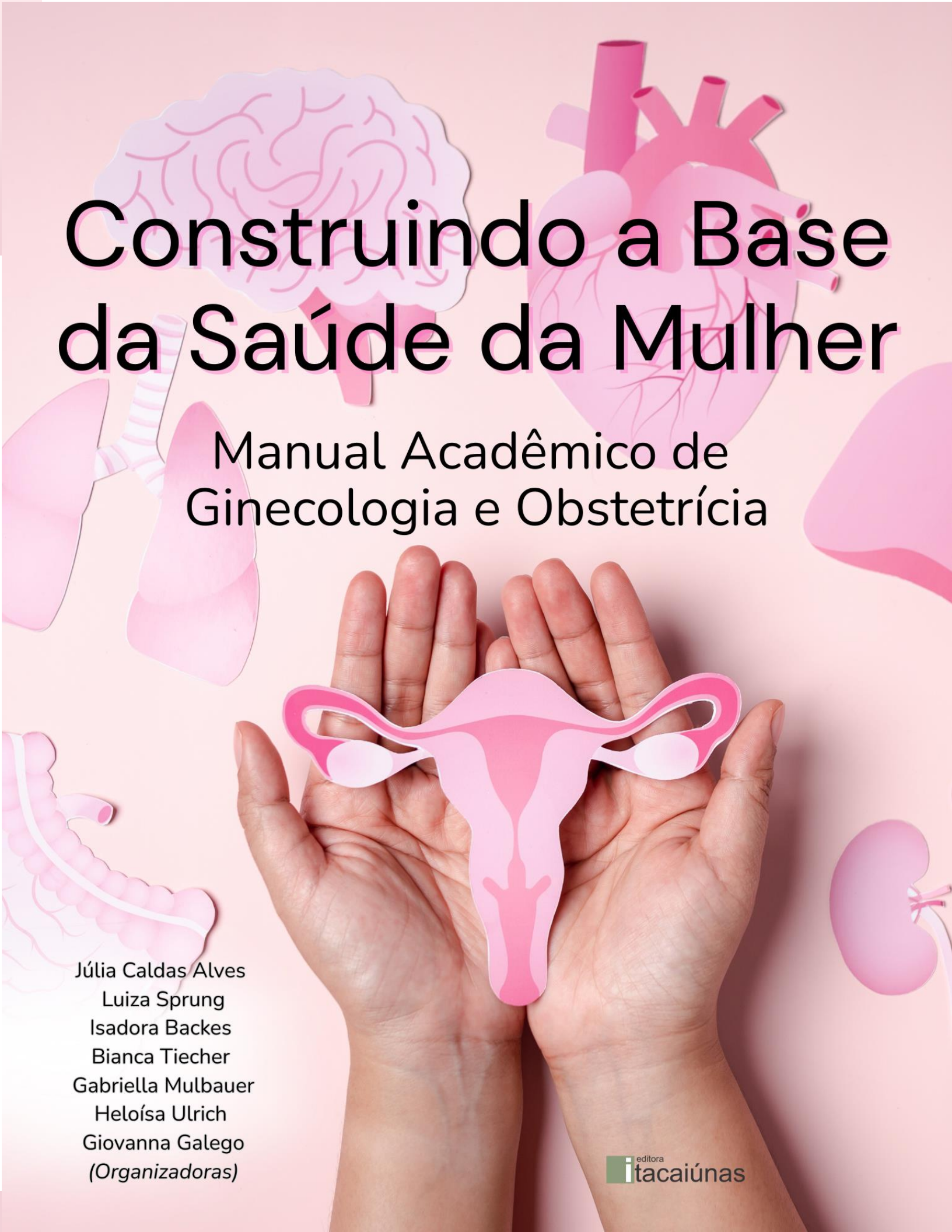




Construindo a Base da Saúde da Mulher

Manual Acadêmico de
Ginecologia e Obstetrícia

Júlia Caldas Alves
Luiza Sprung
Isadora Backes
Bianca Tiecher
Gabriella Mulbauer
Heloísa Ulrich
Giovanna Galego
(Organizadoras)

editora
itacaiúnas

Júlia Caldas Alves
Luiza Sprung
Isadora Backes
Bianca Tiecher
Gabriella Mulbauer
Heloísa Ulrich
Giovanna Galego
(Organizadoras)

Construindo a Base da Saúde da Mulher:

Manual Acadêmico de Ginecologia e Obstetrícia

1ª edição

Editora Itacaiúnas
Ananindeua – PA
2025

©2025 por Júlia Caldas Alves, Luiza Sprung, Isadora Backes, Bianca Tiecher, Gabriella Mulbauer, Heloísa Ulrich e Giovanna Galego (Organização)
©2025 por diversos autores

Todos os direitos reservados.

1ª edição

Conselho editorial / Colaboradores

Márcia Aparecida da Silva Pimentel – Universidade Federal do Pará, Brasil
José Antônio Herrera – Universidade Federal do Pará, Brasil
Márcio Júnior Benassuly Barros – Universidade Federal do Oeste do Pará, Brasil
Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Wildoberto Batista Gurgel – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Brasil
André Luiz de Oliveira Brum – Universidade Federal de Rondônia, Brasil
Mário Silva Uacane – Universidade Licungo, Moçambique
Francisco da Silva Costa – Universidade do Minho, Portugal
Ofélia Pérez Montero - Universidad de Oriente – Santiago de Cuba, Cuba

Editora-chefe: Viviane Corrêa Santos – Universidade do Estado do Pará, Brasil
Editor e web designer: Walter Luiz Jardim Rodrigues – Editora Itacaiúnas, Brasil

Editoração eletrônica e capa: Walter Rodrigues
Revisão geral: dos organizadores e autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

C758 Construindo a Base da Saúde da Mulher: Manual Acadêmico de Ginecologia e Obstetrícia [recurso eletrônico] / organizado por Júlia Caldas Alves, Luiza Sprung, Isadora Backes, Bianca Tiecher, Gabriella Mulbauer, Heloísa Ulrich e Giovanna Galego. - 1.ed. – Ananindeua: Itacaiúnas, 2025.
Ebook . PDF; 1.0 MB

ISBN: 978-85-9535-376-3 (e-book)
DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3

1. Saúde da mulher. 2. Ginecologia. 3. Obstetrícia. 4. Educação médica. 5. Manual acadêmico. I. Título.

CDD 618
CDU: 618

Índice para catálogo sistemático:

1. Ginecologia e obstetrícia: 618

E-book publicado no formato PDF (*Portable Document Format*). Utilize software [Adobe Reader](#) para uma melhor experiência de navegabilidade nessa obra.

Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es). Esta publicação está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](#)

Esta obra foi publicada pela **Editora Itacaiúnas** em dezembro de 2025.



Sumário

INTRODUÇÃO	6
1. ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO	7
Luana Sperka e Renata Bocalon	
<i>Revisado por: Dra Luiza Sprung</i>	
2. ANAMNESE GINECOLÓGICA E SEXUAL	14
Ana Julia Bordignon Tozzo.	
<i>Revisado por: Dra Paulina Santander</i>	
3. ANAMNESE OBSTÉTRICA.....	22
Renata Bocalon	
<i>Revisado por: Dr Rodrigo Furtado</i>	
4. EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO.....	27
Ana Júlia Tozzo e Gabriella Gretter	
<i>Revisado por: Dr Jan Pawel Andrade Pachnicki</i>	
5. EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO	37
Thainá Kühler e Bianca Tiecher	
<i>Revisado por: Dr Jan Pawel Andrade Pachnicki</i>	
6. CICLO MENSTRUAL E SEUS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS.....	49
Yasmin Bauer e Luana Sperka	
<i>Revisado por: Dra Luiza Sprung</i>	
7. DOR PÉLVICA: AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.....	54
Édillyn Lombardi e Isadora Backes	
<i>Revisado por: Dra Luiza Dall'Asta</i>	
8. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL: ABORDAGEM INICIAL.....	62
Gabrielle Carvalho e Julia Campos	
<i>Revisado por: Dra Luiza Dall'Asta</i>	
9. PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	74
Mariana Mafra e Erika Szesesniak Benites	
<i>Revisado por: Dra Luiza Dall'Asta</i>	

10. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: TIPOS E ABORDAGEM NA CONSULTA.....	97
Heloisa Ulrich e Mariana Crema	
<i>Revisado por: Dra Larissa Luiz</i>	
11. INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSOS	108
Julia Meneguelli Goes e Paola Ferrari Schwarz	
<i>Revisado por: Dra Simone dos Reis Brandão da Silveira</i>	
12. CLIMATÉRIO E MENOPAUSA.....	114
Heloísa M. Ulrich e Gabrielle Carvalho	
<i>Revisado por: Dra Simone dos Reis Brandão da Silveira</i>	
13. DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL	126
Letícia Marcinichen Pozzobon e Júlia Tosin de Oliveira	
<i>Revisado por: Dra Cecília Moreschi</i>	
14. AVALIAÇÃO E MANEJO INICIAL DO TRABALHO DE PARTO	134
Caroline de Souza Curcio e Matheus Shibata Facchi	
<i>Revisado por: Dra Isabella Suriano</i>	
15. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	144
Ellen Paula Schetz Zawierucha e Gabriella Mulbauer	
<i>Revisado por: Dra Carolina Brunini</i>	
16. SANGRAMENTOS DE CADA TRIMESTRE.....	151
Júlia Caldas Alves e Giovanna Veiga	
<i>Revisado por: Dra Camila Schneckenberg</i>	
17. EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS.....	163
Julia Meneguelli Goes e Giovanna Galego de Andrade	
<i>Revisado por: Dra Carolina Brunini</i>	
18. PUERPÉRIO: MANEJO E ORIENTAÇÕES.....	182
Julia Mendes Campos e Thainá Kühler Lima	
<i>Revisado por: Dr Sheldon Rodrigo Botogoski</i>	

INTRODUÇÃO

A Liga Acadêmica de Saúde da Mulher (LISAM) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) nasceu do interesse comum de estudantes e professores em aprofundar o conhecimento sobre a saúde da mulher, unindo ciência, prática e compromisso social. Ao longo de nossas atividades, percebemos que, muitas vezes, os acadêmicos encontram dificuldade em reunir, de forma clara e organizada, os conteúdos essenciais para o estudo de Ginecologia e Obstetrícia.

Assim surgiu o “Construindo a Base da Saúde da Mulher: Um Manual Acadêmico de Ginecologia e Obstetrícia”. Nosso objetivo é oferecer um material que sirva como apoio aos estudos, reunindo os principais tópicos da especialidade, com linguagem acessível, conteúdo atualizado e com foco nas necessidades do estudante de medicina.

Este manual não pretende substituir livros-texto ou diretrizes oficiais, mas propõe-se a atuar como um complemento prático e objetivo, integrando teoria e vivência acadêmica. Aqui, você encontrará desde fundamentos básicos até abordagens clínicas mais específicas, sempre com a preocupação de relacionar o conhecimento à prática médica responsável e humanizada.

Esperamos que este material contribua para fortalecer a formação acadêmica, servir de apoio nas diferentes etapas do internato e inspirar o cuidado integral à saúde da mulher — missão que orienta nosso trabalho dentro e fora das salas de aula.

LISAM 2025

1. ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_001

Luana Sperka e Renata Bocalon
Revisado por: Dra Luiza Sprung

O entendimento das estruturas anatômicas — desde os órgãos genitais externos até as complexas relações entre útero, ovários e trompas — é essencial para a avaliação adequada da saúde da mulher. Da mesma forma, os aspectos fisiológicos que envolvem o ciclo menstrual, a regulação hormonal e os eventos que permitem a concepção e a gestação são pilares para o raciocínio clínico em diversas situações, desde distúrbios menstruais até a infertilidade e a menopausa. Assim, este capítulo busca oferecer uma base sólida para compreender os processos reprodutivos femininos em sua totalidade.

ANATOMIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino constitui-se de um conjunto de estruturas anatômicas organizadas em genitália externa e interna, as quais exercem funções complementares e fundamentais para o adequado funcionamento do processo reprodutivo.

GENITÁLIA EXTERNA

A vulva é formada por um conjunto de estruturas, incluindo os grandes lábios, os pequenos lábios, o vestíbulo da vagina, as glândulas de Bartholin, a área periuretral (topografia das glândulas de Skene), o clitóris, o monte púbico, o hímen, o óstio da vagina e o óstio da uretra (figura 1.0)



Figura 1.0 — Netter, Frank H. Atlas de Anatomia Humana. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
(NETTER: Frank H. Netter Atlas De Anatomia Humana. 5.ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011)

O monte púbico é uma região de elevação, localizada anteriormente aos grandes lábios e recoberta por pele, estrutura que a partir da puberdade ocorrerá crescimento de pelos espessos por estimulação hormonal. As glândulas sebáceas das pregas cutâneas, que formam os lábios internos, garantem a característica úmida da região, não tendo pelos nem tecido gorduroso (mesma origem embriológica da uretra esponjosa). Entre esses pequenos lábios está localizado o vestíbulo da vagina, o óstio externo da uretra em sua porção anterior e o óstio da vagina na sua porção posterior, onde está o hímen - estrutura que separa o vestíbulo vulvar da vagina, podendo estar íntegro ou roto, nessa situação formam-se as carúnculas himenais. Ou seja, é uma estrutura formada pela expansão da mucosa vaginal, que envolve parte da entrada do canal vaginal.

O clitóris é um órgão de formato arredondado, erétil e responsável pela excitação sexual e prazer feminino. Ele é ricamente innervado e possui três partes: a base, o corpo e a glândula (região exposta). O corpo é a parte não exposta da estrutura, composta por dois corpos cavernosos e dois pontos de fixação, que são ramos do clitóris. Além disso, mede em torno de 2 cm de comprimento e 0,5 cm de diâmetro, podendo aumentar de volume após estimulação tátil - o bulbo vestibular é composto por um par de tecidos eréteis subcutâneos. Eles se estendem de cada lado do vestíbulo e se unem na frente do orifício uretral.

O vestíbulo contém o orifício vaginal, a abertura da uretra feminina e as aberturas dos ductos excretores das glândulas vestibulares maiores e menores.

As glândulas vestibulares são divididas em maiores e menores. As maiores (de Bartholin) são encontradas de cada lado do vestíbulo e servem para lubrificar a vulva durante a relação sexual. As menores estão localizadas entre os orifícios uretral e vaginal.

GENITÁLIA INTERNA

Estruturas localizadas dentro da pelve verdadeira, na porção inferior da cavidade abdominal, incluindo a vagina, o colo do útero, o útero, as tubas uterinas e os ovários.

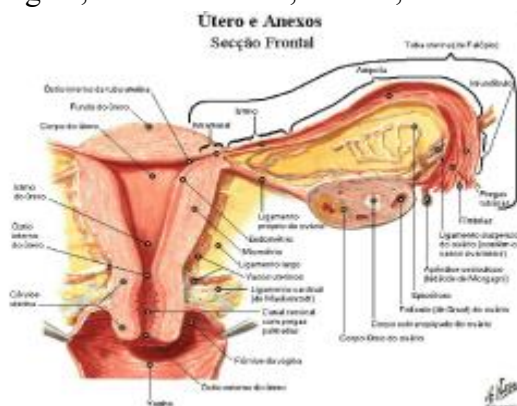


Figura 2.0 — Netter, Frank H. Atlas de Anatomia Humana. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
(NETTER: Frank H. Netter Atlas De Anatomia Humana. 5.ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011)

ÚTERO

Trata-se de uma estrutura anatômica muscular oca, piriforme, de tamanho variável de acordo com a fase reprodutiva em que a mulher se encontra, em um plano sagital, com paredes espessas, pesando cerca de 90 gramas, localizado profundamente na cavidade pélvica, anterior ao reto e póstero-superior à bexiga urinária. Ou seja, o útero é um órgão pélvico, porém caso ocorra a gestação, pode atingir a região epigástrica devido à hipertrofia e hiperplasia do miométrio. O útero é dividido em 4 partes principais: fundo, corpo, istmo e colo. O fundo é a parte acima da abertura das tubas uterinas na cavidade uterina, tem o formato de domo e é a base do corpo uterino. O corpo é a parte principal do órgão, porção central cônica, que forma a cavidade uterina em seu interior, além de se conectar às tubas uterinas através dos cornos uterinos. Situa-se entre as lâminas do ligamento largo e é livremente móvel. Possui duas faces: a anterior (relaciona-se diretamente com a bexiga) e a posterior (relaciona-se com o intestino). O istmo é um segmento relativamente estreito do útero, com aproximadamente 1 cm de comprimento, que separa o colo do corpo uterino. O colo uterino é a parte cilíndrica inferior, curta e larga do útero, que se estende do orifício interno para o externo e tem um lúmen central estreito que se abre para a cavidade uterina como um orifício interno e para a vagina como um orifício externo. Este é visto como uma abertura circular em nulíparas e como fenda horizontal em múltiparas. Além disso, o colo é parcialmente revestido pelo peritônio, que se reflete a partir do útero para o reto e para a bexiga, formando duas pregas: a bolsa ou escavação reto-uterina (de Douglas) e a bolsa ou escavação vesicouterina, respectivamente.

OVÁRIOS

São estruturas gonadais ovais e primárias do sistema reprodutor feminino, que pesam de 15 a 20 gramas, com cerca de 2 a 4 cm de comprimento. São localizadas dentro da pelve, lateralmente ao útero (mantidas por ligamentos), dentro da fossa ovariana, na frente dos ureteres e atrás dos vasos ilíacos externos. Essas gônadas se ligam ao útero através das tubas uterinas e estão envolvidas na produção dos gametas femininos e na produção de hormônios, podendo ser consideradas glândulas endócrinas.

TUBAS UTERINAS

São um par de órgãos musculares que medem de 10 a 12 cm, se estendem a partir da região lateral superior do útero e têm como principal função a captação e o transporte dos oócitos para a cavidade uterina. Caso seja fecundado, o zigoto será transportado. Essa captação ocorre com auxílio das fimbrias, que são projeções digitiformes presentes no final de cada trompa e em contato com os ovários). São constituídas por 4 partes principais: infundíbulo, ampola, istmo e a parte intramural. O infundíbulo é a parte distal da tuba

uterina, em forma de funil, que se abre para a cavidade peritoneal através do óstio abdominal e é onde se localizam as fimbrias. A ampola é a parte mais longa e mais larga, sendo o local mais comum de fertilização. O istmo é a parte mais estreita. A parte intramural se comunica diretamente com a cavidade uterina através do óstio uterino.

VAGINA

É um órgão tubular flexível que liga o útero ao meio externo, formada por mucosa e parede muscular, localizado anteriormente ao reto e posteriormente à parede da bexiga e da uretra, que varia de 6 a 8 cm de comprimento, sendo que a parede anterior é um pouco mais curta em comparação com a parede posterior). O segmento superior da vagina forma uma abóbada vaginal ao ser encerrado na porção vaginal do colo do útero e na abertura inferior (óstio vaginal) há uma fina prega de mucosa pouco vascularizada (hímen) que pode fechar parcialmente ou totalmente a abertura da vagina.

VASCULARIZAÇÃO

A genitália externa é irrigada pelas artérias pudendas (internas e externas), que são ramos das artérias ilíacas internas e das artérias femorais, respectivamente. A drenagem venosa é realizada pelas veias pudendas internas e externas.

Em relação às estruturas internas: a artéria ovariana é ramo da aorta abdominal, que chega no ovário através do ligamento suspensor do ovário. A artéria uterina, principal suprimento arterial do útero, origina-se da divisão anterior da artéria ilíaca interna e da artéria umbilical em um tronco comum. Ela é tortuosa, atravessa o assoalho pélvico no ligamento cardinal e corre anterior e superiormente ao ureter próximo ao fórnice lateral da vagina, terminando por se anastomosar com a artéria ovariana dentro do ligamento largo do útero.

A vagina é irrigada por ramos da artéria ilíaca interna: as artérias uterina, vaginal e pudenda interna. A drenagem venosa da vagina é realizada pelas veias vaginais, que drenam para as veias ilíacas internas.

O útero é irrigado principalmente pela artéria uterina. O ramo superior da artéria uterina supre o corpo e o fundo, enquanto o ramo inferior irriga o colo do útero. O sangue venoso do útero é drenado através do plexo venoso uterino para a veia ilíaca interna.

As tubas uterinas recebem suprimento arterial das artérias uterina e ovariana. A primeira é um ramo da artéria ilíaca interna e a segunda emerge da aorta abdominal. A drenagem venosa das tubas uterinas é mediada pelas veias tubárias. Estas drenam para os plexos venosos uterino e pampiniforme.

INERVAÇÃO

Os nervos que alimentam a pelve, de modo geral, se organizam em fibras nervosas simpáticas e parassimpáticas. As fibras pré-ganglionares estão na região parassimpática sacral (S2-S4) da medula espinhal e seus processos correm para os nervos esplâncnicos pélvicos e viajam dentro dos órgãos pélvicos dentro do plexo intramural (o neurônio pós-ganglionar). Já as fibras sensoriais dos gânglios da raiz dorsal (S2-S4) viajam com fibras parassimpáticas e carregam sensações de dor dos órgãos.

As fibras simpáticas dos neurônios pré-ganglionares (T12-L2) formam os nervos esplâncnicos sacrais, que contribuem para o plexo hipogástrico inferior (localização dos neurônios pós-ganglionares). O nervo pudendo fornece inervação sensorial para a parte inferior da vagina.

FISIOLOGIA DO SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

Envolve uma complexa integração entre o eixo hipotálamo-hipófise-ovário, órgãos-alvo e ciclos hormonais que permitem desde o desenvolvimento puberal até a manutenção da fertilidade e o ciclo menstrual. Compreender essa dinâmica é essencial para reconhecer padrões normais e alterações fisiopatológicas que impactam a saúde ginecológica.

EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-OVÁRIOS

O eixo HHO regula a função reprodutiva através de um sofisticado sistema de feedback. No hipotálamo, neurônios especializados liberam de forma pulsátil o hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), que estimula a hipófise anterior a secretar os hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH). A frequência e amplitude dos pulsos de GnRH determinam a predominância de LH ou FSH.

O FSH atua primariamente nos folículos ovarianos, promovendo seu crescimento e secreção de estradiol. Já o LH estimula as células da teca a produzirem androgênios, posteriormente aromatizados em estrogênios nas células da granulosa.

A produção hormonal ovariana, por sua vez, exerce retroalimentação negativa (ou positiva em momentos específicos) sobre o hipotálamo e a hipófise, modulando a liberação de GnRH, LH e FSH.

HORMÔNIOS ESTEROIDES OVARIANOS

Os estrogênios, produzidos principalmente pelos folículos ovarianos, têm papel fundamental no desenvolvimento puberal (mamas), no crescimento endometrial, no

aumento da sensibilidade do miométrio à ocitocina, e na lubrificação vaginal. Promovem também aumento da SHBG hepática e têm efeitos protetores cardiovasculares.

A progesterona, predominante na fase lútea, atua na transformação secretora do endométrio, reduz a contratilidade uterina, espessa o muco cervical, e é crucial para a manutenção da gestação nas fases iniciais.

FEEDBACK HORMONAL

O sistema reprodutor feminino é fortemente regulado por mecanismos de feedback:

- Negativo: predominante, especialmente na fase folicular precoce, onde altos níveis de estrogênio e inibina B suprimem FSH.
- Positivo: ocorre pontualmente durante o meio do ciclo, quando altos níveis de estrogênio estimulam o pico de LH.

A progesterona, na fase lútea, exerce feedback negativo tanto no LH quanto no GnRH.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Alterações em qualquer ponto do eixo HHO podem resultar em disfunções menstruais, infertilidade ou alterações hormonais. É importante reconhecer padrões normais e patológicos para diagnóstico e tratamento apropriados de condições como amenorreias, anovulação crônica, SOP e insuficiência ovariana precoce.

REFERÊNCIAS

1. ANATOMY, abdomen and pelvis: female internal genitals. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [s.d.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554601/>. Acesso em: 19 maio 2025.
2. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino [Internet]. São Paulo: USP; [s.d.]. Disponível em: https://midia.atp.usp.br/plc/plc0024/impresos/plc0024_02.pdf. Acesso em: 17 maio 2025.
3. MUNIZ PINTO DE CARVALHO, Carla; et al. Anamnese obstétrica. In: MUNIZ PINTO DE CARVALHO, Carla; et al. Manual de propedêutica ginecológica e obstétrica para o acadêmico de medicina. São Paulo: Educ, 2024. p. 34-40. ISBN 978-85-283-0741-2. Disponível em: <https://ariel.pucsp.br/bitstream/handle/42410/1/9788528307412.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP). Fisiologia e anatomia sexual e reprodutiva [Internet]. Macapá: UNIFAP; [s.d.]. Disponível em: <https://www2.unifap.br/unimulher/files/2024/03/FISIOLOGIA-E-ANATOMIA-SEXUAL-E-REPRODUTIVA-2.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.
5. KENHUB. Órgãos reprodutores femininos [Internet]. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/orgaos-reprodutores-femininos>. Acesso em: 20 maio 2025.
6. CUNHA, Gerald R.; et al. Development of the human female reproductive tract. Differentiation. 2018;103:46–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.diff.2018.09.001>. Acesso em: 23 maio 2025.
7. PHYSIOLOGY, female reproduction. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [s.d.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537132/>. Acesso em: 23 maio 2025.
8. SANARMED. Anatomia do útero: ligamentos, sustentação, vascularização e mais! [Internet]. Disponível em: <https://sanarmed.com/resumo-de-anatomia-do-utero-ligamentos-sustentacao-vascularizacao-e-mais/>. Acesso em: 23 maio 2025.
9. BARACAT, E. C.; LIMA, G. R.; MAIA, H. Jr.; et al. Tratado de Ginecologia da FEBRASGO. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2021. Cap. 4: Fisiologia do ciclo menstrual.

2. ANAMNESE GINECOLÓGICA E SEXUAL

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_002

Ana Julia Bordignon Tozzo.

Revisado por: Dra Paulina Santander

A consulta ginecológica é um ambiente propício para a paciente encontrar uma maneira segura de sanar suas dúvidas e explicar suas queixas, visando uma melhora em sua qualidade de vida. Para que isso seja possível, a consulta médica deve ser realizada com a calma e o tempo necessário, para que a paciente saia do consultório sem dúvidas e com todas as suas queixas ouvidas.

Para avaliar uma paciente ginecológica, faz-se necessário que a anamnese seja bem conduzida, de forma que todas as queixas sejam abrangidas. Além da anamnese clássica, outras perguntas devem ser incluídas durante a sua entrevista. Essas perguntas constituem o tópico Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos (AGO), fundamental para entender a história clínica da paciente que está sendo atendida.

ACOLHIMENTO

A consulta ginecológica necessita acontecer em um ambiente seguro e acolhedor. Ter uma escuta ativa, demonstrando que se importa com a paciente e com as queixas que ela trouxe, é fundamental na construção de uma boa relação médico-paciente. Muitas vezes o ginecologista atua como clínico geral desta mulher, sendo sua referência em saúde e atuando na prevenção de doenças. É relevante destacar, no atendimento as adolescentes, que é importante buscar um momento a sós com a paciente. Muitas vezes ela necessita sanar dúvidas, inclusive da esfera sexual, e a presença da mãe/acompanhante pode dificultar essa busca por orientação em saúde. Assim, se possível, o ginecologista deve falar de forma sutil se a mãe ou acompanhante poderia se retirar. Frases como “você faz questão da presença da sua mãe?”, ou “a consulta é sua, você prefere que sua mãe aguarde na recepção?”, podem criar uma oportunidade para a paciente ficar sozinha para sanar suas dúvidas, caso ela assim prefira. Ética e sensibilidade são mandatórias durante todas as consultas.

IDENTIFICAÇÃO (ID)

A identificação da paciente deve ser feita colocando nome, idade, estado civil, naturalidade, endereço, com quem mora e profissão. É imprescindível também saber qual o gênero sexual da pessoa. Eventualmente, indagações sobre sexualidade podem não ser bem aceitas pela paciente, principalmente em adolescentes, que estejam acompanhadas pela mãe e/ou responsável. Neste tema, é sempre importante aguardar que a iniciativa

venha da paciente, ou em algum momento de privacidade, para abordar questões sobre a vida sexual.

QUEIXA PRINCIPAL (QP)

Anote do jeito que a paciente fala, sem usar termos médicos. Aqui sempre será escrito o motivo da consulta, seja dor ou alguma outra queixa física, ou uma coleta de exame, uma consulta de rotina ou mesmo uma renovação de receita de medicações.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (HMA)

Aqui é o momento de esmiuçar o que a paciente relatou. Ouvir a paciente e fazer perguntas que direcionam a sua hipótese diagnóstica é fundamental. Essa postura serve para visar que todos os aspectos da queixa principal sejam anotados e que a paciente saia satisfeita com o que você recolheu de informações. Para garantir que todas as informações sejam corretamente coletadas, realize um sumário para a paciente, um “resumo” do que você anotou, e caso falte alguma coisa, ela irá lhe falar e você garantirá uma HMA completa.

HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA (HMP)

Nessa etapa, a anamnese deve pesquisar todas as doenças já diagnosticadas, além de cirurgias prévias, histórico de internamentos e demais relatos anteriores. As questões relevantes para o histórico deverão ser anotadas, visando construir a história clínica da paciente.

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (MUC)

Aqui, todas as medicações que a paciente usa continuamente deverão ser anotadas, seguidas de dose e em que período toma. É necessário realizar sempre uma checagem para saber se a paciente está usando a medicação da maneira correta como está anotado no último prontuário, ou se está usando de alguma maneira irregular.

HISTÓRIA MÉDICA FAMILIAR (HMF)

Na história médica familiar deve-se anotar aspectos como presença de câncer em familiares de primeiro grau (atente-se para alguns tipos de câncer como o de mama, pois o histórico de parente de primeiro grau influencia no rastreio da doença), a idade e causa da morte de parentes falecidos de primeiro grau. Busque compreender se a queixa atual da paciente já foi apresentada por algum familiar anteriormente.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS (AGO)

Essa é a parte que mais difere em relação a outras anamneses, pois é aqui que será investigado basicamente tudo sobre ciclo menstrual, histórico de gravidez, vida sexual. É aqui que você conseguirá recrutar maiores recursos para a queixa ginecológica da paciente.

CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA (CHV)

A parte de condições e hábitos de vida é onde fica relatado atividades físicas, como é a alimentação, a ingestão de água, etc. É basicamente onde será relatada a rotina da paciente, visando entender melhor seu dia a dia e buscando melhorar o que for possível para ajudar na sua queixa.

REVISÃO DE SISTEMAS (RS)

Nessa parte, perguntas adicionais serão feitas, como “além da queixa que você me disse, tem mais alguma coisa que está incomodando?”. A etapa da revisão de sistemas serve para garantir que a paciente saia da consulta com todas as queixas abrangidas e com o menor número possível de dúvidas referentes a qualquer coisa que a aflija.

PRINCIPAIS PERGUNTAS DA ANAMNESE GINECOLÓGICA

Durante uma anamnese ginecológica, o médico deve atentar-se a perguntar:

- A data da última menstruação (DUM);
- Como é o ciclo menstrual da paciente (intervalo entre um ciclo e outro, duração do ciclo, volume de sangramento);
- A idade da paciente à menarca;
- Número de gestações, abortos, partos vaginais e cesáreas
- Qual sua preferência sexual (homens, mulheres, ambos);
- Tipo de prática sexual (anal, vaginal, oral, uso de objetos);
- Frequência das relações sexuais (semanal, diário, eventual - nesse caso, perguntar quando foi a última vez);
- Idade da primeira relação sexual (sexarca);
- Se tem parceria sexual fixa ou múltiplos parceiros;
- Uso de métodos contraceptivos
- Risco de contaminação por ISTs – aproveitando para reforçar o uso de preservativo;
- Presença de corrimento vaginal - questionando coloração, odor, volume, se houve variações conforme o ciclo menstrual, se foi tratado e se o tratamento foi eficaz;
- Na mulher menopausada, com qual idade foi seu último sangramento;
- Antecedentes obstétricos – número de gestações e seus desfechos, vias de parto, tempo de gestação (prematturos ou de termo) e peso ao nascer. Em caso de abortamentos, se foi provocado ou não e se foram necessárias curetagens;

- Antecedentes cirúrgicos – as cirurgias que já precisaram fazer, se houveram ou não intercorrências.

ABORDAGEM DA ANAMNESE SEXUAL

Uma importante queixa trazida pelas pacientes é a disfunção sexual. A queixa da paciente geralmente vem com a seguinte fala “não consigo fazer sexo” e cabe ao médico descobrir o porquê disso. É necessário identificar qual a fase acometida. Perguntas como “tem desejo sexual?” “consegue se excitar?”, “sente prazer?”, “tem orgasmo?”, “sente dor na penetração?” são importantes para determinar possíveis causas de disfunções sexuais. Nesta etapa, situações como abusos sexuais podem ser trazidas pela paciente. Por ser um tema tão delicado, a paciente se sentirá tranquila para relatar essa condição caso tenha sido acolhida e respeitada desde o início de sua consulta.

Dentre as principais causas de disfunção sexual destacam-se as seguintes:

Condições médicas	Diabetes, hipertensão arterial, tireoidopatias, neuropatias, dor pélvica crônica, depressão, ansiedade, hipoestrogenismo, hiperprolactinemia, hipoandrogenismo.
Drogas psicoativas e depressoras do SNC	Benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptação da serotonina (ISRSs), antipsicóticos antidopaminérgicos, antiandrogênicos (ciproterona, espironolactona), betabloqueadores adrenérgicos (propranolol), anti-hipertensivos de ação central (metildopa, reserpina), bloqueadores H ₂ histamina (cimetidina, ranitidina), anticoncepcionais hormonais
Diádicas (relacionais)	Relação conflituosa, de longa duração, a rotina relacional, ausência do ritual de sedução, preliminares insuficientes, disfunção sexual do parceiro.
Aspectos socioculturais	Costumes, valores, tabu e mitos.
Violência sexual	Abuso sexual, estupro, autoestima rebaixada, valores negativos em relação à sexualidade.
Quebra de contrato	Traições cursam com Desejo Sexual Hipoativo (DSH) e dificuldade de entrega.

Repressão sexual	Questões familiares, religiosas e sociais durante o processo de formação da sexualidade podem induzir sentimentos negativos em relação à sexualidade, inibindo a expressão sexual.
Hormonais	Hiperprolactinemia, hipotireoidismo, hipoestrogenismo e hipoandrogenismo, uso de anticoncepcionais hormonais.
Desconhecimento da anatomia genital e da resposta sexual	Repertório sexual limitado, inibição, dificuldade de entrega.
Disfunção sexual	Paciente com dificuldades em uma ou mais fases da resposta sexual, nas relações sexuais, que, cronificadas, corroboram ou justificam a perda de interesse nas relações sexuais.
Disfunção sexual prévia	Histórico disfuncional prévio, com a paciente atribuindo a um fator atual, como a menopausa, onde paciente anorgásmica primária atribui causalidade à sua “perda de desejo” a partir da parada da menstruação.

Tabela 1 - Garcia A, Lopes A, Filho S, Celeste M, Wender O, Região VP, et al. DIRETORIA DA FEBRASGO Flavio Lucio Pontes Ibiapina Hilka Flávia Barra do E. Santo Vice-Presidente Região Norte [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 13]. Available from: [https://sogirgs.org.br/area-do-associado/anamnese-em-sexologia-e-criterios-diagnosticos das-disfuncoes-sexuais.pdf](https://sogirgs.org.br/area-do-associado/anamnese-em-sexologia-e-criterios-diagnosticos-das-disfuncoes-sexuais.pdf)

É preciso entender a disfunção sexual feminina e buscar um tratamento adequado, seja medicamentoso ou comportamental, ou até com acompanhamento terapêutico.

Na anamnese sobre disfunção sexual feminina, a FEBRASGO sugere a seguinte tabela para abordar o assunto:

Identificação da paciente:
Nome, idade, profissão, escolaridade, religião, estado civil, tempo de relacionamento, situação econômica.
Identificação da parceria:
Nome, idade, religião, escolaridade, situação econômica, profissão, hábitos.
Queixa principal:
História da queixa sexual atual: caracterizar a queixa (Figura 3): início, duração, fatores relacionados, fatores que melhoram, fatores que pioram.
Antecedentes pessoais patológicos, medicamentos em uso, hábitos: hipertensão arterial, diabetes tipo I e II, hiperprolactinemia, hiper ou hipotireoidismo, uso de anticoncepcional hormonal, cimetidina, antidepressivos, ansiolíticos, anti-hipertensivo, antiandrogênicos, álcool, fumo, drogas ilícitas.
Antecedentes gineco-obstétricos: menarca, data da última menstruação (DUM), ciclos menstruais (intervalo, duração), número de gestações, tipos de parto, patologias gineco-obstétricas, cirurgias gineco-obstétricas, anticoncepção, idade da menopausa, terapia hormonal.
História sexual pregressa (HSP):
história de abuso sexual: ☐ sim ☐ não.
grau de parentesco:
idade da sexarca, número de parceiros, frequência de relações sexuais, relações sexuais satisfatórias
☐ sim ☐ não
relações sexuais somente homens ☐ homens e mulheres ☐ somente mulheres ☐
Avaliação sexual atual:
Quanto tempo dura, em média, sua relação sexual? ____//
E quanto tempo duram em média, as preliminares? ____//
Você tem ambiente adequado para suas relações sexuais? ☐ sim ☐ não.
Tem sonhos eróticos? ☐ sim ☐ não.
Tem desejo sexual? ☐ sim ☐ não.
Tem lubrificação? ☐ sim ☐ não.
Tem orgasmo? ☐ sim ☐ não.
Autoerotismo? ☐ sim ☐ não.
Qualidade da relação conjugal:
Descrição do parceiro: ☐ carinhoso ☐ não.
Você considera seu parceiro habilidoso sexualmente? ☐ sim ☐ não.
ejaculação precoce: ☐ sim ☐ não.
ejaculação retardada: ☐ sim ☐ não.
disfunção erétil: ☐ sim ☐ não.
outros: _____
qualidade da relacionamento conjugal: ☐ boa ☐ ruim ☐ indiferente.
Se você fosse dar uma nota para a qualidade do seu relacionamento conjugal/afetivo/sexual como um todo, que nota você daria de 0-10?

Imagem 1- Garcia A, Lopes A, Filho S, Celeste M, Wender O, Região VP, et al. DIRETORIA DA FEBRASGO Flavio Lucio Pontes Ibiapina Hilka Flávia Barra do E. Santo Vice-Presidente Região Norte [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 13]. Available from: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/anamnese-em-sexologia-e-criterios-diagnosticos-das-disfuncoes-sexuais.pdf>

Outra parte que é imprescindível é a coleta de informações sobre ISTs da paciente, sejam ISTs atuais ou não. As principais ISTs são: herpes genital, cancro mole, HPV, doença inflamatória pélvica (DIP), donovanose, gonorreia, clamídia, linfogranuloma venéreo (LGV), sífilis, infecção pelo HTLV, tricomoniase e infecção pelo vírus HIV.

Para abordar essa parte, é importante acolher a paciente e perguntar se ela já teve alguma doença sexualmente transmissível, ou se ela está atualmente com alguma em atividade e/ou tratamento. Pacientes de maior vulnerabilidade social, como trabalhadoras do sexo ou pessoas em situação de risco podem estar mais expostas por terem maiores chances de contaminação. Entretanto, o tema sempre deve ser conversado em consulta, independente da faixa etária. Nunca se deve deixar de conversar sobre ISTs. É importante abordar a importância do uso regular de preservativo para prevenir tais infecções.

Também é relevante destacar que, caso ocorra o diagnóstico de alguma IST em consultório, é preciso que o/os parceiro/os sejam comunicados de tal diagnóstico, pois ele também precisará do tratamento específico para determinada infecção.

Perguntar sobre o uso de métodos contraceptivos é essencial. É importante saber se a paciente está ou não em uso de algum método e se tem percebido efeitos colaterais. Caso estivesse usando e parou, deve-se saber o porquê de ter interrompido o uso. E para as pacientes com vida sexual ativa, incentivar a introdução de algum método.

Existem muitos métodos contraceptivos disponíveis atualmente, os quais serão abordados em outro capítulo, sendo diversos deles sendo encontrados no SUS. A pílula combinada ou de progesterona isolada, o método injetável trimestral (progesterona) ou mensal (combinado), preservativos masculinos e femininos, diafragma, espermicidas, DIU de cobre, pílula do dia seguinte, laqueadura e vasectomia formam esse arsenal de alternativas. Para definir qual método deve ser aderido pela paciente, necessita ser feita uma anamnese ginecológica completa. Após, a paciente, juntamente com seu médico, irá escolher o melhor método. Importante alertar que o único método que, além de prevenir gravidez, também evita infecções por ISTs, são os preservativos masculinos e femininos.

Assim, anamnese e exame físico são fundamentais para chegarmos a um bom diagnóstico e tratamentos corretos. E na ginecologia, o médico também tem um papel educador importante, tendo a possibilidade de atuar na prevenção de doenças e na orientação de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. GARCIA, A. et al. Anamnese em sexologia e os critérios diagnósticos das disfunções sexuais. Protocolos FEBRASGO; 2018. [Internet]. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/anamnese-em-sexologia-e-criterios-diagnosticos-das-disfuncoes-sexuais.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2025.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Family planning: a global handbook for providers. Geneva: WHO; 2018. Apêndice D — Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. [Internet]. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340375131Portuguese-AppendixD.pdf>. Acesso em: 14 set. 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – PCDT-IST. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [Internet]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 14 set. 2025.

4. VIEIRA, E. M.; ROSA, M. W. Atendendo a adolescente no consultório. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2020;42(1):45–51. [Internet]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/08-ATENDENDO_A_ADOLESCENTE_NO_CONSULTORIO.pdf. Acesso em: 13 abr. 2025.
5. BITTENCOURT DRUSZCZ, R. M. de. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. [Internet]. 2014. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/download/199/209>. Acesso em: 13 abr. 2025.
6. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Anamnese e exame ginecológico: rotina do ambulatório de ginecologia — Hospital São Lucas da PUC/RS. [Internet]. Curitiba: UFPR; [s.d.]. Disponível em: <https://saude.ufpr.br/labsim/wp-content/uploads/sites/23/2016/07/Exame-Pelvico-e-Mamas.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2025.

3. ANAMNESE OBSTÉTRICA

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_003

Renata Bocalon

Revisado por: Dr Rodrigo Furtado

A anamnese obstétrica é uma entrevista clínica direcionada à obtenção de informações essenciais sobre a saúde materna e fetal, sendo aplicada desde a primeira consulta do pré-natal. Aliada ao exame físico e aos exames complementares, tem como objetivos avaliar o estado clínico da gestante, estimar a idade gestacional e estabelecer o planejamento do acompanhamento pré-natal de forma sistemática e individualizada.

Os princípios gerais da anamnese são os mesmos da semiologia médica, porém no ponto de vista obstétrico é necessário detalhar algumas peculiaridades.

IDENTIFICAÇÃO

Consiste nas informações demográficas e pessoais. Em relação à idade materna, as melhores condições para a gravidez geralmente ocorrem entre 18 e 30 anos, período considerado de maior desempenho reprodutivo, com menores taxas de complicações obstétricas. A partir dos 30 anos, observa-se um aumento progressivo nos riscos tanto para a mãe quanto para o conceito, incluindo distúrbios hipertensivos, diabetes gestacional e distocias. Acima dos 35 anos, há um incremento expressivo na incidência de anomalias fetais, especialmente cromossômicas.

Estudos recentes demonstram que a frequência de aneuploidias ovocitárias segue um padrão em U ao longo da vida reprodutiva feminina, com maior incidência tanto em adolescentes quanto em mulheres com idade materna avançada, o que contribui para as taxas elevadas de perdas gestacionais e alterações cromossômicas em ambos os extremos da faixa etária fértil.

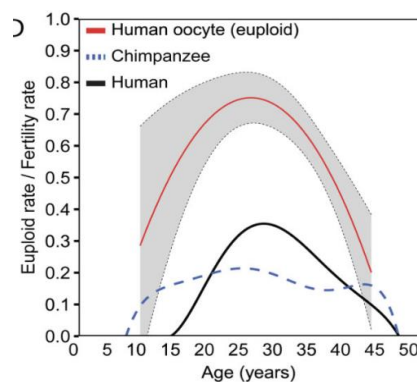


Imagem 1- GRUHN, Jennifer R. et al. Chromosome errors in human eggs shape natural fertility over reproductive life span. Science, v. 365, n. 6460, p. 1466-1469, 26 set. 2019. Acesso em: 19 jun. 2025.

A etnia também deve ser considerada durante a anamnese obstétrica, uma vez que determinadas complicações gestacionais apresentam maior prevalência em alguns grupos populacionais. Um exemplo relevante é a incidência duas vezes e meia maior de pré-eclâmpsia entre pacientes afrodescendentes, evidenciada em diversos estudos epidemiológicos, mesmo após o ajuste para fatores de confusão como idade materna, índice de massa corporal e comorbidades prévias. Tal associação reforça a importância de um cuidado pré-natal individualizado e da estratificação de risco baseada em características étnico-raciais.

Outro dado relevante é a profissão da paciente, pois há possibilidade de intoxicações decorrentes da prática profissional, como exposição a álcool, chumbo e nicotina, afetando a saúde da gestante e do feto. O estado civil da gestante pode influenciar diretamente os desfechos da gravidez, sendo que estudos estatísticos apontam maiores taxas de morbimortalidade materna e fetal entre mulheres solteiras.

Um outro dado também relevante na identificação e que deve ser questionado na anamnese é a nacionalidade e o domicílio atual da paciente e de sua família, como condição de moradia, planejamento da gravidez, rede de apoio, parceiro e relacionamento, núcleo de familiares na moradia e renda, podendo auxiliar na melhor orientação e raciocínio clínico no sentido de rastrear possibilidades de enfermidades (esquistossomose, doença de Chagas).

ANAMNESE GERAL E OBSTÉTRICA

Sabendo que os princípios gerais da anamnese são os mesmos da semiologia clínica, mesmo que na obstetrícia nem sempre a paciente demonstrará queixas, é necessário questioná-la sobre possíveis desconfortos ou incômodos e registrar fielmente suas expressões faladas. Se não houver, deve-se registrar “Paciente comparece à consulta de pré-natal sem queixas no momento”.

Depois disso, o médico pode questionar sobre os antecedentes clínicos pessoais e familiares da paciente, principalmente a respeito de: histórico de doenças prévias, malformações, alergias, uso regular de medicamentos, vacinação, epilepsia, anemias, intervenções cirúrgicas, cardiopatias, prática e frequência de atividade física. Algumas doenças e desfechos obstétricos podem reincidir na gravidez da paciente em questão por motivos genéticos ou infecciosos, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, malformações congênitas, gemelaridade e hanseníase.

A vacinação precisa ter seu esquema atualizado na gravidez, com a vacina dT (difteria e tétano), vacina contra influenza e vacina contra hepatite B.

Alguns hábitos e vícios da gestante devem ser levados em consideração, como o tabagismo (risco de aborto espontâneo, gravidez ectópica, prematuridade), a ingestão de álcool (risco de óbito fetal, síndrome alcoólica fetal), o uso de drogas (aborto,

prematuridade, baixo peso ao nascer). Todos esses fatores irão interferir positivamente ou negativamente na saúde da mãe e do feto.

Os antecedentes ginecológicos, sexuais, menstruais e obstétricos da gestante são muito importantes para o raciocínio clínico do examinador, sendo necessário o questionamento sobre: menarca, últimos ciclos menstruais, periodicidade, duração, volume, tratamentos ginecológicos, métodos de anticoncepção, data do último exame colpocitológico, frequência sexual, número de parceiros, se houve corrimento vaginal, seus aspectos, cor, odor, prurido, se a paciente observou algum nódulos mamário, dor ou inflamação.

Sobre os antecedentes obstétricos, é necessário que o médico pergunte para a paciente a respeito do número de gestações e filhos, via de parto (abdominal ou vaginal), se algum bebê nasceu prematuro, idade gestacional no parto, peso do RN, ano de ocorrência, idade dos filhos e as intercorrências clínicas e obstétricas em gestações e partos anteriores, se houveram complicações e/ou abortos.

HISTÓRIA OBSTÉTRICA ATUAL

Nessa etapa da anamnese, o motivo da consulta deve ser abordado com mais detalhes para o raciocínio clínico, sendo o papel do médico caracterizar semiologicamente as queixas relatadas pela gestante. A história da gravidez vigente deve ser o foco principal, devendo o examinador questionar sobre a data da última menstruação (DUM), uso prévio de anticoncepcionais hormonais, regularidade menstrual, sinais subjetivos e objetivos que a paciente tenha percebido, alterações nos órgãos e aparelhos do corpo e, principalmente, a época em que foram percebidos os movimentos ativos do feto e se já ocorreu a descida do fundo uterino. Esses dois últimos auxiliam na determinação da idade da gravidez e da proximidade do parto.

