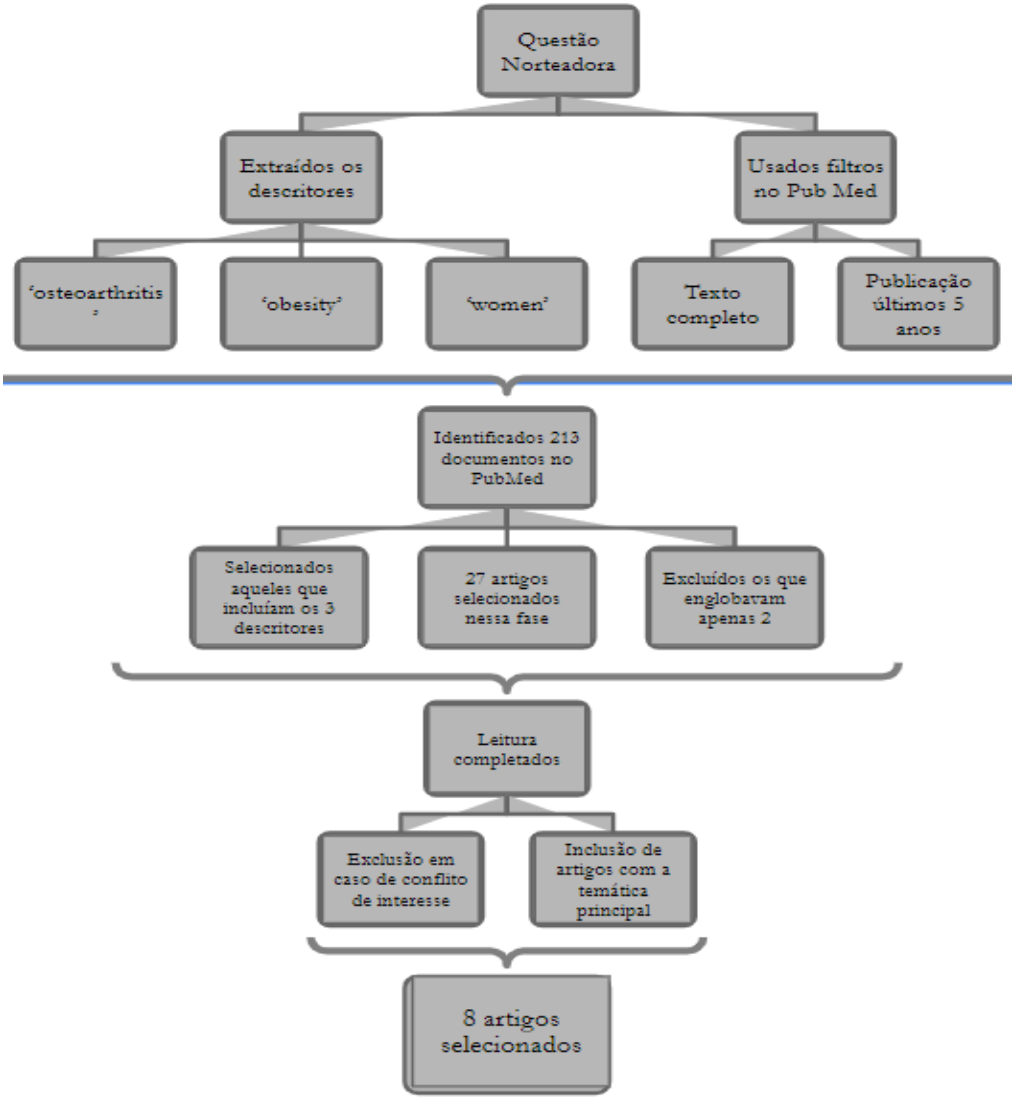
Ademais, fatores reprodutivos e hormonais femininos, como menopausa e o envelhecimento, alteram a massa corpórea da mulher, aumentando massa gorda e diminuindo massa magra (NUR, HAKAN e TIRAJE TUNCER, 2018). Somado a isso, o baixo nível do hormônio estrogênio na menopausa, diminui o estímulo das células de reposição do tecido conjuntivo (osso, cartilagem, músculo, etc.), favorecendo o envelhecimento desses tecidos (ZHOU *et al*, 2018).