O examinador deve questionar sobre queixas da paciente relacionadas a outras regiões topográficas do corpo, como otalgia e prurido nas orelhas, cefaleia e vertigem, máculas e icterícia na pele, sangramento vaginal e queda da movimentação fetal. Porém existem alguns sintomas, como náuseas, falta de ar, corrimento vaginal e queixas urinárias que decorrem das modificações fisiológicas do organismo materno. Apesar disso, é importante que o examinador explique isso para a paciente, mas que também acolha as queixas com respeito.

É imprescindível que a datação da idade gestacional seja realizada de forma acurada para que a assistência ao pré natal seja feita da melhor forma possível. A partir da DUM, o cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP) pode ser realizado com base na regra de Nägele, que consiste em adicionar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses da data obtida, ajustando-se o ano quando necessário.

Embora a estimativa da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP) com base na data da última menstruação (DUM) por meio da regra de Nägele seja uma

prática tradicional e amplamente utilizada, ela apresenta limitações importantes. Esse método assume que a paciente tem ciclos menstruais regulares de 28 dias, com ovulação ocorrendo no 14º dia do ciclo, o que não reflete a realidade de muitas mulheres.

Além disso, a confiabilidade da DUM depende da lembrança exata da paciente e da ausência de fatores que possam alterar o ciclo menstrual, como uso recente de contraceptivos hormonais, lactação, síndrome dos ovários policísticos ou disfunções tireoidianas.

Por esses motivos, a ultrassonografia do primeiro trimestre, especialmente entre 7 e 13 semanas e 6 dias, passou a ser considerada o método mais preciso para a determinação da idade gestacional. A medida do comprimento cabeça-nádega (Crown-Rump Length – CRL) oferece uma margem de erro significativamente menor (± 5 a 7 dias) e, segundo recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), deve ser utilizada como padrão-ouro para ajuste da IG quando houver discrepâncias com a data calculada pela DUM. Ajustes posteriores baseados em ultrassonografias de segundo ou terceiro trimestre devem ser evitados, exceto em situações específicas, devido à maior imprecisão das medidas nesses períodos.

Portanto, embora a DUM continue sendo uma ferramenta inicial importante para a estimativa da IG, a confirmação ultrassonográfica precoce é fundamental para reduzir erros de datação e melhorar os desfechos obstétricos.

CONCLUSÃO

A adoção de instrumentos padronizados de coleta de dados e o uso de prontuários eletrônicos podem otimizar o registro e a análise sistemática das informações relevantes durante o acompanhamento pré-natal.

Durante a consulta, a gestante deve relatar suas queixas, desconfortos e dúvidas, e a participação dos familiares é incentivada, pois podem contribuir significativamente para o cuidado e suporte durante a gestação.

Para garantir um acompanhamento adequado, recomenda-se que a paciente possa comparecer regularmente às consultas de pré-natal, com visitas mensais até a 31ª semana, quinzenais entre as 32ª e 36ª semanas, e semanais a partir da 37ª semana até o momento do parto.

REFERÊNCIAS

1. MUNIZ PINTO DE CARVALHO, Carla et al. Anamnese obstétrica. São Paulo: Educ; 2024. 86 p. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/42410/1/9788528307412.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

2. ZUGAIB, Marcelo. Assistência pré-natal. In: ZUGAIB, Marcelo (Org.). Obstetrícia: bases e prática. 207. ed. Barueri: Manole; 2023. p.201. ISBN 9786555769340.
3. AMORIM, Rebeca Perez de; et al. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e da gestante. Belém: EDUEPA; 2018. 93 p. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2019/06/MANUAL-DE-GINECOLOGIA-E-OBSTETR%C3%8DIA.pdf>. Acesso em: 16 maio 2025.
4. DE REZENDE FILHO, Jorge; MONTENEGRO, Antonio Barbosa. [Título do livro]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. 1012 p. ISBN 9788527732574.
5. BALDUINO, Paula Martins et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. Rev Bras Educ Med. 2012;36(3):335-342. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/B9nv9FzrfvbRj6BC9vgJnKz/>. Acesso em: 18 maio 2025.
6. YEHIA, A.C. Anamnese na prática clínica: uma revisão sobre suas aplicações. Revista de Clínica Médica [online]. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/928>. Acesso em: 18 maio 2025.
7. SHAH, Prakesh S.; ZAO, Jamie; ALI, Samana. Maternal marital status and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. Matern Child Health J. 2011;15(8):1097-1109. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0654-z>. Acesso em: 18 maio 2025.
8. GRUHN, Jennifer R. et al. Chromosome errors in human eggs shape natural fertility over reproductive life span. Science. 2019;365(6460):1466-1469. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7212007/>. Acesso em: 19 jun 2025.
9. ARECHVO, Anastasija et al. Maternal race and pre-eclampsia: cohort study and systematic review with meta-analysis. BJOG. 2022;129:2082–2093. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35620879/>. Acesso em: 19 jun 2025.
10. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Committee Opinion No. 700: Methods for Estimating the Due Date. Obstet Gynecol. 2017 May;129(5):e150-e154. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/05/methods-for-estimating-the-due-date>. Acesso em: 19 jun 2025.

4. EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_004

Ana Júlia Tozzo e Gabriella Gretter

Revisado por: Dr Jan Pawel Andrade Pachnicki

O exame físico ginecológico constitui uma etapa essencial da avaliação clínica da mulher, devendo ser realizado de forma rotineira em diferentes contextos, desde a atenção primária até o acompanhamento especializado. Mais do que um procedimento técnico, ele representa um momento de acolhimento e de construção de vínculo entre médica(o) e paciente, possibilitando a identificação precoce de alterações anatômicas, funcionais e sinais de doenças ginecológicas. Para a sua adequada execução, é fundamental garantir privacidade, respeito, empatia e a utilização de técnicas padronizadas, que assegurem tanto a qualidade diagnóstica quanto o conforto da paciente.

Para iniciar o exame físico ginecológico, o examinador deve estar vestido adequadamente, com jaleco limpo e abotoado, sapato fechado, cabelos presos, unhas aparadas e limpas. É de suma importância desenvolver uma boa relação médico-paciente para melhor experiência em consulta. O local deve garantir um ambiente de privacidade, segurança, higiênico e confortável. Sempre antes de ter contato físico com a paciente deve higienizar as mãos mesmo que for usar luvas.

EXAME FÍSICO DAS MAMAS:

O exame físico de mamas é essencial na consulta ginecológica, pois ao realizá-lo é possível que o médico identifique anormalidades nas mamas, as quais indicam a necessidade (ou não) do rastreamento para câncer de mama, muitas vezes, precocemente. A primeira etapa do exame físico das mamas é a inspeção. Essa etapa é dividida em estática e dinâmica.

INSPEÇÃO ESTÁTICA

Na inspeção estática, é solicitado para a paciente que ela permaneça sentada, com o tórax descoberto e com os braços esticados para baixo, posicionados ao lado do corpo. Durante a inspeção estática, o médico deve observar alterações de pele, pigmentações, cicatrizes, simetria, contornos, retrações e abaulamentos, dando atenção especial às aréolas e papilas. Em adolescentes ou pacientes com as mamas ainda não totalmente desenvolvidas, não esqueça de descrever em qual estadiamento de Tanner as mamas se encontram.

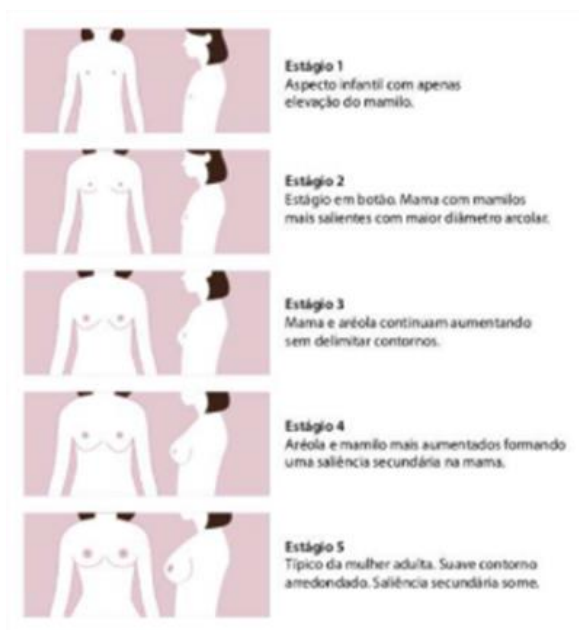


Imagem 1: Estágio de Tanner das Mamas. Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Saúde do adolescente [Internet]. Brasília: UNA-SUS; 2020 [citado 2025 abr 15]. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/18580/1/ebook%20Sa%C3%BAde%20Adolescente.pdf>

Alguns exemplos de alterações que podem ser encontradas são: amastia (ausência congênita, uni ou bilateral, de glândula mamária), polimastia (glândulas mamárias a mais na linha láctea, região axilar a região inguinal), atelia (ausência congênita do mamilo) e politelia (mamilos extras sem glândula mamária).

INSPEÇÃO DINÂMICA

Durante a inspeção dinâmica, será necessário pedir à paciente que eleve suas mãos acima da cabeça, depois coloque na cintura e, por último, incline-se para frente com as mãos na asa do íliaco e os ombros também forçados para a frente, pressionando as mãos na asa do íliaco com força. Aqui, com a movimentação da musculatura peitoral, deve-se observar a presença de abaulamentos, retrações (podem significar tumor) e a mobilidade da glândula mamária (normal, diminuída ou ausente).

PALPAÇÃO

Antes de prosseguir para a palpação das mamas, deve ser feita a palpação de linfonodos axilares, supra e infraclaviculares. Para realizar essa palpação, a paciente deve continuar sentada, e com o seu braço direito você deve segurar o braço direito da paciente, ou com o esquerdo segurar o esquerdo, de modo que o braço fique relaxado e você consiga palpar corretamente os linfonodos, sendo necessária essa posição para palpar os linfonodos axilares.

Após a palpação da drenagem linfática mamária, você deve solicitar que a paciente se deite em decúbito dorsal, com as mãos colocadas atrás da cabeça. Para garantir um maior conforto da paciente, deixe sempre apenas a mama que está sendo examinada descoberta. Em tempo, em mamas de grande volume, pode-se realizar a palpação da região posterior das mamas com a paciente sentada: a mão não-dominante posiciona-se no sulco inframamário e a dominante, paralelamente ao tórax, irá encontrá-la perpendicularmente, realizando-se a palpação de lateral para medial.

A mama é dividida em quatro quadrantes, o quadrante súpero-lateral (QSL), quadrante súpero-medial (QSM), quadrante ínfero-lateral (QIL) e quadrante ínfero-medial (QIM). Quando identificada alguma lesão em um dos quadrantes, devemos indicar sua posição definindo qual o quadrante, se na mama direita ou na esquerda, e indicar a localização da lesão como se fossem horas em um relógio.

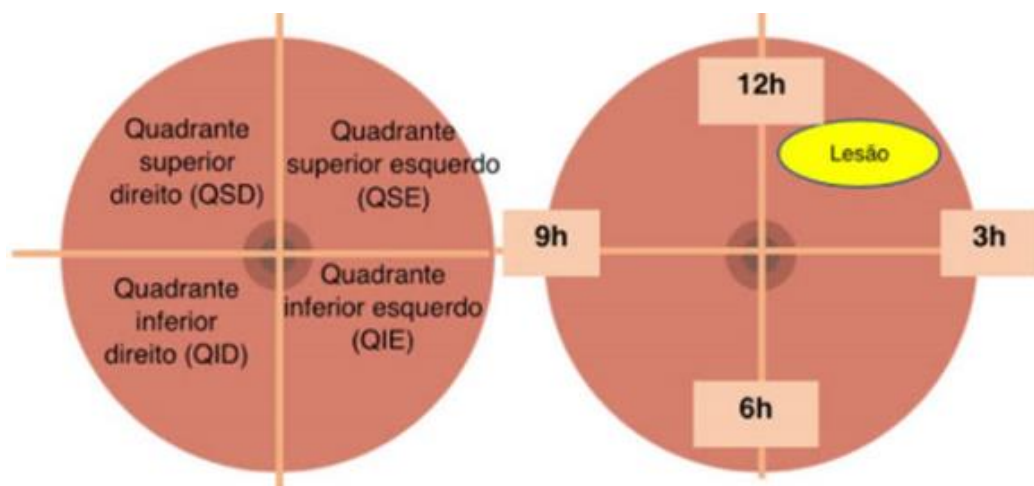


Imagem 2: Quadrantes da Mama. Referência: Martins NVN, Valente ARPD, Ribeiro PBP. Habilidades profissionais em medicina [Internet]. Ponta Grossa: Atena Editora; 2022 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/habilidades-profissionais-em-medicina>

Existem duas técnicas para realização da palpação das mamas, a de Velpeau, que é realizada com a mão espalmada, explorando os quatro quadrantes, seja em sentido horário ou através da técnica “raio de sol”, em que você parte do mamilo e vai palpando no sentido distal do mamilo, garantindo que todas as áreas sejam palpadas; e a manobra de Bloodgood, também conhecida como “dedilhamento”, em que você utiliza a ponta dos dedos, geralmente para classificar alguma lesão encontrada durante a técnica de Vealpeau.

Para classificar uma lesão, deve-se descrever: a consistência do nódulo (endurecidos são sugestivos de malignidade), os limites (não definido é indicativo de malignidade), mobilidade (nódulo fixo/pouco móvel indica malignidade), aderência a estruturas subjacentes (percebida pela baixa mobilidade durante a inspeção dinâmica) e o diâmetro (tamanho da lesão em polpas digitais).

EXPRESSÃO PAPILAR

Após a realização da palpação, deve ser feita a avaliação descarga papilar. Para isso, com a paciente ainda deitada, você aplica uma compressão unidigital suave sobre a região areolar, em dois sentidos diferentes, contornando a papila. Caso ocorra a saída de secreção, você deve especificá-la, informando se é uni ou bilateral, uni ou mult ductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico, coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável.

EXAME DA GENITÁLIA EXTERNA E INTERNA:

INSPEÇÃO ESTÁTICA

Com a paciente na posição de litotomia (ginecológica), o examinador inicia a inspeção desde a região inguinocrural até a vulva. Avalia o monte pubiano e, afastando os grandes lábios posteriormente com os dedos indicador e médio, observa pilificação, fenda vulvar, formação dos grandes e pequenos lábios, vestibulo vulvar, glândulas de skene (parauretrais), clitóris, meato uretral, orifício das Glândulas de Bartholin, hímen, períneo, observar possíveis cirurgias e ânus.

INSPEÇÃO DINÂMICA

Examinador expõe o vestibulo vulvar e solicita que se realize uma manobra de Valsalva (caso a paciente não consiga realizar, pode pedir para fazer força como se fosse evacuar ou pedir para tossir) para pesquisar distopias (localização anormal de um órgão ou estrutura) como: prolapso vaginal anterior (cistocele), prolapso vaginal posterior (retocele) ou prolapso uterino (uterocele).

PALPAÇÃO

O examinador palpa toda a extensão da vulva tentando identificar tumores, cistos (de glândula de Bartholin) e linfonodomegalias.

EXPRESSÃO

Expressão da uretra e das glândulas parauretais, através da introdução do dedo indicador no um terço externo da 3ª vagina e compressão da parede vaginal anterior com observação da saída de secreção purulenta através do óstio da uretra e de glândulas parauretais.

EXAME ESPECULAR

Preparação: Escolha do espéculo com o tamanho adequado. Realizar a checagem de materiais para exame especular, se for necessário para outros exames complementares também. Paciente em decúbito dorsal em uma mesa de exame com os pés em estribos (posição de litotomia dorsal). Examinador usa luvas de procedimento e realiza o exame sentado.

Materiais necessários:

- Foco de luz
- Mesa ginecológica
- Banco giratório
- Luvas de procedimento
- Espéculo vaginal adequado
- Gaze de Algodão
- Pinça de Cheron

Se coleta de exame citopatológico:

- Escova endocervical
- Espátula de Ayre
- Lâmina de vidro com borda fosca (com a identificação da paciente)
- Álcool 96° ou fixador spray de polietilenoglicol
- Recipiente para lâmina de vidro

Se testes de coloração:

- Lugol forte (solução iodo iodetada)

Escolha do espéculo vaginal (de Collins):

Quatro tamanhos: 0 (virgoscópio de Bicalho), 1 (pequeno), 2 (médio) e 3 (grande).

CrITÉRIOS de escolha: idade (idade avançada deve utilizar espéculo menor), paridade (maior o número de filhos, maior o espéculo), obesidade (maior a circunferência abdominal, maior o espéculo).

Observação: levar em consideração a individualidade da paciente, se atentar com possível histórico de abuso/violência, vaginismo, virgindade, ressecamento pós menopausa...

1. Introdução do espéculo:

Expor o vestíbulo vulvar com a mão não-dominante (segundo e terceiro dedos); a mão dominante introduzirá lentamente o espéculo pelo cabo (fechado, com o pino para baixo e ligeiramente oblíquo). Após a introdução inicial, o espéculo deve ser rodado, as valvas ficam paralelas às paredes anterior e posterior da vagina, o pino para baixo e o resto do espéculo deve ser introduzido inclinado posteriormente. Segurar com a mão não-dominante o cabo e rodar o pino com a mão dominante, abrir o espéculo encaixando cuidadosamente no colo do útero.

2. *Descrever:*

Paredes vaginas: fôrnices ou fundos de saco (anterior, posterior e laterais), as pregas das paredes, cor, elasticidade, presença de lesões (se houver deve caracterizar: número, localização, dimensão, cor, mobilidade e sensibilidade), presença de secreções e comprimento. Colo do útero: volume, posição, coloração, cilíndrico ou plano, presença de lesão (se houver deve caracterizar como referido anteriormente). Forma do orifício externo: puntiforme, circular, transversal. Aspecto do muco cervical: translúcido, esbranquiçado, purulento, sanguinolento. Se houver corrimento, analisar: quantidade, consistência, cor, odor, bolhas, sangue e sinais inflamatórios associados.

3. *Após a colocação do espéculo:*

Pode haver indicação de exames auxiliares, como por exemplo:

- pH vaginal (fitas de pH específica, colocada em contato direto com o conteúdo vaginal, sendo comparada quanto à cor, com um mostruário de referência);
- Exame à fresco (é feito observando ao microscópio uma gota de secreção misturada a solução fisiológica a 0,9% ou KOH a 10%, sendo avaliada a morfologia das células descamadas, a presença de reação inflamatória, pelo número de polimorfonucleares, e os microrganismos presentes);
- Whiff Test (teste das aminas – KOH 10, que é baseado em misturar uma gota do conteúdo vaginal com uma gota de solução aquosa de KOH a 10% e sentir o odor exalado)
- Testes agente-específicos (bacterioscopia, cultura, PCR)
- Teste do ácido acético (reação de desifração dos coilócitos demarcando áreas acetobranças onde presente a lesão).
- Citopatológico (Colpocitologia oncótica/Preventivo de Câncer de Colo de Útero/Papanicolau/Citologia cervical):

Quando realizar o exame citopatológico:

Iniciar aos 25 anos em mulheres (gestantes ou não gestantes) que já iniciarem atividade sexual. Após dois exames negativos realizados com intervalo de um ano, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.

O rastreamento pode ser interrompido aos 64 anos em mulheres com pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos e sem antecedentes de patologia cervical. A estrogenização prévia à coleta do exame pode ser realizada em mulheres na pós-menopausa, melhorando a qualidade do esfregaço.

Mulheres previamente submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais.

Em mulheres imunossuprimidas o exame citológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas devem ter o rastreamento citológico a cada 6 meses.

Atualmente, as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero estão em processo de atualização para abordar as recomendações de utilização do teste DNA-HPV, com a definição de faixa etária e periodicidade do rastreamento. Esse novo teste detecta o vírus, por ser mais sensível, poderá estender o período de retorno em até cinco anos, aliviando o sistema de saúde.

Preparação: depois de todo o processo citado anteriormente pode ser iniciada a coleta, lembrando de fazer a checagem de materiais antes do início do procedimento, assim como a identificação com as iniciais da paciente na borda fosca da lâmina.

Realização do exame: com sua mão dominante usar a espátula de Ayre para fazer a coleta da ectocérvice (parte mais externa), girar 360°, 3 a 4 vezes, ao redor do colo do útero colocando a parte mais longa no canal, retirar e segurar entre o dedo médio e anelar da mão não dominante. Usar a escova endocervical com a mão dominante para fazer a coleta da endocérvice (parte mais interna), dar 3 a 4 voltas completas de 360°, retirar a escovinha e colocar na outra mão entre os dedos anelar e mínimo. Com os dedos indicador e polegar da mão não dominante segurar nas laterais da parte fosca da lâmina de vidro já identificada. Passar com a mão dominante a espátula de Ayre duas vezes no sentido vertical logo após a parte fosca e a escova endocervical no sentido horizontal no resto da lâmina. O material depositado pela escova na lâmina deve ficar ao lado do outro material depositado pela espátula. Descartar ambos os utensílios (espátula e escova) após o uso. Fixar o material na lâmina de vidro identificada com álcool 96° em um frasco ou spray de polietilenoglicol. Após alguns segundos, colocar a lâmina no recipiente destinado a ela e enviar para análise.

TESTE DO IODO (teste de Schiller):

Quando fazer: após a coleta do material necessário é realizada a embrocação das paredes vaginais e da ectocérvice com uma solução de ácido acético a 5% e observa-se se há mudança de coloração. A embrocação também é feita com solução de lugol (teste de Schiller) e se observa possível mudança de coloração. A colposcopia constitui uma propedêutica complementar (que abrange o teste de iodo) para mulheres com resultados de citologia cervical positivos nos programas de rastreamento. Esse exame não deve ser utilizado como um método de rastreamento do câncer de colo uterino e permite: avaliar lesões pré-invasoras e invasoras do colo uterino como propedêutica, complementar aos métodos de rastreamento, definir a extensão das lesões, guiar biópsias de áreas que parecem

anormais, auxiliar o tratamento com crioterapia ou LEEP e dar seguimento após tratamento de lesões pré-invasoras do colo uterino.

Preparação: fazer logo após a coleta do Papanicolau, para não interferir no resultado do exame. A mulher ainda estará na posição de litotomia e com o espécule de Collins. Aplicar a solução de soro fisiológico diretamente no colo uterino. Utilizar a pinça de Cheron com algodão para espalhar o material. Retirar e descartar algodão.

Realização do exame: aplicar a solução de Lugol (iodo iodetada) na região do colo uterino e vagina. Espalhar novamente com algodão na pinça de Cherron. Analisar o colo e vagina. A solução reage com o glicogênio (polissacarídeos ricamente presente no citoplasma das células superficiais e intermediárias) dando a coloração marrom escura. A coloração é proporcional a quantidade de glicogênio, corando fortemente as células da camada superficial e intermediárias e de maneira mais clara as células basais (epitélio atrófico) e colunares (glandulares). Logo, é fisiológico o colo do útero corar com o iodo e ficar com a coloração marrom. Utiliza-se o colposcópico para analisar melhor possíveis alterações.

Resultados: teste iodo positivo (Schiller Negativo): situação normal, cor acastanhado escuro; teste iodo negativo (Schiller Positivo): coloração amarelado-mostarda e com bordas bem delimitadas, realizar biópsia da área. São casos de lesões atípicas (Mosaico, epitélio branco, leucoplasia) ou representar infiltração de células carcinomatosas. Observação: Mulheres no climatério podem apresentar áreas não coradas ou de mosaicismo, sem estar com qualquer anormalidade. Deve-se administrar estrogênio e repetir o exame.

4. Retirada do espécule:

Tracionar cuidadosamente o espécule para liberar o colo uterino. Fechar lentamente o espécule voltado a posição de entrada e fechando as valvas.

TOQUE VAGINAL:

A próxima etapa do exame ginecológico é o toque vaginal, que é feito introduzindo o dedo indicador e o dedo médio da mão dominante na vagina e com a outra mão palpando profundamente a região inferior do abdome.

Nessa parte, será avaliado o comprimento vaginal, os fundos de saco, elasticidade das paredes e presença de lesões, que devem ser caracterizadas de acordo, também, com o que foi dito anteriormente.

Será palpado também o colo uterino em toda a sua superfície, e avaliado conforme posição, dimensão, mobilidade e sensibilidade a mobilização (anteroposterior e latero-lateral). O corpo uterino também será avaliado quanto à posição, forma, tamanho, superfície, mobilidade e sensibilidade.

Deve-se avaliar os anexos uterinos bilateralmente, sendo considerado normal se forem impalpáveis. A presença de massa palpável anexial deve ser caracterizada quanto ao tamanho, forma, consistência, superfície, mobilidade e sensibilidade.

Por fim, realiza-se a avaliação do tônus e da capacidade contrátil da musculatura do assoalho pélvico.

Após o término da avaliação física ginecológica, pode-se encerrar a consulta de forma ética, esclarecendo dúvidas da paciente e sendo aberto em relação ao que ela tem a dizer, sempre prezando pelo respeito.

REFERÊNCIAS:

1. Botelho NM, Caetano DSAC, Oliveira JS, Amorim RP, Machado ALM, Chady JNC, et al. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e da gestante – Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. Belém (PA): Editora da Universidade do Estado do Pará; 2018 [citado 2025 mai 31]. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/eduepa/wp-content/uploads/2019/06/MANUAL-DE-GINECOLOGIA-E-OBSTETR%C3%8DIA.pdf>
2. Botelho NM, organizadora. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e da gestante – Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. Belém: Editora da Universidade do Estado do Pará (EDUEPA); 2018 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/eduepa/index.php/2019/06/06/manual-de-habilidades-profissionais-atencao-a-saude-da-mulher-e-da-gestante/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Saúde do adolescente [Internet]. Brasília: UNA-SUS; 2020 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/18580/1/ebook%20Sa%C3%B Ade%20Adolescente.pdf>
4. Carrara HHA, Philbert PMP. Exame físico ginecológico [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; [data desconhecida] [citado 2025 mai 31]. Disponível em: https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/8700110/mod_page/content/3/EXAME%20GINECOLOGICO.pdf
5. Exame clínico das mamas [Internet]. [sem local]: Ministério da Saúde; [sem data] [citado 2025 mai 31]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/rastreamento-diagnostico/exame-clinico-mamas/>
6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. São Paulo: FEBRASGO; 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO; nº 1).

- Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-ZDIAGNOySTICOZRASTREIOZEZTRATAMENTOZDOZCAyNCERZDEZCOLOZDEZUyTERO.pdf>
7. Galvão RO. Exame físico em ginecologia. *Femina*. 2023;51(5):309–20. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1512414>
 8. Maria R, Botogoski SR, Maria T. Semiologia ginecológica: o atendimento da mulher na atenção primária à saúde / Gynecology semiology: the care of women in primary health care. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [Internet]*. 2019 [citado 2025 abr 13];144–51. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/199>
 9. Martins NVN, Valente ARPD, Ribeiro PBP. Habilidades profissionais em medicina [Internet]. Ponta Grossa: Atena Editora; 2022 [citado 2025 abr 15]. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/habilidades-profissionais-em-medicina>
 10. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Redes. Nota Técnica nº 1/2024-INCA/DIDEPRE/INCA/CONPREV/INCA/SAES/MS: nota para os gestores do SUS sobre a mudança do método do rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2024 [citado 2025 mai 31]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/nota_informativa_sobre_dna-hpv.pdf
 11. Redação. SUS substituirá teste Papanicolau por exame molecular que permite melhor diagnóstico [Internet]. *Jornal da USP*; 2025 abr 2 [citado 2025 mai 31]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/sus-substituira-teste-papanicolau-por-exame-molecular-que-permite-melhor-diagnostico/>
 12. Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Roteiro para o exame físico ginecológico [Internet]. Ribeirão Preto: USP; [data desconhecida] [citado 2025 abr 15]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8700110/mod_page/content/3/EXAME%20GINECOLOGICO.pdf
 13. Vieira SC, Valentim JMCN, Damásio LCVCD, Lopes OMR, Nogueira MO, Silva ER, et al. Manual de tópicos em ginecologia da SOPIGO [Internet]. 1ª ed. Teresina: Editora e Livraria Nova Aliança; 2023 [citado 2025 mai 31]. Disponível em: <https://doutorsabas.com.br/wp-content/uploads/2023/11/EBOOK-MANUAL-DE-TOPICOS-EM-GINECOLOGIA-DA-SOPIGO-1.pdf>

5. EXAME FÍSICO OBSTÉTRICO

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_005

Thainá Kühler e Bianca Tiecher

Revisado por: Dr Jan Pawel Andrade Pachnicki

O exame físico obstétrico é parte indispensável da avaliação clínica da gestante e deve ser realizado em todas as consultas de pré-natal. Ele possibilita o acompanhamento da saúde materna e fetal, a detecção precoce de alterações e a orientação adequada das condutas durante a gestação. Para além da técnica, trata-se de um momento de vínculo e acolhimento, em que a gestante deve sentir-se segura e respeitada. A realização sistematizada, com atenção à anamnese prévia, medidas antropométricas, avaliação cardiovascular, obstétrica e ginecológica, garante qualidade assistencial e contribui para o bem-estar materno-fetal ao longo do acompanhamento.

ALTURA UTERINA E PALPAÇÃO FETAL:

A medida da altura uterina é um método simples e confiável que avalia o crescimento fetal durante o pré-natal e a detecção precoce de alterações. Existem algumas situações que podem comprometer a acurácia dessa medida, como: obesidade materna, polidrâmnio, situação transversa e gestação múltipla, daí a importância de sempre ser avaliado em conjunto com a circunferência máxima – medida circunferencial do abdome materno, com a paciente deitada, na altura da cicatriz umbilical.

Para a medição da altura uterina, com o examinador ao seu lado direito, a gestante deve ser posicionada em decúbito dorsal com o abdômen descoberto e deve ser utilizada uma fita métrica flexível e não extensível, de forma que a sua extremidade inicial (0 cm) fique fixa na borda superior da sínfise púbica, segura pela mão direita. Após isso, a fita deve ser colocada entre os dedos indicador e médio da mão esquerda ou pela borda cubital da mão esquerda, até atingir o fundo uterino, momento o qual deve ser realizada a leitura dos centímetros apresentados na fita.

Em relação ao tamanho uterino, são utilizados os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana: não ocorre alteração do tamanho uterino;
- 12ª semana: possibilidade de palpação na borda superior da sínfise púbica;
- 16ª semana: fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- 20ª semana: fundo uterino encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana: existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina, em centímetros, até a 30ª semana; após 30 semanas,

corrige-se a insinuação fetal, com a altura uterina sendo equivalente a idade gestacional menos 2 cm;

- 40ª semana: fundo uterino encontra-se ao nível do apêndice xifoide.

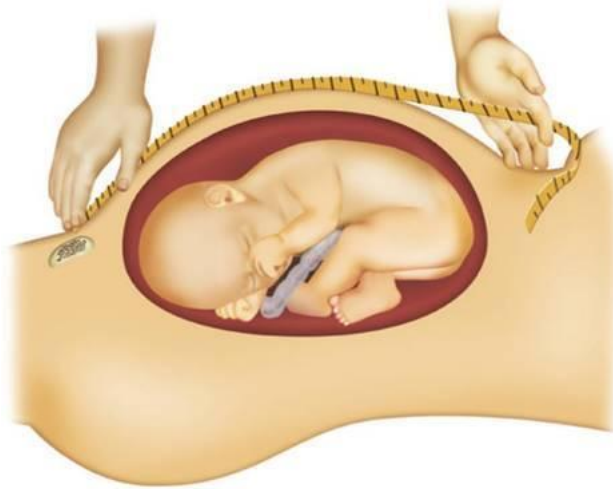


Figura 1: Técnica para a medida da altura uterina. Fonte: Tratado de Obstetrícia: FEBRASGO (2019).

O valor encontrado deve ser utilizado para preencher o gráfico de altura uterina/idade gestacional, em que o resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas. Quando a medida obtida se encontrar acima do percentil 10, a chance do crescimento fetal estar normal é superior a 90%. Já se a medida obtida for inferior ao percentil 10, a probabilidade de feto restrito é de 60%. Se acima do percentil 90, é considerado crescimento excessivo.

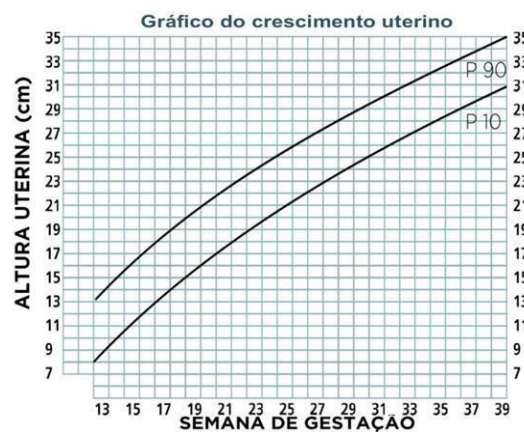


Figura 2: Gráfico do crescimento uterino. Fonte: Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (1996), citado por Pré-natal e puerpério na Atenção Primária (2025).

Tanto a medida da altura uterina quanto a palpação fetal são utilizadas para a identificação do crescimento fetal, procurando detectar os desvios da normalidade. A palpação obstétrica faz avaliação da estática fetal a partir dos quatro tempos das manobras de Leopold-Zweifel:

- 1º tempo: delimitar o fundo uterino com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer onde as partes fetais se encontram. Esse passo diz sobre a situação fetal.
- 2º tempo: deslizar as mãos do fundo uterino até o polo inferior, lateralmente, buscando sentir o dorso e as pequenas partes do feto. Esse passo visa determinar a posição fetal.
- 3º tempo: explorar a apresentação fetal no estreito superior da pelve. O polo deve ser apreendido com a palma da mão, definindo-se a parte fetal a se insinuar.
- 4º tempo: responsável por determinar a insinuação / fixação fetal. O examinador deve posicionar-se de costas para a cabeça da paciente, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas e deslizando-as em direção à escava pélvica. Com as pontas dos dedos, procura penetrar na pelve para averiguar o grau de penetração do polo apresentado no estreito superior da bacia e rechaçando-o superiormente. Quando insinuado, o polo apresenta-se fixo, quando móvel, encontra-se alto.

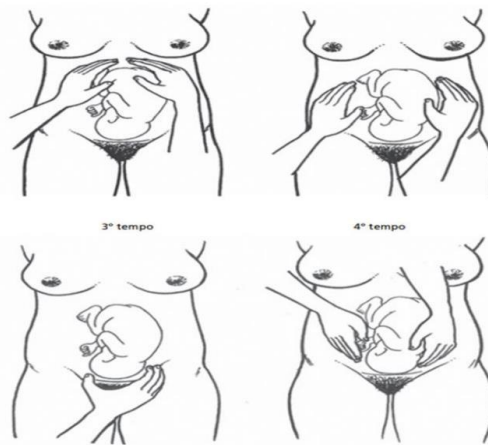


Figura 3: Manobras da palpação. Fonte: BRASIL (2013a), citado por Pré-natal e puerpério na Atenção Primária (2025).

Em relação à estática fetal, os conceitos são:

Situação: relação entre o maior eixo do feto e maior eixo uterino.

- Longitudinal: maiores eixos do feto e do útero são paralelos e coincidem;
- Transversa: maiores eixos do feto e do útero são perpendiculares;
- Oblíqua ou inclinada: maiores eixos do feto e do útero se cruzam.

Apresentação: região do feto que se encontra voltada para o estreito superior pélvico.

- Cefálica: polo cefálico, o qual tende a ser um corpo volumoso, de superfície regular, resistente e irreductível;
- Pélvica: polo pélvico (pelve ou membros inferiores), o qual ocupa parcialmente a escava, tende a ser mais volumoso, esferoide, de superfície irregular, resistente e redutível;
- Córmica: escava vazia (ombro), típica da apresentação transversa.

AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS E AVALIAÇÃO DA MOVIMENTAÇÃO DETAL:

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) tem por finalidade verificar a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos mesmos, devendo ser realizada em toda consulta pré-natal. Eles podem ser percebidos pela ultrassonografia a partir da 7ª e 8ª semana de gestação, pelo Sonar-Doppler entre a 10ª e 12ª semanas e pelo estetoscópio de Pinard por volta da 20ª semana.

A partir da 28ª semana, a utilização do Sonar-Doppler deve ser precedida pela realização das manobras de Leopold, com destaque para o segundo tempo, uma vez que, por meio dele, há identificação do dorso fetal. O propósito da posição fetal é encontrar a melhor localização para se realizar a ausculta dos BCF que, na maioria das vezes, será homolateral ao dorso fetal, com ressalva às apresentações cefálicas defletidas de terceiro grau, em que a ausculta é mais bem realizada na face anterior do tórax do feto.

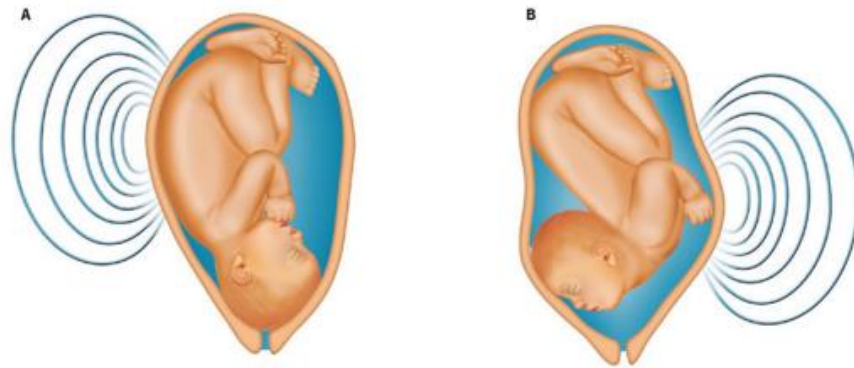


Figura 4: Propagação da ausculta cardíaca fetal. A: feto na apresentação cefálica fletida. B: feto na apresentação cefálica defletida de 3º grau. Fonte: Adaptada de Zugaib (2012), citado por Tratado de Obstetrícia: FEBRASGO (2019).

Os BCF devem ser contados por 1 minuto, observando regularidade e ritmo, sendo considerada normal a frequência cardíaca fetal que oscila entre 120 a 160 batimentos por minuto.

Durante todo o exame físico obstétrico, o examinador deve estar atento à presença de movimentação ativa fetal. Caso esta não seja percebida de forma tátil, visual ou durante a ausculta, deve-se realizar estímulo sonoro no polo cefálico, por 3 a 5 segundos, observando-se movimentação reativa ou aumento de ao menos 15 batimentos por minutos na ausculta. Casos que não demonstrem fetos ativos ou reativos devem ser encaminhados para avaliação da vitalidade fetal.

SINAIS CLÍNICOS DE COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS:

Os principais sinais de alerta na gestação e, consequentemente, indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica da maternidade de referência, são:

- Síndromes hemorrágicas: o abortamento, por exemplo, é uma síndrome hemorrágica da primeira metade da gravidez;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140 \times 90$ mmHg (medida sentada após, no mínimo, cinco minutos de repouso) e associada à proteinúria;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas, como: escotomas cintilantes, cefaleia occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que precise de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa em gestantes;
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.;
- Crise hipertensiva ($PA \geq 160 \times 100$ mmHg);
- Amniorrexe prematura (perda de líquido vaginal);
- Trabalho de parto prematuro: sintomas indicativos são contrações regulares e perda de líquido;
- Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) na ausência de sinais e/ou sintomas de IVAS;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo;
- Investigação de prurido gestacional/ictéria;
- Vômitos persistentes e/ou intensos não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;

- Anemia grave ($Hb \leq 7g/dL$);
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligodrâmnio;
- Diminuição da movimentação fetal (pode indicar sofrimento fetal) e óbito fetal.

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
Sangramento vaginal	Anormal em qualquer época da gravidez	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência
Cefaleia, escotomas visuais, epigastria e edema excessivo	Estes sintomas podem sugerir pré-eclâmpsia	Avaliação da pressão arterial (PA) e médica imediatamente
Contrações regulares e perda de líquido	Sintomas indicativos de início do trabalho de parto	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência
Diminuição da movimentação fetal	Pode indicar sofrimento fetal	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma. Considerar possibilidade de encaminhamento à maternidade de referência.
Febre	Pode indicar infecção	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento à urgência, caso necessário.

Figura 5: Principais sinais de alerta na gestação. Fonte: baseado no BRASIL (2016c), citado por: Pré-natal e puerpério na Atenção Primária (2025)

EXAMES COMPLEMENTARES DA ROTINA PRÉ-NATAL

O acompanhamento pré-natal tem como principal objetivo promover o desenvolvimento saudável da gestação, reduzindo os riscos maternos e fetais e contribuindo para um parto seguro. Esse cuidado deve incluir não apenas a vigilância clínica e obstétrica, mas também a avaliação dos aspectos psicossociais da gestante, além da realização de ações educativas e preventivas por parte da equipe de saúde.

O início do pré-natal deve ocorrer na Atenção Primária à Saúde (APS) assim que a mulher descobrir ou suspeitar da gestação, idealmente até a 12ª semana de gestação, caracterizando a captação precoce.

A continuidade do acompanhamento é essencial e deve ser realizada de forma periódica, com frequência definida conforme a idade gestacional: mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª à 36ª semana, e semanalmente a partir da 36ª semana até o termo. Esse seguimento pode ocorrer nas unidades de saúde, em visitas domiciliares ou em encontros comunitários, garantindo uma abordagem integral até o pré-parto/parto.

Além da análise clínica de todas as etapas da gravidez, alguns exames laboratoriais e de imagem são essenciais para o desenvolvimento saudável da gestação.

Dentre os exames laboratoriais, temos:

Hemograma:

Solicitado para identificação de anemia, monitorização de infecções, avaliar a coagulação sanguínea e acompanhar possíveis alterações ao longo da gravidez.

Tipagem sanguínea e fator Rh, Coombs indireto (se mãe Rh negativo):

Solicitado com o objetivo de diagnosticar possíveis incompatibilidades sanguíneas entre o feto e a mãe, além de prevenir a Doença Hemolítica do Recém-Nascido e planejar medidas preventivas.

Glicemia:

Trata-se de um exame utilizado para avaliar os níveis de glicose no sangue. Quando esses níveis se apresentam elevados em jejum, pode haver indicação de diabetes gestacional, condição que requer acompanhamento rigoroso por meio de intervenções dietéticas, prática regular de atividade física e, em determinados casos, uso de medicação específica. Entretanto, mesmo quando os níveis glicêmicos de jejum estão dentro dos parâmetros normais no primeiro trimestre, é recomendada a realização de um novo exame com sobrecarga de glicose entre a 24ª e a 28ª semana de gestação: o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG). Esse teste tem como finalidade investigar, de forma mais detalhada, a possível ocorrência de diabetes gestacional desenvolvida ao longo do período gestacional.

Sorologias e testes rápidos para Sífilis, HIV, Hepatite B e C, Toxoplasmose, Citomegalovírus, Rubéola:

Esses exames desempenham um papel fundamental na detecção precoce de infecções que podem comprometer a saúde materna e fetal. Essas sorologias e testes rápidos visam identificar a presença de anticorpos específicos no organismo da gestante, permitindo o diagnóstico de infecções ativas ou pregressas. A realização dessas sorologias possibilita a adoção de medidas preventivas e terapêuticas adequadas, contribuindo para a redução do risco de transmissão vertical e de possíveis complicações gestacionais, como abortamento, malformações congênitas, parto prematuro ou infecções neonatais graves.

Citopatológico do colo de útero:

É necessário ser realizado periodicamente por todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, a partir de 25 anos. Possibilita a detecção do câncer de colo de útero e pode ser realizado em qualquer etapa da gestação, pois não oferece nenhum risco para o bebê.

Bacterioscopia de secreção vaginal:

Esse exame tem como objetivo a detecção precoce de alterações infecciosas que possam comprometer a saúde materna e o desenvolvimento fetal. A bacterioscopia permite avaliar a flora vaginal e identificar a presença de micro-organismos patogênicos, como

bactérias, fungos ou protozoários, que podem estar associados a vaginoses, candidíase, tricomoniase e outras infecções capazes de aumentar o risco de parto prematuro e outras complicações obstétricas.

Urina tipo I, Urocultura com antibiograma:

A análise da urina é fundamental para detectar alterações iniciais sugestivas de infecção do trato urinário, como leucocitúria, hematúria ou bacteriúria. Complementarmente, a urocultura com antibiograma confirma a presença de infecção urinária, mesmo que assintomática, identifica o agente etiológico e orienta a escolha do antimicrobiano mais eficaz, respeitando o perfil de sensibilidade bacteriana.

Parasitológico de fezes:

Esse exame tem como principal finalidade a identificação de parasitos intestinais, como protozoários (por exemplo, *Giardia lamblia* e *Entamoeba histolytica*) e helmintos (como *Ascaris lumbricoides*, *Ancilostomídeos* e *Trichuris trichiura*), que podem causar alterações gastrointestinais, anemia, desnutrição e comprometimento do estado nutricional da gestante. Tais condições, quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem interferir negativamente no desenvolvimento fetal, aumentando o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e outras complicações perinatais.

1º TRIMESTRE (1-12 Semanas)

- Hemograma
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Coombs indireto (se mãe Rh neg)
- Glicemia de jejum / TSH
- Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL
- Teste rápido para HIV ou sorologia anti-HIV I e II
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Citopatológico do colo de útero
- Bacterioscopia de secreção vaginal
- Urina tipo I / Urocultura com antibiograma
- Parasitológico de fezes
- US

2º TRIMESTRE (13-27 semanas)

- Hemograma
- Coombs indireto (se mãe Rh negativo)
- Teste de tolerância para glicose com 75g (preferencialmente entre a 24 e 28 semanas)
- Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Urina tipo I / Urocultura com antibiograma
- TSH
- US

3º TRIMESTRE (28-40 semanas)

- Hemograma
- Coombs indireto (se mãe Rh negativo)
- Teste rápido de triagem para sífilis ou VDRL
- Teste rápido para HIV ou sorologia anti-HIV I e II
- Sorologia para hepatite B (HbsAg)
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)
- Urina tipo I / Urocultura com antibiograma
- US

ULTRASSONOGRAFIA NA GESTAÇÃO

A ultrassonografia tem um papel essencial na avaliação da gestação tem crescido e se desenvolvido cada vez mais. Esse é o método de escolha para avaliar detalhes anatômicos, malformações sutis e até anemia fetal, além de poder avaliar a vitalidade fetal, tornando-se fundamental para a tomada de decisões e condutas na prática clínica atual.

US 1º TRIMESTRE

A ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre deve ser realizada entre a 11ª e a 14ª semana.

A visualização do saco gestacional é possível por meio da ultrassonografia transvaginal, sendo geralmente identificada entre 4,5 e 5 semanas de gestação (equivalente a três a quatro semanas após a ovulação), quando seu diâmetro médio varia entre 2 e 4 mm.

A primeira estrutura observada dentro do saco gestacional é o saco vitelino, que pode ser detectado entre a 5ª e 6ª semanas de gestação, permanecendo visível até aproximadamente a 10ª semana. A atividade cardíaca embrionária costuma ser detectada pela primeira vez entre 5,5 e 6 semanas.

Para a estimativa da idade gestacional e previsão da data provável do parto, utilizam-se medições biométricas, como: tamanho do saco gestacional, comprimento cabeça-nádega (CCN), diâmetro biparietal e comprimento do fêmur. Dentre esses, o comprimento cabeça-nádega é considerado o principal parâmetro para estimar a idade gestacional no primeiro trimestre.

A atividade cardíaca fetal pode ser identificada por volta da 5ª semana, especialmente em embriões que medem cerca de 2 mm. No entanto, é importante considerar que, em aproximadamente 5% a 10% das gestações normais, essa atividade ainda não é visualizada em embriões com até 4 mm, o que não necessariamente indica anormalidade.

US 2º TRIMESTRE

A ultrassonografia morfológica de segundo trimestre deve ser realizada entre a 18ª e a 24ª semana, de preferência na 22ª semana.

É realizada com o intuito de determinar o crescimento fetal, avaliar a localização da placenta e analisar a morfologia fetal. Por meio da avaliação transvaginal, é possível determinar o comprimento do colo uterino para predizer o risco de parto prematuro.

Além disso, a ultrassonografia do segundo trimestre permite a identificação de possíveis anomalias estruturais fetais, como malformações cardíacas, neurológicas, renais, digestivas e esqueléticas. Também é possível avaliar a quantidade de líquido amniótico e, caso desejado, determinar o sexo fetal com maior precisão.

US 3º TRIMESTRE

A ultrassonografia de terceiro trimestre deve ser realizada entre a 34ª e a 36ª semana.

Esse exame é essencial para monitorar o crescimento fetal, estimar o peso e avaliar a vitalidade do feto, aspectos que são determinantes para o planejamento adequado do parto e a identificação de possíveis intercorrências obstétricas.

Durante essa avaliação, é possível verificar a quantidade de líquido amniótico, a posição e a maturidade da placenta, bem como a inserção e o número de vasos do cordão umbilical. Esses parâmetros são importantes para detectar condições como restrição de crescimento intrauterino, oligoidrâmnio ou polidrâmnio, e anomalias placentárias, que podem impactar diretamente na saúde materno-fetal.