Tendo em vista isso, ainda que existam artigos consideráveis associando obesidade à osteoartrite, são poucas as opções que trazem a relação entre a OA, obesidade e mulheres. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo pesquisar se sexo feminino e obesidade quando associados trazem malefícios ou benefícios para a progressão da AO.

MÉTODO

Foi elaborada uma questão norteadora para guiar o estudo “Existe relação entre obesidade em mulheres e osteoartrite?”. A partir dela, foram extraídos os descritores “osteoarthritis”,"obesity” and "women" que posteriormente foram pesquisados na base de dados PubMed. Os filtros texto completo e data de publicação nos últimos cinco anos (período entre 2016 e maio de 2021) foram utilizados para refinar a busca. A plataforma identificou 213 documentos, os títulos e o resumo foram lidos a fim de selecionar aqueles que relacionam os três descritores. O critério de inclusão dessa etapa foi relacionar todos os descritores, assim aqueles que citavam apenas 2 foram excluídos. Dessa forma, 27 documentos se encaixavam na seleção e foram lidos completamente. Por fim, os critérios de inclusão dessa etapa englobaram a inexistência de conflitos de interesse e que o artigo possuísse como temática principal a relação de osteoartrite e mulheres obesas. Foram selecionados 8 artigos ao final para compor essa revisão de literatura. A metodologia pode ser mais bem observada na **Figura 30.1.**

Figura 30.1 Passo a passo da seleção dos artigos



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise da literatura, é possível relacionar a OA com obesidade em mulheres, em especial no pós-menopausa. Mulheres obesas têm uma progressão de sinovite de até 2.5 vezes maior do que mulheres não obesas, sendo assim possuem mais chances de desenvolver AO. Esse cenário leva a uma diminuição da qualidade de vida entre o público afetado (LANDSMEER *et al*, 2018).

De acordo com López-Gómez *et al*. (2019), 96 mulheres em situação de pós-menopausa com IMC > 35kg/m^2 foram analisadas 6 meses após a intervenção de uma dieta hiperproteica normocalórica. Como resultado, houve redução de 10,2% no IMC, em relação ao início, e melhora dos parâmetros de reabsorção óssea, como diminuição do paratormônio (PTH) e aumento da vitamina D.

Os pontos positivos encontrados durante a execução do trabalho foram a grande disponibilidade de estudos amostrais com intervenção, além da atualidade deles. Quanto às limitações, a falta de estudos específicos com a população feminina brasileira e a pouca especificação dos grupos controles, foram as principais dificuldades.

O impacto da obesidade sobre as articulações se dá, em especial, devido ao sobrepeso extra nas articulações e os efeitos metabólicos gerados pelo tecido adiposo. Esse é um metabólito ativo que libera fatores inflamatórios, em especial adipocinas e citocinas, como a interleucina (IL-6), que potencializam possíveis inflamações que possam ocorrer. Outro fator que contribui para o desenvolvimento da OA são as alterações hormonais, como por exemplo a reposição hormonal realizada por mulheres na pós-menopausa, em que os receptores de estrogênio no sistema músculo-esquelético sofrem alterações que influenciam na reabsorção óssea (ZHOU *et al*, 2018).

A obesidade associada à OA pode causar consequências em diferentes níveis de funcionalidade, qualidade do sono e qualidade de vida do paciente (CASILDA-LOPEZ *et al*, 2018). Relacionando com a parte clínica, segundo Runhaar *et al*. (2016), a perda de 5% do peso corporal é capaz de prevenir o desenvolvimento de OA, além de ser capaz de reduzir o nível de glicose no sangue, pressão arterial, percentual de gordura, circunferência da cintura, e até mesmo redução da mortalidade devido a problemas cardiovasculares.