Além disso, permite a identificação de anomalias estruturais que podem não ter sido evidenciadas nos exames anteriores, como certas cardiopatias congênitas ou alterações cerebrais. A utilização do Doppler nesse período também é recomendada para avaliar o

fluxo sanguíneo nas artérias uterinas e no cordão umbilical, auxiliando na detecção precoce de condições como a pré-eclâmpsia e a insuficiência placentária.

1 ° TRIMESTRE	2 ° TRIMESTRE	3 ° TRIMESTRE
Função: Verificar vitalidade Verificar número de embriões Avaliar se a gestação é tópica Idade gestacional Comprimento cabeça-nádega BCF	Morfológica: Verificar formação Cabeça Coração Membros Sistema nervoso Observação: caso o paciente só possa fazer uma USG dá-se preferência para a do segundo trimestre.	Função: Localização da placenta Verificar quantidade de líquido amniótico Analisar maturidade da placenta Avaliar crescimento fetal.

Figura 6: US em cada trimestre gestacional. Fonte: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016; FEBRASGO, 2014.

REFERÊNCIAS

1. FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe S. de. Tratado de Obstetrícia: FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
2. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Pré-natal e puerpério na Atenção Primária. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2025.
3. AMORIM, Rebecca P. de, et. al. Manual de Habilidades Profissionais: Atenção à saúde da mulher e da gestante. 22 ed. Belém: EDUEPA, 2018.
4. BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2017. p. 21-24.
5. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de assistência pré-natal. 2. ed. São Paulo, 2014. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. Brasília: DF, 2013.
6. ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G.; MACCHETTI, C.E. et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Públ. v. 45, n.5, p. 854-863. 2011.
7. BRASIL; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 63-149.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Testes rápidos e exames durante a gestação promovem a saúde da mulher e protegem o bebê. Gov.br, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2023/03/testes-rapidos-e-exames-durante-a-gestacao-promovem-a-saude-da-mulher-e-protegem-o-bebe>. Acesso em: 1 jun. 2025.
9. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo assistencial da Casa de Parto de São Sebastião. Brasília: SES-DF, 2023. Disponível em: f. Acesso em: 1 jun. 2025.
10. BOTELHO, Nara Macedo et al. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e da gestante. Belém: EDUEPA, 2018.
11. FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe S. de. Tratado de Obstetrícia: FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
12. SANAR. A ultrassonografia morfológica no terceiro trimestre gestacional. 2020. Disponível em: <https://sanarmed.com/a-ultrassonografia-morfologica-no-terceiro-trimestre-gestacional-colunistas/>. Acesso em: 1 jun. 2025.
13. RIBEIRO, Glaucius Nóbrega. Ultrassonografia do 3º trimestre. 2018. Disponível em: <https://drglaucius.com.br/wp-content/uploads/2018/01/usg-3t.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.

6. CICLO MENSTRUAL E SEUS PRINCIPAIS DISTÚRBIOS

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_006

Yasmin Bauer e Luana Sperka
Revisado por: Dra Luiza Sprung

O ciclo menstrual é o processo cíclico pelo qual o organismo feminino prepara o corpo para uma possível gestação. Ele envolve uma interação complexa entre hormônios produzidos pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovário (HHO) e alterações morfológicas no endométrio uterino. A identificação dos padrões normais e a compreensão dos distúrbios associados ao ciclo são fundamentais na prática clínica ginecológica.

O CICLO MENSTRUAL

Tradicionalmente, o ciclo pode ser analisado sob duas perspectivas interligadas: as fases ovarianas (folicular, ovulatória e lútea) e as fases uterinas (menstrual, proliferativa e secretora).

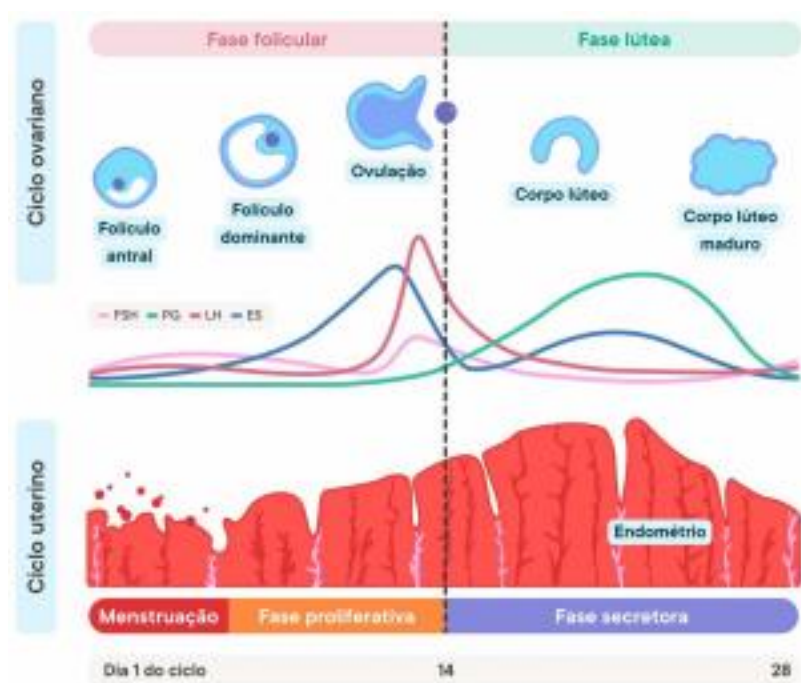


Figura 1.0. (adaptada de Critchley HOD, Maybin JA, Armstrong GM, Williams ARW. Physiology of the Endometrium and Regulation of Menstruation. Physiological Reviews. 2020 Jul;100(3):1149-79.)

FASES OVARIANAS

Fase folicular:

Esta fase inicia no primeiro dia da menstruação e dura até a ovulação. É caracterizada pelo recrutamento e crescimento folicular, estimulado principalmente pelo hormônio folículo-estimulante (FSH) secretado pela hipófise. Durante essa fase, o folículo dominante amadurece e começa a produzir estradiol e inibina B. Enquanto o estradiol age por retroalimentação negativa para reduzir o FSH e estimula o crescimento do endométrio, a inibina B atua de forma mais específica e potente na supressão da secreção de FSH pela hipófise, garantindo que apenas o folículo dominante continue seu desenvolvimento. Quando os níveis de estradiol atingem um limiar elevado por mais de 48 horas, ocorre a inversão para retroalimentação positiva, promovendo o pico do hormônio luteinizante (LH) e desencadeando a ovulação.

Ovulação:

Ocorre por volta do 14º dia em um ciclo médio de 28 dias (pode variar entre 21 e 35 dias), quando o pico de LH provoca a ruptura do folículo maduro e a liberação do óócito secundário na tuba uterina, pronto para a fertilização.

Fase lútea:

Após a ovulação, o folículo remanescente transforma-se em corpo lúteo, que secreta progesterona, estradiol e inibina A. Estes hormônios e a inibina A promovem a preparação do endométrio para a implantação, estabilizando a camada funcional e continuando a suprimir a secreção de FSH, prevenindo o recrutamento de novos folículos. Caso não ocorra gravidez, o corpo lúteo degenera, levando à queda dos níveis hormonais (estradiol e progesterona) e da inibina A, o que remove o feedback negativo sobre a hipófise e consequente menstruação, reiniciando o ciclo.

FASES UTERINAS

Fase menstrual:

Inicia-se com a queda dos níveis de estradiol e progesterona, resultando na descamação da camada funcional do endométrio, que é eliminada pela menstruação.

Fase proliferativa:

Coincide com a fase folicular ovariana e é dominada pelo aumento dos níveis de estradiol. Durante esta fase, o endométrio regenera-se, com proliferação das células glandulares e estromais, preparando-se para a possível implantação embrionária.

Fase secretora:

Acompanhando a fase lútea ovariana, é marcada pela ação da progesterona secretada pelo corpo lúteo, que transforma o endométrio proliferativo em uma estrutura secretora, com glândulas tortuosas e vasos sanguíneos espiralados, fornecendo um ambiente nutritivo para o embrião. Caso a fertilização não ocorra, a involução do corpo lúteo provoca a retirada do estímulo hormonal (estradiol, progesterona e inibina A), iniciando novamente a fase menstrual.

Alterações em qualquer etapa hormonal ou estrutural podem levar a irregularidades menstruais, sintomas dolorosos e infertilidade. A seguir, serão abordados os principais distúrbios, suas fisiopatologias, critérios diagnósticos e estratégias terapêuticas.

PRINCIPAIS DISTÚRBIOS MENSTRUAIS

Amenorreia

A amenorreia é definida como a ausência de menstruação e pode ser primária, quando a menarca não ocorre até os 13 anos na ausência de desenvolvimento puberal, ou até os 15 anos na presença de caracteres sexuais secundários; ou secundária, quando há ausência de menstruação por mais de três ciclos consecutivos ou seis meses, caracterizando a irregularidade menstrual. A etiologia da amenorreia é ampla e inclui causas fisiológicas (gravidez, lactação e menopausa), anatômicas (síndrome de Asherman, malformações müllerianas), endócrinas (disfunções hipotalâmicas, hipofisárias, ovarianas e tireoidianas) e metabólicas.

A investigação deve iniciar-se sempre com a exclusão de gravidez, seguida de dosagem hormonal (FSH, LH, prolactina, TSH, estradiol) e avaliação anatômica por exames de imagem, incluindo ultrassom pélvico e, se necessário, ressonância magnética. A abordagem terapêutica depende da causa e pode variar de reposição hormonal a procedimentos cirúrgicos, quando necessário.

Dismenorreia

A dismenorreia corresponde à dor pélvica cíclica associada ao ciclo menstrual. É classificada como primária quando ocorre em mulheres jovens, sem patologia pélvica subjacente, e secundária quando há uma causa orgânica, como endometriose, miomas ou adenomiose.

Na dismenorreia primária, acredita-se que o aumento da produção de prostaglandinas no endométrio durante a fase menstrual leve à contração uterina intensa e isquemia miometrial, resultando em dor. O tratamento inicial inclui anti-inflamatórios não esteroidais e contraceptivos hormonais combinados, que suprimem a ovulação e reduzem a produção de prostaglandinas. Na dismenorreia secundária, o tratamento deve ser dirigido

à causa de base, frequentemente exigindo investigação complementar por ultrassonografia ou ressonância magnética.

Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)

A SOP é uma endocrinopatia crônica caracterizada por anovulação, hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial, e morfologia ovariana policística. O diagnóstico baseia-se nos critérios de Roterdã (2003), que exigem a presença de ao menos dois dos seguintes três achados: oligovulação ou anovulação, sinais clínicos ou bioquímicos de hiperandrogenismo e ovários policísticos ao ultrassom.

A fisiopatologia envolve a resistência insulínica, que aumenta a secreção de andrógenos pelos ovários, e alterações na secreção de GnRH, com predomínio de LH em relação ao FSH. Clinicamente, a SOP manifesta-se com irregularidade menstrual, hirsutismo, acne, obesidade e infertilidade. O tratamento visa o controle dos sintomas e a prevenção das comorbidades metabólicas. Contraceptivos hormonais combinados são a primeira linha para o controle do hiperandrogenismo e regulação do ciclo. Quando há desejo reprodutivo, indução da ovulação com citrato de clomifeno ou letrozol pode ser indicada.

Endometriose

A endometriose é uma condição ginecológica crônica e inflamatória caracterizada pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina, principalmente no peritônio pélvico, ovários e ligamentos uterossacros. A fisiopatologia é multifatorial, envolvendo refluxo menstrual, alterações imunológicas e predisposição genética. O tecido ectópico responde aos hormônios cíclicos, gerando inflamação, dor e aderências.

Clinicamente, manifesta-se com dismenorreia grave, dor pélvica crônica, dispareunia e, frequentemente, infertilidade. O diagnóstico é clínico, complementado por exames de imagem (ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, ressonância magnética) e, em alguns casos, confirmado por laparoscopia. O tratamento pode ser clínico, com bloqueio hormonal do eixo HHO (análogos de GnRH, progestágenos, contraceptivos hormonais), ou cirúrgico, em casos refratários ou com desejo reprodutivo.

Síndrome Pré-Menstrual e Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM)

A Síndrome pré-menstrual corresponde a um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais que ocorrem durante a fase lútea do ciclo menstrual e desaparecem com o início da menstruação. Os sintomas incluem irritabilidade, labilidade emocional, dor mamária, cefaleia, fadiga e distensão abdominal. Já o TDPM é uma forma mais grave e incapacitante, considerada um transtorno psiquiátrico no DSM-5, caracterizado por sintomas depressivos acentuados, ansiedade, tensão e irritabilidade marcante.

A fisiopatologia de ambos os quadros envolve uma resposta anômala aos níveis flutuantes de esteroides ovarianos, que afetam a neurotransmissão serotoninérgica. O diagnóstico é clínico e baseado na ocorrência cíclica dos sintomas. O tratamento inclui mudanças no estilo de vida, suplementação (como cálcio e vitamina B6), antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina (em regime contínuo ou apenas na fase lútea) e contraceptivos hormonais combinados, com preferência pelos que utilizam drospirenona.

CONCLUSÃO

Considerando as interações neuroendócrinas e as influências ambientais que modulam o ciclo menstrual, percebemos que a sua compreensão transcende a descrição de um evento fisiológico. A identificação e a análise dos principais distúrbios, como a síndrome dos ovários policísticos e a endometriose, revelam a sua importância clínica como biomarcadores da saúde sistêmica. A abordagem multidisciplinar, baseada em evidências, é fundamental para o manejo dessas condições, visando não apenas à mitigação dos sintomas, mas também à prevenção de comorbidades a longo prazo. Dessa forma, a contínua pesquisa sobre os mecanismos subjacentes ao ciclo e seus desvios patológicos é crucial para o avanço de estratégias terapêuticas mais eficazes e personalizadas.

REFERÊNCIA:

1. Fernandes, C.E., Sá, M.F.S. (Eds.). Tratado de Ginecologia FEBRASGO. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
2. Teixeira, J.C. et al. Capítulos sobre distúrbios menstruais, endometriose, SOP, climatério. In: Tratado de Ginecologia FEBRASGO, 2019.
3. Sociedade Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva. Diretrizes clínicas, 2021.
4. Carr BR, Wilson JD. Disorders of the ovary and female reproductive tract. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, et al, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 11th ed. New York: McGraw-Hill, 1987: 1818-1837.
5. ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 128: Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive Aged Women. Obstetrics & Gynecology. 2012;120(1):197–206.

7. DOR PÉLVICA: AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_007

Édillyn Lombardi e Isadora Backes

Revisado por: Dra Luiza Dall'Asta

A dor pélvica é qualquer dor sentida na região inferior do abdômen, abaixo da linha do umbigo. É frequentemente associada ao ciclo menstrual ou a problemas ginecológicos comuns. Porém esse sintoma pode indicar doenças ginecológicas, gastrointestinais, urológicas ou musculoesqueléticas nos pacientes. Pode ocorrer tanto em homens, quanto mulheres, mas sendo mais comum no sexo feminino. Também pode ser classificada em dois tipos: aguda ou crônica.

DOR PÉLVICA AGUDA:

A dor pélvica aguda é uma dor de início súbito ou recente, geralmente com duração inferior a 3 meses, e de intensidade variável. É frequentemente um sinal de uma condição médica que exige atenção imediata. Pode estar ligada a processos infecciosos ou inflamatórios, como a doença inflamatória pélvica. Gravidez ectópica, apendicite, torção anexial, abscesso tubo ovariano e endometriose.

Doença Inflamatória Pélvica

Doença inflamatória pélvica (DIP) é uma condição clínica aguda consequente de infecções ascendentes do trato genital inferior. Acometendo vagina e estruturas localizadas acima do orifício interno do colo do útero, sendo estas, endométrio, tubas uterinas e estruturas contíguas. São infecções decorrentes de agentes sexualmente transmissíveis (ISTs), sendo mais comumente diagnosticada em mulheres jovens. Sexualmente ativas, que possuem vários parceiros e que praticam relações sexuais desprotegidas. O sintoma mais frequentemente observado em pacientes com suspeita de DIP é a dor na região pélvica. Podendo incluir corrimento vaginal purulento, dispareunia, cervicite, sangramento pós-coito, febre, além de náusea e vômitos. Até 60% dos casos são assintomáticos ou subclínicos, dificultando o diagnóstico. As principais complicações crônicas compreendem a infertilidade, dor pélvica crônica e gestação ectópica.

Diagnóstico

O diagnóstico é clínico, feito na presença de três critérios maiores associado a um critério menor ou a um menor elaborado:

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO	SINAIS E SINTOMAS
Critérios maiores	Dor no hipogástrio; Dor à palpação dos anexos; Dor à mobilização do colo uterino.
Critérios menores	Temperatura $>37^{\circ}\text{C}$; Corrimento vaginal ou secreção endovaginal de aspect anormal; Massa em região pélvica; >5 unidades de leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; Leucocitose em sangue periférico; Proteína C reativa alta; Comprovação laboratorial de infecção por gonococo, clamídia ou mycoplasma.
Critérios elaborados	Hipótese de histopatológico de infecção do endométrio; Presença de abscesso tubo ovariano ou de fundo de saco de Douglas em exame de imagem; DIP evidenciada em laparoscopia.

Tabela 1 – Adaptado de: Pelvic inflammatory disease: pathophysiology, diagnostic research and therapeutic management. Revista do Sistema Único de Saúde: Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.7. 2021.

É fundamental considerar outras patologias com apresentações clínicas semelhantes. Como endometriose, infecção do trato urinário, apendicite aguda, gravidez ectópica, nefrolitíase e torção ovariana. Nesse contexto, os exames complementares desempenham papel fundamental na elucidação diagnóstica, sendo imprescindível a solicitação de exames de. Imagem e laboratoriais para a confirmação da hipótese clínica e estratificação da gravidade da infecção. A laparoscopia, embora invasiva, pode auxiliar em casos graves.

Tratamento

O tratamento varia conforme a gravidade do caso e deve ser iniciada mesmo que o diagnóstico seja presuntivo. A abordagem em nível ambulatorial é indicada para pacientes com DIP que apresentem sinais e sintomas leves, sem evidência de pelviperitonite. Já, nos casos leves a moderados, tanto a via oral quanto a parenteral de administração antibiótica demonstram eficácia semelhante. Situações que indicam necessidade de internação incluem: imunossupressão, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Suspeita de emergência cirúrgica, presença de abscesso tubo-ovariano, gestação, ou falha terapêutica com antibioticoterapia oral.

Tratamento ambulatorial - 1ª opção: Ceftriaxona 500mg IM dose única, associado à Doxíciclina 100mg VO 2 vezes ao dia por 14 dias e Metronidazol 500mg VO 2 vezes ao dia por 14 dias.

Tratamento hospitalar - 1ª opção: Ceftriaxona 1g IV 1 vez ao dia por 14 dias, Doxíciclina VO 2 vezes ao dia e Metronidazol 400mg IV 2 vezes ao dia. O parceiro sexual dos últimos 60 dias deve ser tratado com os mesmos antibióticos.

Cistos ovarianos

Os ovários são responsáveis pela reserva folicular e pela síntese e liberação dos hormônios sexuais femininos, principalmente estrogênio e progesterona. Essas estruturas podem ser acometidas por cistos ovarianos, geralmente preenchidos por conteúdo líquido, que se desenvolvem a partir de alterações fisiológicas ou patológicas. Do ponto de vista clínico e morfológico, os cistos ovarianos podem ser classificados em funcionais e não funcionais. Os cistos funcionais, como os cistos foliculares e os de corpo lúteo, são decorrentes de variações fisiológicas do ciclo ovulatório e costumam ser autolimitados. Já os cistos não funcionais, como os dermóides, endometriomas e os cistoadenomas, podem ter origem neoplásica, infecciosa ou relacionada a distúrbios endócrinos. Os cistos ovarianos ocorrem em qualquer fase da vida da mulher, sendo mais comumente associados com a menarca.

Diagnóstico e tratamento

A maioria dos cistos ovarianos são assintomáticos, sendo identificados incidentalmente em exames de imagem. Contudo, uma história clínica bem detalhada deve ser realizada em cada consulta. Quando as pacientes apresentam sintomas, os mais comuns são: dor pélvica, dor lombar, inchaço abdominal, náusea e vômitos. A dor pode ser caracterizada como crônica ou aguda nos casos nos quais o cisto ovariano se rompe ou há a presença de torção ovariana.

O exame pélvico apresenta capacidade limitada para a detecção e diagnóstico de cistos ovarianos e, por isso, deve ser complementado com exames de imagem. Dentre eles, a escolha é a ultrassonografia transvaginal (USGTV), a qual permite a caracterização do conteúdo nos seus aspectos morfológicos e auxilia no diagnóstico diferencial. Ainda, a dopplerfluxometria associada à USGTV constitui um método auxiliar no diagnóstico de tumores ovarianos, visando aprimorar a acurácia do exame. A ressonância magnética nuclear (RMN) configura-se como outro recurso diagnóstico complementar para neoplasias ovarianas. Sendo recomendada especialmente em casos nos quais o diagnóstico ultrassonográfico se mostre inconclusivo. Por fim, os cistos ovarianos suspeitos devem ser avaliados pelo marcador tumoral CA125 sérico e nova USTV.

Em relação à terapêutica, existem diversas opções de tratamento de acordo com cada situação clínica da paciente em questão. O tratamento conservador expectante é o mais recomendado para os cistos funcionais do ovário, visto que, apresentam regressão

espontânea em intervalo de até 3 meses. O tratamento cirúrgico está reservado para tumores ovarianos não funcionais e nos cistos funcionais grandes. Além disso, as indicações cirúrgicas incluem suspeita de torção ovariana e massa anexial persistente.

Gestação ectópica

A gestação ectópica (GE) é caracterizada pela implantação do embrião fora da cavidade endometrial. Sendo a localização mais comum nas tubas uterinas, embora também possa ocorrer nos ovários ou na cavidade abdominal.

Diagnóstico e tratamento

Na GE, os principais sinais e sintomas incluem atraso menstrual, dor abdominal ou pélvica em cólica. Sangramento vaginal e sinais de comprometimento hemodinâmico, especialmente em casos de ruptura tubária. No exame físico poderão ser observados: dor à palpação abdominal, massa anexial palpável em aproximadamente 60% dos casos e grito de Douglas positivo. No entanto, para uma detecção precoce, há a necessidade de exames complementares para a comprovação do quadro clínico.

Nesse sentido, a dosagem do β -hCG constitui uma ferramenta auxiliar no diagnóstico da GE. Uma vez que permite distinguir uma gestação tópica viável de uma ectópica, considerando que os níveis de β -hCG seguem um padrão previsível nas gestações intra uterinas iniciais. A detecção do hormônio no sangue materno ocorre geralmente entre o 8º e o 11º dia após a ovulação. Com valores iniciais variando entre 50 e 100 mUI/mL, já na GE, o diagnóstico é fortemente sugerido quando o β -HCG está acima de 1.500 mUI/mL e não se observa saco gestacional intrauterino à ultrassonografia.

A abordagem terapêutica depende da estabilidade clínica da paciente, localização e evolução da gestação, níveis de β -HCG e desejo reprodutivo. O tratamento expectante é indicado em casos com sintomas leves, estabilidade hemodinâmica, ausência de sinais de ruptura e β -HCG < 1.000 mUI/mL em queda. Pode-se optar por tratamento medicamentoso com Metotrexato, sendo indicado para pacientes com sinais vitais estáveis. Sem contraindicações absolutas, β -HCG < 5.000 mUI/mL, massa < 4 cm e ausência de BCF. Por fim, a cirurgia é o tratamento de escolha em casos de instabilidade hemodinâmica, ruptura tubária, gestação ectópica avançada ou falha das abordagens conservadoras. A salpingectomia ou salpingostomia pode ser realizada, dependendo do caso clínico e da preservação da fertilidade.

Torção Anexial

A torção anexial ocorre quando o ovário, a tuba uterina ou ambos se torcem sobre seu pedículo vascular, comprometendo a irrigação sanguínea. É uma condição mais comum ao lado direito, visto que o cólon sigmoide à esquerda pode proteger o anexo da torção. Clinicamente, a dor abdominal aguda é o principal sintoma, podendo também ocorrer

náuseas, vômitos, urgência miccional ou retenção urinária. A dor abdominal pode simular outras condições como apendicite ou cisto hemorrágico.

A ultrassonografia transvaginal é essencial para o diagnóstico precoce, visto a pouca especificidade do quadro clínico. Os achados no ultrassom incluem ovário aumentado, folículos periféricos e deslocamento do útero. O sinal do redemoinho é a torção vascular identificada pelo Doppler, sendo um achado característico. Outro achado é a ausência de fluxo venoso/ arterial, também pelo Doppler. A TC é um exame que pode identificar os mesmos achados da ultrassonografia, e a RM identifica congestão vascular ou não dispersão de contraste pelo anexo.

O tratamento é cirúrgico, preferencialmente por laparoscopia, com distorção do anexo, desde que não esteja necrótico. Quando há necrose, deve-se retirar as estruturas afetadas. Pode-se fixar o anexo (pexia) para prevenir nova torção, por meio de encurtamento do ligamento útero-ovárico. É importante ressaltar que a torção anexial é uma complicação importante na gravidez, principalmente no primeiro e segundo trimestre.

Abscesso tubo-ovariano

Caracterizado pela presença de pus e inflamação nas trompas de falópio e nos ovários. O abscesso tubo-ovariano (TOA) é uma complicação grave da doença inflamatória pélvica (DIP), ocorrendo principalmente em mulheres sexualmente ativas em idade fértil, embora possa surgir mesmo sem sinais prévios de DIP.

Os sintomas mais frequentes incluem dor abdominal, febre e secreção vaginal com odor fétido. O TOA pode evoluir para infecção sistêmica e comprometer órgãos adjacentes, como a bexiga e o intestino. O diagnóstico geralmente é confirmado por exames de imagem que mostram trompas dilatadas, inflamadas e repletas de líquido ou a presença de abscessos. O tratamento inicial envolve antibioticoterapia de amplo espectro, entretanto, em casos de abscesso maiores. Estes requerem intervenção cirúrgica, como a laparotomia ou laparoscopia, ou drenagem guiada por imagem, sendo uma opção de tratamento minimamente invasiva com altas taxas de sucesso. O diagnóstico tardio pode acarretar em complicações a longo prazo, como infertilidade, dor pélvica crônica e maior risco de gravidez ectópica.

DOR PÉLVICA CRÔNICA:

Já a dor pélvica crônica, é uma dor não cíclica localizada na pelve, sendo contínua ou intermitente, com duração de pelo menos 3 a 6 meses. Pode ter diversas origens, tanto ginecológicas, como endometriose, dismenorreia, adenomiose e miomas uterinos. Quanto às não ginecológicas, como constipação intestinal crônica, doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino irritável e cistite intersticial.

Endometriose

A endometriose é uma das principais causas de dor pélvica crônica, especialmente em mulheres, entre a menacme e a menopausa, tendo um impacto significativo em sua qualidade de vida. Estima-se que essa doença afeta cerca de 10% das mulheres no período reprodutivo. É uma doença inflamatória caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio (camada que reveste o interior do útero) fora da cavidade uterina. Como em ovários, trompas, bexiga, intestino ou peritônio.

A dor pélvica relacionada a endometriose, é caracterizada como uma dismenorreia, não necessariamente associada à menstruação. Sendo acíclica, podendo ter dor na relação sexual (dispareunia), ao evacuar ou urinar. Também, as mulheres com endometriose podem ter associado a infertilidade. Além da história clínica, no exame ginecológico especular, dependendo da localização das lesões. Pode-se visualizar lesões nodulares em fundo de saco vaginal, ou no toque vaginal, identificar nódulos endurecidos e dolorosos. Também, o útero retrovertido e o aumento do volume dos ovários são sinais que sugerem a doença. Importante lembrar que o diagnóstico da endometriose muitas vezes é tardio, visto que algumas pacientes não dão a devida importância aos seus sintomas.

A endometriose deve ser tratada sempre que houver dor e/ou infertilidade. No tratamento para a dor, pode-se usar analgésicos ou anti-inflamatórios, além de medicamentos hormonais, visando suspender o ciclo menstrual em mulheres que não desejam engravidar. Em pacientes inférteis, podem ser utilizadas técnicas de reprodução assistida ou cirurgia para a correção das alterações anatômicas. A cirurgia também está indicada em casos de dor refratária, endometriomas volumosos ou desejo de gravidez quando o tratamento clínico falha. Sendo realizada por via laparoscópica para remoção de lesões.

Adenomiose

A adenomiose é uma condição caracterizada pela presença de tecido endometrial (glândulas e estroma) dentro do miométrio (camada muscular do útero). Isso tende a gerar alargamento uterino difuso, ficando mais espesso e com função alterada. Os sintomas são sangramento menstrual intenso, dismenorreia e dor pélvica crônica. Também, a adenomiose pode dificultar a gravidez por alterar a contratilidade uterina, aumentar a inflamação local ou interferir na vascularização endometrial.

O diagnóstico da adenomiose é por meio do exame pélvico, ultrassonografia (útero aumentado. Assimétrico, com miométrio heterogêneo e cistos intramiometriais) ou ressonância magnética, a qual é mais sensível e específica. Porém, o diagnóstico definitivo é realizado por histologia após histerectomia.

O tratamento mais eficaz é a histerectomia, sendo a opção definitiva para mulheres que não desejam engravidar. Outra opção são os tratamentos hormonais, como anticoncepcionais combinados, progestagênio, DIU com levonorgestrel ou AINEs.

Quando a dor pélvica compromete a qualidade de vida da paciente, ela deve ser avaliada por um médico. O diagnóstico é clínico, mas pode-se solicitar exames complementares para o esclarecimento da etiologia dessa dor. Como ultrassom transvaginal, laparoscopia, ressonância magnética ou urocultura. O tratamento da dor pélvica é de acordo com sua etiologia, sendo necessário tratar a causa base, por meio de cirurgias, antibióticos ou analgésicos.

Aderências pélvicas

As aderências pélvicas correspondem a formações de tecido intraperitoneal novo que se desenvolvem após uma lesão local. Unindo estruturas que, em condições normais, seriam anatomicamente separadas. Entre as principais causas ginecológicas dessas aderências estão a doença inflamatória pélvica (DIP). A endometriose e procedimentos cirúrgicos ou manipulações repetidas na cavidade abdominal. Embora em alguns casos as aderências possam não causar sintomas ou prejuízos significativos ao organismo, sua presença pode comprometer a anatomia ou a função dos órgãos pélvicos. Nesses casos, manifestam-se clinicamente por dor pélvica crônica, infertilidade ou até obstrução intestinal.

Ainda que existam diversas estratégias, a prevenção da formação de aderências pélvicas continua sendo um grande desafio. Métodos eficazes de prevenção incluem o uso de soluções com diferentes substâncias e técnicas de barreira. Além disso, evitar cirurgias desnecessárias, optar por abordagens menos invasivas sempre que possível. Aplicar técnicas cirúrgicas precisas são medidas indispensáveis para evitar a formação das aderências. Além das estratégias intraoperatórias, o preparo pré-operatório adequado, incluindo o estado nutricional. A correção de condições que favorecem infecções, deiscências e aderências, bem como o uso de medicações que auxiliam no procedimento cirúrgico, desempenham papel essencial na prevenção.

REFERÊNCIAS:

1. Fernandes CE, Sá MFS, Lopes da Silva Filho A, Pompei LM, Machado RB, Podgaec S, eds. Tratado de Ginecologia FEBRASGO. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
2. PRIMO, Walquíria Quida Salles Pereira; CORRÊA, Frederico José Silva; BRASILEIRO, Jean Pierre Barguil; GARRIDO, Adriana Gualda. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 3. ed. Barueri: Manole, 2023. ISBN 978-85-204-6490-8.
3. VIEIRA, S. C. et al. Manual de tópicos em Ginecologia da Sopigo. Recife: Even3 Publicações, 2023. DOI 10.29327/5324902.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

- Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
5. Mobeen S, Apostol R. Cisto ovariano. [Atualizado em 5 de junho de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2025 janeiro-. Disponível a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560541/>.
 6. De Oliveira, Helton Batista, Alcemira Bandeira de Oliveira, and Noeli das Neves Toledo. "Conduta ginecológica em cisto de ovário: uma revisão da literatura." *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 15.3 (2022): e10003-e10003.
 7. FERNANDES, Cesar Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de (eds.). *Tratado de Obstetrícia FEBRASGO*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
 8. Molena, Jhon Lennon, Marianna Endres Moreno, and Eunice Maria Zangari Nelli. "Gravidez ectópica, sintomas, tipos e riscos para a saúde: Uma revisão narrativa." *Research, Society and Development* 12.9 (2023): e4012943118-e4012943118.
 9. Ribeiro PA, Abdalla-Ribeiro HS, Eras A. *Dor pélvica crônica*. 2ª ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2020. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 7/Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).
 10. Rosa e Silva JC, Valerio FP, Herren H, Troncon JK, Garcia R, Poli Neto OB. Endometriose – Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. *Femina*. 2021;49(3):134-41.
 11. VIEIRA, S. C. et al. *Manual de tópicos em Ginecologia da Sopigo*. Recife: Even3 Publicações, 2023. DOI 10.29327/5324902.
 12. SOARES MANZOTTI, CRISTIANA APARECIDA; DOS SANTOS, ELLEN PRISCILLA; BERNUCI, MARCELO PICININ. ADERÊNCIAS PÉLVICAS: TÉCNICAS E MATERIAIS PARA PREVENÇÃO. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, v. 13, n. 1, 2015.

8. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL: ABORDAGEM INICIAL

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_008

Gabrielle Carvalho e Julia Campos
Revisado por: Dra Luiza Dall'Asta

O Sangramento Uterino Anormal (SUA), é um termo utilizado para descrever alterações no ciclo menstrual que podem ser agudas ou crônicas. O SUA agudo se refere a um sangramento excessivo que necessita de intervenção imediata e pode estar sobreposto a um SUA crônico que é caracterizado por irregularidade no sangramento menstrual. Com tempo de duração de no mínimo 6 meses, sem necessidade de intervenção imediata. Essa condição é uma das mais comuns na Ginecologia e acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Cerca de 10% a 30% das mulheres apresentam sintomas de SUA durante a vida, podendo impactar diretamente na qualidade de vida, bem-estar físico, emocional e social.

O Sangramento Uterino Anormal (SUA), pode ser classificado quanto à frequência, duração. Regularidade e volume de fluxo, de acordo com o Sistema 1 da FIGO, demonstrado na tabela abaixo:

	Normal	Anormal
Frequência	Intervalo de 24 - 38 dias	< 24 dias - frequente > 38 dias - infrequente Ausente - amenorreia
Duração	≤ 8 dias	> 8 dias - prolongado
Regularidade	≤ 7-9 dias regular	≥ 8-10 dias - irregular
Volume Fluxo	5 - 80 ml	< 5 ml - leve > 80 ml - intenso (<i>heavy</i>)

Figura 1: Classificação FIGO. Fonte: FIGO classification system for uterine leiomyoma (subclassification).

Nesse contexto, a classificação precisa é de extrema importância, visto que até 14% das mulheres acreditam ter SUA erroneamente. Com o objetivo de unificar e facilitar a comunicação e atendimento clínico às pacientes com SUA. Foi aprovado pelo Conselho Executivo da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO 2), um outro

sistema de classificação, denominado PALM-COEIN. Esse sistema é dividido em causas de sangramentos estruturais (Pólipo, Adenomiose, Leiomioma, malignidade) e causas de sangramentos não estruturais (coagulopatias, Ovulatórias, Endometrial, Iatrogênica e não classificada).

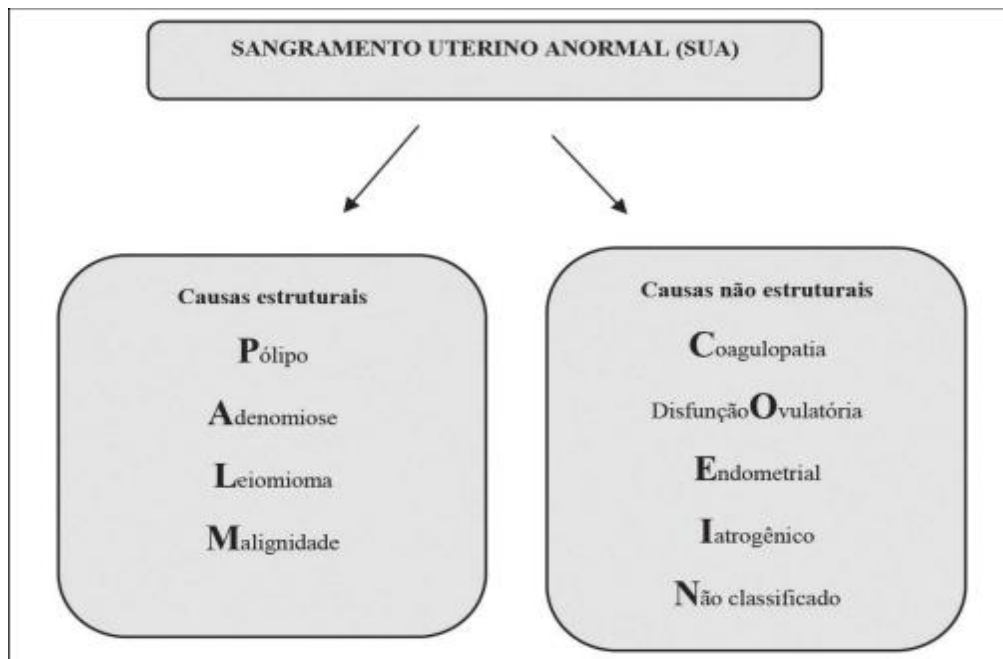


Figura 2: Classificação de PALM-COEIN para SUA da FIGO. Fonte: PALM-COEIN classification of abnormal uterine bleeding.

CAUSAS ESTRUTURAIS:

Em relação às causas de sangramento estruturais, os pólipos são proliferações epiteliais decorrentes do estroma e das glândulas do endométrio. Em sua grande maioria, as pacientes que o apresentam são assintomáticas, e sua prevalência aumenta conforme com a idade. Existem alguns fatores de risco relacionados ao surgimento dos pólipos como: obesidade. Uso de tamoxifeno, pós menopausa, uso de terapia hormonal e pacientes portadores de síndrome de Lynch ou Cowden. Seu diagnóstico é por meio de histerossonografia ou histeroscopia.

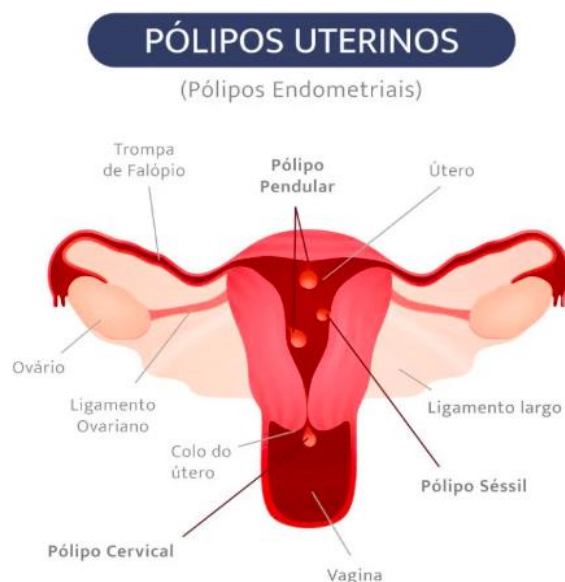


Figura 3: Representação de pólipos uterinos – Fonte: SCOPE GINECOLOGIA. *Póipo endometrial*.

Outra causa de sangramento estrutural é a adenomiose que é caracterizada pela presença de tecido endometrial ectópico no miométrio. As principais manifestações relacionadas a essa condição, são: sangramento menstrual aumentado e dismenorreia, porém cerca de 30% das pacientes podem ser assintomáticas.

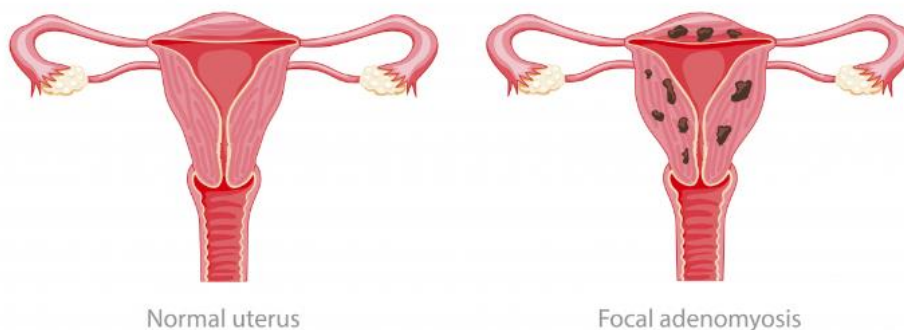


Figura 4: Comparação entre útero normal e útero com adenomyoma – Fonte: Notícia da FEBRASGO sobre Adenomiose - CARNEIRO, Márcia Mendonça.

Os Leiomiomas/miomas também são causas de SUA, e são caracterizados por tumores monoclonais benignos que são circundados por uma pseudocápsula e se classificam de acordo com sua localização. Em: submucoso, intramural e submucoso. Esse achado clínico é extremamente frequente, estando presente em cerca de 80% das mulheres, e os sintomas variam de acordo com a sua localização. Entretanto, o sintoma mais comum é o aumento do fluxo menstrual e sua duração.

Para melhor entendimento da localização dos leiomiomas uterinos, existe um sistema de subclassificação instituído pela FIGO. Que varia de 0-8, sendo 0, o mioma pediculado, totalmente dentro da cavidade uterina e 8 o mioma de localização “outra” (cervical, parasita). Essa classificação auxilia na escolha da melhor abordagem diagnóstica e terapêutica. E é utilizada principalmente em casos de investigação de infertilidade, SUA, ou sintomas compressivos, demonstrado na figura abaixo:

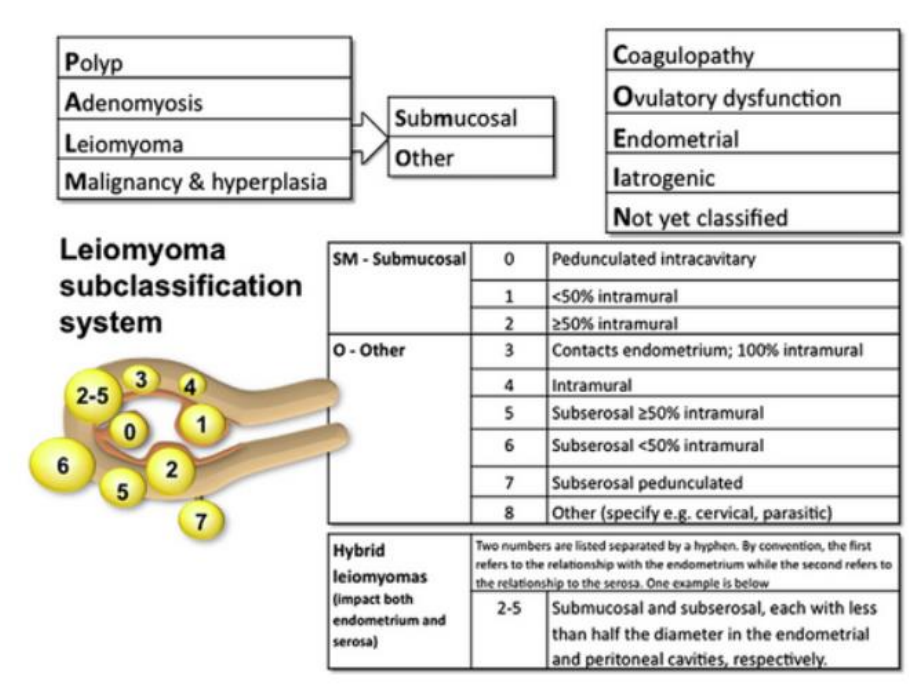


Figura 5: Subclassificação dos leiomiomas pela FIGO – Fonte:

E por fim, o último item que compõe a parte estrutural da classificação de PALM-COEIN se refere à malignidade. Embora seja uma condição relativamente incomum, hiperplasia atípica e malignidade são importantes causas potenciais de SUA. O Câncer de endométrio apresenta-se em sua maioria como SUA e seu principal fator de risco está relacionado à exposição de estrogênio sem oposição.

CAUSAS NÃO ESTRUTURAIS:

Em relação às causas de sangramento não estruturais, as coagulopatias englobam pacientes portadoras de distúrbios de coagulação e estão presentes em cerca de 13% das mulheres com SUA. A disfunção plaquetária e Doença de Von Willebrand são as coagulopatias mais comumente relacionadas às coagulopatias que se manifestam com SUA. Deve-se sempre investigar detalhadamente através de anamnese e exame físico, antecedentes de hematomas, epistaxe, anemia.

Outra causa SUA não estrutural são as disfunções ovulatórias, que ocorrem na ausência de ovulação e consequentemente na não formação de corpo lúteo e ausência de progesterona. As manifestações variam desde uma amenorreia até um fluxo variável com

intervalos variáveis. Geralmente acomete mulheres em extremos da vida reprodutiva, próximo da menarca e à perimenopausa. Isso porque, nesse período há uma imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário e até mesmo pelo declínio da função ovariana.

Os distúrbios primários do endométrio é outra causa não estrutural de SUA e geralmente está relacionada a distúrbios de vasoconstrição, inflamação ou infecção. O diagnóstico dessa manifestação é por exclusão, por isso a necessidade de realizar uma anamnese e exame físico detalhado.

Outra causa de SUA não estrutural, são as iatrogênicas, sendo o principal motivo o uso de contracepção hormonal (oral, intramuscular, intra uterino, subdérmico). Além disso, o uso de anticoagulantes e drogas que interferem no metabolismo da dopamina (antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos) podem desenvolver SUA.

Por fim, existem as causas de SUA não classificadas, que se referem a malformações arteriovenosas. Hipertrofia miometrial, istmocele secundária, defeito na cicatriz da cesaria, pseudoaneurismas endometriais e endometrite crônica.

OUTRAS CAUSAS:

Existem também causas de SUA, que não se enquadram na classificação 2 da FIGO-PALM-COEIN. Mas que também são relevantes e devem ser investigadas, como doenças sistêmicas: amiloidose, insuficiência hepática, cirrose, insuficiência renal, hipotireoidismo, disfunção adrenal.

Na insuficiência hepática ou cirrose, os hepatócitos perdem a capacidade de metabolizar e conjugar os estrogênios de forma adequada. O que leva ao acúmulo de estrogênio livre no organismo. Isso provoca alterações no eixo neuroendócrino, estimula o crescimento excessivo do endométrio e pode resultar em sangramento uterino anormal. Além disso, pode ocorrer hipoprotrombinemia, uma redução dos fatores de coagulação, o que também contribui para o aumento do sangramento.

No hipotireoidismo, aproximadamente metade das pacientes apresenta aumento do fluxo menstrual. Consequência de mudanças na secreção de gonadotrofinas, alterações na produção de esteroides pelos ovários e no metabolismo dos estrogênios.

Em casos de insuficiência renal, também é comum o aumento do fluxo menstrual, com ou sem manutenção do ciclo regular. Nesses pacientes, observam-se níveis elevados de LH (hormônio luteinizante), prolactina e estradiol.

Mulheres com amiloidose podem relatar sintomas como síndrome do túnel do carpo, neuropatias por compressão. Queda de cabelo, língua aumentada (macroglossia), aumento do tamanho do útero e menstruação intensa. O exame anatomopatológico revela acúmulo de proteínas insolúveis entre as células musculares do útero e dos vasos sanguíneos.

Assim, cabe ao médico realizar anamnese focada na queixa paciente e solicitar exames específicos, para a realização do diagnóstico correto e melhor plano terapêutico.

Diagnóstico:

As pacientes com quadro de SUA podem apresentar uma ou mais etiologias associadas, por esse motivo, devem ser submetidas a uma investigação mais cuidadosa e abrangente. Para o diagnóstico do SUA, é necessária uma história clara do sangramento, anamnese detalhada (idade, Comorbidades, histórico pregresso e familiar, medicações de uso contínuo, hábitos de vida, cirurgias prévias, etc..) e avaliação inicial com exame físico geral, abdominal e pélvico. Além disso, inicialmente, deve-se solicitar beta-hCG e hemograma completo, bem como realizar avaliação ultrassonográfica.

A função tireoidiana deve ser solicitada para as pacientes que apresentam algum sinal ou sintoma de doença tireoidiana. Outros exames laboratoriais incluem função hepática, ferro sérico e capacidade total de ligação do ferro e dosagem dos níveis de ferritina.

No campo dos exames de imagem, a ultrassonografia transvaginal é o exame de primeira linha. Apresentando sensibilidade de 96% para lesões endometriais, porém com baixa especificidade (13,8%).

A avaliação secundária pode ser realizada, quando necessário, com histerossonografia, histeroscopia e biópsia de endométrio. Para avaliação mais detalhada de lesões intracavitárias, a histerossonografia ou a histeroscopia são indicadas, ambas com sensibilidade semelhante. O exame padrão ouro para biópsias focais é a biópsia dirigida por histeroscopia, com sensibilidade de 94,4% e especificidade de 99,6%. Este procedimento é fundamental para o diagnóstico diferencial entre lesões benignas, pré-malignas e malignas, especialmente em mulheres pós-menopáusicas. A ressonância magnética é útil para planejamento cirúrgico e avaliação de adenomiose, apesar de ser menos utilizada por seu custo.