A seguir o **Quadro 30.1** resume os principais achados de cada artigo desta revisão:

Quadro 30.1 Artigos selecionados para o desenvolvimento

Autores	**Tipo**	**Objetivo**	**Principais Achados**
Zhou *et al*., 2018.	Estudo transversal	Analisar os efeitos de fatores reprodutivos e hormonais e da obesidade na prevalência de osteoartrite no joelho entre mulheres chinesas.	Fatores reprodutivos e hormonais, como número de gestações e uso de hormônios, são ligados ao desenvolvimento de OA de joelho, sendo aumentados quando associados a obesidade. A análise foi feita em mulheres chinesas de meia idade e mais velhas.
Autores	**Tipo**	**Objetivo**	**Principais Achados**

Nur Hakan e Tiraje Tuncer *et al*, 2018.	Estudo transversal	Examinar a relação entre as medidas de composição corporal e a osteoartrite do joelho em mulheres na pós-menopausa.	Peso excessivo sobre as articulações, reações metabólicas no tecido adiposo e mudanças hormonais em mulheres, são fatores relevantes para o desenvolvimento de OA, e frequentemente, estão associados.
Casilda-López *et al.*, 2018.	Estudo observacional	Descrever perfil clínico de mulheres com OA de joelho de acordo com o IMC	Os achados sugerem que mulheres com OA e obesidade têm diminuição da funcionalidade, mais distúrbios do sono e menor qualidade de vida. O IMC é um fator de alta relevância que somado a dor e rigidez reduz a funcionalidade.
López-Gómez *et al.*, 2019.	Estudo não randomizado	Determinar o efeito da perda de peso no metabolismo ósseo	A perda de peso, quando significativa, acarreta melhora nos parâmetros de reabsorção óssea, principalmente a vitamina D circulante.
Orellana *et al.*, 2020.	Artigo de Revisão	Analisar a associação de leptina e adiponectina com a gravidade clínica e marcadores inflamatórios em mulheres obesas e não obesas com osteoartrite	A adiponectina no líquido sinovial está associada com a gravidade clínica e marcadores inflamatórios, já a leptina não teve relação. O peso das mulheres também não tem relação com os marcadores.
Autores	**Tipo**	**Objetivo**	**Principais Achados**

Landsmeer*et al*, 2018.	Estudo Transversal	Avaliar os efeitos da mudança de peso na progressão de osteoartrite em mulheres obesas e não obesas sem osteoartrite	Em mulheres com sobrepeso e obesas, a progressão de sinovite aumenta em até 2.5 vezes comparada a mulheres com o peso estável.
Runhaar *et al*., 2016.	Estudo Randomizado Controlado	Avaliar o efeito da perda moderada de peso na incidência de OA de joelho em mulheres de meia-idade com sobrepeso e obesidade	Uma redução de ≥5 kg ou 5% do peso corporal em um período de 30 meses reduz o risco de aparecimento de OA radiográfica do joelho em mulheres de meia-idade com sobrepeso e obesas.
Landsmeer*et al*, 2016.	Artigo de revisão	Avaliar os efeitos preventivos de um ensaio clínico randomizado na progressão das características de imagem por ressonância magnética (MRI) da OA em mulheres com sobrepeso e obesas.	Indivíduos com alto risco de desenvolvimento de OA do joelho, um programa de dieta e exercícios, o sulfato de glucosamina e sua combinação mostraram efeitos pequenos e principalmente não significativos na progressão das características de OA MRI.

CONCLUSÃO

De acordo com os estudos analisados, a osteoartrite está associada a mulheres que possuem massa corporal elevada. Obesidade e alterações hormonais, sofridas em especial por mulheres pós-menopausa, estão diretamente ligados ao desenvolvimento de osteoartrite. Com o crescente aumento da obesidade mundial, é importante ressaltar que a perda de peso não traz a regressão da doença, apenas alivia os sintomas associados e melhora em partes a qualidade de vida, pois o sobrepeso afeta diretamente a capacidade de realizar pequenas tarefas do cotidiano. Assim, é fundamental a detecção de fatores agravantes para a OA antes que a doença se desenvolva, bem como acompanhamento médico e multidisciplinar adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LANDSMEER, M. L. A. *et al*. Effect of weight change on progression of knee OA structural features assessed by MRI in overweight and obese women. Osteoarthritis Cartilage, v. 26, n. 12, p. 1666-1674, dez. 2018.

LANDSMEER, M. L. A. *et al*. Reducing progression of knee OA features assessed by MRI in overweight and obese women: secondary outcomes of a preventive RCT. Osteoarthritis Cartilage, v. 24, n. 6, p. 982-990, jun. 2016.

LÓPEZ-GÓMEZ, Juan José *et al*. Effect of weight loss on bone metabolism in postmenopausal obese women with osteoarthritis. Obesity Research & Clinical Practice, v. 13, n. 4, p. 378-384, jul-ago. 2019.

CASILDA-LOPEZ, Jesús *et al*. El índice de masa corporal como fenotipo en el perfil clínico y funcional en mujeres con osteoartritis de rodilla. Revista Médica de Chile, Santiago, v. 146, n. 9, p. 987-933, set. 2018.

NUR, Hakan; TIRAJE, Tuncer. The relationship between body composition and knee osteoarthritis in postmenopausal women. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 64, n. 2, p. 121-125, mar. 2018.

ORELLANA, Cristóbal *et al.* Synovial adiponectin was more associated with clinical severity than synovial leptin in women with knee osteoarthritis. Cartilage, p. 1-9, fev. 2020.

RUNHAAR, Jos *et al.* Prevention of incident knee osteoarthritis by moderate weight loss in overweight and obese females. Arthritis Care & Research, v. 68, n. 10, p. 1428-1433, out. 2016.

ZHOU, Min *et al.* Combined effects of reproductive and hormone factors and obesity on the prevalence of knee osteoarthritis and knee pain among middle-aged or older Chinese women: a cross-sectional study. BioMed Central Public Health, v. 18, n. 1, p. 1192, out. 201

SAÚDE DA MULHER
EDIÇÃO 3 | VOLUME 2
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

CAPÍTULO 31

NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

AUTORES
ELISA MORAES CARVALHO1
GUSTAVO GALARZA RODRIGUES1
LARISSA JANUÁRIO SALGADO1
MARIANA FERNANDES MOREIRA DOS SANTOS1
MATHEUS AUGUSTO FERREIRA1
RAFAELA PEREIRA PINHEIRO1

FILIAÇÃO
1Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

Palavras-chave: Neoplasia Intraepitelial Cervical; IST; Rastreamento.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é considerado um notável problema de saúde pública e uma das principais causas de morte no mundo. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, a estimativa da incidência de casos de câncer de colo em mulheres é de 16.590 em 2020, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. É o terceiro mais frequente na população feminina brasileira, atrás somente do câncer de mama e do câncer colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, existem cerca de 6 milhões de mulheres, entre 35 a 49 anos, no Brasil, que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021). Nesta faixa etária, ocorrem mais casos positivos de câncer de colo do útero do que em qualquer outra.

Sua incidência é mais alta em países subdesenvolvidos quando comparado aos países mais desenvolvidos, sendo que cerca de 80% dos óbitos em consequência do câncer de colo ocorrem em países em desenvolvimento. Em geral, ela começa a partir de 30 anos, aumentando o risco até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos (ARBYN et al., 2020).

Um de seus principais fatores de risco é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), infecção sexualmente transmissível que mais acomete as mulheres. São registrados aproximadamente 160 mil casos por ano no Brasil. Entretanto, apesar de ser fator importante, não é suficiente para o desenvolvimento da doença (CARVALHO et al., 2017).