Abordagem Terapêutica

O tratamento mais adequado para sangramento uterino anormal depende de vários fatores. São eles: etiologia e gravidade do sangramento, aceitação e adesão da paciente ao tratamento, presença de comorbidades ou fatores de risco e desejo de preservar a fertilidade.

Tratamento das causas não estruturais de SUA

Estão incluídas aqui todas as causas de sangramento uterino em que não é possível identificar uma alteração estrutural ou anatômica. Nestes casos, a terapêutica tem por princípio atuar na estabilidade endometrial ou no controle dos fatores que levam à descamação e à cicatrização do endométrio.

O manejo do sangramento uterino anormal (SUA) de causa não estrutural deve priorizar o tratamento clínico, sendo a abordagem farmacológica considerada a primeira linha terapêutica. O tratamento medicamentoso do SUA baseia-se na ação dos esteroides sexuais e de outros mediadores inflamatórios sobre o endométrio, além do controle

hemostático do sangramento. Pode ser hormonal ou não hormonal. Entre os hormonais, estão os contraceptivos combinados de estrogênio + progestogênio (exemplo: dienogeste associado ao valerato de estradiol mostrou redução do sangramento menstrual) e os progestogênios isolados. Com destaque para o uso contínuo, que tem maior eficácia em promover amenorreia e reduzir o volume de sangramento. O uso isolado de progestagênios é uma alternativa importante, especialmente em mulheres com contraindicação ao estrogênio. Pois eles promovem a atrofia endometrial (o que pode gerar sangramentos inesperados) e têm uma ação anti-inflamatória. Embora possam ser indicados para a maioria das mulheres, seu uso é particularmente relevante para as que apresentam contraindicação ou não toleram o uso de estrogênios. Podem ser utilizados por via oral (em esquemas cíclicos ou contínuos), injetável ou em sistemas intrauterinos, como o SIU-LNG (Sistema Intrauterino de Levonorgestrel). O SIU-LNG é considerado o tratamento mais eficaz entre as opções clínicas, reduzindo o sangramento menstrual em até 96% po. Meio da supressão do crescimento e atrofia endometrial devido a liberação contínua de levonorgestrel de 20mcg diariamente. Uma contra indicação importante é a cavidade uterina irregular, com a presença de lesões intracavitárias, como miomas submucosos, devido ao risco de expulsão do dispositivo.

Os progestagênios podem apresentar efeitos colaterais como sangramentos irregulares, mastalgia, cefaleia, edema e acne, que podem limitar seu uso. Entretanto, O SIU-LNG além da grande redução no volume de sangramento e consequente melhoria na qualidade de vida. Parece ter melhor aceitação, considerando o tratamento prolongado, com menor incidência de efeitos adversos, apesar da ocorrência de sangramento inesperado, mais frequentemente nos primeiros meses de uso, que pode ser tratado com uso de AINES.

Entre os não hormonais, destacam-se os antifibrinolíticos, como o ácido tranexâmico. Que reduz a degradação dos coágulos, e os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o ácido mefenâmico, que reduzem a produção de prostaglandinas e, com isso, o sangramento e a dor menstrual. Está indicado para mulheres que tem contraindicação ou que não desejam usar hormônios, e mulheres com desejo de gestação.

Os antifibrinolíticos são medicações que atuam reduzindo a fibrinólise, podendo reduzir o sangramento em até 50%. O ácido tranexâmico é um com meia-vida curta, devendo ser usado 3-4 vezes ao dia. Os efeitos colaterais são poucos e relacionados a sintomas gastrointestinais. São contraindicações: história de tromboembolismo ou insuficiência renal. Os AINEs inibem a ação da ciclo-oxigenase, que é a enzima que catalisa a transformação de ácido araquidônico para prostaglandina e tromboxane. Podem ser usados isoladamente ou como terapia adjuvante de um tratamento hormonal. Os efeitos colaterais mais frequentes estão relacionados a efeitos gastrointestinais, devendo ser evitados em mulheres com história de úlcera péptica.

Outras opções terapêuticas são os análogos do GnRH, antes de uma cirurgia, por exemplo, em miomas, em especial para possibilitar a recuperação do organismo e a redução do volume. São utilizados quando outros métodos hormonais estão contraindicados, por período de tempo curto, até que as condições para uma cirurgia sejam adequadas.

Em casos de falha terapêutica medicamentosa, recorre-se ao tratamento cirúrgico. Como a ablação endometrial, que destrói a camada basal do endométrio e pode levar à amenorréia em até 50% dos casos. É indicada em mulheres que não desejam engravidar e têm cavidade uterina adequada. A histerectomia é uma opção definitiva, porém mais invasiva. Indicada apenas em último caso, quando todas as alternativas clínicas e conservadoras falharam. Embora apresente altos índices de satisfação, está associada a maior tempo de recuperação, risco cirúrgico e impacto funcional, o que justifica sua reserva para casos excepcionais.

Medicação	Regime	Eficácia
Contraceptivos orais combinados	Sangramento agudo Contraceptivos com etinilestradiol 30 mcg ou 35 mcg 1 compr./dia 8/8 horas por 7 dias, seguido de 1 compr./dia por 3 semanas. Sangramento crônico: contraceptivos orais combinados, combinados transdérmicos ou anel vaginal combinado - todos com posologia de bula.	Alta
Progestagênio Oral	Sangramento agudo Acetato de medroxiprogesterona 20 mg de 8/8 horas por 7 dias. Sangramento crônico Acetato de medroxiprogesterona oral (2,5 mg - 10 mg) ou acetato de noretisterona (2,5 mg - 5mg) ou acetato de megestrol (40 mg - 320 mg) com posologia de bula ou progesterona micronizada (200 mg - 400 mg), didrogesterona (10 mg). Sem disfunção ovulatória: 1 compr./dia do D5 ao D26 do ciclo ou contínuo. Com disfunção ovulatória: adequar dose/dia, uso por duas semanas a cada quatro semanas.	Alta
Sistema intra-uterino de levonorgestrel	Sangramento crônico Colocação do SIU-LNG a cada cinco anos, com liberação de 20 mcg/dia.	Alta
Acetato de medroxiprogesterona de depósito	Sangramento crônico 150 mg intramuscular injetados a cada 12 semanas.	Baixa/ Moderado
Análogo de GnRH	Sangramento crônico Acetato de leuprolida (3,75 mg mensal ou 11,25 mg trimestrais) intramuscular OU goserelina (3,6 mg mensal ou 10,8 mg trimestral) ou subcutâneo.	Alta
Anti-inflamatório não esteroide	Sangramento crônico Ibuprofeno 600 mg a 800 mg de 8/8 horas OU ácido mefenâmico 500 mg de 8/8 horas.	Moderado
Ácido tranexâmico	Sangramento crônico • Swedish Medical Products Agency (MPA): 1 g - 1,5 g, 3 a 4 vezes ao dia, oralmente, por 3 a 4 dias (podendo ser aumentada para até 1 g, 6 vezes ao dia). • European Medicines Agency (EMA): 1 g, 3 vezes ao dia por 4 dias (podendo ser aumentada, mas respeitando-se a dose máxima de 4 g por dia). • U.S. Food and Drug Administration (FDA): 1,3 g, 3 vezes ao dia, por até 5 dias. OU 10 mg/kg via intravenosa (com dose máxima de 600 mg/dose, de 8/8 horas por 5 dias (em casos de sangramento sem lesão estrutural).	Alta

Fonte: Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2017. 39p. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 7/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).⁽³⁰⁾

Tratamento das causas estruturais de SUA

O tratamento do sangramento uterino anormal (SUA) de causa estrutural (PALM) deve ser individualizado de acordo com o tipo de lesão (pólipo, Adenomiose, leiomioma) e os desejos reprodutivos da paciente.

Pólipos endometriais, quando sintomáticos, maiores que 1,5 cm ou presentes em mulheres na pós-menopausa. São indicativos para polipectomia histeroscópica, procedimento considerado seguro, eficaz e com rápida recuperação. Pequenos pólipos cervicais (< 0,5 cm) podem ser removidos em ambiente ambulatorial com instrumentos mecânicos. Enquanto os maiores exigem ressecção com eletrodo monopolar/bipolar ou fragmentação. Embora alguns pólipos possam regredir espontaneamente, sua remoção é fundamental para alívio dos sintomas e avaliação histopatológica. Os pólipos intracavitários (uterinos) devem ser removidos cirurgicamente idealmente com histeroscopia, pois permitem a visualização adequada do local cirúrgico.

Em relação aos leiomiomas a abordagem inicial pode ser farmacológica, utilizando os mesmos agentes empregados para o controle de sangramentos não estruturais. Quando ineficaz, a escolha cirúrgica dependerá do número, tamanho, localização dos miomas e do desejo de gestação futura. Miomas submucosos são os mais frequentemente associados ao SUA e, quando predominantemente intracavitários, a miomectomia histeroscópica é a primeira escolha. Miomas com componente intramural significativo requerem laparoscopia ou laparotomia. Miomas maiores que 3 cm têm risco aumentado de complicações, podendo demandar cirurgia em dois tempos. Em miomas muito grandes, o uso de análogos de GnRH por até três meses é recomendado antes da cirurgia para reduzir o volume tumoral e facilitar a ressecção. Com a cirurgia idealmente ocorrendo antes da menstruação retornar. Na impossibilidade de realizar miomectomia ou quando não há desejo reprodutivo, a histerectomia torna-se o tratamento definitivo. Preferencialmente por via vaginal ou laparoscópica, por apresentarem menores taxas de complicações.

Uma alternativa minimamente invasiva para miomas e casos severos de adenomiose, especialmente em mulheres com desejo de preservar a fertilidade, é a embolização das artérias uterinas (EAU); O procedimento é eficaz na redução do sangramento e volume tumoral, porém apresenta risco de necessidade de nova intervenção (15–50% dos casos) e preocupações quanto à reserva ovariana; Embora o desejo de gestação futura seja uma contraindicação relativa, estudos randomizados mostraram resultados promissores da EAU frente à miomectomia em relação às taxas de gestação e parto.

A adenomiose, frequentemente associada a SUA e dismenorreia, tem como tratamento definitivo a histerectomia. No entanto, em pacientes com desejo de manter a fertilidade, o manejo clínico com terapias hormonais é recomendado. Opções como anticoncepcionais orais combinados, anti-inflamatórios não esteroidais e. Sobre tudo, o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) apresentam boa eficácia, com

taxas de satisfação superiores a 70%. Essas abordagens também se aplicam ao controle de SUA por causas não estruturais.

Tratamento do sangramento uterino anormal agudo

O tratamento do sangramento uterino anormal agudo (SUA) deve iniciar com a avaliação da estabilidade hemodinâmica da paciente. Priorizando o restabelecimento do equilíbrio volêmico por meio de soluções cristalóides e colóides, além da transfusão sanguínea, quando necessária. Seus objetivos são controlar o sangramento atual, estabilizar a mulher e reduzir o risco de perda sanguínea excessiva nos ciclos seguintes. A escolha do tratamento depende da estabilidade hemodinâmica, nível de hemoglobina. Da suspeita da etiologia do sangramento, de comorbidades apresentadas pela paciente, do desejo reprodutivo.

Na abordagem medicamentosa, os métodos hormonais são considerados de primeira linha e incluem o uso de estrogênio, contraceptivos orais combinados e progestagênios isolados. O estrogênio em altas doses promove rápido crescimento do endométrio, contração das artérias uterinas e estimula a coagulação. Outras opções hormonais, como contraceptivos orais combinados e progestagênios em multidoses, são amplamente utilizadas, apresentando controle do sangramento em até 88% dos casos.

Na opções não hormonais, o ácido tranexâmico, uma substância antifibrinolítica, pode ser usado como adjuvante para auxiliar no controle do sangramento volumoso. Especialmente em pacientes sem contraindicações para seu uso. Os AINEs, comumente, são utilizados em associação ao tratamento hormonal, sendo eficazes na diminuição do volume do sangramento e alívio de desconforto pélvico. O tamponamento intra uterino, por meio da sonda Foley com balão insuflado, também é uma alternativa prática para o controle imediato da hemorragia.

Após o controle inicial do sangramento, recomenda-se a manutenção da terapêutica em doses menores por um período semelhante a um ciclo menstrual. Seguido pela investigação etiológica da causa do sangramento. Caso haja contraindicação ao tratamento, falha terapêutica ou instabilidade clínica. Opções como curetagem, ablação endometrial, embolização da artéria uterina ou histerectomia podem ser consideradas.

REFERÊNCIAS:

1. Manual de Tópicos em Ginecologia da SOPIGO - SOPIGO. Manual de Tópicos em Ginecologia. 1. ed. São Paulo: SOPIGO, 2023. Disponível em: <https://doutorsabas.com.br/wp-content/uploads/2023/11/EBOOK-MANUAL-DE-TOPICOS-EM-GINECOLOGIA-DASOPIGO-1.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.
2. Artigo da RAMB sobre Sangramento Uterino Anormal - SANTIAGO, Wender Soares; SILVA, Jordan Barros da; PEREIRA, Renato Martins; MASCARENHAS, Cintia do Couto. Sangramento uterino anormal: histerectomia versus ressecção. Revista da Associação

- Médica Brasileira, v. 66, n. 12, p. 1731-1735, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.12.1731>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/kWyN8hk4fmvmJYbf3nRpcjj/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 30 maio 2025.
3. Artigo do International Journal of Gynaecology and Obstetrics - SANTIAGO, Wender Soares; SILVA, Jordan Barros da; PEREIRA, Renato Martins; MASCARENHAS, Cintia do Couto. Abnormal uterine bleeding: hysterectomy versus resection. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, v. 111, n. 2, p. 99-102, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>. Acesso em: 30 maio 2025.
 4. Manual da SGOB - SGOB. Manual da Sociedade Goiana de Obstetrícia e Ginecologia. 2022. Disponível em: https://www.sgo.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Manual-versao-digital.indd_.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.
 5. Notícia da FEBRASGO sobre Adenomiose - CARNEIRO, Márcia Mendonça. Pouco investimento em pesquisa interfere no tratamento da adenomiose, analisa especialista da FEBRASGO. FEBRASGO, 3 abr. 2023. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1634-pouco-investimento-em-pesquisa-interfere-no-tratamento-da-adenomiose-analise-especialista-da-febrasgo>. Acesso em: 30 maio 2025.
 6. SCOPE GINECOLOGIA. Pólipo endometrial. Disponível em: <https://www.scopegineco.com.br/polipo-endometrial/>. Acesso em: 30 maio 2025.
 7. YELA, Daniela Angerame; BENETTI-PINTO, Cristina Laguna. Sangramento uterino anormal. Femina, São Paulo, v. 47, n. 8, p. 506–512, ago. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046544/femina-2019-478-506-512.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.
 8. YELA, Daniela Angerame; BENETTI-PINTO, Cristina Laguna. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 42/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina). Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-ginecologia.pdf/Sangramento-uterino-anormal.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.
 9. FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz de; SOARES, Antônio Ciro Pereira; BRITO, Bárbara Ferreira de; SANTOS, Brenda Darc; SOARES, Camilla Ariete Vitorino Dias; ÁVILA, Carolina Oliveira de; ROCHA, Diego da; VITORINO, Eduarda Bissolotti; DIEL, Eduarda Cristina; RESENDE, Grazielle Borges de Oliveira; SILVA NETO, José Coelho da; SANTOS, Welton Cardoso dos. Main causes of Abnormal Uterine Bleeding (AUB) by age groups: a narrative literature review. Research, Society and Development, [S.l.], v. 11, n. 5, p. e33611528540, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28540. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28540/24586>. Acesso em: 30 maio 2025.

10. Artigo da SciELO sobre Pólipos Endometriais - SANTOS, José Carlos dos; SILVA, Maria Aparecida da; PEREIRA, João Batista. Conduta atual em pólipos endometriais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, n. 3, p. 173-179, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709787>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/z5R9H7YDzPLyK5hGKPxrQP>. Acesso em: 30 maio 2025. SciELO
11. GINecoAcademy. Sangramento uterino anormal (SUA) – Terminologia & definições segundo o sistema 1 da FIGO. GinecoAcademy, 2 nov. 2022. Disponível em: <https://app.ginecoacademy.com/category/ginecologia-geral/sangramento-uterino-anormal/>.
12. MUNRO, Malcolm G. et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 113, n. 1, p. 3–13, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21345435/>. Acesso em: 7 jul. 2025.
13. MUNRO, Malcolm G. et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 113, n. 1, p. 3–13, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21345435/>. Acesso em: 7 jul. 2025.

9. PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_009

Mariana Mafra e Erika Szezesniak Benites

Revisado por: Dra Luiza Dall'Asta

Neste capítulo, iremos estudar as seis infecções sexualmente transmissíveis mais comuns acometidas nas mulheres sexualmente ativas. Sendo elas: Herpes genital, HIV, HPV, Sífilis, Clamídia e Gonorreia.

Como será visto neste capítulo, a maioria das ISTs são assintomáticas ou oligossintomáticas, dificultando em seu reconhecimento como IST. Tal fato é mais observado nas mulheres, o que favorece ainda mais a sua propagação e dificuldade em seu controle. Por essa razão, a atenção integral às pessoas com IST deve incluir o rastreamento e diagnóstico de infecções assintomáticas (mediante exames laboratoriais rotineiros). Adicionalmente, as ISTs em mulheres podem causar graves danos fetais e neonatais, infertilidade, neoplasia genital e propagação das lesões causadas pelo papilomavírus humano (HPV).

Herpes genital

A herpes é causada pelos vírus HSV-1 e HSV-2, podendo acometer qualquer área corporal. No entanto, o primeiro predomina em lesões periorais, enquanto, o segundo, lesões genitais. As úlceras infecciosas na região genitoanal são comumente associadas ao HSV. Enquanto o HSV-1 é responsável por 20% dos casos, o HSV-2, por 80% deles. O HSV é a infecção sexualmente transmissível mais comum que causa úlceras, sendo que esse microrganismo persiste no corpo humano por toda a vida.

Aqui, falaremos mais nos sinais e sintomas das úlceras genitais. Há 3 tipos de clínica da infecção pelo vírus herpes genital:

- Primário – é a infecção em que o paciente não apresenta anticorpos contra os HSV-1 e HSV-2.
- Não primário – é a aquisição do segundo tipo de cepa, isto é, o paciente apresenta o HSV-1 e contrai a HSV-2, ou vice-versa.
- Recorrente – reativação do HSV que o paciente já contraiu.

Diagnóstico clínico

Infecção primária: a incubação do vírus é em torno de 4 dias. A clínica é variável, sendo que há pessoas assintomáticas. Em outras mulheres, a clínica inicial pode apresentar úlceras dolorosas em genitália, disúria, dor e coceira local, febre, cefaleia e linfadenopatia

inguinal. Não há diferenças de sintomas entre HSV-1 e HSV-2. Quando o HSV acomete o colo do útero, comumente há corrimento vaginal abundante.

As lesões cutâneas são pequenas vesículas agrupadas (2-4mm) com eritema subjacente, podendo progredir para vesículo-pústulas, erosões e ulcerações. As erosões e ulcerações têm bordas recortadas. É importante ressaltar que quando as feridas estão em forma de vesículas, é a fase que coça e arde, enquanto, quando se rompem, ficam dolorosas. Nessa fase de infecção, pode ocorrer manifestações extragenitais, como meningite asséptica e radiculite sacral (retenção urinária com perda da sensação sacral).

*As gestantes com herpes simples apresentam risco de complicações fetais e neonatais, principalmente se a infecção ocorrer no fim da gestação. A passagem do feto pelo canal do parto é o momento com maior transmissibilidade do vírus. Assim, caso haja lesões herpéticas ativas, recomenda-se cesárea.

Infecção não primária: ocorre menos lesões e é menos sintomática do que a infecção primária. Pensa-se que se há anticorpos de um dos HSV, por isso, há melhor proteção contra o outro.

Infecção recorrente: as recorrências são comuns, porém menos sintomáticas do que os outros tipos de infecção. Apresenta uma duração e derramamento viral menores. Os sintomas sistêmicos são raros; e ¼ das pessoas não apresentam sintomatologia.

Algumas pessoas relatam pródromos antes da erupção, como: prurido local, formigamento no local ou dores em nádegas, pernas e quadris. As feridas são pequenas lesões vesiculares ou ulcerativas, sendo unilateral. As recorrências podem ocorrer por quadros infecciosos, traumatismos locais, menstruação. Estresse físico e/ou emocional, imunossupressão, antibioticoterapia e exposição à radiação ultravioleta.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico é essencialmente clínico (inclui-se anamnese e exame físico). Porém, caso seja necessário testes laboratoriais, para lesões de mucosas e pele, é preferível utilizar o método PCR de HSV. Embora a cultura viral seja o método diagnóstico padrão-ouro para isolar o HSV.

Tratamento

O tratamento base é feito com antivirais. É importante frisar que não há ainda tratamento eficaz para a cura da doença, sendo que os medicamentos citados. Aqui têm como objetivo principal diminuir as manifestações da doença ou aumentar o intervalo entre as crises. Abaixo, tabela com as doses do tratamento conforme o Ministério da Saúde, em seu “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”:

Condição Clínica	Tratamento
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias. OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO 5x/dia (7h - 11h - 15h - 19h - 23h - 7h...)
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias
Supressão de herpes genital (6 ou + episódios/ano)	Aciclovir 200mg. 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até 6 meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir 5-10mg/kg de peso, IV, de 8/8h, por 5-7 dias, ou até resolução clínica
Gestantes	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Se primo-infecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, realiza-se terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com Aciclovir 400mg 3x/dia.

Tabela 1 - Fonte: DCCI/ SVS/ MS

Além do Aciclovir, há outros medicamentos que podem ajudar nos quadros de herpes. Para melhor organização, na tabela abaixo será descrito alguns medicamentos com suas doses e quando devem ser usados.

Condição Clínica	Tratamento	Observações
Primeiro episódio	Valaciclovir 500 mg ou 1 g VO 2x/dia. Fanciclovir 250 mg VO 3x/dia.	Duração do tratamento: 10 dias (OMS) 7-10 dias (CDC) 7-14 dias (FEBRASGO). *O tempo pode ser prolongado quando necessário.
Casos recorrentes - Terapia episódica (adultos, adolescentes e gestantes)	Valaciclovir 500mg VO 2x/dia por 3-5 dias ou 1g VO 1x/dia por 5 dias. Fanciclovir 125-250mg VO 3x/dia por 5 dias ou 1 g VO 2x/dia por 1 dia Fanciclovir 500mg DU + 250mg 2x/dia por 2 dias.	Os medicamentos devem ser administrados nas primeiras 24 horas após início dos sintomas ou durante fase prodrômica.
Casos recorrentes - Terapia episódica (HIV+ e imunossuprimidos)	Valaciclovir 500mg VO 2x/dia por 5 dias ou 1g VO 2x/dia por 5-10 dias. Fanciclovir 500mg VO 2x/dia por 5-10 dias.	-

Tabela 2 - Fonte: GinecoAcademy, 2025.

HIV

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). É um retrovírus que ataca o sistema imunológico, especialmente as células CD4+, e que com a progressão da infecção gera um comprometimento da imunidade da pessoa infectada. A principal forma de transmissão do HIV é por via sexual desprotegida, mas também ocorre por outras formas, como por via parenteral ou transmissão vertical. O portador do HIV pode permanecer assintomático por anos, porém continua transmitindo o vírus. Por isso, é muito importante o diagnóstico o quanto antes, além de que, o diagnóstico e tratamento precoces podem melhorar o prognóstico desse paciente.

Diagnóstico clínico

A infecção aguda pelo HIV ocorre geralmente entre 2 a 4 semanas após a exposição ao vírus. Durante esse período, alguns indivíduos podem apresentar sintomas semelhantes aos da mononucleose infecciosa (também conhecidos como síndrome mononucleose-like). Os quais são: febre, faringite, linfadenopatia, exantema, mialgia, cefaleia, mal-estar geral.

Entretanto, esses sintomas são inespecíficos e é necessária a realização de testes confirmatórios.

Dentre as manifestações clínicas mais comuns em pacientes nos estágios mais avançados da infecção (Aids) observa-se o emagrecimento intenso. Fadiga, presença de infecções oportunistas, sudorese noturna e diarreia. A presença de úlceras aftosas bucais e de orofaringe, sinusopatia, leucoplasia pilosa oral e infecções herpéticas também são frequentes. Mas não são tão constantes quanto aquelas citadas anteriormente. Felizmente, o sarcoma de Kaposi é raro entre mulheres.

Diagnóstico laboratorial

Atualmente, existem diversos testes capazes de detectar a presença do HIV no nosso organismo. Através de testes que detectam anticorpos anti-HIV, antígenos virais ou o próprio RNA do vírus. Os principais testes utilizados no Brasil incluem:

- Testes rápidos: testes de triagem realizados a partir da coleta de uma gota de sangue ou de fluido oral, que determinam a presença de anticorpos anti-HIV. Esses apresentam resultado positivo ou negativo em aproximadamente 30 minutos.
- Imunoensaios laboratoriais: testes de alta sensibilidade, que detectam anticorpos e/ou antígenos do HIV por reações imunoenzimáticas. Uma das principais técnicas utilizadas é denominado ELISA. Existem quatro gerações diferentes desse teste. Atualmente utiliza-se a terceira e quarta geração;
- Testes de 3ª geração: detecção de IgM e IgG, que representaram um avanço no diagnóstico da infecção recente pelo HIV;
- Testes de 4ª geração: possibilitam a detecção combinada de antígeno p24 e anticorpos, permitindo um período ainda menor de janela diagnóstica do HIV.
- Testes confirmatórios: utilizados quando o teste de triagem é positivo, entre eles temos o western blot, imunoblot e imunoblot rápido. Agora que já vimos um pouco sobre os diferentes tipos de testes, vamos entender melhor sobre como utilizar eles na hora do diagnóstico. Primeiramente, é importante conhecer o conceito de “janela imunológica”, que é: o período entre a infecção e a produção de anticorpos pelo organismo em quantidade suficiente para serem detectados pelos testes. Sendo um período em torno de 30 dias. Por isso, se um teste é feito nesse período, existe a possibilidade do resultado ser um falso negativo. Assim, sendo prudente realizar um novo teste em 30 dias para confirmar a veracidade do primeiro teste. Há algumas etapas a serem seguidas para dar o diagnóstico de HIV, veremos elas a seguir.

Etapa 1: O Ministério da Saúde recomenda que as amostras de sangue ou fluido oral sejam submetidas inicialmente a um exame laboratorial (ELISA) ou a um teste rápido. As amostras com resultados não reagentes nesse primeiro teste são definidas como “amostra negativa para HIV”. Caso o resultado seja positivo ou inconclusivo iremos para a segunda etapa.

Etapa 2: Confirmação sorológica por meio da realização do exame laboratorial

Essas amostras com resultado positivo ou inconclusivo deverão passar por uma etapa de confirmação sorológica. Por meio de um exame laboratorial, diferente do primeiro, além de testes confirmatórios.

Etapa 3: confirmação sorológica por meio do teste de Western Blot Diante de um resultado positivo após a etapa 2. Deve ser solicitado uma nova amostra do paciente, para conferir seu estado sorológico (30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra). Caso métodos diferentes tenham resultados discordantes, é prudente fazer a confirmação sorológica com o teste Western Blot.

Também é possível confirmar o diagnóstico de HIV com o exame de quantificação da carga viral, na etapa complementar do diagnóstico. A infecção é comprovada quando se tem um resultado igual ou superior a 5.000 cópias/mL.

*Durante o pré-natal o teste para a busca de HIV na gestante deve acontecer no 1º trimestre (ou na primeira consulta de pré-natal) e no 3º trimestre da gestação. Além disso, também deve ser realizado um teste rápido antes do parto, independente de resultados anteriores.

Tratamento

Pacientes diagnosticadas com HIV deverão iniciar o uso da terapia antirretroviral (TARV). Os medicamentos de primeira linha para o tratamento do HIV são: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG).

*Em gestantes, que forem diagnosticadas com HIV durante o pré-natal, há indicação de tratamento com os medicamentos antirretrovirais durante toda a gestação e. Se orientado pelo médico, também no parto.

Os medicamentos (Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir) deverão ser iniciados de imediato. Mas também deve ser solicitado a genotipagem dessa gestante, para garantir que essas medicações serão eficientes para ela, uma vez que pode haver mudanças posteriores na TARV dependendo do resultado da genotipagem.

Além disso, em gestantes que tiveram o diagnóstico de HIV antes da gravidez, e em uso de TARV. É necessário substituir os antirretrovirais que tem potencial teratogênico, como Efavirenz, Hidroxiuréia e Didanosina+Estavudina, caso ela esteja em uso.

É importante mencionar que gestantes HIV+, devem fazer pesquisa de carga viral a partir de 34ª semana de gestação, e seu resultado determina que:

- Carga viral desconhecida ou > 1.000 cópias/mL: devem receber Zidovudina (AZT) IV na hora do parto e a via de parto deve ser por cesárea eletiva;
- Carga viral < 1.000 cópias/mL: devem receber AZT IV, mas a via de parto vai depender da indicação obstétrica;
- Carga viral indetectável: sem necessidade de receber AZT e via de parto vai depender da indicação obstétrica.

Entretanto, independente da carga viral, a amamentação não é permitida.

HPV

O Papilomavírus Humano (HPV) é um grupo de vírus DNA da família Papillomaviridae, com tropismo por epitélios escamosos da pele e mucosas. É uma das IST's mais comuns em todo o mundo e representa um problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência e potencial oncogênico.

Há mais de 200 genótipos identificados de HPV, sendo classificados em dois grupos principais:

- *HPVs de baixo risco oncogênico* (ex: tipos 6 e 11): associados principalmente a lesões benig. As como verrugas anogenitais (condilomas acuminados) e papilomatose respiratória recorrente;
- *HPVs de alto risco oncogênico* (ex: tipos 16 e 18): relacionados ao desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e cânceres. Especialmente o câncer de colo do útero, além de cânceres de vulva, vagina, ânus, pênis, orofaringe e boca.

A transmissão ocorre predominantemente por contato sexual com a pele ou mucosas infectadas, mesmo na ausência de lesões visíveis. A transmissão não sexual, embora seja mais rara, pode ocorrer por via vertical durante o parto ou por contato direto com superfícies contaminadas. O vírus pode permanecer em latência por muitos anos até o desenvolvimento de lesões. Não sendo possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o desenvolvimento de lesões. E em grande parte dos casos, a infecção é autolimitada e transitória, sem causar qualquer dano.

Diagnóstico clínico

O HPV causa lesões polimórficas em região anogenital. Quando essas lesões são pontiagudas, denomina-se condiloma acuminado. Por serem polimórficas, são muito variáveis, isto é, únicas ou múltiplas; achatadas ou papulosas; coloração igual a da pele. Eritematosas ou hiperpigmentadas; no entanto, são sempre papilomatosas.

A superfície dessas “verrugas” apresenta-se foscas, aveludadas ou parecidas com “couve-flor”. A sintomatologia delas normalmente são assintomáticas, porém podem ser dolorosas, pruriginosas, friáveis ou sangrantes. Aqui no Brasil, por haver uma boa cobertura do rastreamento com o preventivo, poucas mulheres chegam a ter as verrugas de HPV em estado avançado.

Rastreamento

O rastreamento do HPV até então se dava apenas pela citologia oncótica (Papanicolau). Que iremos abordar logo abaixo, mas em 2024 houve uma proposta de atualização das “Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I”, que regulamenta a incorporação, no SUS, de testes moleculares para detecção de HPV oncogênico, que também será abordado em seguida.

O rastreamento feito através da citologia oncótica (Papanicolau), é realizado para mulheres entre 25 e 64 anos, com início após a primeira relação sexual. Inicialmente, deve ser feito anualmente e após dois exames anuais normais consecutivos, o intervalo passa a ser de três anos. Em paciente com HIV, o citológico deve ser colhido semestralmente no primeiro ano após a sexarca. E a partir do 2º ano, passa a ser anual caso a paciente tenha a contagem de CD4 >200.

Abaixo, haverá uma tabela explicando o que fazer caso, após o exame do preventivo, ele vier alterado.

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásica (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25-29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para a colposcopia
Células glandulares atípicas de significado	Possivelmente não neoplásicas ou não se pode afastar lesão de alto grau.		Encaminhar para a colposcopia

indeterminado (AGC)			
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásica ou não se pode afastar lesão de alto grau.		Encaminhar para a 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 a colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para a colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para a colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para a colposcopia

Tabela 3 - Fonte: INCA, 2016

Nos casos que necessitem repetir a citologia, caso o resultado seja normal, uma nova citologia deve ser coletada em 6 meses. Se dois exames normais, o rastreamento trienal deve ser retomado. Caso a alteração se mantenha, encaminhar para a colposcopia.

Colposcopia

Esse exame avalia o colo do útero e vagina em aumento óptico. A parte da vulva é avaliada através da vulvosopia, que é similar a colposcopia. Dentro da colposcopia temos alguns testes que nos permitem avaliar o colo do útero da paciente:

- Teste do ácido acético: esse ácido é aplicado sobre o colo e desidrata proteínas celulares. Células com maior densidade nuclear (como as de lesões cervicais) se coram, tornando-se lesões aceto-brancas, o que indica a realização de biópsia;
- Teste de Schiller (solução de Lugol): o iodo se liga ao glicogênio das células epiteliais maduras (epitélio escamoso). Ou seja, as áreas normais se coram de

marrom escuro (iodo positivo), enquanto as áreas sem glicogênio (lesões, metaplasia imatura, atrofia) não coram (iodo negativo). Se o teste apresenta alguma área com iodo negativo, é dito que o teste é Schiller positivo, e nesses casos também deve ser realizada uma biópsia;

Lembrando que, para a colposcopia ser considerada satisfatória, toda a junção escamo-celular (JEC) deve estar visível. A zona de transformação (ZT) é completamente avaliada e não há limitações técnicas. Além disso, sempre que uma lesão suspeita for observada a biópsia dirigida deve ser realizada.

A nomenclatura atualmente utilizada para laudar uma colposcopia é a Nomenclatura colposcópica IFCPC 2011- Rio de Janeiro Brasil. O resultado histopatológico pode variar em lesões intraepiteliais (NIC) 1, 2, 3 ou câncer cervical.

Atualização 2024:

Agora iremos abordar sobre a nova atualização (2024) de rastreamento de HPV oncogênico:

É um método que utiliza a técnica de amplificação de ácido nucleico baseada em PCR. Com genotipagem parcial ou estendida, cujo objetivo é um rastreamento mais eficaz e baseado em evidências para a população de risco padrão. Entretanto, é importante ressaltar que esse método ainda não está sendo utilizado no SUS em Curitiba, devido ao alto custo.

Quanto às recomendações para o uso desse método temos:

- É recomendado o início do rastreio com testes de DNA-HPV oncogênico apenas aos 25 anos de idade e seguimento até os 60 anos;
- É recomendada a utilização de teste DNA-HPV oncogênico com genotipagem parcial ou estendida como método de rastreamento primário para o câncer do colo do útero. E que os mesmos sítios anatômicos indicados para a coleta de exame citopatológico sejam usados (ecto e endocérvice);
- Não é recomendada a realização da citologia simultaneamente ao teste de DNA-HPV oncogênico;
- Em mulheres com mais de 60 anos que não tiverem um teste prévio, é recomendada a sua realização, mas em casos com resultado negativo, o rastreamento deve ser encerrado. Em mulheres com mais de 60 anos e com história prévia de NIC2/3 ou AIS o rastreamento pode ser mantido enquanto possível até 25 anos após o tratamento;
- O rastreamento com testes de DNA-HPV oncogênico não deve depender do status vacinal contra o HPV;

- Em caso de resultado positivo para os tipos 16 e/ou 18 a paciente deve ser encaminhada para colposcopia;
- Realizar a citologia reflexa, preferencialmente da mesma amostra utilizada para o teste de DNA-HPV. Após resultado de teste de DNA-HPV oncogênico mostrando outros tipos que não HPV 16 ou 18;
- Em casos de citologia alterada (ASC-US+) ou se amostra insatisfatória, a mulher deverá ser encaminhada para colposcopia;
- Repetição de teste DNA-HPV oncogênico em 12 meses a partir da data do resultado do teste de triagem negativo (colposcopia ou citologia reflexa);
- Retorno ao rastreamento em 5 anos, após novo teste de DNA-HPV oncogênico negativo;
- Caso o novo teste seja positivo para outros tipos, que não o 16 ou 18, e mantiver a citologia reflexa negativa. A paciente deverá repetir o teste de DNA-HPV oncogênico em mais 12 meses. Caso esse novo teste se mantiver positivo para qualquer tipo de DNA-HPV oncogênico. A mulher deverá ser encaminhada para colposcopia independente do resultado de nova citologia reflexa;
- Durante a transição para o rastreamento com teste de DNA-HPV oncogênico, mulheres que tenham indicação desse exame. Com base na citologia, e que ainda não foram investigadas, devem ser encaminhadas para colposcopia. Mulheres que já possuem indicação de colposcopia, baseado no rastreamento citológico, não devem ser testadas para DNA HPV oncogênico para reavaliar essa indicação;
- Após a introdução do teste de DNA-HPV oncogênico, ele deve ser utilizado em substituição à citologia na próxima data de rastreio;



Figura 1 - Fonte: DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: PARTE I (RELATÓRIO PRELIMINAR 2024)

Tratamento

O tratamento é baseado nos achados histopatológicos, ou seja, NIC I, II e III.

- NIC I: quando tem acometimento do 1/3 inferior do epitélio escamoso. Tem elevada taxa de regressão espontânea, especialmente em mulheres jovens; Conduta: acompanhamento expectante por 24 meses, com citologia e colposcopia a cada 6 meses. Caso 2 exames consecutivos forem normais é feito o retorno ao rastreamento de rotina, mas se persistirem por mais de 2 anos, ou tenha uma piora, é possível realizar o tratamento com crioterapia ou cauterização.
- NIC II: envolve até 2/3 do espessamento epitelial. É considerada lesão de alto grau, com potencial oncogênico significativo.

Conduta: tratamento ambulatorial excisional da zona de transformação (EZT), indicado para doença ectocervical ou quando a JEC não ultrapassa o primeiro centímetro do canal endocervical. EZT é a alternativa de escolha, pois além de diagnosticar os casos de invasão não detectados pela citologia ou pela colposcopia. Serve também de tratamento quando a lesão é intraepitelial. Vale mencionar que existe EZT tipo I, II e III, e a diferença entre eles se dá pela profundidade de tecido acometido na EZT. A prática considerada mais efetiva é chamada de “ver e tratar”, ou seja, o tratamento é ambulatorial e pode ser feito na primeira consulta.

- NIC III: considerado um carcinoma in situ, envolve quase todo ou todo o espessamento epitelial.

Conduta: o tratamento também deve ser por EZT, e o tipo escolhido depende da zona de transformação da paciente em questão. A seguir estão os tipos de zona de transformação:

- ZT tipo 1: A ZT é totalmente visível e apenas ectocervical (pequena ou grande); - ZT tipo 2: A ZT apresenta componente endocervical. Mas ainda é totalmente visível geralmente até o primeiro centímetro do canal endocervical; - ZT tipo 3: A ZT tem componente endocervical que não é completamente visível e pode ter um componente ectocervical pequeno ou grande.

Como prosseguir dependendo de qual zona de transformação a paciente apresenta:

- EZT tipo 1: procedimento ambulatorial para retirada da zona de transformação com localização totalmente ectocervical (ZT tipo 1). Profundidade endocervical de até 1cm
- EZT tipo 2: retirada da zona de transformação ectocervical e com componente endocervical visível (ZT tipo 2). Profundidade endocervical de até 1,5 – 2cm - EZT tipo 3: consiste na remoção de lesões em caso de ZT predominantemente endocervical e JEC não visível ou parcialmente visível (ZT tipo 3). Quando não se pode afastar doença endocervical ou quando a lesão se estende ao canal endocervical. Profundidade endocervical de até 2 – 2,5cm.
- A EZT tipo 3 representa uma forma de CONIZAÇÃO: retirada de uma porção significativa do canal endocervical em forma de cone. *Observação: a conização pode ser feita por eletrocirurgia, laser ou bisturi convencional (a frio).

Acompanhamento após EZT:

Tipo	Conduta
Histopatologia da peça cirúrgica com margens livres ou com NIC I	Realizar citologia após 6 e 12 meses do procedimento. Após o primeiro ano, a paciente deverá realizar citologia anual até completar 5 anos do procedimento. Após esse período, se resultado de citologia normal, ela volta para o rastreamento trienal.
Histopatologia da peça cirúrgica com margens comprometidas por NIC II ou III	Realizar citologia e colposcopia semestrais nos primeiros dois anos, e anual após esse período, até completar 5 anos do procedimento. Após, retorno para rastreamento citopatológico trienal após esse período, se não possuir lesão residual ou recorrente.

Tabela 4 - Fonte: INCA, 2016.

Prevenção

Vacina quadrivalente contra HPV: protege contra os tipos 6, 11, 16 e 18. É feita em dose única para meninas e meninos entre 9 e 14 anos; e, entre 9 e 45 anos para imunossuprimidos. Outros grupos contemplados:

- Vítimas de violência sexual, imunocompetentes, que tenham entre 15 e 45 anos e não tenham tomado a vacina previamente ou que tenham o esquema incompleto;
- Usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP) de HIV, entre 15 e 45 anos, que não tenham tomado a vacina ou se possuíre. Esquema incompleto; • Pacientes portadores de Papilomatose Respiratória Recorrente (PRR) a partir de 2 anos de idade.

A Gardasil 9: vacina nonavalente contra o HPV, protege contra os tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58. Porém é disponível apenas no sistema particular. Pode ser administrada em 2 ou 3 doses:

- Entre 9 e 14 anos: se administrada apenas no esquema de duas doses, a segunda dose deve ser aplicada de 6 a 12 meses após a primeira dose. Se a segunda dose for aplicada menos de 5 meses da primeira dose, uma terceira dose deve ser aplicada pelo menos 4 meses após a segunda dose. No esquema de três doses, a segunda dose deve ser aplicada 2 meses após a primeira dose e a terceira dose aplicada 6 meses após a primeira dose;
- Entre 15 e 45 anos: aplicada em 3 doses e a segunda dose deve ser aplicada 2 meses após a primeira dose e a terceira deve ser aplicada 6 meses após a primeira dose.

Sífilis

A sífilis é uma IST de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta móvel, de crescimento lento e altamente invasiva. A transmissão ocorre principalmente por via sexual, através do contato com lesões mucocutâneas infectadas. Mas também pode ocorrer por via transplacentária (transmissão vertical), além de, mais raramente, por transfusão sanguínea ou exposição a sangue contaminado.

É uma doença sistêmica que tem uma evolução que alterna entre períodos de atividade com características clínicas. Imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária); e períodos de latência (sífilis latente precoce ou tardia).

Sífilis primária: a principal manifestação é o cancro duro, uma úlcera única, indolor. De bordas endurecidas e base limpa, geralmente localizada na genitália, mas que pode surgir em outras regiões de contato sexual, e que desaparece em algumas semanas (mesmo se não tratada).

Sífilis secundária: caso não tratada na fase primária, ela passa por um período de latência que pode durar entre 6-8 semanas e passa a apresentar manifestações sistêmicas.

Como exantema cutâneo (inclusive palmo-plantar), linfadenopatia e sintomas inespecíficos como febre e mal-estar.

Sífilis latente: caracterizada pela ausência de sintomas, mas com sorologia reagente. É dividida em sífilis latente recente (infecção ocorreu há menos de 1 ano) ou latente tardia (infecção ocorreu há mais de um ano ou tempo de infecção é desconhecido).

Sífilis terciária: nessa fase, as pacientes desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas. Sistema cardiovascular (sífilis cardiovascular) e sistema nervoso (neurosífilis). Em geral, a característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas.

Sífilis congênita: ocorre quando o *Treponema pallidum* atravessa a barreira placentária. Podendo causar aborto, morte fetal, prematuridade, ou manifestações clínicas graves no recém-nascido.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames laboratoriais mais adequados deverão considerar a fase evolutiva da doença. Nas fases sintomáticas, é possível a realização das provas diretas, enquanto as provas sorológicas podem ser realizadas tanto na fase sintomatológica quanto em latência. Abaixo, explicação de cada prova.



Fonte: DCCI/ SVS/ MS

*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfeção.

Figura 2 – Fonte: DCCI/ SVS/ MS

- Provas diretas: demonstram a presença do *T. pallidum* e são consideradas definitivas, ou seja, sem falso-positivo. São eles: exame em campo escuro, pesquisa direta com material corado, imunofluorescência direta e ampliação de ácidos nucleicos (NAAT – PCR – o PCR é o padrão ouro para todas as úlceras genitais. Porém geralmente não está disponível no SUS).

- Provas sorológicas: detectam a presença de anticorpos e podem ser não treponêmicos ou treponêmicos.
- Testes treponêmicos: detectam anticorpos específicos contra o *T. pallidum*. Positivam um pouco mais cedo que os testes não treponêmicos e podem permanecer positivos por anos em 85% das pessoas tratadas com sucesso. Entre eles: FTA-Abs, teste rápido, ELISA.
- Testes não treponêmicos: detectam anticorpos inespecíficos IgM e IgG contra cardiolipina. Podem ser titulados e, por isso, são importantes no controle da cura. Entre eles: VDRL (positiva entre 5 e 6 semanas após a infecção e entre 2 a 3 semanas após o surgimento d. Cancro) e teste da reagina plásmatica rápido (RPR) (um teste rápido que dá o resultado em 60 minutos).

Para confirmar o diagnóstico, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico. Se positivo, realizar o teste não treponêmico. Abaixo, interpretação dos exames:

Primeiro teste	Teste complementar	Possíveis Interpretações	Conduta
Teste treponêmico +	Teste não treponêmico +	Diagnóstico de sífilis (classificar o estágio clínico conforme tempo de infecção e histórico de tratamento. *Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda de titulação em pelo menos duas diluições.	Se sífilis: tratar e monitorar com teste não treponêmico. Notificar caso. Quando confirmar cicatriz sorológica, orientar

Teste não treponêmico +	Teste treponêmico +	Diagnóstico de sífilis (classificar o estágio clínico conforme tempo de infecção e histórico de tratamento. *Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda de titulação em pelo menos duas diluições.	Se sífilis: tratar e monitorar com teste não treponêmico. Notificar caso. Quando confirmar cicatriz sorológica, orientar.
Teste treponêmico +	Teste não treponêmico -	Realizar 3º teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica; - Se não reagente: exclui o diagnóstico de sífilis.	Se sífilis: tratar e monitorar com teste não treponêmico. Notificar caso. Quando confirmar cicatriz sorológica, orientar Se ausência de sífilis, orientar.
Teste não treponêmico +	Teste treponêmico -	Realizar 3º teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica; - Se não reagente: exclui o diagnóstico de sífilis.	Se sífilis: tratar e monitorar com teste não treponêmico. Notificar caso. Quando confirmar cicatriz sorológica, orientar Se ausência de sífilis, orientar.
Teste treponêmico - OU teste não treponêmico -	Teste treponêmico - OU teste não treponêmico -	Ausência de infecção ou período de incubação de sífilis recente.	Se suspeita clínica, refazer testes em 30 dias. Se for altamente suspeito a doença, realizar tratamento.

Tabela 5 - Fonte: DCCI/ SVS/ MS

*Toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré natal, no primeiro trimestre e no terceiro trimestre da gestação. Além disso, a investigação

de sífilis também deve ser feita imediatamente após a internação da paciente para o parto, ou em caso de abortamento. O teste rápido pode ser a escolha para a investigação de sífilis no pré-natal, exceto quando a gestante que possui histórico de tratamento adequado de sífilis anterior. Sendo recomendado o início da investigação por testes não treponêmicos para verificação dos títulos de anticorpos e comparar com as informações do pré-natal.

Tratamento:

Para melhor organização, será explicado o tratamento através da tabela abaixo, baseado no Ministério da Saúde. Em seu “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”:

Tipo da Sífilis	Esquema terapêutico	Seguimento (teste não treponêmico)
Sífilis recente: sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (com até 1 ano de evolução).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão em cada glúteo).	Teste não treponêmico trimestral. Em gestantes, controle mensal.
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com >1 ano de evolução ou latente com duração ignorada) e sífilis terciária.	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI	Teste não treponêmico trimestral. Em gestantes, controle mensal.

Tabela 6 - Fonte: DCCI/ SVS/ MS

É esperado uma queda de duas diluições do VDRL em 6 meses na sífilis primária, secundária e latente recente. Enquanto na sífilis latente tardia é esperado que a queda de duas diluições aconteça em até 12 meses. Mas é importante ressaltar que sífilis tratada e curada não confere imunidade, uma pessoa pode contrair a infecção quantas vezes for exposta a o *T. pallidum*.

O tratamento considerado adequado na gestante é:

- Feito com Penicilina benzatina (pode ser feito a dessensibilização caso a gestante possua alergia a penicilina);
- Início do tratamento ocorreu até 30 dias antes do parto;
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico da sífilis; • Respeito ao intervalo recomendado das doses.