Em consequência da alta ocorrência de câncer cervical no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa de Combate ao Câncer de Colo de Útero, no qual estabelece o rastreamento de lesões precursoras por meio do exame citopatológico, denominado Papanicolau, e o exame de citologia oncótica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que no mínimo 80% da população feminina entre 25 e 64 anos com vida sexual ativa realize o exame citopatológico a cada três anos, após dois exames consecutivos negativos. Apesar dos avanços no rastreamento precoce do câncer de colo do útero e da gratuidade na realização do exame Papanicolau pelo SUS, o índice da doença ainda é elevado no Brasil.

Assim, o objetivo deste capítulo foi o de revisar os principais aspectos etiológicos e epidemiológicos do câncer de colo de útero, bem como seu rastreamento, diagnóstico e principais tratamentos. Essa revisão busca elucidar o assunto, de maneira clara, para os profissionais e acadêmicos de saúde, a fim de destacar a importância do rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões em tempo oportuno.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de maio a julho de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, Scielo e sites do Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer. Foram utilizados os descritores: neoplasia intraepitelial cervical, câncer de colo de útero, IST, rastreamento, conização, adequadamente traduzidos conforme o site de busca.

A seleção dos trabalhos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: publicações de língua inglesa ou portuguesa; originais; publicados no período de 2000 a 2021; que abordavam as temáticas propostas para esta revisão; estudos do tipo revisão e metanálise disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponi-

bilizados na forma de resumo e que não atendiam aos critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram treze artigos que foram submetidos à leitura para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, sendo divididos em categorias temáticas que abordaram etiologia, epidemiologia, rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia

A presença do HPV em 99% dos casos de câncer de colo do útero e as medidas de associação apresentadas demonstram a maior atribuição de causa específica já relatada até os dias de hoje para um tipo de câncer em seres humanos. Dessa maneira, está comprovado que a infecção pelo HPV é causa necessária para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Essa infecção é muito comum, cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo da vida.

Na maioria dos casos, a infecção do colo uterino pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição. Na pequena minoria dos casos nos quais a infecção permanece, especialmente causada por um tipo viral oncogênico, pode ocorrer o desenvolvimento de lesões precursoras, cuja identificação precoce e tratamento correto possibilita a regressão e prevenção para o carcinoma cervical invasivo.

Os HPV infectam pele e mucosas. Existem mais de 150 tipos, dos quais 40 podem infectar o trato genital. Destes, 12 são de alto risco e podem provocar câncer (dito oncogênicos) e outros podem causar condilomas genitais. Os HPV tipos 16 e 18 são responsáveis por aproximadamente 70% de todos os carcinomas cervicais, por serem mais mitogênicos.

Além da própria infecção pelo HPV, outros fatores relacionados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem impactar nos mecanismos ainda desconhecidos que determinam a evolução da infecção e da progressão das lesões precursoras. Com isso, os fatores de risco incluem a idade precoce da iniciação sexual, múltiplos parceiros sexuais, parceiro sexual de alto risco, imunossupressão (por exemplo, pós-transplante ou doenças de imunodeficiência), história de infecção sexualmente transmissível, história de displasia vulvar ou vaginal relacionada ao HPV e não adesão ao exame de rastreio.

A idade também é um fator de risco. Na maioria das mulheres abaixo de 30 anos com a presença do HPV, a infecção regride espontaneamente, sendo que acima dos 30 anos a persistência é mais frequente. O tabagismo é importante fator no desenvolvimento do câncer de colo de útero, estando diretamente relacionado à carga tabágica. O mecanismo de ação se correlaciona com o efeito carcinogênico da nicotina no muco cervical e com a redução da resposta imune a partir da menor atividade das células natural killer e da redução de IgG e IgA.

Epidemiologia

O câncer de colo uterino ocupa lugar de destaque no mundo, sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina (atrás do câncer de mama e do colorretal), e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no

Brasil (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021).

Apresenta uma incidência de 18.430 novos casos ao ano e cerca de 4.800 mortes/ano, perdendo apenas para o câncer de mama. Seu risco estimado gira em torno de 15,45 casos a cada mil mulheres. Para o ano de 2020, a estimativa é de 16.710 novos casos de câncer de colo de útero, correspondendo a 7,5% do total de casos de neoplasias (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020).