Clamídia

A clamídia é uma infecção sexualmente transmissível causada pela *Chlamydia trachomatis*, sendo bactérias parasitas intracelulares obrigatórias, gram negativas. A infecção pela clamídia é a mais frequente IST causada por bactéria em todo o mundo, superando a infecção gonocócica e sífilis, sendo mais comum no sexo feminino. As suas repercussões no corpo feminino estão muito mais ligadas com a natureza imunológica do que por ação direta da bactéria.

*Está comprovado a associação desse microrganismo com aborto de repetição, visto à reação imune contra a proteína de choque térmico (SHP60). Além de abortos de repetição, pode ocorrer prematuridade, endometrite puerperal, infertilidade conjugal e dor pélvica crônica.

Diagnóstico clínico

Normalmente, após contrair a doença, os sintomas iniciam cerca de 2 semanas até 1 mês pós infecção. Em torno de 70% das mulheres, não apresentam sintomatologia alguma. Quando ocorre, os sintomas são de endocervicite, com muco cervical com aspecto de secreção clara, mucoide e raramente purulenta; e colo edemacido, hiperemiado. Associado ao corrimento, pode apresentar quadro de disúria leve ou moderada, acentuação do ectrópio. Sangramento fácil da mucosa cervical, dispareunia e dor à mobilização do colo uterino ao exame ginecológico. Algumas mulheres acabam desenvolvendo a doença inflamatória pélvica (DIP).

Diagnóstico laboratorial

Para fins de diagnóstico, é possível realizar os seguintes exames: imunofluorescência direta; captura híbrida para clamídia; e PCR para clamídia. Vale ressaltar que, sem dúvidas, o PCR é o teste diagnóstico mais utilizado (amostra é obtida via swab do colo uterino da paciente). O rastreio laboratorial está indicado para todas as mulheres sexualmente ativas, para aquelas que mudaram de parceria ou com histórico de outras IST's.

Tratamento

É importante ressaltar que a prevenção dessa e de outras IST's é o uso do método de barreira (camisinha feminina e masculina).

O tratamento é embasado conforme o Ministério da Saúde, em seu “Protocolo Clínico e Diretrizes. Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”:

Tipo	Tratamento
Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxíciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes).

Tabela 7 - Fonte: DCCI/ SVS/ MS

Normalmente, o tratamento da clamídia e gonorreia é realizado conjuntamente, uma vez de grande prevalência de coinfeção.

Gonorreia

A gonorreia é uma infecção sexualmente transmissível causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, uma bactéria diplococo gram-negativo, intracelular polimorfonuclear. Esse microrganismo pode apresentar alterações quando em processos infecciosos crônicos ou após uso de antibióticos. Apresenta uma prevalência menor do que a Clamídia, cerca de 1-2% da população feminina. Essa infecção é uma das principais causas de morbidade entre pessoas sexualmente ativas. Em 10-40% dos casos, há coinfeção com a clamídia.

Diagnóstico clínico

Em muitas mulheres, a infecção pela gonorreia é assintomática ou oligossintomática; no entanto. Ela pode causar cervicite (inflamação no colo do útero) – apresentando um quadro de corrimento uretral e/ou cervical purulento.

O quadro clínico, comumente, apresenta disúria, urgência urinária, prurido e material secretivo purulento. Pode ocorrer, nas cervicites, além do corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito. Pela anamnese, é importante suspeitar se o(s) parceiro(s) do sexo masculino apresentam quadro de fluxo uretral mucoso ou mucopurulento com eliminação expressiva e espontânea.

Além da cervicite, algumas mulheres podem ter repercussões no sistema urogenital mais graves. Como doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, dor pélvica crônica, gravidez ectópica e peritonite. O reto e a faringe são outros modos de adquirir a infecção de modo extragenital.

Ao exame físico, poderá ter dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento em exame especular, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou swab.

*Vale lembrar que: infecções gonocócicas ou por clamídia durante a gestação poderão acarretar a partos pré-termo. Ruptura prematura de membrana, endometrite puerperal, perdas fetais, retardo do crescimento intrauterino, conjuntivite e/ou pneumonia do recém-nascido.

A infecção gonocócica disseminada, isto é, a infecção que não permanece apenas no local primário da infecção pode levar a suas síndromes clínicas: artrite purulenta ou a triade (tenossinovite, dermatite e poliartralgias). Além dessas, pode haver endocardite, osteomielite e meningite, porém, raras.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial pode ser feito por cultura em meio de Thayer Martin, Captura híbrida para gonococo ou PCR para gonococo (sendo esse método o mais utilizado). O esfregaço cervical ou uretral corado por gram não confirma a doença.

Tratamento

O tratamento é embasado em Ceftriaxona e Azitromicina. Abaixo, tabela com as doses do tratamento conforme o Ministério da Saúde, em seu “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”:

Tipo	Tratamento
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, por pelo menos 7 dias + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única

Tabela 8 - Fonte: DCCI/ SVS/ MS

REFERÊNCIAS

1. AIDS BM da S/ S de V em SPN de D e. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Commun Educ. 1994;(2):178. • Albrecht MA. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of genital herpes simplex virus infection - UpToDate. UpToDate. 2022;1–36. • A L. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. 2a ed. Manole, editor. Barueri, SP; 2021.
2. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111–26.

3. (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde D de D de CC e IST. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral Às Pessoas Com Infecções Sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. 2022. 211 p. Available from: https://www.gov.br/aids/ptbr/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
4. Chopra S. Acute and early HIV infection_ Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2016;1–29.
5. INCA. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento Do Câncer Do Colo Do Útero [Internet]. Vol. XXXIII, Ministério Da Saúde. 2016. 118 p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf
6. iNCA IN de C-. Cobertura do rastreamento em inquéritos nacionais [Internet]. 2022. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/dados-e-numeros/cobertura-do-rastreamento-em-inqueritos-nacionais>
7. João Paulo Toledo. Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. :46.
8. Khalil G Ghanem. Clinical manifestations and diagnosis of Neisseria gonorrhoeae infection in adults and adolescents - UpToDate. Uptodate [Internet]. 2018;1–24. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection-in-adults-and-adolescents?search=gonorrhea&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1235604960
9. Relatório preliminar - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC [Internet]. Ww.gov.br. 2024. Available from: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2024/relatorio-preliminar-diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio-parte-i-rastreamento-organizado-utilizando-testes-moleculares-para-deteccao-de-dna-hpv-oncogenico/view>.
10. RB L. Tratado de Ginecologia. GEN G, editor. Rio de Janeiro; 2017. • Saúde M da. HPV [Internet]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hpv>
11. Saúde M da. Sífilis [Internet]. Available from: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Sifilis>.
12. SECRETARIA DE CIÊNCIA , TECNOLOGIA IEIEES. Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PREP) de Risco à Infecção

- pelo HIV [Internet]. 2022. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20220830_PCDT_PrEP.pdf?utm_
13. Tratamento atual de herpes genital – GinecoAcademy [Internet]. Ginecoacademy.com. 2022. Available from: <https://app.ginecoacademy.com/tratamento-atual-de-herpes-genital/>
14. (UFMG) GPN. Você conhece os métodos para se diagnosticar o HIV? [Internet]. 2021. Available from: <https://www.farmacia.ufmg.br/pensandonisso/metodos-diagnosticos-de-hiv/>
15. What is GARDASIL®9 (Human Papillomavirus 9-valent Vaccine, Recombinant)? [Internet]. Gardasil 9. 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: https://www.gardasil9com.translate.goog/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc

10. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: TIPOS E ABORDAGEM NA CONSULTA

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_010

Heloisa Ulrich e Mariana Crema

Revisado por: Dra Larissa Luiz

A anticoncepção representa um dos maiores avanços em saúde reprodutiva, permitindo que indivíduos e casais planejem: se, quando e quantos filhos desejam ter. Entre os diversos métodos disponíveis, os anticoncepcionais ocupam papel central na prevenção da gravidez não planejada, no controle da natalidade e na promoção da autonomia reprodutiva. Além da função contraceptiva, muitos desses métodos oferecem benefícios adicionais, como regulação do ciclo menstrual, redução da dismenorrea e melhora de condições dermatológicas, como a acne.

A escolha do método ideal deve considerar fatores como eficácia, perfil hormonal, condições clínicas da usuária, efeitos colaterais e preferências pessoais. Essa decisão deve, preferencialmente, ser guiada pelos Critérios Médicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS). Que fornecem recomendações baseadas em evidências quanto à segurança do uso dos métodos contraceptivos diante de condições clínicas específicas. Esses critérios classificam as condições médicas em quatro categorias, como detalha a tabela 01. A utilização dessas categorias exige julgamento clínico, sobretudo nas categorias 2 e 3, que requerem maior atenção e acompanhamento. Além disso, a eficácia dos métodos é geralmente expressa pelo Índice de Pearl, que estima o número de gestações por 100 mulheres ao longo de um ano de uso do método. Quanto menor o índice, maior a eficácia. A aplicação desses critérios, somada ao respeito à autonomia da usuária e à oferta de informações claras e individualizadas, garante um cuidado em saúde reprodutiva ético, seguro e de qualidade.

Categoria Definição	
Categoria 1	Uma condição para a qual não há restrição para o uso do método contraceptivo.
Categoria 2	Uma condição em que as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados.
Categoria 3	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método.
Categoria 4	Uma condição que representa um risco de saúde inaceitável se o método contraceptivo for utilizado.

Tabela 01 — Critérios de elegibilidade da OMS Fonte: BEREK, J. S. (Org.). Tratado de ginecologia FEBRASGO. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

Os métodos anticoncepcionais são divididos principalmente em dois grupos: os reversíveis e definitivos. Os métodos reversíveis englobam tanto os métodos não hormonais (comportamentais, métodos de barreira e o DIU não hormonal). Quanto os

métodos hormonais (anticoncepcional combinado hormonal oral, anticoncepcional oral apenas com progestogênio, implantes contraceptivos, injeções intramusculares, diu, anel vaginal, adesivo contraceptivo). Já os métodos definitivos englobam a esterilização cirúrgica feminina e a esterilização cirúrgica masculina. Além dos métodos anticoncepcionais regulares também existem os métodos contraceptivos de emergência. Estes são indicados em situações excepcionais, como relações sexuais desprotegidas ou falhas do método habitual, e têm como objetivo prevenir a gestação de forma pontual.

MÉTODOS REVERSÍVEIS

Nas consultas, os métodos contraceptivos reversíveis devem ser apresentados como opções que oferecem flexibilidade e permitem a retomada da fertilidade quando desejado. É importante explicar seu funcionamento, vantagens, limitações e a necessidade do uso correto para garantir eficácia, além de esclarecer possíveis efeitos colaterais.

Comportamentais

Os métodos comportamentais baseiam-se na identificação do período fértil, exigindo abstinência ou coito interrompido nesse intervalo para evitar a gravidez. Estes métodos são divididos em: Temperatura basal; Ogino-Knauss; Muco cervical; Amenorreia lactacional; Sintotérmico.

Temperatura basal

O método da temperatura basal é uma forma natural de evitar a gravidez, baseada na medição diária da temperatura corporal ao acordar. Após a ovulação, a progesterona eleva levemente a temperatura ($0,2^{\circ}\text{C}$ a $0,5^{\circ}\text{C}$), que se mantém alta por alguns dias. O período fértil é considerado encerrado após três dias consecutivos de temperatura elevada. E, para prevenir a gravidez, o casal deve evitar relações sexuais desde o início do ciclo até três dias após esse aumento.

Ogino-Knaus (tabelinha)

O método da tabelinha, ou método de Ogino-Knaus, é uma forma de contracepção comportamental que se baseia na abstinência sexual durante o período fértil. Para utilizá-lo corretamente, a mulher deve registrar a duração de seus ciclos menstruais por pelo menos seis meses. Considerando que a ovulação ocorre entre 12 e 16 dias antes da próxima menstruação. O início do período fértil é calculado subtraindo-se 18 dias do ciclo mais curto, e o fim do período fértil calcula-se subtraindo-se 11 dias do ciclo mais longo. Por exemplo, em ciclos entre 26 e 32 dias, o período fértil seria do 8º ao 21º dia. Como o espermatozoide pode permanecer viável por até 72 horas e o óvulo por cerca de 24 horas, esse intervalo oferece uma margem de segurança. O método não é indicado para mulheres com ciclos muito irregulares, devido ao risco aumentado de falha.

Muco cervical

É o método que se fundamenta na observação da evolução do muco cervical ao longo do ciclo menstrual. O qual, durante o período pré-ovulatório, torna-se mais claro, abundante, elástico e filiforme, em decorrência dos níveis séricos mais altos de estrogênio observados no período periovulatório. Tais características favorecem a mobilidade e a sobrevivência dos espermatozoides. Para evitar a gravidez, o casal deve abster-se de relações sexuais desde o início do aparecimento do muco até três dias após o chamado dia ápice.

Amenorreia Lactacional

A amenorreia lactacional se utiliza do bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano que acontece em resposta aos altos níveis de prolactina da lactante. A sucção frequente do bebê estimula a produção de prolactina, que inibe a liberação de FSH e LH, bloqueando temporariamente a ovulação. Sua eficácia depende da frequência e duração das mamadas, sendo reduzida com o uso de chupetas, mamadeiras ou longos intervalos entre as mamadas. O método pode ser utilizado por mulheres que amamentam, desde que o bebê tenha até 6 meses, a mãe esteja em amenorreia e a amamentação seja exclusiva ou quase exclusiva. As contraindicações são raras e incluem algumas condições maternas, como infecção pelo HIV, infecção pelo HTLV, uso de quimioterápicos e algumas drogas lícitas ou ilícitas.

Sintotérmico

O método sintotérmico identifica o período fértil usando sinais como temperatura e muco cervical. Para evitar a gravidez, o casal deve praticar abstinência durante esse período, liberando relações só após os sinais cessarem.

MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira impedem mecanicamente e/ou quimicamente a entrada dos espermatozoides no útero, ajudando a prevenir a gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Estes métodos são divididos em: preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, esponjas, capuz cervical e espermicidas.

Preservativos

Os preservativos masculino e feminino são os métodos de barreira mais usados, feitos de látex ou material sintético. Além de prevenir a gravidez, protegem contra ISTs, incluindo HIV, e são recomendados em todas as relações sexuais. A taxa de falha, conforme o índice de Pearl, varia de 3 a 14% com o preservativo masculino e 5 a 21% no feminino, dependendo do uso correto. Este método é contraindicado em casos de alergia aos materiais e, no caso do preservativo feminino, em casos de prolapso genital.

Diafragma

O diafragma é um método contraceptivo de barreira em forma de capuz côncavo, feito de borracha ou silicone. Que se adapta ao colo do útero e parte da parede vaginal, impedindo a passagem dos espermatozoides. É reutilizável por até cinco anos e deve ser inserido antes da relação sexual, permanecendo no local por pelo menos seis horas após a ejaculação, sem ultrapassar 24 horas de uso contínuo. Entre os possíveis efeitos adversos estão odor vaginal, dor pélvica e infecções do trato urinário. Segundo o índice de Pearl para uso típico, a taxa de falha varia de 6% a 21%, a depender da técnica de uso. O diafragma não oferece proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e é contraindicado para mulheres com alergia aos materiais do dispositivo. Infecção pelo HIV, presença de prolapsos genitais ou histórico de síndrome do choque tóxico.

Capuz cervical

O capuz cervical é um pequeno dispositivo em forma de cúpula, inserido na vagina para cobrir o colo do útero e impedir a passagem dos espermatozoides. Deve ser utilizado em conjunto com espermicida e pode permanecer na vagina por até 48 a 72 horas. Embora seja reconhecido internacionalmente, não é prescrito como método contraceptivo no Brasil. Seu uso pode estar associado a efeitos adversos, como infecções vaginais e risco de síndrome do choque tóxico. A eficácia do método varia conforme o uso e a paridade da mulher: o índice de Pearl indica uma taxa de falha de 9% a 20% em nulíparas e de 26% a 40% em multíparas. É contraindicado para mulheres com alto risco de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), especialmente aquelas que vivem com HIV/AIDS.

Esponja anticoncepcional

A esponja anticoncepcional é um anel macio, embebido com espermicida, inserido na vagina para cobrir o colo do útero e bloquear a entrada dos espermatozoides. Deve ser colocada antes da relação sexual e permanece eficaz por até 24 horas. Apesar de sua eficácia, trata-se de um método ainda pouco utilizado e não disponível no Brasil. A taxa de falha, conforme o índice de Pearl no uso típico, varia de 9% a 20% em mulheres nulíparas e de 20% a 40% em multíparas. Pode causar irritação e é contraindicado para mulheres com alto risco ou portadoras de ISTs, especialmente HIV/AIDS.

Espermicidas

Os espermicidas são substâncias químicas inseridas na vagina antes da relação sexual, com a função de imobilizar ou destruir os espermatozoides, atuando como uma barreira química à fecundação. Estão disponíveis em diferentes apresentações, como cremes, géis, espumas, supositórios e filmes vaginais, e devem ser aplicados até uma hora antes da relação sexual. Embora sejam acessíveis e de fácil uso, sua eficácia é

limitada quando utilizados isoladamente: segundo o índice de Pearl para uso típico, a taxa de falha varia entre 16% e 29%. Além disso, os espermicidas não oferecem proteção contra ISTs e são contraindicados para pessoas vivendo com HIV/AIDS ou com risco elevado de infecções genitais. Devido à possibilidade de irritações na mucosa vaginal que facilitam a transmissão de agentes infecciosos.

MÉTODOS HORMONAIS

Os métodos contraceptivos hormonais são amplamente utilizados para prevenir a gravidez e atuam por meio da inibição da ovulação, espessamento do muco cervical e alteração do endométrio. Eles podem ser combinados, contendo estrogênio e progestagênio, ou compostos apenas por progestagênio.

Entre os métodos combinados, destacam-se as pílulas anticoncepcionais de uso diário, os adesivos transdérmicos trocados semanalmente e os anéis vaginais de uso mensal. Já entre os métodos com apenas progestagênio, estão as minipílulas, indicadas especialmente para mulheres que não podem usar estrogênio. Os implantes subdérmicos com duração de até três anos e as injeções trimestrais. Também existe o sistema intrauterino com liberação de levonorgestrel (SIU), que oferece proteção prolongada de cinco a seis anos, além de reduzir o fluxo menstrual.

Esses métodos são eficazes, reversíveis e, em alguns casos, oferecem benefícios adicionais como melhora da acne, regularização do ciclo menstrual e alívio da tensão pré-menstrual. No entanto, seu uso deve ser individualizado, levando em consideração fatores como idade, tabagismo, histórico de trombose e presença de comorbidades.

Combinados (estrogênio + progestagênio): exemplos: Pílula combinada oral, adesivo transdérmico, anel vaginal.

- Mecanismo de ação: inibem a ovulação (supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano), espessam o muco cervical e alteram o endométrio.
- Índice de Pearl: 0,3 (uso ideal) a 9 (uso típico).
- Contraindicações absolutas (categoria 4 da OMS):
 - História de tromboembolismo venoso
 - Doença cardiovascular grave;
 - Enxaqueca com aura;
 - Hipertensão grave (>160x100 mmHg);
 - Câncer de mama atual;
 - Tabagismo em mulheres ≥ 35 anos;

- Doença hepática ativa.

Progestagênio isolado: exemplos: Minipílula, injeção trimestral de medroxiprogesterona, implante subdérmico, SIU (levonorgestrel).

- Mecanismo de ação: espessamento do muco cervical, atrofia endometrial e, dependendo da dose, inibição da ovulação.
- Índice de Pearl:
 - Minipílula: 0,3 a 9
 - Injetável trimestral: 0,3 a 3
 - Implante: 0,05
- Contraindicações absolutas:
 - Câncer de mama atual;
 - Sangramento vaginal inexplicado;
 - Doença hepática grave.

Esses métodos oferecem benefícios adicionais como melhora da acne, controle do ciclo menstrual e alívio da tensão pré-menstrual. A escolha deve considerar idade, comorbidades e hábitos como o tabagismo

LARCs (Métodos Reversíveis de Longa Duração)

DIU de cobre

- Mecanismo de ação: efeito espermicida local, altera motilidade espermática e o ambiente endometrial, dificultando fertilização e implantação.
- Índice de Pearl: 0,6 a 0,8
- Contraindicações absolutas:
 - Infecção pélvica atual;
 - Sangramento uterino anormal sem diagnóstico;
 - Malformações uterinas incompatíveis com inserção;
 - Câncer de colo ou endométrio.

SIU (sistema intrauterino com levonorgestrel)

- Mecanismo de ação: espessamento do muco cervical, atrofia endometrial, possível inibição da ovulação em parte dos ciclos. Tem duração de 5-8 anos.
- Índice de Pearl: 0,2

- Contraindicações absolutas: mesmas do DIU de cobre + câncer de mama atual

Implante subdérmico de etonogestrel

- Mecanismo de ação: inibição da ovulação, espessamento do muco cervical.
- Índice de Pearl: 0,05.
- Contraindicações absolutas:
 - Câncer de mama atual;
 - Doença hepática grave.

Métodos Contraceptivos Hormonais				
Método	Tipo hormonal	Modo de uso	Duração	Observações principais
Pílula combinada oral	Estrogênio + progestagênio	Uso diário	Contínuo (uso diário)	Regula o ciclo, reduz cólicas, acne, TPM
Minipílula	Apenas progestagênio	Uso diário (sem pausa)	Contínuo	Indicada para lactantes e mulheres com restrição ao estrogênio
Adesivo transdérmico	Estrogênio + progestagênio	Aplicado 1x/semana por 3 semanas	1 mês	Uso semanal, possível irritação local
Anel vaginal	Estrogênio + progestagênio	Colocado na vagina por 3 semanas	1 mês	Evita uso diário, discreto
Injetável mensal	Estrogênio + progestagênio	Aplicação intramuscular mensal	1 mês	Boa adesão, possível irregularidade menstrual
Injetável trimestral	Apenas progestagênio	Aplicação a cada 3 meses	3 meses	Pode causar amenorrea, ganho de peso
Implante subdérmico	Apenas progestagênio	Inserido sob a pele do braço	Até 3 anos	Alta eficácia, inserção em ambiente clínico
SIU (DIU hormonal)	Levonorgestrel (progestagênio)	Inserido no útero por profissional	5 a 8 anos	Reduz fluxo e cólica, pode causar amenorrea

Tabela 02 — Fonte: Adaptado de Caderno de Atenção Básica: Planejamento Reprodutivo. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MÉTODOS DE EMERGÊNCIA

Os métodos contraceptivos de emergência são utilizados para prevenir a gravidez após uma relação sexual desprotegida ou falha de outro método contraceptivo. Como rompimento do preservativo ou esquecimento da pílula. Existem duas principais opções: as pílulas de emergência e o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre.

As pílulas podem conter levonorgestrel, que deve ser tomada em dose única de até 1.5 mg preferencialmente nas primeiras 72 horas após a relação, ou acetato de ulipristal, eficaz até 120 horas (5 dias), com melhor eficácia quanto mais precocemente for administrado. O DIU de cobre, quando inserido por um profissional de saúde em até cinco dias após a relação desprotegida. É o método mais eficaz de contracepção de emergência, pois impede a fecundação e a implantação do embrião. Esses métodos não causam aborto e não substituem o uso regular de contraceptivos, devendo ser utilizados

apenas em situações excepcionais. Além disso, seu uso frequente pode levar a irregularidades menstruais e menor eficácia comparado aos métodos contraceptivos de uso contínuo.

Métodos Emergenciais Hormonais					
Método	Princípio ativo	Tempo de uso após a relação	Mecanismo de ação	Vantagens	Observações
Pílula de levonorgestrel	Levonorgestrel (1,5 mg)	Até 72 horas	Inibe ou atrasa a ovulação	Fácil acesso, venda sem receita	Eficácia reduz com o passar das horas
Pílula de ulipristal	Acetato de ulipristal (30 mg)	Até 120 horas (5 dias)	Modula receptor de progesterona e bloqueia a ovulação	Maior janela de eficácia	Requer receita; não usar com anticoncepcional hormonal logo após
DIU de cobre	Dispositivo intrauterino não hormonal	Até 120 horas (5 dias)	Impede fecundação e implantação	Método mais eficaz de emergência (99%)	Inserção deve ser feita por profissional; pode ser mantido como método regular

Tabela 03 — Fonte: Adaptado de Caderno de Atenção Básica: Planejamento Reprodutivo. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MÉTODOS DEFINITIVOS

Os métodos contraceptivos cirúrgicos, como a laqueadura tubária e a vasectomia, são considerados definitivos e regulamentados pelas Leis nº 9.263/96 e 14.443/22. Sendo ofertados pelo sistema único de saúde (sus). Sua realização exige a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após orientação adequada sobre os riscos, a baixa possibilidade de reversão e a natureza permanente do procedimento. É fundamental que o paciente receba suporte pré e pós-operatório e esteja plenamente informado sobre outras alternativas contraceptivas reversíveis disponíveis.

A laqueadura consiste em impedir a passagem dos espermatozoides pelas tubas uterinas e pode ser realizada por várias formas: logo após o parto vaginal. Por uma pequena incisão próxima ao umbigo, durante uma cesariana ou ainda em outro momento fora do contexto gestacional, por diferentes vias (laparotômica, laparoscópica, vaginal ou histeroscópica). Em todos os casos, o procedimento é realizado sob anestesia. A taxa de falha, conforme o índice de Pearl, varia entre 0,1% e 0,5%. Já a vasectomia consiste na interrupção dos ductos deferentes via escrotal, feita em ambiente ambulatorial, e resulta na azoospermia obstrutiva, isto é, ausência de espermatozoides no ejaculado. A taxa de falha, conforme o índice de Pearl, varia entre 0,05% e 0,15.

Critérios para realização dos procedimentos:

- Ter ≥ 21 anos, para quem tem menos de 2 filhos ou nenhum filho vivo;
- Se 2 filhos vivos: basta ter ≥ 18 anos. Tendo capacidade civil plena;
- Manifestação antecipada com no mínimo 60 dias antes do procedimento, para

aconselhamento multidisciplinar;

- É garantida a esterilização durante o parto, mediante o prazo de no mínimo 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas (no caso da laqueadura);
- Não é necessário o consentimento do cônjuge para a realização do procedimento.

Métodos cirúrgicos regulamentados por leis nacionais e ofertados pelo SUS.

Envolvem esterilização voluntária.

Laqueadura tubária

- Mecanismo de ação: obstrução ou secção das tubas uterinas.
- Índice de Pearl: 0,1% a 0,5%
- Vias possíveis: Pós-parto, cesariana, laparoscópica, histeroscópica etc.

Vasectomia

- Mecanismo de ação: secção dos ductos deferentes via escrotal.
- Resultado esperado: Azoospermia obstrutiva (ausência de espermatozoides no ejaculado).
- Índice de Pearl: 0,05% a 0,15%

Conclusão

A escolha do método contraceptivo ideal deve ser sempre individualizada, levando em conta fatores como:

- Eficácia contraceptiva (índice de Pearl),
- Segurança clínica (critérios da OMS),
- Perfil da usuária (idade, doenças, hábitos),
- Objetivos reprodutivos (planejamento familiar ou definitivo),
- Acesso e preferências pessoais.

Os métodos hormonais combinados e só de progestagênio são amplamente utilizados, oferecendo bons níveis de eficácia, além de benefícios não contraceptivos como regulação do ciclo e melhora da acne. Já os LARCs (métodos reversíveis de longa duração) — como o DIU e o implante — têm as menores taxas de falha. São altamente eficazes e independem do uso correto diário, sendo ótimas opções para quem busca praticidade e longa duração.

Métodos de barreira são essenciais, principalmente para prevenção de ISTs, e devem ser incentivados, inclusive em combinação com outros métodos. Já os métodos de emergência são úteis em situações pontuais, mas não substituem os métodos regulares. Por fim, os métodos definitivos são uma solução eficaz e permanente para pessoas que não desejam mais filhos, exigindo consentimento livre, consciente e bem orientado.

O papel do profissional de saúde é informar com base em evidências, respeitar a autonomia da paciente e oferecer cuidado ético, seguro e livre de coerção.

Tipo de método	Exemplos principais	Eficácia (índice de Pearl)	Reversibilidade	Observações
Hormonais combinados	Pílula, adesivo, anel	0,3 (ideal) – 9 (típico)	Sim	Evitar em tabagistas >35a, risco trombótico
Só progestagênio	Minipílula, injeção, SIU, implante	0,05 – 3	Sim	Boa opção para lactantes, hipertensas, etc.
LARCs	DIU de cobre, SIU, implante	0,05 – 0,8	Sim	Alta eficácia, baixa manutenção, longa duração
Emergência	Levonorgestrel, ulipristal, DIU cobre	<1 (DIU) / 1,5–2 (pílulas)	Sim (pontual)	Uso excepcional, ideal até 5 dias após relação
Definitivos	Laqueadura, vasectomia	0,05 – 0,5	Não	Solução permanente; exige consentimento formal

Tabela 04 - Fonte: Adaptado de Caderno de Atenção Básica: Planejamento Reprodutivo. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

REFERÊNCIAS

1. FEBRASGO -Manual de Anticoncepção Manual de Anticoncepção [Internet]. 2015. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/manual-anticon_cepcao-febrasgo-2015-pdf.pdf
2. Manual de tópicos em Ginecologia da Sopigo | LIVRO DIGITAL | Even3 Publicações [Internet]. Manual de tópicos em Ginecologia da Sopigo | LIVRO DIGITAL - Even3 Publicações. 2023 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://publicacoes.even3.com.br/book/%20manual-de-topicos-em-ginecologia-da-sopigo-3249025>
3. Benzecry R. Tratado de obstetrícia FEBRASGO. Rio De Janeiro, Rj: Revinter; 2000. 4. Newton. Orientações sobre as 3 principais modificações em relação à lei [Internet]. Febrasgo.org.br. 2024 [cited 2025 May 23]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/orientacao-a-profissionais/item/1654-orientacoes-sobre-as-3-principais-modificacoes-em-relacao-a-lei>

5. Ministério da Saúde orienta gestores sobre laqueadura e vasectomia no SUS [Internet]. Ministério da Saúde. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/ministerio-da-saude-orienta-gestores-sobre-laqueadura-e-vasectomia-no-sus>
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção básica: planejamento reprodutivo*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 25).
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 3rd ed. Geneva: WHO, 2016.
8. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolo de contracepção hormonal. *Revista Femina*, v. 49, n. 2, p. 85–92, 2021.
9. Trussell J, Raymond EG. **Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy**. *Contemp Readings Law Soc Justice*. 2014;6(2):7–38.
10. HATCHER, R. A. et al. *Contraceptive Technology*. 21st ed. New York: Ayer Company Publishers, 2018.
11. BEREK, J. S.; NOVAK, E. *Ginecologia de Novak*. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

11. INCONTINÊNCIA URINÁRIA E PROLAPSOS

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_011

Julia Meneguelli Goes e Paola Ferrari Schwarz

Revisado por: Dra Simone dos Reis Brandão da Silveira

Incontinência Urinária

A incontinência urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina. Trata-se de um problema de saúde pública que afeta 72% das mulheres no mundo, cerca de 20% em mulheres adultas, e em idosas pode chegar a 50%, de acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia. Essa patologia tem impacto significativo na qualidade de vida, aspectos físicos, de higiene, emocionais e sexuais, além de levar a paciente ao constrangimento, diminuição de interações sociais e até mesmo o isolamento. A identificação dos fatores de risco é essencial para a prevenção e tratamento da IU, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da mulher, sendo essas idade, obesidade, paridade, tipos de parto, constipação crônica, consumo de cafeína e tabagismo.

A Incontinência urinária de esforço (IUE) é a mais comum e é caracterizada pela perda de urina ao realizar atividades que aumentam a pressão abdominal, como tossir, espirrar, rir, carregar peso, pular ou até andar e levantar. Esse tipo está geralmente relacionado a falhas no funcionamento do esfíncter uretral ou no mecanismo de sustentação da uretra pelos músculos do assoalho pélvico, levando à sua hiper mobilidade. Ainda é descrito a incontinência urinária de urgência, que ocorre devido à contração involuntária do músculo detrusor durante o enchimento vesical, gerando uma vontade imperiosa de urinar que muitas vezes resulta em perda urinária seguida deste sintoma. Esse quadro, quando não há perda, mas há urgência associada a aumento da frequência e noctúria, é conhecido como síndrome da bexiga hiperativa.

Quando os dois mecanismos, de esforço e de urgência, estão presentes simultaneamente, caracteriza-se a incontinência urinária mista, que associa os episódios de perda ao esforço juntamente com sintomas de urgência miccional.

É fundamental realizar o diagnóstico diferencial para afastar outras condições que podem simular ou agravar os sintomas urinários. São elas, infecções urinárias, podem apesar de geralmente serem acompanhadas de dor e ardência, cistite intersticial, embora mais rara, fístulas urogenitais.

A abordagem clínica da incontinência urinária deve ser sempre individualizada, considerando o tipo de incontinência, a gravidade dos sintomas, a repercussão na qualidade de vida, as comorbidades associadas e as preferências da paciente. O primeiro passo é uma avaliação detalhada via anamnese, exame físico, e, quando necessário, exames complementares como diário miccional, estudo urodinâmico, exames de imagem e

avaliação laboratorial para descartar causas secundárias.

Na incontinência urinária de esforço por grandes esforços, o tratamento inicia de forma conservadora, como fisioterapia do assoalho pélvico (exercícios de Kegel), eletroestimulação funcional, a perda de peso. Além disso, a modificação de hábitos, como redução da ingestão de cafeína e controle hídrico, pode auxiliar. O tratamento cirúrgico torna-se a principal estratégia, sendo o sling suburetral livre de tensão o procedimento padrão-ouro. Em casos onde há prolapso de órgãos pélvicos associado, a correção simultânea do prolapso pode ser necessária para melhores resultados na continência. Para a incontinência urinária de urgência, cujo mecanismo está relacionado à hiperatividade do detrusor, iniciamos o tratamento com medidas comportamentais. Reeducação vesical (micções programadas), treinamento da bexiga, controle da ingestão de líquidos e eliminação de irritantes vesicais, como cafeína, álcool e alimentos cítricos. Se não teve melhora, inicia o tratamento medicamentoso, sendo os antimuscarínicos, se tolerável os efeitos colaterais. Se não tolerado, a alternativa são os agonistas beta-3 adrenérgicos, e em mulheres na menopausa, a terapia estrogênica tópica vaginal auxilia na melhora da saúde da mucosa uretral e vaginal, contribuindo indiretamente para o controle dos sintomas.

Nos casos de incontinência de urgência refratária é priorizado a aplicação intravesical de toxina botulínica que promove relaxamento do músculo detrusor, reduzindo os episódios de urgência e incontinência, com bons índices de eficácia, embora possa gerar retenção urinária transitória em alguns casos. Outra alternativa é a neuromodulação sacral, que atua modulando os reflexos neurais responsáveis pela micção.

Por fim, na incontinência por transbordamento, o tratamento é direcionado à causa de base. Exemplo, quando relacionada à obstrução, a resolução da obstrução urinária é primordial. Se for bexiga neurogênica, é feito uso de cateterismo intermitente limpo. Na incontinência funcional, a atuação é multidisciplinar, com foco na reabilitação física, suporte cognitivo e adaptação ambiental.

Prolapsos

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) é descrito como a deiscência da parede vaginal anterior e/ou posterior e do ápice da vagina, de acordo com a Sociedade Internacional de Incontinência e a Sociedade Internacional de Uroginecologia. Já em mulheres hysterectomizadas, a cúpula vaginal que prolapsa. As desordens do assoalho pélvico são afecções comuns, e os sintomas podem ocorrer em qualquer idade, com o pico entre 70 e 79 anos de idade, podendo afetar 50% das mulheres idosas.

A gênese da IUE pode ser explicada pela Teoria Integral, proposta por Petros e Ulmsten em 1990, em que, segundo esta teoria, os sintomas decorrentes da IUE e da hiperatividade vesical seriam secundários, por diferentes razões, à frouxidão da vagina e de seus ligamentos de suporte (particularmente os ligamentos pubouretrais, uterossacros e cardinal), resultado da alteração do tecido conectivo, salientando ainda, a função muscular

coordenada essencial para a continência urinária e o suporte dos órgãos pélvicos, sendo sua disfunção associada ao surgimento do prolapso e da incontinência. Complementarmente, DeLancey descreveu os níveis de suporte vaginal em três níveis: o nível I, formado pelos ligamentos uterossacros e cardinal (responsáveis pela suspensão do ápice vaginal); o nível II, composto pelas fâscias paravaginais que fixam a parede vaginal média à arcada tendínea da fâscia pélvica; e o nível III, que envolve a fixação distal da vagina ao períneo e ao corpo perineal. A falha em qualquer desses níveis pode contribuir para o desenvolvimento do prolapso de órgãos pélvicos.

O prolapso uterino impacta na qualidade de vida das mulheres que têm esta patologia, podendo levar a quadro de disfunções urinária, sexuais e anorretais, além do desconforto pelo prolapso em si.

Alguns fatores de risco associados ao POP são idade, multiparidade, parto vaginal, uso de fórceps, doenças que aumentam a pressão intra-abdominal como constipação e obesidade, doenças genéticas que alteram o colágeno como síndrome de Marfan e síndrome de Ehlers-Danlos, espinha bífida oculta e baixo nível socioeconômico.

Em relação aos sintomas de POP, o principal é “bola na vagina” ou sensação de peso. O diagnóstico é clínico, confirmado pelo exame físico ginecológico, acompanhado da manobra de Valsalva durante a inspeção dinâmica. DeLancey descreveu, em níveis, o sistema de suporte vaginal, assim, o nível 1 faz a elevação do compartimento apical da vaginal através dos ligamentos cadinal e uterossacrais, o nível 2 diz respeito a vagina média pelos ligamentos paravaginais e se ocorrer o prolapso será da parede vaginal anterior, e o nível 3 fixa o terço distal da vagina pelo corpo perineal, ocorrendo prolapso de parede vaginal anterior e posterior. Assim, pode-se ser analisada a presença de prolapso das paredes vaginais anterior, posterior e/ou apical.

A classificação mais usada para quantificar os prolapsos pélvicos é o POP-Q. Estágio 0 não há presença de prolapsos; estágio 1 indica que o ponto mais distal do prolapso está 1 cm acima do hímen; estágio 2 ocorre quando o ponto mais distal do prolapso está entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen; estágio 3 significa que o ponto do prolapso está 1 cm abaixo do hímen mas 2 cm a menos que o comprimento total da vagina; o estágio 4 indica uma eversão completa da vagina, isto é, igual ao comprimento total da vagina. As manifestações clínicas vão variar de acordo com o estadiamento do prolapso.

Portanto, no diagnóstico do prolapso urinário a anamnese é sucedida pelo exame físico ginecológico, a manobra de Valsalva juntamente com a localização da parede vaginal prolapsada e a classificação POP-Q. Ademais, pode ser associado à exames complementares, podendo ser realizada ressonância magnética para avaliação da deiscência do colo vesical, presença de resíduo pós-miccional, anormalidade da bexiga e/ou uretra, avaliar os músculos do assoalho pélvico, mas não é um exame obrigatório para diagnóstico. Outro exame que se pode lançar mão é a ressonância magnética, que consegue analisar os ligamentos e musculaturas pélvicas lesados.

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, e devem ser indicados em mulheres com sintomas ou que tenham complicações devido aos POPs. O tratamento conservador inclui o uso de pessários vaginais, que são dispositivos removíveis de borracha ou silicone feitos para serem inseridos na vagina para promover suporte estrutural para o defeito do assoalho pélvico e melhora da qualidade de vida, não sendo recomendado para defeitos distais. Para colocar o pessário em mulheres na pós-menopausa, pode ser necessário preparo da mucosa vaginal com cremes de estrogênios para evitar fissuras e dor ao introduzir o dispositivo. Apesar dessa precaução, os pessários podem causar dor local, fissuras das paredes vaginais, desconforto, leucorreia, retenção urinária e, raramente, fístulas urogenitais; este último sintoma sendo associado ao manejo e uso inadequado do dispositivo. O sintoma adverso que mais ocorre em mulheres que faz com que haja abandono deste método terapêutico é a dor. Fatores associados ao insucesso deste tratamento conservador são obesidade, cirurgia reconstrutiva pélvica realizada previamente e prolapso com grau avançado.

Outro método utilizado para melhora dos sintomas do POP é a fisioterapia, com treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), ele é utilizado em pacientes nos estágios I e II, já que a fisioterapia pélvica não se propõe a reduzir anatomicamente prolapsos avançados.

O tratamento cirúrgico envolve a identificação dos compartimentos afetados, havendo diversas técnicas cuja escolha depende de cada paciente e local acometido. O uso de telas sintéticas para a correção de prolapsos por via vaginal está em desuso, em virtude de complicações como dispareunia, exposição da vagina da tela, erosão de órgãos, entre outras. Apesar disso, as telas sintéticas são indicadas em prolapso de cúpula vaginal por via abdominal ou laparoscópica.

O prolapso do compartimento anterior, envolvendo uretra e bexiga, pode ser tratado cirurgicamente por correção sítio-específica com tecido nativo ou uso de telas em condições específicas, como grandes defeitos. A colporrafia anterior é feita por uma incisão na parede anterior da vagina com identificação da fásia rota e correção sítio-específica com tecido nativo. Esse tipo de prolapso pode estar associado a um defeito do ápice vaginal, defeito transversal, principalmente no estágio III do POP-Q.

A abordagem cirúrgica de prolapsos de parede posterior pode ser feita via vaginal ou transanal, sem o uso de telas. O reparo dos defeitos transversos é feito pela via vaginal, indicado para identificar defeitos laterais ou proximais com a plicatura da fásia rota no anel pericervical. Um local clássico para este reparo é na fásia do ligamento uterossacro. Já o reparo transanal é feito através da retirada da mucosa retal abundante para diminuir o tamanho da cúpula retal, por um médico coloproctologista.

O tratamento reconstrutivo do compartimento apical tem boa eficácia quando é feita a fixação do ligamento uterossacro ou ligamento sacroespinhal. Já a sacrocolpopexia é a abordagem mais usada neste tipo de prolapso, com menos incidência de recorrência apesar

de um tempo maior de cirurgia. O uso de telas no último caso é permitido e recomendado, e a via de escolha é por laparoscopia ou laparotômica. Quando há preservação do útero, pode ocorrer maior risco de recorrência quando comparada com histerectomia vaginal. As técnicas de colpocleise devem ser usadas quando a paciente não é ativa sexualmente, tem uma boa eficácia e baixa morbidade.

Em vista disso, as queixas das mulheres durante a anamnese e o exame físico devem ser consideradas e o prolapso genital, caso identificado, deverá ser tratado pois envolve não apenas a saúde ginecológica feminina, mas a saúde mental e qualidade de vida da paciente. O tratamento deve ser discutido com a paciente e a melhor alternativa deve ser implementada caso desejada, com consultas regulares para avaliar a eficácia do tratamento.

REFERÊNCIAS:

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Prolapso dos órgãos pélvicos. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 51/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
2. Brazilian Journal of Health Review. Cruz FDN, Lima RPS, Santos AS, Oliveira LA, Costa NVS, Lucena RA, Santos HS. O prolapso uterino e a anatomia aplicada aos seus procedimentos de correção, 2022
3. OLIVEIRA, E. de; CASTRO, R. A. de; ZUCCHI, E. V. M.; ARAÚJO, M. P. de; SARTORI, M. G. F.; GIRÃO, M. J. B. C. Mecanismos de continência e teoria integral da incontinência urinária feminina. Continence mechanisms and the integral theory of female urinary incontinence. *Femina*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 205–211, abr. 2007. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-456972>
4. Revista Femina - FEBRASGO. MARCHETTI, C.; BERNARDES, B. T.; RUDGE, M. V. C. et al. Síndrome da bexiga hiperativa: aspectos atuais. *Revista Femina*, v. 50, n7, p. 513-520, 2022. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/femina-07-WEB.pdf.pdf>
5. FEBRASGO - Síndrome da Bexiga Hiperativa. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2023. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/component/zoo/item/sindrome-da-bexiga-hiperativa>.
6. FEBRASGO - Tratamento não farmacológico da incontinência urinária FEBRASGO. Tratamento clínico não farmacológico e a incontinência urinária. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2022. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/332-tratamento-clinico-nao-farmacologico-e-a-incontinencia-urinaria>
7. DELANCEY, J. O. L. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy.

American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 166, n. 6 Pt 1, p. 1717–1724, 1992. DOI: 10.1016/0002-9378(92)91562-o10. Manuais MSD – Versão para Profissionais de Saúde, set. 2024. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/distúrbios-geniturinários/sintomas-de-doenças-genitourinárias/disúria>.

8. Cleveland Clinic. Overflow incontinence: causes, symptoms & treatment. Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22162-overflow-incontinence>

12. CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_012

Heloísa M. Ulrich e Gabrielle Carvalho

Revisado por: Dra Simone dos Reis Brandão da Silveira

Definição e Diagnóstico da Transição Menopausal

A transição menopausal, ou climatério, é uma fase fisiológica da vida da mulher que marca a passagem do período reprodutivo (menacme) para o não reprodutivo (senectude), ocorrendo geralmente entre os 40 e 65 anos de idade. A síndrome do climatério é um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da interação entre fatores socioculturais, psicológicos e endócrinos que ocorrem na mulher que envelhece. Trata-se de uma etapa caracterizada por intensas alterações endócrinas, biológicas e psicossociais, que podem gerar sinais e sintomas de natureza sistêmica, variando em tipo e intensidade nas mulheres.

O climatério não é uma doença, mas um processo natural de envelhecimento reprodutivo, mulher caracterizado pela diminuição da função ovariana. Essa fase é subdividida em três períodos principais: perimenopausa, menopausa e pós menopausa. A perimenopausa é o estágio inicial, no qual ocorrem as primeiras alterações hormonais, especialmente a queda nos níveis de estrogênio, resultando em irregularidades menstruais e sintomas como ondas de calor, insônia, alterações de humor, ganho de peso e secura vaginal. A menopausa, por sua vez, é definida retrospectivamente como a data da última menstruação, após 12 meses consecutivos de amenorreia, sem outras causas fisiológicas ou patológicas. Em média, ocorre por volta dos 51 anos, sendo considerada precoce quando ocorre antes dos 40 anos e tardia quando após os 55. Algumas mulheres entram em menopausa precocemente devido a alguns fatores como: histórico familiar de menopausa precoce, ser fumante, ter realizado histerectomia (remoção do útero), ter se submetido a tratamentos de câncer. A pós-menopausa corresponde ao período posterior à menopausa, durante o qual os sintomas vasomotores e urogenitais podem persistir ou se intensificar, podendo durar até uma década.

Quadro Clínico e Impacto Metabólico

No climatério observa-se diminuição da fertilidade e, progressivamente, declínio da produção de estradiol pelo ovário, embora mantenha certo equilíbrio hormonal pela maior produção de androgênios e sua conversão periférica em estrogênio.

Seu diagnóstico se baseia em anamnese detalhada complementada por exame físico minucioso. Uma história completa da paciente é obrigatória no início da investigação. Com o aumento da longevidade, há cada vez mais mulheres que vivem o climatério e, conseqüentemente, a demanda por estratégias que visam a melhorar a

qualidade de vida dessa população também aumenta. Deve-se considerar a faixa etária, os sintomas apresentados e o histórico menstrual da paciente. Quando há dúvidas diagnósticas, especialmente em mulheres com menos de 45 anos, recomenda-se a dosagem do hormônio folículo-estimulante (FSH) em duas ocasiões, com intervalo de quatro a seis semanas, sendo valores superiores a 25 mUI/mL sugestivos de transição menopausal.

A fisiologia por trás dessas manifestações decorre da progressiva falência ovariana, que leva à interrupção dos ciclos ovulatórios, à redução da produção de estrogênio e à cessação da menstruação. A diminuição da produção de inibina B e a consequente elevação dos níveis de FSH e estradiol na fase inicial do ciclo, seguidos por alterações na fase lútea e anovulação progressiva, resultam em ciclos menstruais irregulares, que podem anteceder a menopausa por até três anos.

Entre os sintomas mais prevalentes estão as ondas de calor, também chamadas de fogachos, que atingem aproximadamente 50% a 70% das mulheres no período pós-menopausa, causando desconforto intenso e prejuízos na qualidade do sono, no humor e na rotina diária. Além dos sintomas vasomotores, o climatério provoca alterações na esfera urogenital, como a atrofia da mucosa vaginal, que leva ao ressecamento, sensação de ardor, dispareunia e maior suscetibilidade a infecções urinárias, impactando negativamente a saúde sexual e o bem-estar da mulher. A sexualidade na mulher climatérica é influenciada não apenas por essas mudanças anatômicas, mas também por fatores emocionais e sociais, incluindo a percepção da perda da juventude e a baixa autoestima, o que pode levar à diminuição da libido e ao afastamento do parceiro.

No aspecto psicológico, a queda hormonal é frequentemente associada a sintomas como irritabilidade, ansiedade, depressão e mudanças de humor, agravados pela insônia e pelo desconforto provocado pelas ondas de calor. O climatério possui também importantes repercussões metabólicas, pois o ganho ponderal excessivo é frequentemente relatado pelas mulheres após a menopausa, com implicações no risco cardiovascular e na gênese do câncer de mama, endométrio e cólon. Também ocorre uma perda acelerada da massa óssea, predispondo à osteoporose e a fraturas, que podem gerar incapacidades permanentes e aumentar os custos com reabilitação.

O quadro clínico do climatério, portanto, é multifacetado e deve ser abordado com atenção integral, considerando as mudanças biológicas, psicológicas e sociais. A compreensão da transição menopausal e seus diagnósticos corretos torna-se ainda mais relevante frente ao aumento da expectativa de vida das mulheres, que atualmente ultrapassa os 80 anos no Brasil. Isso significa que uma parcela significativa da vida feminina se dá no período pós-reprodutivo, o que exige maior atenção dos serviços de saúde à promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Essa nova realidade demanda uma assistência humanizada, integral e baseada em evidências, que considere

as especificidades do climatério e as necessidades de cada mulher.

Terapia Hormonal (TH)

A terapia hormonal (TH) é um tratamento utilizado para aliviar sintomas relacionados à deficiência hormonal, especialmente em mulheres na menopausa. Consiste na administração exógena de estrogênios, progestagênios (ou ambos), com ou sem andrógenos, com o objetivo de compensar a deficiência hormonal observada no climatério. Essa deficiência decorre da falência ovariana fisiológica (menopausa espontânea) ou iatrogênica (ooforectomia bilateral ou outras causas de hipoestrogenismo).

A TH visa restaurar o equilíbrio hormonal e, dessa forma, aliviar sintomas vasomotores (ondas de calor, sudorese noturna), geniturinários (secura vaginal, dispareunia), psicológicos (alterações de humor, insônia) e prevenir complicações tardias, como a osteoporose.

Indicações e Contraindicações Clínicas

A TH está indicada para mulheres que apresentam: sintomas vasomotores moderados a graves, síndrome geniturinária da menopausa e para prevenção da perda óssea e fraturas em mulheres de alto risco para osteoporose, quando outras terapias não são adequadas. Deve ser usada dentro da “janela de oportunidade”, ou seja, em mulheres sintomáticas até 60 anos ou até 10 anos após o início da menopausa (Evidência 2B). Sendo uma decisão conjunta de médico e paciente podendo melhorar a qualidade de vida, porém deve-se avaliar fatores de risco e contra indicações. Quando bem indicada, a TH apresenta inúmeros benefícios tais quais: alívio dos sintomas vasomotores (fogachos, sudorese noturna), melhora significativa dos sintomas genito-urinários (atrofia vaginal, dispareunia e infecções urinárias de repetição), preservação da densidade mineral óssea (estrogênio fazendo inibição da reabsorção óssea pelos osteoclastos, e promovendo a sobrevivência e atividade dos osteoblastos). Além disso, no contexto cardiovascular, estudos sugerem que a TH, quando iniciada dentro da janela de oportunidade pode ter um efeito neutro ou até protetor sobre o risco cardiovascular. Esse efeito favorável parece decorrer de ações benéficas sobre a função endotelial, perfil lipídico e processos inflamatórios.

Já quanto às contraindicações, podemos citar: câncer de mama conhecido ou suspeito, neoplasias dependentes de estrogênio, sangramento vaginal de causa não diagnosticada, doença tromboembólica venosa ativa, história prévia de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, doença hepática ativa, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral recente. Além disso, a TH é contraindicada a mulheres fora da janela de oportunidade, por aumentar o risco de consequências tromboembólicas. Nessas situações, os riscos associados ao uso de estrogênio superam os potenciais benefícios, sendo essencial buscar outras opções terapêuticas ou estratégias de manejo

dos sintomas.

A escolha de terapia hormonal, portanto, baseia-se em informações relacionadas à dose, regime terapêutico, via de administração e composição do medicamento.

Quanto ao Início da TH

A TH é feita com estrogênio isolado desde que a mulher não tenha útero, ou, caso a mulher tenha útero, deve-se associar progesterona e estrogênio. A progesterona tem ação de proteção uterina que, ao ser administrada, equilibra o efeito proliferativo do estrogênio, promovendo diferenciação celular e reduzindo a atividade mitótica das células endometriais. Esse efeito de antagonismo ao estrogênio garante a manutenção de um endométrio saudável e reduz significativamente o risco de hiperplasia e câncer endometrial em mulheres com útero intacto.

Caso exista suspeita de patologias endometriais ou sangramentos atípicos, as diretrizes da *Endocrine Society* e *North American Menopause Society* (NAMS) indicam realização de ultrassom transvaginal (USTV) para avaliar o espessamento endometrial. Sendo, dessa maneira, relevante porque um endométrio já espessado ou irregular antes do início da TH pode indicar risco aumentado de hiperplasia ou neoplasia endometrial. Um endométrio espessado em mulher pós-menopausa (>4-5mm em mulheres sem sangramento ou >8-10 mm em mulheres com sangramento) pode indicar a necessidade de biópsia endometrial antes de iniciar a TH.

Vias de Administração

Quanto às vias de administração (VA), devido a via oral (VO) ter uma maior dose de hormônio pela conversão hepática sofrida pelo estradiol ela tem maior ação sistêmica do que a via transdérmica, a qual tem absorção direta, porém é mais cara. As vias também possuem efeito distinto no perfil lipídico e tromboembolismo, sendo que a transdérmica apesar de não melhorar tanto o perfil lipídico quanto a VO, apresenta menor risco de tromboembolismo venoso.

Formulações da TH

Sempre devemos começar com a menor dose hormonal para a melhora dos sintomas e depois reajustar a dose se necessário. A TH apresenta diferentes formas de apresentação, sendo elas: formulações de TH baixa dose de apresentação oral e transdérmica; Estrogênios isolados de apresentação oral e transdérmico; Progestágenos – que devem ser combinados ao estrogênio por não controlarem sintomas, mas sim realizarem proteção endometrial – de apresentação oral, uterino, transdérmico e vaginal; Formulações especiais (tibolona) – possuem tripla ação ocupando receptores de androgênio e aumentando libido pelo aumento de testosterona livre, receptores de progesterona e estrogênio – de apresentação oral; Formulações com androgênios – usadas em situações especiais – de apresentação oral, intramuscular, implante e tópico.

Formulações de Terapia de Reposição Hormonal (TRH)			
Forma de Apresentação	Via de Administração	Formulação	Nome Comercial
Formulações de Baixa Dose	Oral	Estradiol 1 mg/drospirenona 2 mg	Angelic®
		Estradiol 1 mg/trimestrona 125 mcg	Totelle®
		Estradiol 1 mg/didrogesterona 5 mg	Femoston Conti®
		Estradiol 1 mg/ac. noretisterona 0,5mg	Activelle, Natifa Pró, Suprelle
		EC 0,45 mg/AMP 1,5 mg	Selecta
	Transdémica	Estradiol 25 mcg	Estradot®, Fem 7®, System®
		Estradiol 25 mcg/noretisterona 125 mcg	EstraGest TTSR®
Estrogênios Isolados	Oral	Valerato de Estradiol 1 a 2 mg/dia	Estrofem®, Primogyna®, Natifa®, Ovestron®
		Estriol 1 a 2 mg/dia	Ovestrion®
	Transdémica	Estradiol transdémico 25-50-100 mcg/dia	Estradot®, Fem 7®, System®
		Estradiol gel 0,5-1 mg/dia (sachês)	Sandrena® gel
		Estradiol gel 0,5 mg (0,25 g) ou 1 mg (0,5 g)	Estreva® gel
		Estradiol gel 0,75 mg (cada 1 g) ou 1 mg (2 pump)	Oestrogel®

Tabela 01 - Fonte: Adaptado de Rehme MFB e Botogoski SR.

Progestágenos	Oral	AMP 2,5 - 5,0 e 10 mg	Farlutal, Provera
		Acetato de Noretisterona (NETA) 0,35 - 10mg/dia	Micronor, Norestin, Primolut - Nor
		Acetato de Nomegestrol 5 mg	Lutenyl®
		Didrogesterona 10 mg	Duphaston®
		Dienogeste 2mg	Allurene
		Progesterona micronizada 100 mg	Utrogestan®, Besins®
		Linestrenol 0,5mg	Exluton
	Uterina	SIU - LNG	Mirena
	Via Transdémica	Acetato de Noretisterona (NETA) 140 - 170 - 250 mcg/dia	Estalis, Estalis SQ, System Conti, System Sequi
	Via Vaginal	Progesterona micronizada 100 - 200 mg Progesterona 8% (90 mg)	Utrogestan, Evocanil Crinone
Formulações Especiais	Oral	Tibolona 1,25 e 2,5 mg/dia	Livia®, Libiam®, Livolon, Reduclim
		Tibolona só 2,5 mg/dia	Tiloger, Klimater

Tabela 02 - Fonte: Adaptado de Rehme MFB e Botogoski SR.

Forma de Apresentação	Via de Administração	Formulação	Características
Formulações Com Androgênios	Oral	Undecanoato de Testosterona 40 mg	Meia vida curta, prejudica lipídios, níveis plasmáticos variáveis
		Metilttestosterona 1,25–2,5 mg	Meia vida curta, hepatotóxica, níveis suprafsiológicos
		Oxandrolona 2,5 mg	Diária, análogo sintético, não sofre aromatização
		DHEA 25–50 mg	Farmacocinética favorável, precursor androgênico, não aprovado FDA
	IM	Cipionato de testosterona 200 mg	Níveis ≠ testosterona
	Implante	Testosterona 50 a 100 mg	Duração 6 meses, dosagens >, não aprovado órgãos reguladores
	Manipulados		
	Tópica	Gel Transdérmico Testosterona 1% (Libigel)	Preferencial, farmacocinética favorável, meia vida variável
		Adesivo transdérmico Testosterona 300 mcg/dose	Trocado 2x por semana, uso experimental, ajuste individual
	Tópica "Off-label"	Creme de Propionato de Testosterona 1 a 2%	Aplicado diretamente em clítoris e pequenos lábios

Tabela 03 - Fonte: Adaptado de Rehme MFB e Botogoski SR.

Terapia androgênica na pós menopausa

A terapia androgênica na pós-menopausa tem sido estudada principalmente com testosterona transdérmica e metilttestosterona. A administração diária de 300 µg de testosterona transdérmica mostrou melhora do desejo, excitação, satisfação e orgasmo, sem alterações relevantes no perfil lipídico ou efeitos dermatológicos, mesmo em uso prolongado. A metilttestosterona, geralmente utilizada em associação a estrogênios, também apresentou melhora nos sintomas sexuais, mas com redução do HDL, afetando o perfil lipídico. O estudo APHRODITE confirmou a eficácia e segurança da testosterona isolada por até 52 semanas, com aumento da satisfação sexual e melhora do desejo. Uma metanálise envolvendo mais de 3.000 mulheres reforçou esses achados, demonstrando benefícios da testosterona transdérmica sem aumento significativo de efeitos colaterais. Em contrapartida, a deidroepiandrosterona (DHEA) não apresentou benefícios consistentes e não é recomendada para mulheres saudáveis na pós-menopausa.

A duração dos estudos geralmente varia entre 12 e 24 semanas, sendo necessária reavaliação periódica para monitorar sintomas e níveis hormonais, evitando doses excessivas. A suspensão do tratamento deve ser feita se não houver melhora ou diante de efeitos adversos. No Brasil não existem formulações específicas para mulheres, e o uso de produtos masculinos é off-label e não recomendado devido ao risco de dosagem inadequada. Assim, a testosterona deve ser indicada apenas para queixas sexuais após exclusão de outras causas, em mulheres já estrogenizadas, com uso adicional de

progestagênio quando há útero. A via transdérmica, em menor dose eficaz, é a preferencial, e a manutenção do tratamento deve depender da melhora clínica.

Androgênio	Forma / Via de Administração	Dose Comum	Nome Comercial (Brasil)	Comentários
Testosterona	Transdérmica (adesivo/gel)	300 µg/dia (off-label para mulheres)	Testogel®, AndroGel®, Testopatch®	Uso em mulheres off-label, risco de doses altas; não recomendado oficialmente
Metiltestosterona	Oral	2,5 mg + estrogênios (off-label)	Primoteston® (menos comum oral)	Pouco usado, risco maior de alterações lipídicas; uso concomitante com estrogênios
DHEA	Oral / Tópica	Variável	Pró-Hormonais e suplementos (DHEA) não regulamentados formalmente como medicamento	Não recomendado para melhora da função sexual pós-menopausa

Tabela 4 - Fonte: Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa. Disponível em: libbs-2018-sobrac-1.pdf

Efeitos Adversos da TH

Em geral, todo fármaco pode estar associado a efeitos adversos, mesmo quando prescrito corretamente e utilizado nas doses recomendadas. Isso ocorre porque os medicamentos agem em diversos sistemas do organismo, e sua ação nem sempre é completamente seletiva ou previsível em todos os indivíduos.

A terapia hormonal do ponto de vista metabólico e gastrointestinal, tem relatos de efeitos adversos como náuseas, distensão abdominal, retenção de líquidos e possível ganho de peso, embora este último esteja mais relacionado à redistribuição de gordura e não diretamente à ação hormonal. Os estrogênios quando administrados por via oral podem causar alterações hepáticas e aumentar o risco de colelitíase. Já, entre os efeitos neurológicos, podem ocorrer cefaleia, distúrbios do sono e alterações de humor. A depressão não é comum, mas em algumas pacientes suscetíveis pode haver piora de sintomas emocionais.

Do ponto de vista ginecológico, o uso de tibolona pode causar sangramento uterino anormal (SUA). Em um estudo prospectivo, longitudinal e controlado com 24 mulheres pós-menopáusicas portadoras de diabetes mellitus não insulino dependente (DMNID), que receberam tibolona na dose de 2,5 mg/dia, 16,6% das participantes apresentaram sangramento genital durante o tratamento. Diante da presença de sangramento uterino anormal em mulheres em uso de tibolona, recomenda-se o seguimento com ultrassonografia transvaginal para avaliar a espessura do endométrio. Caso seja identificado um espessamento endometrial maior que 8 mm, é indicado prosseguir com a realização de histeroscopia diagnóstica, a histeroscopia acompanhada de biópsia endometrial é fundamental para um diagnóstico preciso e adequado,

permitindo identificar possíveis lesões intrauterinas ou alterações histológicas que possam justificar o sangramento.

Terapia Vaginal

A terapia vaginal consiste na terapia hormonal tópica (cremes, anéis ou comprimidos vaginais contendo estradiol ou estriol). É utilizada em mulheres que não apresentem sintomas vasomotores, sendo uma escolha indicada devido a atuação ser apenas local, sem ação sistêmica.

A terapia com estrogênio tópico exerce efeitos locais significativos sobre o epitélio vaginal e a também microvascular. O estrogênio aumenta a vascularização da mucosa vaginal, promovendo maior espessamento de seu epitélio e aumento da produção de glicogênio pelas células epiteliais. Esse glicogênio serve como substrato para lactobacilos – diminuídos durante o climatério –, que acidificam o meio vaginal e contribuem para a saúde local. Dessa maneira, a terapia vaginal tópica é usada para preservar a saúde vaginal, diminuir a predisposição a infecções do trato urinário (ITU) e aumentar a lubrificação vaginal, por reduzir a atrofia vaginal, restaurar o pH e melhorar significativamente o conforto durante as relações sexuais. Sendo assim, o uso de estrogênios tópicos é uma estratégia de primeira linha para tratar sintomas como dispareunia (dor durante o ato sexual), secura vaginal em mulheres na pós-menopausa e é indicado especialmente para mulheres idosas que apresentarem ITU de repetição.

O tratamento com estrogênio vaginal é preferível ao sistêmico para sintomas localizados, sendo eficaz e seguro, sem aumentar os riscos de eventos como acidente vascular cerebral, câncer de mama ou endométrio, e trombose venosa. No entanto, contraindicações incluem sangramentos vaginais sem diagnóstico e tumores estrogênio-dependentes. No Brasil, estão disponíveis estrogênios vaginais na forma de cremes e óvulos, como estriol (estrogênio fraco absorvido parcialmente) e promestrieno (com baixa absorção). No exterior, comprimidos vaginais de estradiol e anéis vaginais liberadores do hormônio também são eficazes e seguros, mas ainda não disponíveis no Brasil.

Outras opções hormonais estudadas, porém, ainda não amplamente disponíveis, incluem o uso vaginal de DHEA, testosterona e moduladores seletivos de receptores estrogênicos (SERM) como o ospemifeno, que melhora os sintomas sem aumentar riscos endometriais, embora possa causar fogachos e não seja recomendado para mulheres com histórico de trombose venosa. A associação de estrogênio conjugado com bazedoxifeno, outro SERM, também é usada fora do Brasil para sintomas climáticos, promovendo melhora da mucosa vaginal.

Entre os tratamentos não hormonais, destacam-se os lubrificantes, que facilitam o ato sexual, e os hidratantes vaginais, que aumentam a umidade vaginal e apresentam

eficácia semelhante aos estrogênios tópicos, sendo indicados para quem tem contraindicação hormonal. Tecnologias como o **laser vaginal** também têm mostrado melhora dos sintomas genitourinários e da qualidade de vida, embora com evidências ainda consideradas de baixa qualidade, requerendo estudos mais robustos.

Formulações de Terapia Vaginal		
Via de Administração	Formulação	Nome Comercial
Via Vaginal	Estradiol 10 mcg	Vagifem®
	Estriol 1 a 2 mg/dia	Stelle® ou Ovestrion®
	Promestrieno 10 mg/dia	Colpotrofina®, Promim® ou Antrofi®

Tabela 05 - Fonte: Adaptado de Rehme MFB e Botogoski SR. * **Nome comercial no Brasil:** Vagifem / Ovestrion / Stele / Colpotrofina e Antrofi

Terapias Alternativas

Apesar da terapia hormonal (TH) ser o tratamento mais eficaz para o tratamento dos sintomas vasomotores mais comuns na peri e pós menopausa, algumas mulheres precisam ou preferem outras opções devido a contraindicações ou preferência pessoal. Nesse sentido, existem terapias não hormonais divididas em comportamentais, fitoterápicos e farmacológicas não hormonais. A escolha deve considerar eficácia, efeitos adversos, segurança e preferências individuais.

Terapia comportamentais

Essas abordagens ajudam a reduzir os fogachos e outros sintomas por meio de mudanças no estilo de vida, como parar de fumar, diminuir o consumo de álcool e perder peso, melhorando a qualidade de vida sem os efeitos colaterais dos medicamentos. Além disso, a prática regular de exercícios aeróbicos contribui para a melhora da saúde cardiovascular, do humor e do sono. Dessa forma, técnicas como ioga e mindfulness auxiliam na diminuição do estresse e da angústia emocional, facilitando o manejo do desconforto físico e psicológico relacionado aos sintomas. A acupuntura pode ajudar a reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida, embora seus efeitos possam ser em parte placebo, e é considerada segura. Outras medidas simples, como usar roupas leves, consumir bebidas geladas e manter ambientes ventilados, também trazem conforto e aliviam os fogachos. Sendo assim, essas terapias apresentam menor risco de efeitos adversos, uma vez que não envolvem o uso de medicamentos, evitando interações e contraindicações comuns nas abordagens farmacológicas, são uma opção segura, acessível e complementar que promove a saúde integral da mulher durante o climatério.

Terapias farmacológicas não hormonais.

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina-norepinefrina (IRSN), como paroxetina, escitalopram, citalopram, sertralina, venlafaxina e desvenlafaxina, são efetivos na redução das ondas de calor, com redução de cerca de 65% dos episódios. A venlafaxina e a desvenlafaxina mostram bons resultados em doses específicas, com efeitos colaterais como náusea e boca seca. A paroxetina é considerada uma das opções mais eficazes, recomendando-se iniciar com doses baixas para melhor tolerabilidade. Outros antidepressivos têm eficácia variável, e a fluoxetina apresenta resultados conflitantes. Alguns antidepressivos, especialmente paroxetina e fluoxetina, podem interferir no tratamento com tamoxifeno em mulheres com câncer de mama, devendo ser evitados nesses casos. A clonidina pode reduzir moderadamente os sintomas, mas apresenta menor eficácia e efeitos colaterais que limitam seu uso. A gabapentina também é eficaz na redução dos fogachos, agindo no centro termorregulador do hipotálamo, porém pode causar tontura e sonolência no início do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação em Climatério. São Paulo: FEBRASGO, 2010. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052419/manual_climaterio-2010.pdf.
2. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). FeminaZ05Z2022. *Femina*, São Paulo, v. 50, n. 5, 2022. Disponível em: <https://www.febbrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ05Z2022.pdf>.
3. SILVEIRA, Geraldo G. Gomes da. A mulher climatérica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 151-158, dez. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-86921997000400005>.
4. SOUZA, D. O. de; SILVA, M. C. da; PINTO, L. F. M. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, p. 287-293, mar./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cyjGG4CsVRcZqzRtvZTHTSd/>.
5. ARANTES, Clarelis Soares et al. Estudo sobre os sintomas climatéricos em mulheres: uma revisão de literatura. *Revista Científica de Enfermagem*, v. 29, n. 140, nov. 2024. DOI: 10.69849/revistaft/th102412131747. Disponível em: <https://revistaft.com.br/estudo-sobre-os-sintomas-climatericos-em-mulheres-uma-revisao-de-literatura/>.
6. ALVARENGA, Alanna Nascimento; VISGUEIRA, Cinara Lima; ARAÚJO,

- Raquel Vilanova. A vivência da mulher no período do climatério: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13, e184101321093, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21093>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/355307491_A_vivencia_da_mulher_no_periodo_do_climaterio_revisao_integrativa.
7. North American Menopause Society (NAMS). The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794. doi:10.1097/GME.0000000000002028.
 8. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(11):3975-4011. doi:10.1210/jc.2015-2236.
 9. Lobo RA, Pickar JH, Stevenson JC, et al. Back to the future: Hormone therapy in menopause. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(10):3821-3830. doi:10.1210/jc.2016-2107.
 10. Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, et al. Postmenopausal Hormone Therapy: An Endocrine Society Scientific Statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(7 suppl 1):s1-s66. doi:10.1210/jc.2009-2509.
 11. BOTOGOSKI, Sheldon Rodrigo et al. Os Benefícios do exercício físico para mulheres após a menopausa. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, p. 18-23, 2009.
 12. LIMA, S. M. R. R.; BOTOGOSKI, Sheldon Rodrigo; REIS, B. F. Menopausa – o que você precisa saber. 2014.
 13. REHME, M. F. B.; BOTOGOSKI, S. R. *Tratamento dos sintomas do climatério*. Disciplina de Ginecologia. [S. l.]: [s. n.], 2023. Atualizado em 04 ago. 2023. 5 p. Material elaborado para fins didáticos.
 14. PANTALEÃO, José Augusto Soares; HENRIQUES, Helene Nara; CARVALHO, Ana Carolina Bergmann de; POLLASTRI, Carlos Eduardo; SOARES FILHO, Porphirio José; GUZMÁN-SILVA, Maria Angélica. Efeito da tibolona sobre o endométrio de ratas castradas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 118–123, mar. 2009. DOI: 10.1590/S0100-72032009000300004.
 15. PIRMOHAMED, M.; BRECKENRIDGE, A. M.; KNOX, C.; SHELDON, T. A.; et al. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 81, n. 2, p. 364-378, 2016. DOI: 10.1111/bcp.12848.
 16. ROSENFELD, R. L. et al. Efeitos da tibolona em mulheres pós-menopausa com diabetes mellitus tipo 2: um estudo longitudinal. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 383-390, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/v7CTXJ8ZVFcNdqwnLn6HVwy/?format=pdf>.

17. WIERZBOWSKI, T. et al. Diagnostic value of hysteroscopy in postmenopausal bleeding during tibolone therapy. *Maturitas*, v. 25, n. 1, p. 59- 64, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8735758/>. Acesso em: 30 maio 2025.
18. SANTOS, R. A.; LIMA, G. M. Acurácia da histeroscopia na avaliação da cavidade uterina em pacientes com sangramento uterino pós-menopausa: revisão sistemática. *Maturitas*, v. 47, n. 3, p. 203-210, 2004. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/rbgo/uploads/arquivos/html/2003-25-acur%C3%A1cia-da-histeroscopia-na-avalia%C3%A7%C3%A3o-da-cavidade-uterina-em-pacientes-com-sangramento-uterino-p%C3%B3s-menopausa.html>.
19. REHME, M. F. B.; BOTOGOSKI, S. R. Tratamento dos Sintomas do Climatério. Atualizado em 04 de agosto de 2023. Texto adaptado de: MENDES, M. C. Terapias não hormonais para os sintomas vasomotores. In: WENDER, M. C. O.; FERNANDES, C. E.; SILVA DE SÁ, M. F. Climatério e menopausa. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap. 27, p. 405–419.
20. POMPEI, Luciano de Melo; MACHADO, Rogério Bonassi; WENDER, Maria Celeste Osório; FERNANDES, César Eduardo (editores). Consenso Brasileiro de *Terapêutica Hormonal da Menopausa*. 2018. Arquivo PDF armazenado localmente, disponível em: [libbs-2018-sobrac-1.pdf](#)
21. NOVAK, Emil; BEREK, Jonathan S. *Tratado de ginecologia: Berek & Novak*. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
22. FEBRASGO. *Ginecologia e obstetrícia para o médico residente*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2020.
23. FRANKS, Stephen; BERGA, Sarah L. *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
24. FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da; POMPEI, Luciano de Melo; MACHADO, Rogério Bonassi; PODGAEC, Sergio (Orgs.). *Tratado de ginecologia FEBRASGO*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 201

13. DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_013

Letícia Marcinichen Pozzobon e Júlia Tosin de Oliveira

Revisado por: Dra Cecília Moreschi

Métodos de confirmação da gestação:

O diagnóstico da gravidez pode ser dividido em clínico, laboratorial e ultrassonográfico. É importante que o diagnóstico seja realizado o quanto antes, a fim de iniciar o acompanhamento pré-natal de maneira adequada.

O diagnóstico clínico baseia-se na anamnese e exame físico. Queixas como náuseas, vômitos, mastalgia bilateral, sonolência e cólicas são sintomas comumente relatados durante a anamnese. O atraso menstrual em mulheres na menacme com vida sexual ativa costuma ser o primeiro sinal clínico sugestivo de gestação. No entanto, apenas os sinais e sintomas clínicos não são suficientes para o diagnóstico de gestação, dessa forma, é necessária a avaliação com exames complementares.

A complementação diagnóstica pode ser realizada por exames laboratoriais, por ultrassonografia e identificação da atividade cardíaca fetal. A presença de algum dos seguintes achados é capaz de fazer o diagnóstico da gestação: identificação da gravidez por ultrassonografia; Detecção do hormônio gonadotrófico coriônico humano (hCG) no sangue ou na urina; Identificação da atividade cardíaca fetal por ultrassom Doppler.

Diagnóstico laboratorial:

O diagnóstico laboratorial da gravidez consiste na detecção do hormônio gonadotrófico coriônico (hCG) na urina ou no sangue. O hCG é produzido pelo sinciciotrofoblasto após a implantação endometrial e é detectado no sangue 8 a 9 dias após a fecundação.

Os testes imunológicos realizados com amostra de urina estão sujeitos a resultados falsos positivos e falsos negativos. Isso ocorre, devido a concentração de hCG ser significativamente inferior na urina do que no soro, seus níveis podem ter sido insuficientes para detecção. É recomendado que seja usada a primeira urina da manhã, pois há maior concentração de hCG.

Os testes sorológicos são mais sensíveis e específicos que os de urina. A subunidade beta do hCG é dosada através das técnicas RIA (radioimunoensaio) ou ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) e são capazes de detectar a gravidez cerca de 8 a 11 dias após a fecundação. Os valores abaixo de 5 mUI/ml representam um resultado negativo, e valores acima de 25 mUI/ml representam um resultado positivo. Valores entre 5 e 25 mUI/ml indicam resultado indeterminado, possíveis falsos positivos.

Diagnóstico ultrassonográfico:

A ultrassonografia obstétrica consiste em um método não invasivo, sem efeitos colaterais ou teratogênicos, que permite diagnóstico de gravidez. A ultrassonografia transvaginal permite um diagnóstico mais precoce e é capaz de visualizar o saco gestacional por volta da 4^a-5^a semana. Já a ultrassonografia com o transdutor abdominal visualiza o saco gestacional na 6^a semana.

Este método diagnóstico tem grande importância clínica pois permite confirmar se a gestação é tópica ou ectópica, além de estimar a idade gestacional e diagnosticar gestação múltipla.

Acompanhamento pré-natal:

A assistência pré-natal é considerada uma área da medicina preventiva que objetiva promover para a mulher grávida condições de saúde e bem-estar durante todo o período gravídico, culminando com assistência ao parto adequada e menores índices de morbidade e mortalidade materno-fetal. Em seu conjunto, envolve avaliação clínica e procedimentos complementares de laboratório direcionados à mãe e ao bebê.

Data provável de parto (dpp):

Para o cálculo da data provável de parto é utilizada de forma padronizada a Regra de Nagele, que consiste em somar 9 meses e 7 dias ou diminuir 3 meses e somar 7 dias à data da última menstruação (DUM). É estimada em média 280 dias ou 40 semanas após a DUM.

- Exemplo: DUM 02/12/2024 + 9 meses e 7 dias = 09/09/2025.

Idade gestacional:

A determinação da idade gestacional é fundamental para a condução adequada do pré-natal. Os métodos para determiná-la são com base na data da última menstruação (idade gestacional cronológica) e nos achados ultrassonográficos (idade gestacional ecográfica).

O cálculo da idade gestacional cronológica, baseada na data da última menstruação, consiste em somar todos os dias de cada mês após a DUM e dividir por 7. Entretanto, esse cálculo não é tão preciso pois a DUM está sujeita a erros por esquecimento, ciclos irregulares e duração fora do padrão.

A idade gestacional ecográfica é determinada com base nos achados da ultrassonografia, somando-se a idade gestacional estimada no dia do exame ao número de dias passados desde a sua realização. Esse método de estimar a idade gestacional é mais eficaz quando a ultrassonografia foi realizada no primeiro trimestre da gestação, sendo capaz de confirmar ou corrigir a DUM informada. O diâmetro médio do saco gestacional é um dos primeiros parâmetros para estimar a idade gestacional.

- Exemplo: supondo que hoje é 26/02/2025 e a DUM é 02/12/2024;

Com base na DUM: 29 dias de dezembro + 31 janeiro + 26 fevereiro = 86 dias $\div$ 7 = 12 semanas e 2 dias (idade gestacional).

Com base no ultrassom: idade gestacional ecográfica 28/01/2025 era de 8 semanas e 1 dia, desse dia até hoje (26/02/2025): 3 dias de janeiro + 26 dias fevereiro $\div$ 7 = 4 semanas e 1 dia.

- Logo: 4 semanas e 1 dia + 8 semanas e 1 dia = 12 semanas e 2 dias (idade gestacional).

Exames do pré-natal por trimestre:

O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. A OMS (2016) recomenda que o número total de consultas seja de 8 durante o pré-natal. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana: mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana: quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana: semanalmente.

O calendário deve ser iniciado precocemente, no primeiro trimestre da gestação, com periodicidade regular, garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que a carteira da gestante seja preenchida.

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução dá-se, na maioria dos casos, sem intercorrências. Entretanto, algumas características e circunstâncias, consideradas indicadoras de risco, aumentam a probabilidade de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Um dos principais objetivos do pré-natal é a detecção precoce destes indicadores, através da anamnese, do exame clínico obstétrico e dos exames complementares para adequada atenção à gestação. A investigação de risco deve ser permanente, em toda consulta de pré-natal. Na identificação de um fator de risco, a gestante deve ser estratificada e se necessário, encaminhada para avaliação ou seguimento de um outro serviço de maior complexidade. Os principais critérios de risco gestacional estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba estão descritos na tabela a seguir.

Baixo Risco Atendimento na UBS	Médio Risco Atendimento na UBS E na Atenção Ambulatorial	Alto Risco Atendimento na UBS E na Atenção Ambulatorial
Gestante de risco habitual; Aborto precoce (<12 semanas) em gestação anterior; Ameaça de aborto em gestação atual; Hipotireoidismo; Tabagismo leve; Etilismo sem indicativo de dependência; Anemia leve; Depressão e ansiedade leve; Sífilis (exceto terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); Obesidade grau I e II (IMC <40).	Idade <15 anos ou >40 anos; Baixa escolaridade (<3 anos); Vulnerabilidade: situação de rua, indígenas, imigrantes; Gestante negra; Tabagismo com alta dependência; Etilismo com dependência; Óbito fetal em gestação anterior; Abortos tardios (entre 13-20 semanas) em gestação anterior; Histórico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia; Cirurgia bariátrica prévia; Diabetes gestacional não-insulinodependente; Anemia moderada.	Dependência de drogas ilícitas; Obesidade mórbida (IMC >40); Cardiopatias; Cirurgia uterina prévia; Diabetes mellitus tipo I ou II; Doenças autoimunes; Doenças hematológicas; Doenças neurológicas; Hipertensão arterial crônica; Hipertireoidismo; Histórico de tromboembolismo; Má formação útero-vaginal; Neoplasias; Pneumopatias descompensadas ou graves; Psicose; Malformação fetal; Oligodrâmnio ou Polidrâmnio; HIV positivo.

Tabela 1: Estratificação do risco gestacional. Adaptado de: Pré-natal e puerpério na Atenção Primária, 2025.

Na assistência pré-natal então, levando em consideração um risco habitual, devemos realizar os seguintes exames, nos seguintes trimestres, respectivamente:

- **Hemograma completo:** rotina no 1º, 2º e 3º trimestre;
- **Glicose:** rotina no 1º trimestre;
- **Teste de tolerância à glicose - TOTG** (3 dosagens para gestante): preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana de gestação;
- **Hormônio tireoestimulante (TSH):** rotina no 1º trimestre

- **Hemoglobinas variantes:** rotina no 1º trimestre
- **Anticorpos IGG e IGM antitoxoplasma:** se suscetível, solicitar nos 3 trimestres da gestação;
- **Anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2:** rotina no 1º, 2º e 3º trimestre. Se reagente: solicitar CD4 e carga viral;
- **Antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBSAG):** rotina no 1º trimestre;
- **Anticorpos contra o vírus da hepatite C (ANTI-HCV):** rotina no 1º trimestre;
- **Rastreamento da sífilis - Quimioluminescência:** rotina no 1º, 2º e 3º trimestre;
- **Teste não treponêmico - controle pós-tratamento para sífilis:** mensal na gestação. Iniciar o controle 30 dias após o término do tratamento (5);
- **Determinação direta e reversa de grupo ABO + pesquisa de fator RH (inclui D fraco):** rotina no 1º trimestre;
- **Determinação direta e reversa de grupo ABO + pesquisa de fator RH (inclui D fraco) do parceiro:** se gestante Rh negativo;
- **Teste indireto de aglutinação humana - TIA:** solicitar se a gestante for Rh negativo, no 1º e 2º trimestre. Obs.: Após a administração da imunoglobulina anti-Rh não solicitar mais este exame nesta gestação pois ficará positivo, tendendo a negativar em até 8 semanas ou permanecer com títulos baixos;
- **Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina:** rotina no 1º, 2º e 3º trimestre e toda vez que se fizer necessário;
- **Cultura de bactérias para identificação:** solicitar de rotina no 1º, 2º e 3º trimestre. Também realizar para controle de cura 7 dias após o término do tratamento e toda vez que se fizer necessário;
- **Pesquisa de Streptococcus agalactiae grupo B-GBS:** coleta SWAB para GBS, de secreção vaginal e retal, entre 35 e 37 semanas;
- **Exame citopatológico:** pode ser realizado em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês;
- **Ultrassonografia obstétrica:** a OMS preconiza a realização de três exames ultrassonográficos na gestação, nas seguintes semanas:
 - 1º trimestre: 11-13 semanas;
 - 2º trimestre: 22-24 semanas;
 - 3º trimestre: 34-36 semanas.

Ecocardiografia fetal: o consenso na literatura médica é da realização da ecocardiografia fetal a partir de 18 semanas, embora a melhor visualização das estruturas cardíacas ocorra entre 24 e 28 semanas de gestação.

ROTINA POR TRIMESTRE GESTACIONAL			
Exames	Rotina na vinculação	Rotina 2º trimestre (até 28ª semana)	Rotina 3º trimestre (até 34ª semana)
Hemograma	X	X	X
Ac anti-HIV-1 + HIV-2	X	X	X
Glicose	X		
TSH	X		
ABO-Rh	X		
Teste indireto de aglutinação humana (gestante Rh -)	X	X	
Hemoglobinas variantes	X		
ANTI-HCV	X		
HBSAG	X		
Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	X	X	X
Cultura de bactérias p/ identificação	X	X	X
Ac IGG e IGM antitoxoplasma. Se suscetível, repetir nos 3 trimestres	X	X	X
Rastreamento da sífilis - Quimioluminescência	X	X	X
TOTG (3 dosagens p/ gestante)		X	
Pesquisa de <i>Streptococcus agalactiae</i> grupo B- GBS			entre a 35ª e 37ª semana
Exame citopatológico		X	
Ultrassonografia obstétrica	X		X

Figura 1: Rotina por trimestre gestacional. Fonte: Pré-natal e puerpério na Atenção Primária, 2025.

É importante ressaltar que diante de uma soroconversão, por exemplo de sífilis, também está indicada a investigação de outras infecções que podem estar associadas, como HIV, hepatites virais B e C, as quais podem ser realizadas inclusive por Testagem Rápida ou através da sorologia convencional já estabelecida em protocolo vigente. Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Mediante uma sorologia suscetível, preconiza-se orientar as medidas protetivas ou de prevenção específicas para cada agravo.

Orientações de suplementação no pré-natal:

A suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de intercorrências. Além disso, orientar as gestantes sobre a importância das suplementações, dos possíveis efeitos colaterais e da necessidade de manter a suplementação conforme as recomendações é essencial.

Suplementação de rotina no pré-natal – risco habitual:

Ácido fólico: 400 mcg/dia até o final da gestação.

O uso do ácido fólico tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural, bem como defeitos septais cardíacos e fendas faciais.

Recomenda-se iniciar pelo menos 30 dias antes da concepção. Entretanto, o ideal é iniciar a complementação 2 meses antes da concepção e manter por no mínimo a 12ª semana.

Além da suplementação, estimular o consumo na dieta de alimentos ricos em folato, como: feijões, vegetais verde escuros, beterraba, cogumelos, amendoim, abacate, castanhas, ovos, carnes, frutas cítricas como a laranja, entre outros.

Cuidar com as posologias recomendadas para cada grupo, pois há riscos associados tanto na deficiência quanto no excesso do ácido fólico. A deficiência de ácido fólico pode estar associada a: defeito do tubo neural, anemia megaloblástica, aborto espontâneo, pré-eclâmpsia e prematuridade. Já o excesso de ácido fólico (acima de 1mg/dia no grupo de risco habitual) pode estar relacionado ao aumento da excreção de zinco nas fezes, depleção de vitamina B12 gerando resistência à insulina, redução de crescimento fetal e excesso de ganho de peso no 1º mês de vida em recém-nascidos pequenos para idade gestacional (por risco de obesidade infantil).

Algumas condições maternas podem se beneficiar com a suplementação de ácido fólico em doses mais altas, alcançando níveis de 4.000 mcg/dia. Exemplos dessas situações são: pacientes com antecedentes de filhos com malformações do tubo neural em gestações prévias, pacientes com doenças de má absorção e para aquelas que fazem uso de antagonista do ácido fólico ou anticonvulsivantes.

- Sulfato ferroso: 40 mg de ferro elementar/dia.
 - Gestantes: diariamente, após a confirmação da gravidez até o final da gestação;
 - Mulheres no pós-parto: diariamente, até o terceiro mês pós-parto;
 - Mulheres no pós-aborto: diariamente, até o terceiro mês pós-aborto;

Recomendações: utilizar o suplemento longe da ingestão de leite, do uso de antiácidos e cálcio; utilizar o suplemento no mesmo horário, todos os dias, no mínimo 30 minutos antes da refeição, de preferência com sucos ricos em vitamina C. Nos casos já diagnosticados de anemia, o tratamento deve ser prescrito conforme a conduta clínica estabelecida para anemia definida pelo profissional de saúde responsável.

Além da suplementação, estimular o consumo de alimentos ricos em ferro, tais como: carnes vermelhas, aves, suínos, peixes e mariscos, vegetais folhosos verde escuros, feijão e lentilha. E, orientar a paciente sobre os possíveis efeitos colaterais, como: vômitos, diarreia, constipação intestinal, fezes escuras e cólicas.

O ferro é necessário para o desenvolvimento placentário, fetal e para expansão da massa eritrocitária materna. E, a perda de ferro total associado com a gestação e a lactação é de aproximadamente 1.000 mg. A suplementação de ferro diminui significativamente a prevalência de anemia materna no momento do parto. Além disso, associa-se com risco reduzido de crianças com baixo peso ao nascimento.

O esquema de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico:		
Público	Conduta	Periodicidade
Gestantes	40 mg de ferro elementar	Diariamente, após a confirmação da gravidez até o final da gestação
	0,4 mg de ácido fólico	Diariamente, pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar e durante a gestação.
Mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente, até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto.

Figura 2: Esquema de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico. Fonte: baseado nos Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes, MS, 2022 e OMS, 2016, citado por: Pré-natal e puerpério na Atenção Primária, 2025.

REFERÊNCIAS:

1. RIOS, Washington Luiz Ferreira; AMARAL, Waldemar Naves do. Manual prático de obstetrícia. 2. ed. Goiânia: Contato Comunicação, 2014. 422 p.
2. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Tratado de Obstetrícia FEBRASGO. São Paulo: Manole, 2021. (Série FEBRASGO – Ginecologia e Obstetrícia Baseada em Evidências).
3. BOTELHO, Nara Macedo et al. Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde da mulher e gestante – Ginecologia e Obstetrícia. Belém: EDUEPA, 2018. 93 p. ISBN 978-85-8458-034-7.
4. SANTOS JÚNIOR, José Arimatéa dos; PINHEIRO, Ana Maria Pearce Arêa Leão; HOLANDA, Ana Maria Coêlho; ROCHA, Rosyane Moura (Orgs.). Manual de condutas em obstetrícia: Maternidade Evangelina Rosa. 2. ed. Teresina: EDUFPI, 2021. 436 f. ISBN 978-65-5904-145-9.
5. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Pré-natal e puerpério na Atenção Primária. Versão 2025. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2025.
6. FERLIN, Rejane Maria. Ultrassom no pré-natal. [S.l.]: Ecoclínica, [s.d.].

14. AVALIAÇÃO E MANEJO INICIAL DO TRABALHO DE PARTO

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_014

Autores: Caroline de Souza Curcio e Matheus Shibata Facchi

Revisado por: Dra Isabella Suriano

Diagnóstico do trabalho de parto

O diagnóstico do início do trabalho de parto pode ser desafiador, especialmente por conta do início das contrações efetivas ser muitas vezes sutil. Os principais critérios para o diagnóstico de trabalho de parto ativo incluem contrações uterinas regulares, com dilatação cervical igual ou maior que 6 centímetros. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS - 2018) considera fase ativa de trabalho de parto quando a dilatação cervical atinge pelo menos 5 a 6 cm, também com contrações uterinas regulares.

A frequência das contrações sofre aumentos gradativos conforme a gestação vai evoluindo, atingindo seu maior aumento durante as 4 últimas semanas que precedem o parto. Até o início da 28 semana de gestação, as contrações são quiescentes, e quando atingem esse marco, elas podem se tornar levemente mais frequentes e pouco dolorosas, sendo definidas como contrações de treinamento ou de Braxton Hicks.

O monitoramento de atividade uterina pode ser realizado por meio de Unidades Montevidéu (UM), podendo ser utilizado em casos selecionados como monitoramento intrauterino por cateter de pressão uterina, porém seu uso não é de rotina para todos os cenários clínicos, se mantendo reservados para casos de parada da fase ativa de parto, por exemplo.

Fases do parto

A primeira fase, ou fase de dilatação, se inicia com a regularidade das contrações uterinas, o que culmina com uma completa dilatação cervical, de 10 centímetros. Essa primeira etapa na maioria dos casos é de ocorrência espontânea, porém há casos em que há necessidade de induzir seu início, por indicações clínicas maternas ou fetais. A fase de dilatação é subdividida em fase latente e fase ativa, as quais dependem do grau de dilatação cervical.

De acordo com a FEBRASGO, o início da fase latente é definida como dilatação cervical gradual e relativamente mais lenta, a qual é percebida a partir das contrações uterinas regulares, bem como apagamento cervical superior a 50%. O final da fase se dá pelas mudanças cervicais rápidas, dando vez à fase ativa de parto. Já a OMS considera fase latente por contrações dolorosas, com algum apagamento cervical e lenta progressão da dilatação até 5 centímetros.

A fase ativa é considerada a mais rápida, com dilatação de 6 cm, e se prolonga até completar a dilatação cervical completa. A amniotomia pode ser considerada suspeita de atraso na fase ativa, porém não se deve realizar amniotomia de rotina, pois aumenta o risco de infecções, sem alterar consideravelmente o trabalho de parto. Pode também ser administrado ocitocina após essa, caso não haja progresso, para aumentar a força e a frequência das contrações uterinas.

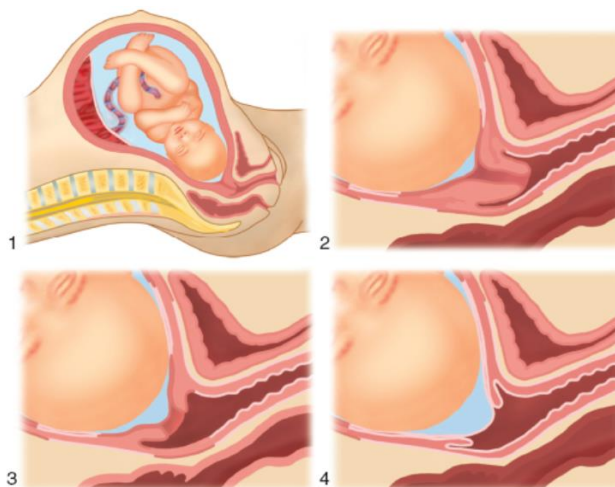


Imagem 1: Imagem ilustrativa do livro Obstetrícia Fundamental de Jorge Rezende Filho

O segundo estágio, também chamado de período expulsivo, inicia quando a dilatação cervical atinge 10 cm, e se prolonga até o nascimento do feto. Essa fase é dividida em passiva e ativa, sendo que a fase passiva compreende a dilatação cervical completa de 10 cm até o início dos esforços expulsivos maternos, também conhecido como puxos de trabalho de parto, e a fase ativa é o tempo percorrido de puxos ativos com contrações até o nascimento.

Já o terceiro estágio começa com o nascimento do feto e termina com a dequitação e expulsão completa da placenta. A divisão da placenta da interface uterina é estabelecida por 3 sinais cardeais clássicos: o jato de sangue pela vagina, o alongamento do cordão umbilical e o fundo uterino com formato globular à palpação. A expulsão espontânea da placenta ocorre de 5 a 30 minutos em 97% dos casos e se for superior a esse tempo, há um aumento de risco de hemorragia pós-parto e pode ser necessário a remoção manual da placenta ou outras medidas. A aplicação de 10 UI de ocitocina intramuscular é mandatória após o nascimento como profilaxia da hemorragia pós-parto, e pode auxiliar na expulsão da placenta. Este processo pode ser auxiliado pelo médico na dequitação manual com uma tração suave do cordão umbilical após o clampeamento do cordão até a dequitação completa da placenta.

E por fim, o quarto estágio, o qual contempla as primeiras 2 horas pós-parto. É quando ocorre o vínculo dos pais com o recém-nascido, também chamado de Golden hour,

Partograma

[illegible]

O registro gráfico deve iniciar quando o trabalho de parto estiver na sua fase ativa. O eixo X é contado em horas, enquanto o eixo Y deve ser contado em centímetros. A dilatação cervical é representada pelo triângulo, enquanto a apresentação cefálica é representada pela circunferência na qual os losangos no seu interior vão indicar a variação de posição do feto.

Para a descida da apresentação, deve ser usada a padronização dos planos de DeLee, em que o zero representa quando o polo cefálico atinge a altura das espinhas isquiáticas. O padrão dos BCF e das contrações uterinas, além de medicamentos e infusão de líquido devem ser registrados.

A linha de alerta é traçada no campo da dilatação, indo da dilatação inicial até o colo totalmente dilatado, e representa o período em que podemos seguir o acompanhamento do trabalho de parto com observação clínica da sua evolução e vitalidade fetal. Já a linha de ação é traçada paralelamente à linha de alerta e 4 horas à direita, ou seja, à frente do início do trabalho de parto, linha esta que demonstra quando deve ser avaliada a necessidade uma possível intervenção médica para uma melhor evolução do trabalho de parto.