Com o início do rastreamento do câncer de colo de útero, houve uma importante redução da incidência e da mortalidade da doença e aumento da sobrevida das pacientes. A diminuição da incidência do câncer de colo uterino é possível se mulheres com lesões precursoras tiverem acesso ao tratamento adequado (GIRIANELLI et al., 2014).

O câncer de colo de útero está intimamente relacionado à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), muito frequente atualmente, é responsável por cerca de 70% dos cânceres cervicais. Estima-se que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Sendo que, cerca de 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, e cerca de 32% estão infectadas pelos subtipos oncogênicos (SANJOSÉ et al., 2007).

Estratificação de risco

O câncer de colo do útero torna-se mais evidente na faixa etária entre 20 e 29 anos e seu risco aumenta rapidamente até atingir um pico na faixa etária entre 45 e 49 anos. Tanto sua incidência como a mortalidade estão relacionadas à pobreza, dificuldade aos serviços de saúde, vivência rural e ao baixo nível socioeconômico e educacional, implicando em menores taxas de rastreamento populacional (FONSECA et al., 2021).

A neoplasia está associada à infecção persistente por vírus oncogênicos do HPV, sendo os subtipos HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (BRUNI et al., 2019). Os fatores de risco para a infecção persistente/recorrente por HPV ou NIC são similares às associadas ao câncer de colo de útero. Idade, paridade, grau da lesão, status da margem e extensão glandular têm sido citados como fatores de risco para HPV persistente e doença residual (FONSECA et al., 2021).

A infecção pelo HPV é um dos fatores de risco mais associados ao câncer de colo de útero, entretanto, também podemos citar outros fatores relacionados à neoplasia. A genética, comportamento sexual, imunidade, tabagismo, iniciação sexual precoce, multiparidade, uso de contraceptivos orais e múltiplos parceiros sexuais são fatores que também devem ser levados em consideração. Esses demais fatores de risco interagem, de maneira a aumentar a suscetibilidade do hospedeiro ao vírus HPV, propiciando sua multiplicação e persistência (INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2009).

Rastreamento

O Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, seu órgão técnico e coordenador das ações nacionais de prevenção e controle do câncer, e em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, desenvolve, desde 1997, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Este Programa estabelece as normas e recomendações básicas de prevenção, detecção, diagnóstico e trata-

mento do câncer do colo uterino, para todo o Brasil.

A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas por meio de programas organizados de rastreamento. O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Segundo a OMS, com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Segundo as diretrizes brasileiras, o exame de Papanicolau deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas da faixa etária de 25 a 59 anos, definida como a população-alvo. Essa faixa etária é justificada por ser a de maior ocorrência das lesões pré-malignas de alto grau, passíveis de serem efetivamente tratadas e não evoluírem para câncer. Antes de 25 anos, prevalecem as lesões de baixo grau, cuja maior parte regredirá espontaneamente e deverá ser apenas observada. Após 60 anos, por outro lado, se a mulher tiver tido acesso à rotina dos exames preventivos, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é menor, dada a sua lenta evolução. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento se os últimos exames estiverem normais.

A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a realização do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. No Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual.

Os resultados do exame Papanicolau e as correspondentes condutas preconizadas estão descritas na Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas (**Tabela 31.1**).

No caso de amostras insatisfatórias, o exame deve ser repetido. As mulheres com resultados de Papanicolau negativo e amostras sem a representatividade de célula colunar (do canal cervical) devem ser avaliadas clinicamente com vistas à necessidade de nova coleta (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de colo uterino é baseado no tripé: citologia, colposcopia e biópsia. Resumindo, se a paciente apresentar um resultado de citologia oncótica alterado (**Tabela 31.1**), é mandatório o encaminhamento para colposcopia. Durante o exame colposcópico, alguns testes serão aplicados pelo ginecologista, com a finalidade de evidenciar áreas de atividade mitótica, como: Teste de Schiller e do Ácido Acético. Diante da testagem, caso o médico encontre alguma lesão ou achado anormal (lesão acetobranca, mosaico, pontilhado, leucoplasia protuberante ou vasos atípicos), será necessária uma biópsia para determinar o tipo histológico envolvido, ou seja, o diagnóstico será firmado pelo patologista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tabela 31.1 Diagnósticos citopatológicos com suas respectivas condutas iniciais e faixa etárias recomendadas

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

Fonte: INCA, 2016.

É importante destacar que a colposcopia ainda pode ser indicada como conduta adicional após um rastreamento com DNA-HPV positivo (exame que consiste na coleta e análise de células do colo do útero e identifica, além da presença do DNA de HPV no organismo, a agressividade do vírus). A colposcopia imediata provavelmente leva à detecção mais precoce de lesões de alto grau em comparação à citologia cervical. Entretanto, apresenta uma taxa maior de detecção de lesões de baixo grau sem significado clínico, ressaltando que a presença do papilomavírus humano não significa que a paciente tenha câncer de colo do útero, mas indica que pode vir a desenvolver a doença (KYRGIOU et al., 2017).

Estadiamento

O estadiamento do CA de colo de útero é predominantemente clínico, mas também radiológico (BHATLA, 2018), dessa forma, além do exame físico completo com avaliação ginecológica e retal, realiza-se Ressonância Magnética da pelve para melhor detalhamento do tumor e seu grau de invasão, associada a Tomografia Computadorizada de tórax e abdome superior para avaliação de linfonodos e presença de metástases (hepática, óssea e pulmonar).

A classificação se dá em 4 estágios (I, II, III e IV), além de diversas subdivisões, como:

estágio IA2, estágio IIIC2 ou estágio IVB, por exemplo. Tal classificação não será detalhada neste capítulo por se tratar de tema muito específico da área, o que foge do propósito deste capítulo.

Tratamento

Segundo Fonseca et al (2005), no tratamento das lesões precursoras, tanto o tratamento ablativo quanto o excisional são utilizados. Os métodos ablativos incluem a crioterapia, a ablação a laser, a eletrofulguração e a cauterização química. Já os métodos excisionais, que permitem a avaliação anatomopatológica por meio do espécime retirado, são: a conização realizada com bisturi a frio, a conização eletrocirúrgica (realizada com eletrodo agulha ou eletrodo em alça, também conhecida por cirurgia de alta frequência) e a conização a laser.

A escolha da técnica a ser usada no tratamento (excisão ou destruição local) depende de critérios que devem ser considerados pelo examinador: idade da paciente, paridade, desejo reprodutivo, risco de perda de seguimento, habilidade do operador e colposcopia satisfatória.

Atualmente, a cirurgia de alta frequência utilizando eletrodo em alça (CAF), método introduzido por Prendiville, vem sendo cada vez mais utilizada para a excisão de toda a zona de transformação. Inicialmente, a coni-zação com CAF era reservada para os casos nos quais a zona de transformação era totalmente visível e confinada ao colo uterino e quando não havia suspeita de doença microinvasora ou invasora na citologia e na colposcopia. Porém, tem sido demonstrado que a conização por CAF apresenta resultados terapêuticos similares aos da conização por bisturi a frio e é um método mais rápido, mais econômico e com menos complicações.

A conização por bisturi a frio é o procedimento cirúrgico tradicional e também o método “padrão-ouro”, no qual se baseiam os dados para estudos de outros métodos, porém está associada à significativa morbidade, principalmente hemorragia e estenose cervical.

A frequência de comprometimento das margens do cone varia de 7,2 a 43,5% e depende de vários fatores, tais como: grau de severidade da Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), envolvimento de endocérvice, dimensões do cone e técnica de conização. Sabe-se hoje que uma conização ampla e com adequada avaliação das margens cirúrgicas é suficiente para o tratamento da NIC 3 e até do carcinoma microinvasor (estágio clínico Ia1) (FONSECA et al, 2005).