Avaliação clínica

Na admissão da parturiente, a OMS recomenda avaliar regularmente os sinais vitais, o débito urinário, a presença de dor e a postura da parturiente, registrando o uso de medicamentos e elaborando planos de cuidado. Verificar frequência das contrações uterinas e frequência cardíaca materna a cada hora, temperatura e pressão arterial a cada quatro horas, frequência da diurese, frequência cardíaca fetal (FCF), posição fetal, e o exame vaginal também a cada quatro horas, ou sempre que houver preocupação com o progresso do trabalho de parto ou em resposta aos desejos da mulher, após a palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais.

Além disso, o prontuário pré-natal deve ser revisado cuidadosamente, considerando a idade gestacional, comorbidades maternas (como hipertensão ou asma), complicações da gravidez (como diabetes gestacional ou trombocitopenia) e a presença de colonização por estreptococos do grupo B ou fatores de risco para sepse neonatal por estreptococo do grupo B (GBS). Deve-se também avaliar a pelve materna e verificar a compatibilidade materno-fetal, considerando a posição e apresentação fetal e o tamanho estimado do feto. A posição fetal se refere à relação entre as colunas vertebrais materna e fetal (longitudinal, transversal ou oblíqua). A apresentação fetal indica a parte que primeiro entra no canal de parto (cefálica ou pélvica). Já a posição descreve como a parte apresentada se relaciona com a pelve materna.

As manobras de Leopold são usadas para avaliar posição, situação, apresentação, variedade de posição e nível de apresentação fetal:

1. Realizar palpação do fundo uterino para identificar qual parte fetal está presente.
2. Palpar as laterais do útero para localizar o dorso fetal.
3. Avaliar a apresentação fetal aplicando pressão acima da sínfise púbica para avaliar se se encontra no polo cefálico ou pelve fetal, e se está insinuada ou móvel
4. Confirmar a posição fetal, localizando a frente e o occipital, bem como o grau de descida da apresentação.

Após a admissão para o trabalho de parto, geralmente são realizados testes para infecções sexualmente transmissíveis (HIV, hepatites B e C, sífilis) para todas as parturientes, bem como cardiotocografia. Um ultrassom à beira leito pode ser utilizado em

casos suspeitos de complicações materno-fetais ou parturiente sem dilatação cervical, para avaliação correta da apresentação fetal. Caso haja necessidade no intraparto devido a alterações ou possibilidade de complicações, a ultrassonografia pode ser avaliada.

A ausculta intermitente da FCF (frequência cardíaca fetal) com palpação das contrações é considerada uma alternativa viável e recomendada pela OMS em partos de baixo risco. Diretrizes de organizações como ACOG, ACNM e NICE sugerem que a FCF seja avaliada antes, durante e após contrações a cada 30 minutos na fase ativa e a cada 5 a 15 minutos no período expulsivo

O exame vaginal deve levar em consideração o valor da dilatação cervical, apagamento e estado do polo cefálico fetal, e deve ser realizado simultaneamente ao exame abdominal, para avaliar quantos centímetros se encontram da borda pélvica. O exame vaginal deve ser realizado nas seguintes ocasiões:

- Admissão do trabalho de parto
- A cada 4 horas, durante a primeira fase
- Antes da indução anestésica ou analgésica, caso ocorra.
- Quaisquer alterações do ritmo cardíaco fetal

Em relação ao partograma, deve-se analisar a dilatação cervical, descida da apresentação fetal, e número de contrações. Também deve-se levar em consideração o ritmo cardíaco fetal, e a presença de membrana e coloração do líquido amniótico, em caso de ruptura.

A avaliação do lactato durante o trabalho de parto é uma ferramenta relativamente nova e ainda pouco difundida na prática clínica e não recomendada rotineiramente, porém com potencial de uso futuro. Esta técnica se baseia na dosagem do lactato presente no líquido amniótico com o objetivo de avaliar a oxigenação fetal e metabolismo anaeróbico podendo diagnosticar possíveis casos de sofrimento fetal.

Indicação para intervenção obstétrica

Distocias de fase ativa:

- Fase ativa prolongada: velocidade de dilatação menor que 1 a 2 centímetros em 2 horas no 1º período do parto. Exemplo: hipoatividade e incoordenação das contrações.
- Parada de progressão: dilatação maior do que 6 cm com rotura das membranas que não tem avanço mais de 4 horas de atividade uterina adequada e sem mudança cervical. Exemplo: desproporção céfalo-pélvica.
- Taquitócico: aumento no padrão de contrações e na curva de dilatação. Exemplo: hipersistolia e taquissistolia.

Distocias de período expulsivo:

- Período expulsivo prolongado: ausência de evolução de parto, o qual se mantém em período expulsivo por mais de 3 horas em esforço expulsivo ativo em nulíparas, e mais de 2 horas em multíparas.
- Parada Secundária da Descida: sem descida e/ou rotação de mais de 2 horas em nulíparas e mais de 3 horas em multíparas, com contrações uterinas satisfatórias e rotura de membranas. Em pacientes com analgesia peridural pode ser acrescido em mais de 1 hora, desde que tenha ausência de exaustão da mãe e boa vitalidade fetal.

Classificação e condutas das distocias

Distocias por hipoatividade uterina: Elementos de contração se encontram diminuídos, ocasionando um parto lento. É dividida em primária, quando há diagnóstico desde o início do parto, ou secundária, quando havia normalidade inicial, vindo a lentificar ou cessar evolução. Frente a esse caso, a conduta se baseia em medidas ocitóticas, como amniotomia e/ou ocitocina. Entretanto, deve-se aguardar entre 40 e 60 minutos entre as duas medidas, caso haja necessidade de ambas.

Distocias por hiperatividade: Aumento dos elementos de contração, porém não necessariamente ocasiona um parto rápido. Há 2 tipos, os quais podem ser diferenciados por meio da presença ou não de obstrução. Desproporção cefalopélvica, tumor de trajeto e sinéquia de colo uterino são exemplos de casos obstruídos, já quando não há obstrução, classifica-se como hiperatividade intrínseca. A conduta baseia-se em analgesia precoce e amniotomia tardia.

Distocia por hipertonia: Ocorre principalmente devido ao uso inadequado de ocitocina, sendo essa a causa mais frequente, e também por sobredistensão uterina. A conduta engloba analgesia, interrupção da ocitocina em caso de polissistolia, e em casos de sobredistensão realizar amniodrenagem ou rotura de uma das bolsas amnióticas, se o quadro clínico for favorável para este.

Distocia por hipotonia: Pode acarretar retardo na dequitação, condutas são medidas ocitóticas.

Distocia por dilatação: Nesses casos, a atividade uterina e o tônus se encontram normais, porém com evolução desfavorável. São divididas em:

Distocias ósseas: Classificada como uma distocia de trajeto. São alterações anormais da forma, tamanho e angulação da pelve, dificultando ou impedindo parto por via vaginal. Deve ser diagnosticado por meio da pelvimetria. Em certos casos, somente a prova de trabalho de parto poderá definir se a via será vaginal ou cesárea..

Distocia de partes moles: Também é uma distocia de trajeto, e pode ser dividida em:

- Vulva e períneo: Em geral não impede o parto, porém pode gerar maior risco de infecções pós-parto e de sangramentos.
- Colo: Pode haver edema de colo, hipertrofia, estenose pós cirúrgica ou cicatricial.
- Vagina: Presença de septos vaginais
- Tumores prévios: miomas e/ou neoplasias de colo.

Distocia pelo tamanho fetal: Classificada como uma distocia por objeto, pode ser devido ao peso fetal acima de 4000g, ou peso adequado devido a uma desproporção cefalopélvica. Pode-se identificar por meio da altura uterina com percentil acima de 95, edema supra púbico, USG para estimativa do peso fetal, e análise do partograma. A prova de trabalho de parto também pode se fazer necessária para definir a via de parto nesses casos.

Distocia de Biacromial: Também chamada de distocia de ombros, ocorre quando não há desprendimento dos ombros em posição cefálica. Há relação com obesidade materna, diabetes mellitus gestacional e pós datismo. Pode evoluir para casos mais importantes, como lacerações, atonia e rotura uterina, podendo acarretar em óbito intraparto ou neonatal. Frente a uma distocia biacromial, a conduta a ser seguida é o protocolo ALEERTA, o qual define condutas e diferentes manobras para manejar o caso. Caso seja inviável o alcance dos ombros, a manobra de Zavaneli deverá ser realizada, por meio da reintrodução da cabeça na pelve até as espinhas isquiáticas, optando por uma gestação de via alta.

A Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesia a postos

L Levantar os membros inferiores em hiperflexão (manobra de McRoberts)

E Pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I)

E Considerar Episiotomia

R Remover o braço posterior

T Toque para manobras internas:

Manobra de Rubin II

Manobra de Woods

Manobra do parafuso invertido

A Alterar a posição: paciente em quatro apoios (manobra de Gaskin)

Imagem 3: Protocolo ALEERTA, FEBRASGO. Disponível em:

<https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias>

Anormalidades de situação e apresentação

Situação transversa: Ocorre quando o maior eixo fetal se encontra perpendicular ao maior eixo do útero. O diagnóstico pode ser feito por meio da USG e a indicação é de cesárea a fim de prevenir complicações.

Apresentação pélvica: Há uma controvérsia na decisão da via de parto. De acordo com a ACOG, a via vaginal só pode ser realizada de forma planejada e com consentimento de riscos. Visto isso, em casos não complicados e ausência de malformações, a escolha costuma ser cesárea eletiva.

Apresentação de face: Representa o grau máximo de deflexão do polo cefálico. Em casos em que a variação de apresentação é mento anterior o parto via vaginal pode ser realizado. Já em posição posterior, o parto por via vaginal só pode ser realizado se houver mudança para apresentação anterior.

Apresentação de frente: Também chamada de apresentação cefálica defletida de 2 grau. Não permite parto por via vaginal, somente caso haja mudança para posição cefálica fletida ou se torne uma apresentação de face mento anterior.

Apresentação composta: Ocorre quando um ou mais membros entram juntamente com o polo cefálico ou pélvico na pelve materna. A apresentação mais comum é a de cabeça e mãos fetais. O diagnóstico é feito por meio do toque vaginal. Caso não haja regressão dos membros durante a progressão do parto, ou falha na tentativa de redução manual, deve-se realizar a cesárea.

Variedade de posição occipitoposterior ou occipitotransversa: Persistência das posições no decorrer do progresso de dilatação, está relacionada ao período expulsivo prolongado. O diagnóstico é realizado por meio do toque vaginal, e medidas facilitadoras, como orientar o decúbito lateral homônimo à apresentação ou a utilização do fórceps de Kielland podem ser úteis.

ANORMALIDADE	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
Situação transversa	A palpação abdominal não evidencia polo fetal ocupando o fundo uterino; no toque vaginal, não há parte fetal apresentada	Normalmente opta-se pelo parto cesáreo
Apresentação pélvica	Ao toque vaginal, pode-se tocar a apresentação pélvica	A via vaginal só deve ocorrer se for planejada e com consentimento da parturiente após esclarecimento de riscos maternos e fetais. Na maioria dos casos opta-se por cesárea e letiva
Apresentação de face	Indica deflexão máxima do pólo cefálico (3º grau)	O parto é possível na variedade de posição mentoanterior; se o mento estiver voltado para o sacro, o parto vaginal dependerá da rotação interna para mentoanterior
Apresentação de fronte	Indica deflexão de 2º grau, cujo ponto de referência fetal é o naso	Pode-se tentar prova de trabalho de parto, pois pode fletir ou defletir mais, porém não se deve insistir por muito tempo na tentativa
Apresentação composta	Um ou mais membros se insinuam juntamente com o pólo cefálico na pelve materna; associado a prolapsos de cordão	Deve-se observar a evolução durante o trabalho de parto; em casos de prolapso de cordão ou se não houver redução do membro, indica-se parto cesáreo
Variedade de posição occipitoposterior ou occipitotransversa	Evidenciado facilmente no toque vaginal, podendo-se tocar bossa (nesses casos, tentar tocar nariz e orelhas)	O período expulsivo não deve exceder uma hora de duração, podendo-se utilizar o fórcepe de Kielland para extração fetal

Imagem 4: Anormalidades de Apresentação, FEBRASGO. Disponível em:

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias>

REFERÊNCIAS:

1. JORGE DE REZENDE; ANTONIO, C. Obstetrícia fundamental. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2024
2. ZUGAIB, M. Zugaib obstetrícia. São Paulo: Manole, 2023
3. RÔMULO, N, et al. Condução trabalho de parto. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Condu%C3%A7%C3%A3o-de-parto.pdf>>.
4. LIMA, E. O uso do partograma na assistência ao parto e nascimento. Aracaju, 2017.
5. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/pro-med-obs-008-v3-distocias.pdf>>.

6. HUTCHISON, J.; MAHDY, H.; HUTCHISON, J. Stages of labor. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>>.
7. MINISTÉRIO, D.; SAÚDE. versão resumida DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>.
8. CHANDRAHARAN, E. Labor and delivery. [s.l.] February 2021, [s.d.]. v. Volume 11
9. First and Second Stage Labor Management. (2024). The American College of Obstetricians and Gynecologists, v. 8.
10. Steibel JA, Trapani A Jr. Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 101/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

15. GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_015

Ellen Paula Schetz Zawierucha e Gabriella Mulbauer

Revisado por: Dra Carolina Brunini

A gestação é um processo fisiológico que, na maioria das vezes, transcorre sem complicações. No entanto, em certos casos, fatores clínicos, obstétricos ou sociais podem aumentar o risco de desfechos adversos para a mãe e o feto. Quando esses fatores estão presentes, considera-se que se trata de uma gestação de alto risco. O reconhecimento precoce dessas condições é essencial para a implementação de estratégias de cuidado especializadas, visando à prevenção de morbidades e à redução da mortalidade materna e perinatal.

A gestação de alto risco envolve uma abordagem multidisciplinar, com monitoramento intensivo e condutas personalizadas. A estratificação de risco deve ser realizada logo nas primeiras consultas de pré-natal, com base em critérios clínicos, antecedentes obstétricos e condições sociodemográficas, a fim de garantir um acompanhamento adequado e direcionado.

Fatores de Risco Maternos

Diversos aspectos relacionados à saúde e às condições de vida da gestante podem influenciar negativamente o curso da gravidez, transformando uma gestação habitual em uma gestação de alto risco.

Doenças Crônicas e Condições Clínicas

Doenças como hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus, cardiopatias, nefropatias e doenças autoimunes (como o lúpus eritematoso sistêmico) estão entre os principais fatores clínicos associados ao risco aumentado de complicações gestacionais. Essas patologias podem se descompensar durante a gravidez e interferir no desenvolvimento fetal, exigindo acompanhamento conjunto entre o obstetra e outros especialistas.

Idade Materna Extrema

Gestantes com menos de 18 anos ou com mais 35 anos são consideradas de risco. A adolescência está associada a maior incidência de parto prematuro, restrição de crescimento fetal e complicações obstétricas. Já a gestação tardia apresenta risco aumentado de aneuploidias, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e complicações placentárias.

Histórico Obstétrico

O histórico reprodutivo da mulher é um dos principais determinantes do risco atual. Abortos espontâneos de repetição, partos prematuros prévios, histórico de pré-eclâmpsia ou de morte fetal intrauterina são exemplos de condições que requerem vigilância rigorosa.

Uso de Substâncias e Saúde Mental

O consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas afeta negativamente tanto a saúde da gestante quanto o desenvolvimento fetal. O tabagismo, por exemplo, está relacionado à restrição de crescimento intrauterino e ao descolamento prematuro da placenta. Além disso, transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, podem comprometer a adesão ao pré-natal e estão associados ao aumento do risco de parto prematuro.

Condições Socioeconômicas

Aspectos como baixa escolaridade, vulnerabilidade social, violência doméstica e dificuldade de acesso ao serviço de saúde também contribuem para o risco obstétrico. A ausência de suporte social e a precariedade das condições de vida afetam diretamente a qualidade do pré-natal e a detecção precoce de intercorrências.

Fatores de Risco Fetais

Além das condições maternas, o feto pode apresentar características ou desenvolver condições que classificam a gestação como de alto risco. O acompanhamento obstétrico nesses casos exige vigilância contínua, avaliações complementares frequentes e, por vezes, decisões antecipadas sobre a via e o momento do parto para garantir a melhor sobrevida fetal possível.

Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR)

O crescimento intrauterino restrito é uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal. Ele ocorre quando o feto não atinge seu potencial genético de crescimento, geralmente por insuficiência placentária, mas também pode estar associado a infecções congênitas, malformações fetais ou distúrbios genéticos. O CIUR exige monitorização rigorosa com ultrassonografias seriadas, avaliação de Doppler das artérias uterinas e umbilicais, além de exames como o perfil biofísico fetal e a cardiotocografia.

Anomalias Congênitas

As malformações fetais identificadas durante o pré-natal, como defeitos do tubo neural, cardiopatias congênitas, anomalias do trato urinário e malformações cromossômicas, como a trissomia 21, exigem avaliação por equipes especializadas.

O diagnóstico precoce por meio de ultrassonografia morfológica e testes genéticos, como o DNA fetal livre e o cariótipo fetal (quando indicado), permite o planejamento do parto e o encaminhamento para serviços com suporte neonatal adequado.

Gestação Múltipla

As gestações gemelares, principalmente as monócóricas, representam um risco aumentado tanto para a mãe quanto para os fetos. Entre as principais complicações estão o CIUR seletivo, a síndrome de transfusão feto-fetal e o parto prematuro. A monitorização dessas gestações deve ser mais frequente e, preferencialmente, conduzida em unidades de referência com experiência em gestação múltipla.

Isoimunização Rh

A sensibilização materna ao fator Rh, quando não prevenida adequadamente em gestantes Rh-negativas, pode causar doença hemolítica fetal, com consequências como anemia fetal, hidropisia e óbito intrauterino. A monitorização envolve a dosagem de anticorpos irregulares maternos, testes de Coombs e, quando indicado, avaliação de anemia fetal por Doppler da artéria cerebral média. Casos graves podem demandar transfusões intrauterinas e planejamento do parto em centros especializados.

Hidropisia Fetal

A hidropisia fetal é uma condição grave caracterizada por edema generalizado do feto, podendo ter causas imunológicas, como a isoimunização Rh, ou causas não imunológicas, como infecções, cardiopatias ou síndromes genéticas. É um marcador de sofrimento fetal grave, geralmente de evolução rápida, e requer investigação diagnóstica ampla, além da possível intervenção fetal intrauterina ou antecipação do parto.

Alterações na Vitalidade Fetal

Redução dos movimentos fetais percebidos pela mãe, alterações na frequência cardíaca fetal ou achados anormais em exames de imagem e monitoramento fetal, como Doppler obstétrico alterado e perfil biofísico fetal reduzido, são indicativos de sofrimento fetal. Nesses casos, a decisão sobre a interrupção da gestação deve ser realizada de forma criteriosa e baseada no equilíbrio entre maturidade fetal e risco de óbito intrauterino.

Condições que Requerem Acompanhamento Especializado

Diante da complexidade das gestações de alto risco, algumas situações específicas demandam não apenas maior vigilância, mas também acompanhamento por equipes multiprofissionais ou em centros especializados. A atenção obstétrica nessas circunstâncias deve ser centrada na individualização do cuidado, respeitando os protocolos clínicos e garantindo o acesso oportuno a recursos de média e alta complexidade.

Doenças Hipertensivas da Gravidez

As doenças hipertensivas gestacionais, especialmente a pré-eclâmpsia, representam uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil e no mundo. A pré-eclâmpsia, caracterizada por hipertensão associada à proteinúria ou

sinais de disfunção orgânica após a 20ª semana de gestação, pode evoluir para eclampsia ou síndrome HELLP, exigindo internação hospitalar, uso de sulfato de magnésio e, muitas vezes, antecipação do parto.

O acompanhamento dessas pacientes deve incluir aferições frequentes da pressão arterial, exames laboratoriais seriados (função renal, hepática e plaquetas), avaliação do feto com ultrassonografia e Dopplerfluxometria fetal, além de orientações quanto aos sinais de alarme que exigem atenção imediata.

Diabetes Mellitus Pré-Gestacional e Gestacional

Tanto o diabetes pré-gestacional quanto o diabetes gestacional impõem riscos ao bem-estar fetal e materno. As complicações incluem macrosomia, distocia de ombro, malformações congênitas, prematuridade, polidrâmnio, entre outras. O controle glicêmico rigoroso é essencial para reduzir essas complicações, sendo necessário acompanhamento conjunto entre obstetra, endocrinologista e nutricionista.

A monitorização do crescimento fetal deve ser feita por meio de ultrassonografias seriadas, e a avaliação da vitalidade fetal é fundamental, principalmente no terceiro trimestre.

Cardiopatias Maternas

As cardiopatias congênitas ou adquiridas em mulheres grávidas são situações de alto risco obstétrico, podendo descompensar com as alterações fisiológicas da gestação, como o aumento do volume plasmático e do débito cardíaco. Cardiopatias graves, como estenose mitral, miocardiopatias e arritmias complexas, exigem seguimento em centros de referência com cardiologistas e obstetras de alto risco.

A classificação de risco cardiovascular na gestação pode ser feita por escalas específicas, como a classificação da OMS modificada para risco cardiovascular na gravidez, que orienta a conduta clínica e obstétrica conforme o tipo de cardiopatia.

Lúpus Eritematoso Sistêmico e Síndromes Autoimunes

Gestantes com doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e a síndrome antifosfolípide (SAF), apresentam risco aumentado de abortos recorrentes, pré-eclâmpsia, trombose, morte fetal e CIUR. É essencial que essas pacientes estejam em remissão clínica antes da concepção e que sejam acompanhadas por reumatologista durante toda a gestação.

O uso de anticoagulação profilática (heparina de baixo peso molecular) e aspirina em baixas doses está indicado em muitos casos, de acordo com a presença de autoanticorpos e histórico de complicações obstétricas anteriores.

Infecções Congênitas e HIV

A infecção materna por HIV, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, zika vírus e outras patologias infecciosas com potencial de transmissão vertical exigem intervenções específicas. A detecção precoce e o tratamento adequado são decisivos para evitar desfechos graves, como malformações, surdez, microcefalia e morte neonatal.

O acompanhamento de gestantes infectadas inclui exames laboratoriais regulares, avaliação fetal intensiva e, em alguns casos, planejamento do parto cesáreo e da terapêutica neonatal.

Neoplasias na Gestação

Embora raras, as neoplasias diagnosticadas durante a gestação, como câncer de mama, colo uterino ou leucemias, representam um grande desafio. A decisão terapêutica deve considerar o tipo e estágio do tumor, o tempo gestacional e o desejo da paciente. O manejo exige uma abordagem integrada entre obstetra, oncologista, neonatologista e psicólogo.

Estratégias de Monitorização e Condutas

A conduta frente à gestação de alto risco envolve um conjunto de estratégias clínicas e assistenciais voltadas para a vigilância da saúde materno-fetal, a identificação precoce de complicações e a tomada de decisões que visem à segurança de ambos. O pré-natal de alto risco deve ser realizado preferencialmente em unidades de referência, com uma equipe multiprofissional capacitada, e com protocolos assistenciais baseados em evidências.

Pré-natal Intensificado

Gestantes de alto risco requerem consultas mais frequentes, geralmente quinzenais ou até semanais, dependendo da gravidade da condição. Nessas consultas, além da anamnese e do exame físico direcionados, deve-se realizar o monitoramento da pressão arterial, avaliação de ganho ponderal, ausculta fetal e avaliação de edemas. É importante também manter o calendário vacinal atualizado, reforçar orientações nutricionais e psicoemocionais, além de promover o vínculo com a equipe de saúde.

Exames Laboratoriais e de Imagem

A monitorização laboratorial é fundamental. Deve incluir hemograma, função renal, função hepática, proteinúria (isolada ou de 24 horas), glicemia, curva glicêmica, sorologias infecciosas e rastreamento de anticorpos irregulares, conforme o caso clínico.

A ultrassonografia obstétrica seriada é central na avaliação do crescimento fetal e da vitalidade. A depender da condição de risco, exames como Dopplerfluxometria das artérias uterinas, umbilicais, cerebrais médias e índice de líquido amniótico são indicados. O perfil biofísico fetal e a cardiotocografia também são amplamente utilizados para o

acompanhamento de fetos com risco aumentado de sofrimento intrauterino.

Monitoramento Fetal Intensivo

Em casos de comprometimento da vitalidade fetal, como nos quadros de crescimento intrauterino restrito ou nas síndromes hipertensivas graves, pode ser necessário realizar exames com frequência semanal ou até mesmo diária. A decisão pela interrupção da gestação deve considerar o risco iminente de óbito fetal *versus* os riscos associados à prematuridade.

A cardiotocografia anteparto pode ser utilizada para avaliar a reatividade da frequência cardíaca fetal frente a movimentos fetais. Já o Doppler da artéria umbilical ajuda a identificar alterações hemodinâmicas associadas à insuficiência placentária.

Condutas Hospitalares e Indicações de Internação

Algumas situações exigem internação hospitalar imediata, como: pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, sangramentos genitais com ameaça de parto prematuro, suspeita de sofrimento fetal agudo, diabetes descompensada, entre outras. Nesses casos, a gestante deve ser acompanhada em ambiente hospitalar, com suporte clínico e recursos obstétricos disponíveis.

Planejamento do Parto

O momento e a via do parto devem ser criteriosamente avaliados. Em gestações de alto risco, o parto deve ocorrer em maternidades de referência, com suporte de UTI neonatal, se necessário. A via vaginal é preferível, desde que não haja contraindicações obstétricas, mas muitas condições exigirão parto cesáreo eletivo, como nas gestações com restrição de crescimento fetal severa, apresentação

pélvica em prematuridade extrema, ou nas pacientes com doenças cardíacas graves.

O planejamento deve sempre considerar a maturidade fetal, os riscos da condição de base, e as condições clínicas da mãe. A administração de corticoide antenatal entre 24 e 34 semanas de gestação está indicada quando há risco de parto prematuro, para acelerar a maturação pulmonar fetal.

Considerações Finais

A gestação de alto risco representa um dos maiores desafios na atenção obstétrica contemporânea, exigindo uma abordagem clínica diferenciada, sensível às singularidades de cada paciente e embasada em evidências científicas atualizadas. Os fatores de risco maternos e fetais devem ser identificados precocemente, e o cuidado deve ser conduzido de forma multidisciplinar e humanizada, com foco na prevenção de complicações e na promoção da saúde materno-infantil.

As condições clínicas preexistentes ou desenvolvidas ao longo da gestação, como hipertensão, diabetes, cardiopatias, doenças autoimunes e infecções, associadas a fatores fetais como restrição de crescimento, malformações e gestações múltiplas, requerem um pré-natal intensificado, com exames específicos e monitoramento rigoroso. O uso de tecnologias diagnósticas como a ultrassonografia com Dopplerfluxometria fetal e uteroplacentária, cardiotocografia e exames laboratoriais seriados permite a tomada de decisões mais seguras e individualizadas.

Além dos aspectos técnicos, é fundamental considerar as dimensões sociais, emocionais e culturais da gestante, garantindo que o cuidado seja integral e respeitoso. A articulação entre atenção básica e unidades de referência, bem como o acesso oportuno a serviços especializados, são essenciais para assegurar desfechos favoráveis, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

Dessa forma, o acompanhamento das gestações de alto risco não deve se limitar ao tratamento de patologias, mas sim constituir um modelo de cuidado centrado na vida, na escuta qualificada e no fortalecimento do vínculo entre a mulher e os profissionais de saúde. Investir em capacitação das equipes, estrutura de serviços e protocolos bem definidos é investir na saúde pública e na redução da mortalidade materna e perinatal.

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). **Caderno de atenção ao pré-natal de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Manual de Gestação de Alto Risco**. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
3. Cunningham, F. G. et al. **Williams Obstetrícia**. 26. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.
4. Sociedade Brasileira de Medicina Fetal. **Diretrizes para acompanhamento da vitalidade fetal**. SBMF; 2020.
5. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023**. São Paulo: Clannad Editora Científica, 2023.
6. Pan American Health Organization (PAHO). **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors**. 2nd ed. Geneva: WHO, 2017.

16. SANGRAMENTOS DE CADA TRIMESTRE

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_016

Júlia Caldas Alves e Giovanna Veiga
Revisado por: Dra Camila Schneckenberg

O primeiro trimestre:

O sangramento vaginal durante o primeiro trimestre (até a 12ª semana completa de gestação) é uma ocorrência relativamente comum, mas que pode causar preocupações significativas para as gestantes. Estima-se que cerca de 20-40% das mulheres podem apresentar sangramentos nesse período, de características variáveis. Embora seja motivo de atenção, nem sempre esse sintoma indica um problema grave.

A causa mais comum e menos preocupante é o sangramento de implantação. Ele ocorre quando o embrião se fixa na parede uterina, aproximadamente entre o 6º e 12º dia após a fecundação. Esse sangramento costuma ser leve, de curta duração e pode ser acompanhado de cólicas discretas.

Entre as causas mais alarmantes tem-se: aborto, gravidez ectópica e doença trofoblástica. Vamos abordar cada um desses agentes a seguir.

História e exame físico:

Ao atender uma paciente com sangramento vaginal no primeiro trimestre da gravidez, é fundamental realizar uma anamnese detalhada, considerando data da última menstruação (DUM), antecedentes menstruais, intensidade, volume sanguíneo, presença de coágulos, dor associada e episódios de lipotimia. Sintomas como dor intensa ou sangramento maior que o habitual pode indicar maior risco de aborto.

No exame físico, deve-se avaliar sinais de instabilidade hemodinâmica, localização de sensibilidade, rigidez ou distensão abdominal. O exame especular permite identificar a origem do sangramento, visualizar coágulos e detectar possíveis causas como infecções, pólipos, lacerações ou neoplasias. O toque bimanual avalia o tamanho uterino, dilatação cervical e presença de dor pélvica. Alterações no volume uterino podem sugerir doença trofoblástica gestacional ou miomas. Abertura do orifício cervical interno está associado a abortamento. Já a presença de dor à mobilização anexial ou massa lateral pode indicar gravidez ectópica.

Em relação a exames laboratoriais, deve-se avaliar cada suspeita diagnóstica para solicitação. Entretanto, é válido pedir tipagem sanguínea e B-hCG para comparação com outras dosagens, visto que sua queda é consistente com gestação não viável e a ascensão muito lenta sugere gravidez ectópica.

Além das causas obstétricas, o sangramento vaginal no primeiro trimestre também pode ter origem em condições não obstétricas, as quais devem ser consideradas durante a anamnese e o exame físico. Entre essas causas estão as infecções cervicovaginais, como vaginites e cervicites, que podem provocar sangramento por inflamação local; pólipos cervicais, que são lesões benignas frequentes e friáveis; além de lacerações vaginais, geralmente associadas a traumas ou relações sexuais recentes. Outras possibilidades incluem neoplasias cervicais e a presença de colo friável, especialmente em gestantes com ectopia cervical. A inspeção com espéculo é essencial para avaliar diretamente a fonte do sangramento e diferenciar essas causas de origem ginecológica das causas obstétricas. Assim, a investigação completa deve sempre considerar esses diagnósticos diferenciais, mesmo quando há suspeita inicial de causas relacionadas à gestação.

Abortamento:

O abortamento espontâneo, ou seja, aquela gestação intraútero não viável abaixo de 20-22 semanas ou com peso fetal <500g, é dividido em ameaça de aborto, aborto completo, aborto incompleto e aborto retido.

A ameaça de aborto é caracterizada por sangramento com ou sem dor leve, sem dilatação do colo uterino, com embrião vivo e intraútero confirmado pela ultrassonografia. O diagnóstico é clínico e ultrassonográfico. A gestante pode apresentar sangramento vaginal discreto a moderado, vermelho vivo ou escurecido e que pode estar associado a cólicas leves. No exame especular o colo encontra-se fechado. A ultrassonografia transvaginal irá confirmar a vitalidade embrionária e a localização intrauterina da gestação. Entre os fatores de risco para ameaça de aborto estão: idade materna avançada, história prévia de abortamentos espontâneos, tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas, doenças maternas mal controladas como diabetes, hipotireoidismo e trombofilia e alterações uterinas como miomas ou malformações. Não há tratamento específico, mas deve-se adotar medidas como repouso relativo, suporte emocional e orientação adequada, suplementação de progesterona se houver histórico de abortamento de repetição. Pode-se usar antiespasmódicos e analgésicos para alívio da dor, desde que não mascarem sinais de agravamento. O prognóstico é bom, mais de 50% das gestações com ameaça de aborto evoluem normalmente. O volume do sangramento, presença de hematoma subcoriônico volumoso e intensidade da dor estão associados a maior risco de perda gestacional.

O aborto incompleto ocorre quando há perda de parcial dos produtos da concepção, mas a ultrassonografia transvaginal apresenta restos ovulares na cavidade. Ao exame especular, o colo uterino encontra-se dilatado e podem ser visualizados tecidos no canal cervical ou vagina. O aborto inevitável é caracterizado pela presença de sangramento ativo e dor abdominal associada à dilatação do colo uterino, porém, ainda, sem ter ocorrido a eliminação dos tecidos, entretanto já é uma situação que torna a perda gestacional iminente e irreversível. Em ambos os casos, devido ao risco de infecção e hemorragia considera-se

uma conduta ativa, com esvaziamento da cavidade uterina por métodos cirúrgicos, como aspiração manual ou curetagem ou medicamentosa.

Já o aborto retido é definido pela morte embrionária ou fetal sem expulsão espontânea, podendo ser um quadro assintomático, isto é, sem apresentar sangramento vaginal e, ao exame, o colo do útero encontra-se fechado, diagnosticado pela ultrassonografia que mostra ausência de batimentos cardíacos e saco gestacional irregular. O manejo pode ser expectante, medicamentoso ou cirúrgico, a depender do quadro clínico, tempo de evolução e desejo da paciente.

O aborto completo, por fim, ocorre quando há um sangramento vaginal com eliminação total do conteúdo intrauterino. A ultrassonografia transvaginal apresenta um útero vazio, haverá redução da taxa sanguínea de B-hCG e ao exame especular o colo está fechado. A paciente deve ser orientada e monitorada a fim de evitar complicações.

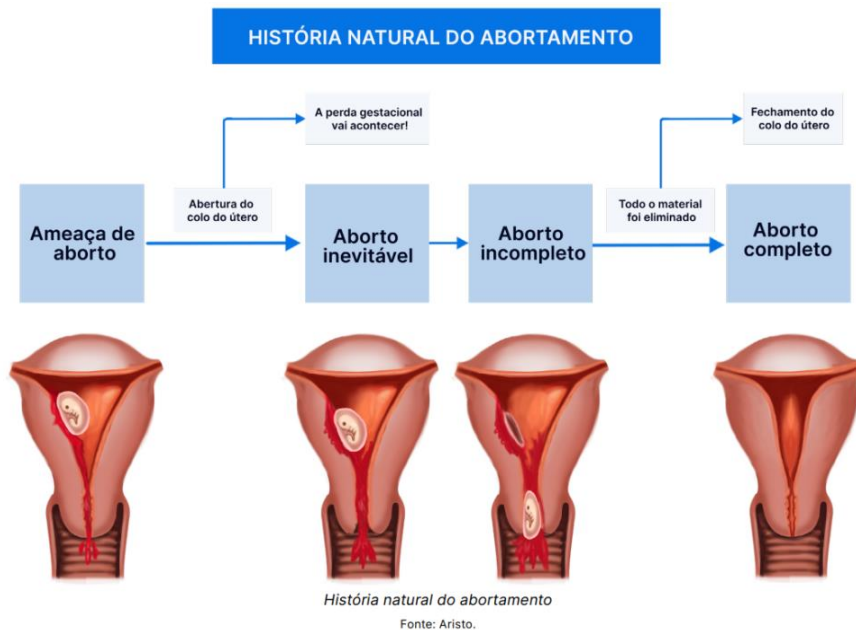


Imagem 1: resumo dos abortamentos. Fonte: Aristo - Residência Médica.

Gravidez ectópica

A gravidez ectópica é uma causa importante e potencialmente grave de sangramento no primeiro trimestre, ocorrendo quando o embrião se implanta fora da cavidade uterina, principalmente nas tubas (95% dos casos). Ela incide em 1-2% das mulheres e entre os fatores de risco estão: antecedente de gravidez ectópica, infecção pélvica, uso de dispositivo intrauterino, fertilização in vitro, cirurgia tubária prévia, doença inflamatória pélvica ou infecções sexualmente transmissíveis, etc.

Clinicamente, a gravidez ectópica se manifesta com sangramento vaginal leve a moderado, geralmente associado a dor abdominal, que pode evoluir para dor intensa e irritação peritoneal se ruptura. Outros sintomas como lombalgia, lipotimia e sinais de choque hipovolêmico indicam gravidade e requerem atendimento imediato. No exame físico, pode-se encontrar sensibilidade abdominal, dor à mobilização do colo uterino e massa anexial palpável. O diagnóstico é feito com a dosagem de B-hCG (que se eleva de forma lenta) e com ultrassonografia transvaginal, que demonstra ausência de gestação intrauterina associada à presença de massa anexial ou líquido livre em fundo de saco.

O tratamento dessa condição depende da estabilidade clínica da paciente, localização, tamanho da massa e estágio da gestação. Em casos de pacientes estáveis e assintomáticas, com gravidez tubária não rota, massa menor que 3,5cm, ausência de batimentos fetais e níveis de B-hCG abaixo de 5.000mUI/mL, é possível optar pelo tratamento medicamentoso com metotrexato. Quando há contraindicação ou falha do medicamento, indica-se o tratamento cirúrgico, podendo ser conservador (salpingostomia) ou radical (salpingectomia), a depender da extensão da lesão e futuro desejo reprodutivo. A escolha terapêutica deve sempre considerar a segurança da paciente em primeiro lugar, além de individualizar cada caso e promover o acompanhamento adequado pós-tratamento.

Doença trofoblástica gestacional

A doença trofoblástica gestacional (DTG) é um grupo raro de condições originadas da proliferação anormal do trofoblasto, o tecido responsável pela formação de parte da placenta. Esse grupo engloba entidades benignas como a mola hidatiforme completa e parcial, e formas malignas, como o tumor trofoblástico do leito placentário e o carcinoma coriônico. A DTG é uma causa importante de sangramentos vaginais no primeiro trimestre e deve ser diagnosticada e tratada rapidamente, para evitar complicações graves.

A mola hidatiforme é a forma mais comum da doença e resulta da fertilização anômala do óvulo, com material genético paterno duplicado, o que leva à formação de vilosidades coriônicas edemaciadas e ausência de embrião (mola completa) ou presença de embrião inviável (mola parcial).

O diagnóstico da DTG baseia-se em três pilares: clínica sugestiva, níveis elevados de B-hCG e ultrassonografia característica. A clínica da paciente pode apresentar sangramento vaginal irregular, náuseas, vômitos, útero aumentado para a idade gestacional, ausência de batimentos cardíacos fetais e sinais de hipertireoidismo ou pré-eclâmpsia precoce. O B-hCG costuma estar desproporcionalmente elevado em relação à idade gestacional. A ultrassonografia transvaginal, por fim, revela o típico aspecto de “cachos de uva”, podendo ou não ter presença de partes fetais, que é o que diferencia a mola completa da parcial.



Imagem 2: mola hidatiforme. À esquerda, mola parcial com presença de partes fetais. À direita, mola completa, sem visualização fetal. Fonte: FEBRASGO, 2019.

O tratamento inicial é o esvaziamento uterino por aspiração manual intrauterina (AMIU). A histerectomia pode ser indicada em mulheres com prole definida ou em casos de sangramento intratável. Deve-se realizar o monitoramento seriado do B-hCG até negativação, seguido de acompanhamento mensal por seis meses, a fim de detectar possíveis formas malignas persistentes. O prognóstico é bom, com resolução completa na maioria das pacientes após o esvaziamento uterino. Embora não exista prevenção primária para a DTG, a atenção aos fatores de risco como idade materna extremas, histórico prévio de mola, deficiência nutricional e abortos recorrentes, pode auxiliar na identificação precoce dos casos.

O segundo trimestre:

O sangramento vaginal no segundo trimestre da gestação, compreendido entre a 13^a e a 27^a semana, é uma manifestação clínica relevante que requer investigação. Apesar de ser menos frequente que nos trimestres inicial e final, sua ocorrência pode estar associada a complicações significativas, tanto para a gestante quanto para o conceito. Nessa fase intermediária, o útero já apresenta considerável expansão e a interface materno-fetal está bem estabelecida, o que confere ao sangramento um potencial de gravidade variável. Entre as principais causas estão o descolamento prematuro de placenta e a placenta prévia, condições que podem cursar com instabilidade hemodinâmica e sofrimento fetal. Nesse sentido, a abordagem clínica deve ser ágil, iniciando-se por anamnese dirigida, exame físico criterioso e utilização de exames complementares, como ultrassonografia obstétrica, para definir o diagnóstico e orientar o manejo adequado.

Descolamento prematuro de placenta (dpp):

O descolamento prematuro de placenta (DPP), também chamado de *abruptio placentae*, consiste na separação prematura da placenta normalmente inserida, após as primeiras 20 semanas de gestação e antes do nascimento do feto. A taxa de mortalidade perinatal é aproximadamente 20 vezes maior em relação a gestações sem DPP. A incidência é de 1% das gestações, com 2/3 classificadas como graves por conta da

mortalidade materna, fetal e neonatal que ocasiona, e é responsável por cerca de 10% dos partos prematuros. Sua causa é a ruptura dos vasos maternos na decídua basal da placenta.

Entre os fatores de risco para esse quadro, estão: DPP em gestação anterior (maior determinante de risco, elevando-o 15 a 20 vezes na gestação atual), multiparidade, idade materna avançada, tabagismo, trauma, hipertensão materna, rotura prematura de membranas ovulares, gestação múltipla, polidramnia com rápida descompressão da cavidade uterina, trombofilias (hereditárias ou adquiridas), malformações uterinas, anomalias placentárias, sangramento no início da gestação.

O quadro clínico tem como pressuposto o fato do sangue irritar a cavidade uterina, gerando dor abdominal espontânea ou à palpação, hipertonia uterina, taquissístolia, sangramento vaginal em 80% dos casos - podendo ser mínimo, eventual, ou não observado (sangramento oculto, hematoma retroplacentário) em 10-20% dos casos, líquido amniótico ocasionalmente hemorrágico (hemoâmnio), sinais de hipovolemia materna e sofrimento fetal agudo (bradicardia fetal importante ou batimentos fetais ausentes). A ultrassonografia normal não afasta quadro de DPP, portanto o diagnóstico é clínico.

A conduta deve ser individualizada e depende da extensão e classificação da DPP, do comprometimento materno e fetal e da idade gestacional.

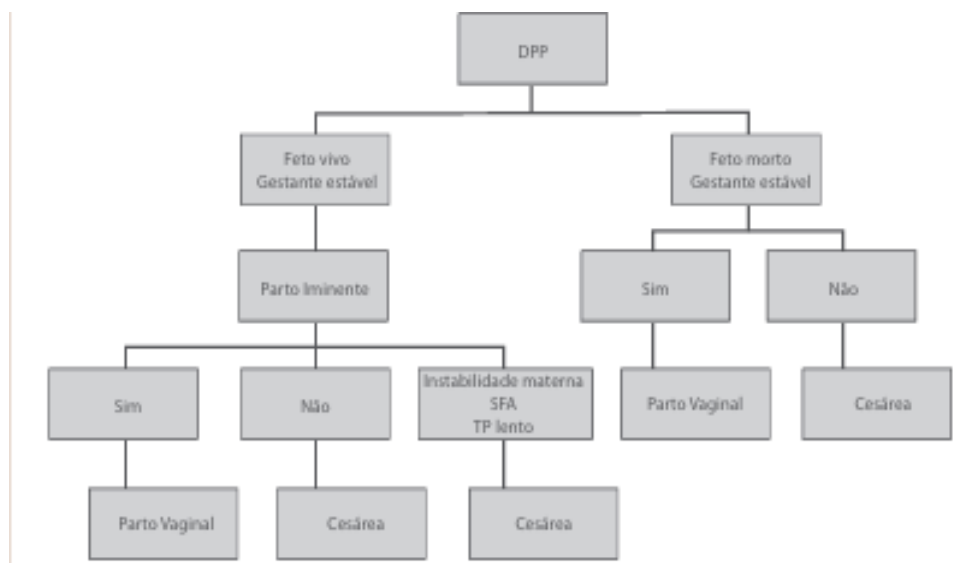


Imagem 3: Conduta em casos de descolamento prematuro de placenta. Fonte: FEBRASGO, 2018.

Gestantes com suspeita de DPP devem ser monitorizadas e avaliadas a respeito de seu estado hemodinâmico, além do monitoramento da vitalidade fetal. Exames laboratoriais incluem tipagem sanguínea, hemograma e coagulograma. A ultrassonografia pode ajudar em casos duvidosos, mas o diagnóstico é principalmente clínico.

Em casos de instabilidade hemodinâmica, deve-se iniciar reposição da volemia com cristaloides através de dois acessos venosos calibrosos, com infusão de 1000 mL na velocidade de 500 mL nos primeiros 10 minutos e manutenção de 250 mL/h, mantendo-se o débito urinário >30 mL/h.

Se o feto for viável e o parto vaginal não for iminente, indica-se cesárea de emergência. Em cardiotocografias (CTG) com traçado anormal, pode-se realizar parto via vaginal se iminente; caso contrário, indica-se cesárea. Em CTG tranquilizadoras, a via de parto dependerá da idade gestacional, dilatação cervical e estabilidade materno-fetal. Se o feto estiver em óbito e a mãe estável, deve-se optar pela via vaginal.

Placenta prévia:

A presença de placenta prévia aumenta o risco de hemorragia no anteparto (risco relativo (RR): 9,8), no intraparto (RR 2,5) e também no período pós-parto (RR 1,9). Ainda, há aumento do risco de complicações neonatais – principalmente relacionadas à prematuridade, anemia, hipóxia, restrição do crescimento intrauterino (RCIU). A placenta prévia é definida como presença de tecido placentário total ou parcialmente inserido no segmento inferior do útero, depois de 28 semanas de gestação.

Classificação

- A. PLACENTA PRÉVIA: a placenta recobre total ou parcialmente o orifício interno do colo uterino (antes chamada de placenta centrototal ou centroparcial);
- B. PLACENTA DE INSERÇÃO BAIXA: a borda placentária insere-se no segmento inferior do útero, não chega a atingir o orifício interno e localiza-se em um raio de 2 cm de distância (antes chamada de placenta prévia marginal).

A literatura descreve a incidência da placenta prévia como variável entre 0,26% e 1%. O número tem aumentado nos últimos anos por conta do aumento progressivo da realização de cesáreas – um dos fatores de risco mais significantes para placenta prévia.

Número de cesáreas prévias	Idade materna avançada
Gestações múltiplas	Multiparidade
Antecedente de placenta prévia	Tabagismo
Número de curetagens uterinas	

Imagem 4: Fatores de risco associados à placenta prévia. Fonte: FEBRASGO, 2018.

Qualquer gestante acima de 24 semanas com sangramento vaginal indolor deve levantar a suspeita de placenta prévia. A placenta prévia deve ser considerada quando há presença de sangramento vaginal vermelho-vivo, indolor, súbito, sem causa aparente e recorrente, na segunda metade da gestação. O tônus uterino permanece normal. Não deve

ser realizado o toque vaginal por conta do risco aumentado de hemorragia. Em menos de 10% dos casos o quadro é assintomático e identificado pela ultrassonografia de rotina.

Após o diagnóstico, deve-se informar a gestante sobre os cuidados necessários, como evitar esforço físico e relações sexuais, principalmente após a 28ª semana de gestação, e orientadas a procurar atendimento em caso de sangramento.

Deve-se manter acompanhamento ultrassonografia transvaginal para monitorar a posição da placenta, caso haja migração e normalização, a gestante pode retornar ao pré-natal de risco habitual, contanto que não existam outras complicações.

A conduta da idade gestacional, intensidade do sangramento e presença de trabalho de parto ativo. Na suspeita de placenta prévia com sangramento ou contrações, recomenda-se internação imediata, com monitoramento da mãe e do feto e diagnóstico confirmado por ultrassonografia transvaginal. Além disso, deve-se pensar em medidas gerais, como garantir acesso venoso, estabilidade hemodinâmica e controle da diurese e solicitação de exames laboratoriais iniciais (hemoglobina, hematócrito, tipagem sanguínea e função renal; em casos graves, avalia-se também o sistema de coagulação).

Hemoderivados devem ser disponibilizados conforme a necessidade, e gestantes Rh negativas devem receber imunoglobulina anti-D. Entre 25 e 34 semanas, corticoides podem ser usados, de forma individualizada, para acelerar o amadurecimento pulmonar fetal.

Conduta expectante:

Deve ser adotada quando o sangramento materno não for intenso e o feto for pré-termo, desde que haja bom controle materno e fetal – cerca de 75% dos sangramentos são autolimitados. Recomenda-se repouso e suplementação de ferro para a gestante.