Acompanhamento

Atualmente não há consenso sobre a periodicidade das avaliações no seguimento pós-tratamento ou quais testes devem ser utilizados, entretanto, Raspagliesi et al. (2005) recomendam que o seguimento deve ser regular e periódico por meio de citologia oncótica e colposcopia, com intervalos mais curtos no primeiro ano (três a quatro meses) e, a cada seis meses, por três a cinco anos. Após cinco anos, passa-se por um acompanhamento anual e realiza-se biópsia apenas em caso de lesão suspeita.

É importante destacar que a realização da citologia deve ser mantida em todas as pacientes, inclusive naquelas que foram submetidas a excisão completa do colo uterino, nesse caso, a amostra será coletada da porção distal da vagina em fundo cego.

Em suma, é imprescindível conscientizar as pacientes que os cuidados médicos não finalizam após o tratamento, é preciso garantir a não recidiva da doença, acompanhando sempre através de exames.

CONCLUSÃO

O câncer do colo do útero é uma doença crônica que pode ocorrer a partir de mudanças intra epiteliais e que podem, no período médio de 5 a 6 anos, se transformar em processo invasor. Assim, a forma mais eficaz de controlar esse tipo de tumor é diagnosticar e tratar as lesões precursoras (neoplasias intraepiteliais), e as lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos.

O capítulo apresenta uma revisão dos principais conceitos relacionados ao tema de Neoplasia intra-epitelial cervical, tratando da definição, etiologia, epidemiologia, estratificação de risco, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, buscando sintetizar o estado-da-arte da área, ou seja, mapear como a literatura clássica e a mais recente tratam o tema. O trabalho busca, também, elucidar sobre o assunto, de forma fácil e compreensível para os mais diversos profissionais e acadêmicos da área da saúde, destacando para esse público a importância do rastreamento, diagnóstico e tratamento das lesões precursoras em tempo oportuno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBYN, M; *et al*. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Health, v. 8, n. 2, p. 191-203, fev. 2020.

BHATLA, N., *et al*. Cancer of the cervix uteri. International journal of gynaecology and obstetrics. v.143. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRUNI L., *et al*. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report, 2019. Disponível em: <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

CARVALHO, M. et al. Fatores de risco de mulheres adolescentes e jovens frente ao Papilomavírus Humano [Human Papilloma Virus-related risk factors for adolescent and young women] [Factores de riesgo para las adolescentes y jóvenes mujeres ante el Virus del Papiloma Humano]. Revista Enfermagem UERJ v. 25, p. e25823, dez. 2017.

DERCHAIN, S., *et al*. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005, v. 27, n. 7, pp. 425-433.

FONSECA, F.; *et al*. Neoplasia Intraepitelial Cervical: da Etiopatogenia ao Desempenho da Tecnologia no Rastreio e no Seguimento. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 24, n. 1, p. 53–61, 29 jul. 2021.

GIRIANELLI, V., *et al.* Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. Revista de Saúde Pública [online]. 2014, v. 48, n. 3, pp. 459-467.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf>. Acesso em: 28 julho 2021.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//…> Acesso em: 12 maio 2021.

Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Câncer de colo do útero. In: Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Tipos de câncer. [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 29 mar. 2021.

International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Philadelphia, v. 18, n. 4, abr. 2009.

KYRGIOU M., KALLIALA IE., MITRA À., et al. Immediate referral to colposcopy versus cytological surveillance for minor cervical cytological abnormalities in the absence of HPV test. Cochrane Database Syst Rev. v. 1. 2017.

Neoplasia Intra-Epitelial Cervical - NIC. Revista Brasileira de Cancerologia, [S.l.], p. 355-57, 23 fev. 2000.

RASPAGLIESI, F., *et al*. Microinvasive squamous cell cervical carcinoma. Critical Reviews in Oncology/hematology. v..15, 2003.

SANJOSÉ, S.; *et al*. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases, [s. l.], v. 7, ed. 7, p. 453-459, 3 jul. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes : policies and managerial guidelines, 2nd ed. [S. l.: s. n.], 2002.