O uso de tocolíticos em casos de trabalho de parto prematuro com placenta prévia é controverso, especialmente os betamiméticos, que podem mascarar sinais de hipovolemia.

Em casos selecionados, com sangramento cessado por pelo menos 48 horas e estabilidade clínica da gestante, pode-se considerar o controle domiciliar, desde que a paciente compreenda os riscos, consiga rápido acesso ao hospital e mantenha repouso relativo e abstinência sexual.

Conduta ativa:

Deve ser indicada a resolução imediata da gestação frente a sangramento materno incontrolável (alterações hemodinâmicas), vitalidade fetal com alterações, maturidade fetal comprovada ou idade gestacional acima de 37 semanas, via cesárea. Em casos selecionados de placentas de inserção baixa, sem complicações, pode-se permitir o parto por via vaginal.

O terceiro trimestre:

O sangramento vaginal no terceiro trimestre da gestação representa uma condição de alerta e deve ser considerado um sinal potencialmente grave até que se prove o contrário. A partir da 28ª semana de gestação, perdas sanguíneas pela via vaginal podem indicar comprometimento materno, placentário ou fetal, exigindo avaliação e intervenção imediatas. Nessa fase da gravidez, o volume sanguíneo materno está aumentado e a vascularização uteroplacentária é intensa, o que torna os sangramentos potencialmente volumosos e associados a maiores riscos. Embora nem todo sangramento represente urgência obstétrica, é fundamental diferenciar causas benignas de situações que ameaçam a vida da gestante e do feto, como a rotura uterina e as coagulopatias periparto. A abordagem clínica deve ser rápida, sistematizada e incluir anamnese detalhada, exame físico cuidadoso e, sempre que possível, avaliação fetal e exames complementares, como ultrassonografia e testes laboratoriais.

Rotura uterina:

A rotura uterina é uma emergência obstétrica caracterizada pela descontinuidade parcial ou completa da parede uterina, podendo acometer o peritônio visceral e resultar na comunicação direta entre a cavidade uterina e a cavidade abdominal. É uma condição grave que coloca em risco tanto a vida materna quanto a fetal. A ruptura atinge 1 em cada 100 gestantes que possuem cirurgia uterina prévia, seja cesariana ou outras cirurgias, como miomectomias. Além de cicatriz uterina anterior, são também fatores de risco a multiparidade, endometriose, apresentação fetal anômala e o uso de uterotônicos no trabalho de parto.

O diagnóstico clínico pode ser desafiador, mas alguns sinais aumentam a suspeita. A paciente geralmente apresenta dor abdominal intensa, persistente e súbita, que não cede entre as contrações. Outros achados incluem sangramento vaginal, queda da altura uterina, sofrimento fetal com alteração no traçado do cardiotocografia (desacelerações prolongadas ou bradicardia) e até choque hemorrágico, em casos graves.

A conduta imediata diante da suspeita de rotura uterina é a interrupção urgente da gestação por via abdominal, com laparotomia exploratória. Na presença de hemorragia intensa ou lesões uterinas extensas, pode ser necessária a realização de histerectomia. Casos menos graves podem ser resolvidos com sutura da rotura e preservação do útero. A ressuscitação volêmica com cristaloides deve ser imediata.

O prognóstico materno e fetal depende da precocidade do diagnóstico e da rapidez da intervenção. A mortalidade perinatal pode ser alta quando não reconhecida precocemente. A morbidade materna inclui hemorragia maciça, necessidade de histerectomia, infecção e lesão em órgãos adjacentes. Em gestações futuras, a paciente deve ser acompanhada com atenção especial, sendo a via de parto indicada como cesariana eletiva antes do início do trabalho de parto.

Distúrbios de coagulação do periparto:

As coagulopatias do periparto constituem emergências obstétricas graves caracterizadas por distúrbios na hemostasia que ocorrem no final da gestação, durante o parto ou no puerpério imediato. Essas alterações podem levar a hemorragias maciças e representam causas importantes de morbimortalidade materna.

As coagulopatias do periparto podem ser primárias, decorrentes de doenças hematológicas pré-existentes, ou secundárias, relacionadas a complicações obstétricas. As principais causas secundárias incluem: descolamento prematuro de placenta, Síndrome HELLP, Embolia de líquido amniótico, sepse, hemorragia pós-parto, coagulação intravascular disseminada (CIVD). Suas manifestações clínicas são:

Sangramento profuso e de difícil controle, petéquias, equimoses, sangramento em locais de punção, hipotensão e sinais de choque hipovolêmico, sinais laboratoriais de consumo de fatores de coagulação.

O diagnóstico dessa condição é clínico e laboratorial, baseado em:

- o Plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$;
- o Fibrinogênio reduzido ($<200 \text{ mg/dL}$; grave se $<100 \text{ mg/dL}$);
- o Tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) prolongados;
- o D-dímero elevado (em casos de CIVD);
- o Alteração da função renal e hepática em quadros associados, como a síndrome HELLP.

O manejo deve ser imediato e consiste em:

- o Tratamento da causa base (ex: interrupção da gestação em casos de descolamento ou HELLP);
- o Reposição volêmica e hemoderivados, com atenção à manutenção da perfusão tecidual e estabilidade hemodinâmica: hemácias concentradas, plasma fresco congelado, concentrado de plaquetas e crioprecipitado (especialmente se fibrinogênio $<100 \text{ mg/dL}$).
- o Correção de distúrbios ácido-base e eletrolíticos;
- o Monitoramento intensivo, preferencialmente em unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS:

1. CAVANAGH, D.; COMAS, M. R. Spontaneous abortion. In: DANFORTH, D. N. (ed.). *Obstetrics and Gynecology*. 4. ed. Philadelphia: Harper and Row, 1982. p. 378–392.
2. BREEZE, C. Early pregnancy bleeding. *Australian Family Physician*, v. 45, n. 5, p. 283–286, 2016.
3. PEREIRA, P. P.; GOMES, U. T. Abortamento. In: BITTAR, R. E.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. (eds.). *Protocolos assistenciais – Clínica obstétrica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo*. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. p. 399–407.
4. RODGERS, S. K. et al. Normal and abnormal US findings in early first-trimester pregnancy: review of the Society of Radiologists in Ultrasound 2012 consensus panel recommendations. *Radiographics*, v. 35, n. 7, p. 2135–2148, 2015.
5. LI, C. et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 15, p. 187, 2015.
6. TAVARES, B. V. G. et al. Changing paradigms in the initial treatment of ectopic pregnancy at a university hospital in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 45, n. 4, p. 192–200, 2023.
7. BARASH, J. H.; BUCHANAN, E. M.; HILLSON, C. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *American Family Physician*, v. 90, n. 1, p. 34–40, 2014.
8. ALEXANDER, J. M.; WORTMAN, A. C. Intrapartum hemorrhage. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 40, n. 1, p. 15–26, 2013.
9. NEILSON, J. P. et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, CD007223, 2010.
10. LYKKE, J. A. et al. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, v. 115, n. 5, p. 935–944, 2010.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidados para doença trofoblástica gestacional* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
12. LOURENÇO, C. S. et al. *Mola hidatiforme: aprendendo seus cuidados*. [S.l.]: [s.n.], [s.d.].
13. BRAGA, A. et al. Centralized coordination of decentralized assistance for patients with gestational trophoblastic disease in Brazil: a viable strategy for developing countries. *Journal of Reproductive Medicine*, v. 61, n. 5–6, p. 224–229, 2016.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de gestação de alto risco* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
15. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Protocolo de assistência: descolamento prematuro de placenta*. Nº 27, 2018. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/protocolos/item/758-descolamento-prematuro-de-placenta>. Acesso em: 30 maio 2025.
16. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Protocolo de assistência: placenta prévia e acretismo placentário*. Nº 26, 2018. p. 1–9. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/protocolos/item/757-placenta-previa-e-acretismo-placentario>. Acesso em: 30 maio 2025.
17. BHAVE, A. A. Coagulopathies in pregnancy: what an obstetrician ought to know! *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, v. 69, n. 6, p. 479–482, 2019. DOI: 10.1007/s13224-019-01290-8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6888769/>. Acesso em: 30 maio 2025.
18. PATIL, A.; QUASIM, S. Transtornos plaquetários e coagulopatias congênitas na gestação. In: ABIR, G.; BROWN, J. (ed.). *Tutorial de Anestesia da Semana – ATOTW nº 440* [Internet]. Londres: World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA), 2021. Disponível em: <https://www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week/>. Acesso em: 30 maio 2025.

17. EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_017

Julia Meneguelli Goes e Giovanna Galego de Andrade

Revisado por: Dra Carolina Brunini

As emergências obstétricas representam situações críticas que colocam em risco a vida da gestante e do conceito, exigindo reconhecimento rápido e manejo imediato por parte da equipe de saúde. Apesar dos avanços na assistência pré-natal e intraparto, essas condições ainda são importantes causas de morbimortalidade materna e perinatal em todo o mundo. O conhecimento atualizado, aliado à tomada de decisão ágil e baseada em protocolos, é essencial para garantir desfechos favoráveis. Neste capítulo, serão abordadas as principais emergências obstétricas, seus mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas e estratégias de diagnóstico e intervenção.

Emergências Hipertensivas na Gestação

As emergências hipertensivas na gestação são definidas como elevações agudas graves da pressão arterial, geralmente PAS $\geq$ 160 mmHg e/ou PAD $\geq$ 110 mmHg, associadas a sinais de lesão de órgãos-alvo, exigindo intervenção imediata para prevenir complicações maternas e fetais graves.

A pré-eclâmpsia (PE) está entre as principais causas de óbito materno e perinatal, podendo também deixar sequelas permanentes para a saúde da gestante. Frequentemente, leva à interrupção antecipada da gestação por indicação médica, sendo a principal responsável pelos partos prematuros eletivos no Brasil. Estima-se que a PE ocorra em 3% a 5% das gestações no mundo, embora os dados presentes na literatura ainda sejam limitados. No Brasil, uma revisão sistemática indicou prevalência de 1,5% para PE e 0,6% para eclâmpsia. No entanto, acredita-se que esses índices estejam subestimados, variando conforme a região do país. Um estudo nacional identificou que, nas regiões mais desenvolvidas, a prevalência de eclâmpsia foi de 0,2% com mortalidade materna de 0,8%, enquanto nas regiões menos favorecidas os índices aumentaram para 8,1% e 22%, respectivamente.

Pré-Eclâmpsia:

A pré-eclâmpsia (PE) é caracterizada pelo surgimento de hipertensão arterial após a 20ª semana de gestação, geralmente acompanhada de proteinúria. No entanto, mesmo sem proteinúria, o diagnóstico pode ser feito se a gestante apresentar sinais de gravidade, como dor de cabeça intensa, alterações visuais, dor abdominal, alterações nos exames de sangue (como plaquetopenia $< 100.000/\text{mm}^3$), elevação das enzimas do fígado (duas vezes acima do normal), piora da função renal (creatinina $> 1,1 \text{ mg/dL}$ ou o dobro do valor basal), edema pulmonar ou manifestações neurológicas como convulsões.

Esses critérios também são usados para diagnosticar PE em mulheres que já tinham hipertensão antes da gestação (chamada de hipertensão crônica). Quando há piora da pressão ou surgimento de proteinúria e outros sinais, considera-se que houve sobreposição da PE.

O diagnóstico de PE é baseado na presença de hipertensão após 20 semanas associada a pelo menos um dos critérios abaixo:

- **Proteinúria significativa**, como relação proteína/creatinina $> 0,3$ ou fita reagente $> 1,0$ g/L;
- **Disfunções orgânicas maternas:**
 - Função renal comprometida (creatinina $> 1,1$ mg/dL);
 - Aumento das transaminases ou dor na parte superior do abdome; - Sinais neurológicos (cefaleia, alterações visuais, hiperreflexia com clônus, alteração no estado mental ou convulsão);
 - Alterações hematológicas (queda de plaquetas, CIVD ou hemólise); - Estado antiangiogênico (PLGF < 36 pg/mL ou relação sFlt-1/PLGF > 85);
- **Disfunção uteroplacentária**, como crescimento fetal restrito (CIUR) ou alterações nos exames Doppler das artérias uterinas e umbilical.

Já a eclampsia é definida como a ocorrência de convulsões do tipo grande mal em gestante com PE, sem outra causa neurológica aparente. Essas crises podem ocorrer antes do parto (50% dos casos), durante o trabalho de parto (20%) ou após o nascimento (11% a 44%).

Fisiopatologia

Estudos indicam que o sistema imunológico da mãe pode estar envolvido no desenvolvimento da pré-eclâmpsia (PE). Quando o corpo materno não se adapta bem à presença do trofoblasto (estrutura embrionária que formará a placenta), há prejuízo na perfusão placentária, levando à hipóxia. Essa falta de oxigenação, seguida de reoxigenação, favorece a formação de espécies reativas de oxigênio, ativando a inflamação e acelerando a morte celular (apoptose). Isso compromete a placentação normal e leva a um desequilíbrio entre fatores pró-angiogênicos (como VEGF e PLGF) e antiangiogênicos (como sFLT-1), com predominância dos últimos. O resultado é uma inflamação sistêmica, disfunção do endotélio e redução da vascularização placentária.

A ativação do endotélio causa vasoconstrição generalizada, aumentando a resistência periférica e podendo levar à falência de múltiplos órgãos. A PE deve ser entendida como uma doença crônica, com potencial para evolução imprevisível e grave, o que exige decisões clínicas cuidadosas e monitoramento constante.

Os principais efeitos da disfunção endotelial são:

1. Vasoconstrição e aumento da resistência vascular periférica;
2. Aumento da permeabilidade capilar, o que favorece o edema;
3. Ativação do sistema de coagulação.

Nos rins, observam-se lesões como glomeruloendoteliose e esclerose focal, levando à proteinúria e queda da taxa de filtração glomerular. No fígado, a isquemia causa elevação das transaminases. Edema ou hemorragias podem distender a cápsula hepática, com risco de ruptura e sangramento grave. O fluxo uteroplacentário também é prejudicado pelo vasoespasm, dependendo do momento de início da doença e da existência de lesão vascular prévia. Há ainda consumo progressivo de plaquetas, podendo evoluir para coagulação intravascular disseminada (CIVD). No sistema nervoso central, isquemia e edema cerebral aumentam o risco de eclâmpsia e AVC. Casos graves requerem manejo intensivo devido à disfunção progressiva de múltiplos órgãos.

Sintomatologia

Os sintomas típicos envolvem cefaleia intensa e persistente, alterações visuais (escotomas, visão turva), dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, dispneia, oligúria, além de alterações do estado mental. A eclâmpsia manifesta-se por convulsões em gestantes com pré-eclâmpsia.

Fatores de Risco e Rastreamento

Prever a pré-eclâmpsia ainda é um desafio, pois sua fisiopatologia é complexa e envolve disfunção placentária, inflamação sistêmica e disfunção endotelial. Isso faz com que os fatores de risco variem entre populações e que métodos de rastreamento clínicos ou laboratoriais não funcionem da mesma forma para todas as gestantes.

A forma mais prática de rastrear risco é pela história clínica. Os principais fatores de risco incluem:

- Pré-eclâmpsia prévia
- Hipertensão crônica
- Diabetes tipo 1 ou 2
- Obesidade (IMC > 30)
- Gestação por reprodução assistida
- Doenças autoimunes ou renais

Durante a primeira consulta pré-natal, se a gestante tiver 1 fator de alto risco ou 2 fatores de risco moderado (como nuliparidade, idade ≥ 35 anos, história familiar de pré-eclâmpsia ou intervalo >10 anos desde a última gestação), já é indicado iniciar medidas de prevenção.

Também existem métodos mais sensíveis de rastreamento que combinam: fatores clínicos, pressão arterial média (PAM), Dopplervelocimetria das artérias uterinas e PLGF (fator de crescimento placentário). Esse modelo é mais sensível para identificação dos casos de pré-eclâmpsia precoce (<34 semanas), mas é menos eficaz para os casos tardios. O cálculo de risco é feito por software, usando dados coletados entre 11 e 14 semanas de gestação. Um risco >1:200 já indica necessidade de prevenção. Apesar disso, o rastreamento baseado apenas em fatores clínicos é o mais fácil de aplicar, sendo o mais recomendado em locais com menos recursos.

Conduta Diagnóstica

No pronto atendimento, a abordagem diagnóstica das síndromes hipertensivas da gestação deve ser ágil e efetiva, dada a possibilidade de rápida evolução e risco para a mãe e o feto. A primeira etapa envolve a confirmação da hipertensão, definida como pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg em pelo menos duas aferições com intervalo mínimo de quatro horas, ou uma única aferição $\geq 160/110$ mmHg, que já caracteriza hipertensão grave e exige tratamento imediato⁹. É fundamental garantir a técnica correta de aferição: a gestante deve estar em repouso, sentada, com o braço na altura do coração, usando manguito adequado ao perímetro braquial.

Após a confirmação da hipertensão, a avaliação deve ser direcionada para identificar sinais e sintomas de gravidade ou complicações, como cefaleia persistente, escotomas, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, sinais de irritação meníngea ou convulsões. Também é necessário investigar a presença de proteinúria, preferencialmente confirmada com relação proteína/creatinina urinária $\geq 0,3$ mg/mg ou proteinúria de 24h ≥ 300 mg.

Exames laboratoriais devem ser solicitados para avaliação de repercussão sistêmica: hemograma, função renal (ureia e creatinina), provas de função hepática (AST, ALT, bilirrubinas) e contagem de plaquetas, com atenção especial para os critérios diagnósticos da síndrome HELLP (hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia). A FIGO também orienta incluir a avaliação fetal com cardiotocografia e ultrassonografia com doppler, quando possível, para verificar o bem-estar do bebê. A partir desse conjunto de dados clínicos e laboratoriais, é possível classificar adequadamente o quadro como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão crônica ou síndrome HELLP — direcionando, assim, a conduta terapêutica e o seguimento mais adequado.

Tratamento

O controle da pressão arterial durante a gestação é essencial para a segurança da gestante e do feto, sendo ajustado conforme a gravidade do quadro hipertensivo. Em casos de hipertensão não grave, isto é, pressão arterial sistólica entre 140 e 159 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg, recomenda-se iniciar tratamento medicamentoso quando

os níveis pressóricos estiverem persistentemente elevados. O objetivo é reduzir a pressão para valores alvo de 135 mmHg de sistólica e 85 mmHg de diastólica. As principais medicações utilizadas nesse contexto são:

- Metildopa: 250 a 500 mg, via oral, duas a três vezes ao dia (dose máxima diária de até 3 g);
- Labetalol oral: iniciar com 100 mg duas vezes ao dia, podendo aumentar até 400 mg, duas ou três vezes ao dia (máximo de 2.400 mg/dia);
- Nifedipina de liberação prolongada: 30 a 60 mg por via oral, uma vez ao dia.

Já nos casos de hipertensão grave, caracterizada por pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, de preferência em ambiente hospitalar monitorado. A meta é reduzir a pressão de forma gradual, ao longo de algumas horas ou dias, até atingir uma pressão diastólica próxima de 85 mmHg, evitando quedas bruscas que possam comprometer a perfusão uteroplacentária. As principais opções terapêuticas incluem:

- Nifedipina cápsula (ação rápida): 10 mg por via oral, podendo repetir em 20 a 30 minutos se necessário (dose máxima de 30 mg);
- Labetalol intravenoso: iniciar com 20 mg IV lento; se necessário, repetir com 40 mg após 10 minutos, seguido por 80 mg em intervalos de 10 minutos (dose máxima de 300 mg). Alternativamente, pode-se administrar por infusão contínua, iniciando com 1–2 mg/min;
- Hidralazina intravenosa: 5 a 10 mg em bolus IV lento, podendo repetir a cada 20 a 30 minutos, conforme a resposta, até um máximo de 30 mg.

Durante o tratamento, é muito importante realizar monitoramento contínuo da mãe e do feto. Nos quadros de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, recomenda-se associar o uso de sulfato de magnésio para prevenção de eclampsia. A escolha do medicamento vai depender da experiência da equipe, da disponibilidade na unidade de saúde e das condições clínicas da paciente.

Complicações

A interrupção da gestação em casos de hipertensão na gravidez deve ser avaliada para proteger a saúde da mãe e do bebê. Segundo as diretrizes da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a gestação deve ser interrompida quando houver sinais de pré-eclâmpsia grave ou complicações maternas ou fetais que coloquem a vida em risco, como insuficiência renal, edema pulmonar, eclampsia, síndrome HELLP, descolamento prematuro da placenta ou sofrimento fetal.

● Síndrome HELLP

A Síndrome HELLP é uma manifestação severa da pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia, que pode evoluir rapidamente e requer atendimento hospitalar imediato, muitas vezes com indicação de parto precoce. Além disso, a interrupção deve ser considerada quando a hipertensão não responde ao tratamento e a condição da gestante piora. O ideal é postergar o parto até pelo menos 34 semanas de gestação para favorecer a maturação fetal, mas quando houver risco iminente, a antecipação do parto é necessária para garantir a segurança materna e fetal.

● Eclampsia

A eclampsia é definida como a ocorrência de convulsões tônico-clônicas generalizadas em gestantes com pré-eclâmpsia, sem outra causa neurológica identificável. Essa condição é uma emergência obstétrica que pode causar graves complicações maternas e fetais, exigindo controle imediato das crises, geralmente com sulfato de magnésio, estabilização da pressão arterial e avaliação rápida para o parto, garantindo a segurança da mãe e do bebê.

Prevenção

A prevenção é uma parte essencial do cuidado pré-natal, especialmente em gestantes com fatores de risco. Duas medidas farmacológicas recomendadas pelas diretrizes da FEBRASGO e da FIGO são o uso de ácido acetilsalicílico (AAS) em baixas doses e a suplementação de cálcio.

O AAS é indicado para gestantes que apresentam alto risco para desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Entre os principais fatores que justificam o uso estão: histórico pessoal de pré-eclâmpsia, gestação múltipla, doença renal crônica, diabetes mellitus pré-gestacional, hipertensão crônica, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome do anticorpo antifosfolípide, obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), idade materna avançada (≥ 35 anos), intervalo intergestacional maior que 10 anos e história familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã afetadas). A dose recomendada é de 150 mg por dia, preferencialmente administrada à noite, com início entre 12 e 16 semanas de gestação, sendo mantida até 36 semanas. O uso do AAS tem demonstrado reduzir significativamente o risco de pré-eclâmpsia precoce e suas complicações, principalmente quando iniciado no primeiro trimestre.

Além disso, a suplementação de cálcio é outra estratégia eficaz, especialmente indicada para gestantes com baixa ingestão alimentar de cálcio — definida como menos de 800 mg por dia. Essa condição é comum em populações mais vulneráveis do ponto de vista nutricional, como adolescentes, mulheres com dietas restritivas ou com acesso limitado a alimentos ricos em cálcio. Tanto a FIGO quanto a FEBRASGO recomendam a suplementação de 1,5 a 2 gramas de cálcio elementar por dia, iniciando o mais precocemente possível na gestação e mantendo ao longo do pré-natal. A suplementação deve ser feita preferencialmente em doses divididas durante o dia, pois além de ser bem

tolerada, apresenta um efeito protetor importante na prevenção da pré-eclâmpsia, inclusive da forma grave.

Hemorragia pós-parto

A hemorragia pós-parto (HPP) é caracterizada por uma perda total de sangue igual ou superior a 1.000 mL, ou por qualquer volume de sangramento que provoque sinais ou sintomas relacionados à diminuição do volume circulante, dentro das primeiras 24 horas após o parto, independentemente da via. Entretanto, as perdas sanguíneas superiores a 500 mL após partos vaginais, principalmente se acompanhadas de fatores de risco, podem ser consideradas anormais. Perdas superiores a 2.000 mL podem ser definidas pelo termo hemorragia maciça, habitualmente acompanhadas de queda da hemoglobina ≥ 4 g/dL, coagulopatia e necessidade de transfusão maciça.

A HPP apresenta uma incidência estimada entre 1% e 10% de todos os partos. Atualmente, trata-se da principal causa de mortalidade materna no mundo, sendo responsável por aproximadamente 80.000 mortes a cada ano. A maioria dessas mortes ocorre em países de baixa e média renda e, em grande parte, é considerada evitável. Além do impacto na mortalidade, também é considerada a principal causa mundial de histerectomia periparto.

Entre as principais etiologias associadas a esse quadro estão a atonia uterina, o trauma do canal de parto, a retenção de material ovular no útero e os distúrbios de coagulação, que podem comprometer a hemostasia adequada após o nascimento. Esses fatores, isolados ou em conjunto, podem levar a perdas sanguíneas significativas e exigem reconhecimento e intervenção precoces para prevenir desfechos graves, bem como sequelas físicas e/ou emocionais no período pós-parto.

Principais Fatores de Risco

A adoção de uma estratégia de estratificação de risco é de grande importância para a redução da mortalidade materna decorrente de HPP. Entre os fatores considerados de alto risco, podemos considerar:

- História pregressa de HPP
- Distensão uterina (gemelar, polidrâmnio, macrosomia)
- Distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos
- Uso de anticoagulantes
- Cesariana prévia com placenta de inserção anterior (risco de acretismo)
- Placentação anormal confirmada (prévia, acretismo ou descolamento)
- Grande múltipara (≥ 4 partos vaginais ou ≥ 3 cesarianas)
- Anemia na gestação

- Elevação pressórica na gestação (hipertensão crônica, hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia)
- Primeiro filho após os 40 anos.

Conduta Diagnóstica

Há diversas abordagens para diagnosticar e estimar a perda de volume sanguíneo na hemorragia pós-parto (HPP), incluindo métodos como avaliação visual, pesagem de materiais, uso de coletores e análise de parâmetros clínicos, destacando-se o índice de choque.

A estimativa visual é simples e rápida, mas subjetiva, podendo subestimar perdas significativas em até duas a três vezes. A pesagem de compressas, campos cirúrgicos, lençóis e outros materiais é útil, principalmente em cesáreas e histerectomias. Para isso, utiliza-se a equivalência de 1 mL de sangue para cada 1 grama de peso, calculando-se a diferença entre o peso úmido e o peso seco dos materiais.

Os dispositivos coletores, posicionados sob as nádegas após o parto vaginal, oferecem uma estimativa mais precisa que os métodos anteriores. No entanto, também podem apresentar falhas, já que outros líquidos, como urina e líquido amniótico, podem ser incluídos na medição.

Apesar de parâmetros clínicos como pressão arterial e frequência cardíaca serem indicadores tardios, eles são essenciais para avaliar a gravidade do choque, a resposta ao tratamento e a necessidade de intervenções adicionais. O índice de choque (IC), obtido dividindo a frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica, é um marcador mais precoce de instabilidade hemodinâmica. Valores de $IC \geq 0,9$ apontam para perda sanguínea importante; $IC \geq 1$ (quando a frequência cardíaca supera a pressão sistólica) indica necessidade de ação rápida e possível hemotransfusão. Valores entre 1,3 e 1,7 refletem choque moderado, e acima de 1,7, choque grave. Há ainda propostas para simplificar o ponto de corte para $IC \geq 1$, a fim de facilitar sua aplicação clínica.

Medidas Gerais

Uma vez constatada a hemorragia pós-parto (HPP), a equipe médica deve adotar uma série de medidas para garantir o controle do quadro e preservar a vida materna. Inicialmente, deve-se iniciar a hidratação venosa com solução fisiológica a 0,9% ou ringer lactato, administrando entre 1.000 e 2.000 mL para reposição volêmica.

A inserção de sonda vesical de demora é importante para acompanhar o esvaziamento da bexiga, já que a distensão vesical pode prejudicar a contração uterina. Ao mesmo tempo, devem ser solicitados exames laboratoriais, como hemoglobina, hematócrito e coagulograma, além da coleta de amostra sanguínea para prova cruzada, visando preparar a reserva de hemoderivados, caso seja necessária uma transfusão.

É imprescindível revisar o canal de parto, utilizando instrumentos adequados para inspecionar a vagina, o fundo de saco, o colo uterino e a cavidade uterina, com especial atenção ao segmento inferior, a fim de identificar eventuais fontes de sangramento. Além disso, deve-se reavaliar a contratilidade uterina, verificando a presença do chamado globo de Pinard, sinal importante de tônus uterino adequado.

Outro ponto essencial é garantir que uma caixa de laparotomia esteja disponível para uma eventual necessidade de intervenção cirúrgica de emergência. Por fim, a equipe deve solicitar prontamente o apoio do anestesiologista, informando-o claramente sobre a gravidade do quadro e o risco iminente, garantindo uma atuação conjunta eficiente.

OCTOCINA (1ª escolha)	5UI, EV lento (3min) + 20UI a 40 UI em 500ml SF 0,9% a infusão 250ml/h. Manutenção de 125ml/h por 4 horas. Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de octocina até 24horas (a uma velocidade de 67,5 ml/h ou 3UI/hora. Nesses casos monitore rigorosamente a paciente pelo risco de intoxicação hídrica.
METILERGOMETRINA	0,2mg, IM, repetir em 20min, se necessário Sangramentos graves: realizar mais 3doses de 0,2 mg IM, a cada 4h/4h (dose máx.: 1mg/24horas) • Não utilizar em pacientes hipertensas • Se a primeira dose falhar, é improvável que a segunda seja eficaz
MISOPROSTOL	800 mcg, via retal ou oral OBS: considerar o tempo de latência para início de ação do misoprostol Via retal: início de ação 15-20 min Via Oral: início de ação 7-11 min
ÁCIDO TRANEXÂMICO	1,0 grama, endovenoso lento, em 10 minutos • Iniciar assim que se identificar a hemorragia e em concomitância aos uterotônicos nos casos de atonia uterina • Repetir se: persistência do sangramento 30min após 1ªdose ou reinício do sangramento em até 24horas da 1ª dose

Figura 1: Tratamento medicamentoso da HPP. Fonte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Nos casos de atonia uterina, o primeiro passo no manejo não cirúrgico é realizar a massagem uterina bimanual, conhecida como manobra de Hamilton. Essa técnica consiste em introduzir a mão esquerda do obstetra na vagina, aplicando pressão no fundo uterino pelo lado anterior, enquanto a mão direita, posicionada externamente sobre o abdome, massageia o útero em sentido contrário, comprimindo vigorosamente o órgão. É essencial que a bexiga esteja previamente esvaziada para aumentar a eficácia dessa compressão. Essa manobra deve ser realizada enquanto se administra o uterotônico e aguarda-se o início de seu efeito.



Figura 2. Manobra de Hamilton - Fonte: Adaptada de Anderson e Etches

Quando as intervenções iniciais não produzem resposta satisfatória, pode-se recorrer ao balão de tamponamento intrauterino, uma estratégia eficaz tanto para controle temporário quanto definitivo da HPP. Essa abordagem é especialmente útil para estabilizar a paciente antes de uma eventual transferência para unidade de maior complexidade.

Caso as medidas conservadoras anteriores falhem, outras alternativas incluem procedimentos invasivos como curetagem uterina, ligadura das artérias uterinas, ligadura das artérias hipogástricas, embolização intravascular e, como último recurso, a histerectomia.

Medidas Direcionadas à Causa Base

O manejo da hemorragia pós-parto também deve ser direcionado conforme a causa subjacente, seguindo os princípios das “4 Ts”: **tônus, trauma, tecido e trombina**.

Tônus:

A atonia uterina representa a causa mais frequente de HPP e, por isso, deve ser abordada de forma imediata e agressiva, mesmo nos casos que, à primeira vista, possam parecer pouco graves. A restauração da contratilidade uterina é essencial para controlar o sangramento



Figura 3. Sequência de Atendimento à Atonia Uterina - Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

Trauma:

Na presença de hemorragia, deve-se considerar a possibilidade de lacerações ou hematomas no canal de parto. Para isso, é necessário realizar uma nova inspeção cuidadosa do trajeto do parto, buscando identificar lesões, como lacerações cervicais, vaginais ou perineais, e a presença de hematomas. Quando detectados, os ferimentos devem ser suturados adequadamente, e os hematomas drenados, conforme indicação clínica.



Figura 4. Atendimento das lesões no canal do parto - Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

Tecido:

Os casos de retenção placentária têm se tornado mais comuns, especialmente devido ao aumento das cesarianas e à maior incidência de acretismo placentário. Além disso, podem ocorrer situações em que a placenta não se desprende do leito uterino dentro do tempo esperado, exigindo a realização de extração manual para evitar sangramento persistente.



Figura 5. Abordagem das HPP por retenção de tecido placentário - Fonte: Organização Pan-Americana de Saúde (2018)

Trombina:

Quando o sangramento é contínuo e não há lesões visíveis identificáveis, deve-se suspeitar de uma coagulopatia como diagnóstico de exclusão, como:

1. **Coagulação intravascular disseminada (CIVD)**, muitas vezes desencadeada pela liberação de tromboplastinas na circulação, especialmente em casos de pré-eclâmpsia e descolamento prematuro de placenta (DPP);
2. **Coagulopatia de consumo**, que surge após hemorragias expressivas ocorridas durante o parto;
3. **Deficiências específicas de fatores de coagulação**, como na doença de Von Willebrand ou em outras coagulopatias, sejam elas congênicas ou adquiridas.

A investigação do tipo de coagulopatia deve incluir a coleta de coagulograma e contagem de plaquetas. Em casos de dúvida, deve-se iniciar a reposição de hemoderivados, utilizando plasma fresco, que fornece todos os fatores de coagulação necessários, permitindo uma abordagem específica para cada situação. Além disso, o uso intravenoso de antifibrinolíticos, como ácido tranexâmico (transamin) ou ácido aminocapróico (épsilon), pode ser útil em casos de distúrbios leves da coagulação.

Prevenção

As principais ações para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP) são o uso de ocitocina e o manejo ativo do terceiro estágio do parto. A profilaxia mais comum é aplicar 10 U de ocitocina intramuscular logo após o parto. Em cesáreas, pode-se usar 3 U endovenosas lentas (≥ 30 seg), repetindo a cada três minutos, até três doses, seguida de infusão contínua (15 U em 500 mL de soro a 100 mL/h). Se não houver resposta, usam-se metilergometrina ou misoprostol, respeitando contraindicações. A ocitocina precisa ser refrigerada e protegida da luz.

Outros uterotônicos, como carbetocina, derivados do ergot e misoprostol, são opções quando a ocitocina não está disponível ou bem armazenada. A carbetocina (100 μ g IM ou EV) tem ação prolongada, mas custo elevado e não é indicada para tratamento. A metilergometrina (0,2 mg IM) pode ser combinada à ocitocina, mas deve-se ter cautela em casos de hipertensão. O misoprostol (600–800 μ g via retal) é indicado apenas quando falta ocitocina, podendo também ser associado a ela.

O ácido tranexâmico tem mostrado reduzir perdas sanguíneas e transfusões em alguns estudos, como uma metanálise com 7.122 mulheres e um estudo multicêntrico com 4.551 cesáreas. Contudo, um estudo maior e mais recente, com 11.000 parturientes, não comprovou benefícios nas cesáreas. Assim, ele é recomendado apenas para o tratamento, não para prevenção.

O manejo ativo do terceiro estágio inclui clampeamento do cordão entre 1–3 minutos, tração controlada (Brandt-Andrews), contato pele a pele por pelo menos duas horas e vigilância/massagem uterina nesse período. Embora essas ações não reduzam diretamente a HPP, ajudam no diagnóstico precoce. Outras medidas preventivas são o uso racional de ocitocina durante o trabalho de parto, a episiotomia seletiva e a proibição da manobra de Kristeller.

Ruptura Uterina

A ruptura uterina é definida como a ruptura das camadas da parede uterina - miométrio, endométrio e serosa - que, embora rara, pode acontecer ao final da gestação, antes ou durante o trabalho de parto. Pode ser classificada como completa ou incompleta (deiscência). A primeira, está associada a altas taxas de mortalidade e morbidade perinatais, uma vez que envolve a comunicação direta entre a cavidade uterina e o peritônio. Já a ruptura incompleta, muitas vezes de diagnóstico incidental, é mais silenciosa e menos grave, poupa a camada serosa e não há comunicação livre entre útero e peritônio.

As rupturas complicadas se caracterizam por laceração de outros órgãos, como bexiga, reto ou vagina, infecções secundárias (peritonite e sepse), coagulopatia de consumo (CIVD) e extensão da ruptura para além do útero (ex. ligamentos e vasos pélvicos).

Essa emergência obstétrica ocorre, na maioria das vezes, em pacientes com histórico de cirurgia uterina prévia - geralmente em cesariana anterior. Outros fatores de risco relacionados ao útero são multiparidade com intervalo curto entre os partos, miomectomia, traumas e entre outros procedimentos cirúrgicos uterinos. Relacionados ao trabalho de parto, destaca-se: o uso de uterotônicos, trabalho de parto prolongado, uso excessivo de ocitocina, distócias e macrosomia fetal.

A ruptura uterina é uma das causas de sangramentos da segunda metade da gestação, devendo ser incluída no diagnóstico diferencial com placenta prévia e descolamento prematuro de placenta (DPP).

O diagnóstico é clínico, baseado em sinais sugestivos e achados semiológicos típicos, como a Síndrome Bandl - Frommel (anel de retração patológico visível e/ou palpável, em conjunto dos ligamentos redondos esticados e palpáveis), que sinaliza a iminência de rotura uterina. Outros sinais importantes incluem Sinal de Clark (enfisema subcutâneo em andar uterino) e sinal de Reasens (subida abrupta da apresentação fetal) também estão presentes. A clínica materna é semelhante ao abdome agudo hemorrágico, com hipotensão, taquicardia, sangramento vaginal em “vermelho vivo”, parada das contrações uterinas e alívio abrupto da dor após a ruptura. A ultrassonografia pode ajudar em casos de suspeita subaguda mas é confirmatório apenas na laparotomia.

A rapidez no reconhecimento e intervenção é essencial para o prognóstico materno e fetal. O manejo inclui, inicialmente, a estabilização materna com reposição volêmica, interrupção de uterotônicos e monitoramento intensivo. A intervenção cirúrgica deve ser imediata, com cesária seguida de laparotomia exploradora. Durante o procedimento, histerorrafia (conservadora) ou histerectomia (definitiva) estão indicadas, seguindo critérios clínicos, anatômicos e individuais de cada paciente. Independente da técnica escolhida, a cavidade abdominal deve ser lavada excessivamente com soro fisiológico morno, e devem ser removidos coágulos e restos de líquido amniótico.

A conduta expectante é uma exceção, indicada apenas em casos de deiscência uterina detectada incidentalmente após o parto, em pacientes hemodinamicamente estáveis e sem sinais de sangramento ativo. Nesses casos, recomenda-se internamento para observação rigorosa, preferencialmente em unidade de terapia intensiva. O uso de ocitocina ou outros uterotônicos está contraindicado, devido ao risco de progressão para ruptura completa.

O prognóstico varia conforme a precocidade do diagnóstico e intervenção cirúrgica. Se precoce e eficaz, a sobrevivência materna pode ser preservada. O prognóstico fetal, por sua vez, depende da rapidez do parto após a ruptura. Estudos clínicos indicam que atrasos superiores a 15-18 minutos aumentam significativamente a mortalidade fetal. Em cenários com atraso no diagnóstico ou complicações como hemorragia grave, infecção ou necessidade de histerectomia, a mortalidade materna pode chegar a 12% dos casos. Especificamente em locais com recursos limitados.

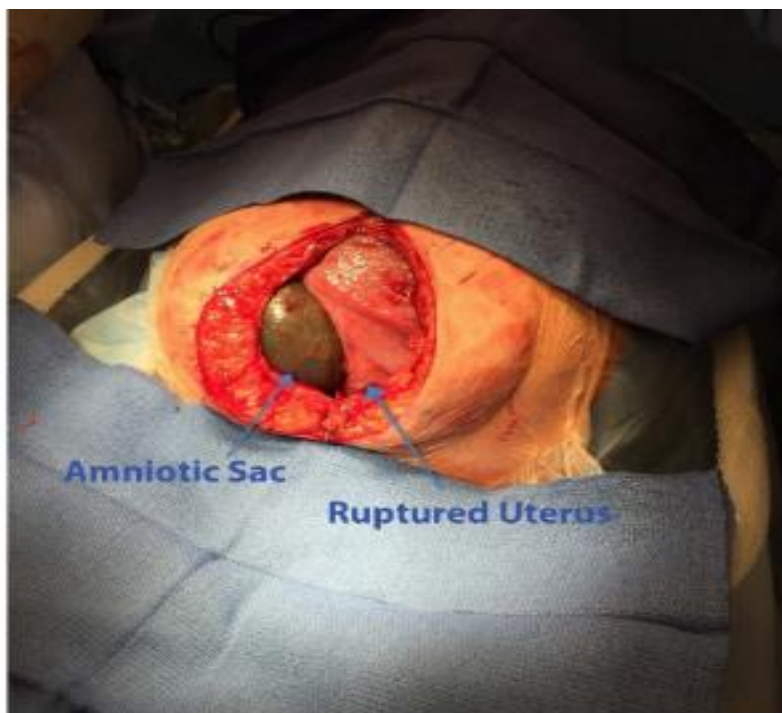


Figura 6. Imagem adaptada de: Woo JY, Tate L, Roth S, Eke AC. *Silent Spontaneous Uterine Rupture at 36 Weeks of Gestation*. Case Rep Obstet Gynecol. 2015;2015:596826. doi:10.1155/2015/596826.

Prolapso de cordão umbilical:

O prolapso de cordão umbilical (PCU) é caracterizado pela saída do cordão umbilical através do colo uterino antes da apresentação fetal, após a ruptura de membranas durante o trabalho de parto. É classificado em oculto quando o cordão está entre a apresentação fetal e as paredes uterinas, sem exteriorização e não é visível ao exame, e evidente (ou verdadeiro) quando desce além da apresentação fetal e pode ser palpado no toque vaginal e visível externamente. Independente da classificação, essa emergência obstétrica leva à compressão da veia umbilical e ao vasoespasmo da artéria uterina, interrompendo o fluxo sanguíneo fetal, com alto risco de hipóxia aguda e morte fetal.

Os fatores de risco podem ser divididos em espontâneos - sendo o principal deles, apresentação fetal anômala ou instável, e relacionados a intervenções obstétricas, como a amniotomia, especialmente em apresentações altas. Polidrâmnio, multiparidade, baixo peso ao nascer, rotação de polo cefálico, aplicação de fórcepe e vácuo são outros fatores que também podem desencadear o prolapso do cordão umbilical.

O PCU pode ser silencioso ou agudo, a depender da classificação. Seu quadro clínico clássico envolve bradicardia fetal sustentada de início abrupto ou desacelerações tardias graves durante monitoramento fetal, em casos francos, o pulso do cordão pode ser sentido ao toque vaginal ou até visualização do cordão na vulva. Não há confirmação radiográfica ou laboratorial disponível, e a descompressão deve ser tentada assim que o

diagnóstico for suspeitado. A ultrassonografia pré-natal para apresentação do cordão demonstrou ser um preditor fraco de prolapso do cordão umbilical.

A rapidez no diagnóstico do prolapso de cordão umbilical é essencial para minimizar os riscos associados e garantir um desfecho favorável para a gestação. Portanto, a conduta imediata deve ser o parto rápido, geralmente cesariana, oximetria fetal com administração de oxigênio materno, hidratação venosa rápida com interrupção de ocitocina. Ademais, posicionar a paciente em posição de Trendelenburg ou genupeitoral podem auxiliar no alívio imediato da compressão, bem como realizar a elevação manual da apresentação fetal (via toque vaginal) e evitar a manipulação do cordão, por induzir vasoespasmos. Em casos de um intervalo potencialmente prolongado até o parto (necessidade de transferência para um hospital) a infusão de solução salina na bexiga pode auxiliar na descompressão e remover a necessidade de elevação manual contínua pelo profissional.

É importante ressaltar que manobras repetidas ou excessivas sobre o cordão, tentar empurrar o cordão de volta para o útero e aguardar evolução espontânea são condutas contra indicadas durante a emergência.

O prognóstico do prolapso de cordão está diretamente relacionado à rapidez da intervenção obstétrica após o diagnóstico. Do ponto de vista fetal, se intervalo prolongado, o risco de lesão hipóxico - isquêmica é alto, podendo levar a encefalopatia neonatal ou morte fetal intraútero. Já do ponto de vista materno, o prognóstico geralmente é favorável, apesar dos riscos de uma cesariana de emergência, como hemorragia, infecção ou lesões cirúrgicas.

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal de Goiás. Manual de Obstetrícia II. Goiânia: UFG; 2014.
2. Universidade do Estado do Pará. Manual de Ginecologia e Obstetrícia. Belém: UEPA; 2019.
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Síndromes hipertensivas da gravidez [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2024 [citado 2025 maio 27]. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/1886-sindromes-hipertensivas-da-gravidez>
3. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Pré-eclâmpsia [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2018 [citado 2025 maio 27]. Disponível em: https://www.febRASGO.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPSIA.pdf
4. de Oliveira LG, Karumanchi A, Sass N. Pre-eclampsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010;32(12):609–16.

6. Smets EM, Visser A, Go AT, van Vugt JM, Oudejans CB. Novel biomarkers in preeclampsia. *Clin Chim Acta*. 2006;364(1-2):22–32.
7. SOPIGO. Manual de Tópicos em Ginecologia. 2023. Sociedade Goiana de Obstetrícia e Ginecologia. Manual de Obstetrícia. Goiânia: SOGB; 2022.
8. FIGO. The FIGO Initiative on Pre-eclampsia: A Global Perspective on Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;145 Suppl 1:1–2. doi:10.1002/ijgo.12783.
9. Rolnik DL, O'Gorman N, Kazemier BM, et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2017;377(7):613-622. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1704559>
10. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*. 2018;72(1):24-43.
11. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Hipertensão na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(Supl 1):1-22.
12. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, et al. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Engl J Med*. 2015;372(5):407-417.
13. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). The ISSHP Classification, Diagnosis & Management Recommendations for Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Pregnancy Hypertension*. 2018;13:291-310. doi:10.1016/j.preghy.2018.05.004..
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. Practice Bulletin No. 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237–60. doi:10.1097/AOG.0000000000003891.
15. FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine. Recommendations for Calcium Supplementation in Pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;154(3):403-409.
16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Diretrizes de Hipertensão na Gravidez. *Femina*. 2023;51(1):1-35.
17. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2017;130(4):e168-86. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
18. FEBRASGO. Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. Edição Especial 2024. São Paulo: FEBRASGO; 2024.
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): OPAS; 2018.

20. Lilley G, Burkett-St-Laurent D, Precious E, Bruynseels D, Kaye A, Sanders J, et al. Measurement of blood loss during postpartum haemorrhage. *Int J Obstet Anesth.* 2015;24(1):8-14. doi: 10.1016/j.ijoa.2014.07.009
21. Al Kadri HM, Al Anazi BK, Tamim HM. Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(6):1207- 13. doi: 10.1007/s00404-010-1522-1
22. Lertbunnaphong T, Lapthanapat N, Leetheeragul J, Hakularb P, Ownon A. Postpartum blood loss: visual estimation versus objective quantification with a novel birthing drape. *Singapore Med J.* 2016;57(6):325-8. doi: 10.11622/smedj.2016107
23. Cannon CM, Braxton CC, Kling-Smith M, Mahnken JD, Carlton E, Moncure M. Utility of the shock index in predicting mortality in traumatically injured patients. *J Trauma.* 2009;67(6):1426-30. doi: 10.1097/TA.0b013e3181bbf728
24. Nathan HL, El Ayadi A, Hezelgrave NL, Seed P, Butrick E, Miller S, et al. Shock index: an effective predictor of outcome in postpartum haemorrhage? *BJOG.* 2015;122(2):268-75. doi: 10.1111/1471-0528.13206
25. Mori H, Shibata E, Kuwazuru T, Uchimura T, Kondo E, Yoshino K. The utility of shock index and heart rate in the management of postpartum blood loss in pregnant women complicated with hypertensive disorders in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2021;47(9):3179-85. doi: 10.1111/jog.14896
26. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Protocolo para o manejo da hemorragia pós-parto [Internet]. Natal: UFRN; [jun.2019] [acesso em 29 maio 2025]. Disponível em: <https://escoladesaude.ufrn.br/media/files/PROTOCOLO-PARA-O-MANEJO-DA-HEMORRAGIA-P%C3%93S-PARTO.pdf>
27. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;157 Suppl 1:3-50. doi: 10.1002/ijgo.14116
28. World Health Organization. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Oct 12]. Available from: [https:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277283/WHO-RHR-18.34-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277283/WHO-RHR-18.34-eng.pdf)
29. Abu-Zaid A, Baradwan S, Alshahrane MS, Bakhsh H, Badghish E, Khadawardi K, et al. Prophylactic tranexamic acid among women undergoing vaginal delivery to reduce postpartum blood loss and related morbidities: a systematic review and meta-analysis of 17 randomized controlled trials. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2022;51(6):102378. doi: 10.1016/j.jogoh.2022.102378
30. Sentilhes L, Sénat MV, Le Lous M, Winer N, Rozenberg P, Kayem G, et al. Tranexamic acid for the prevention of blood loss after cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2021;384(17):1623-34. doi: 10.1056/NEJMoa2028788
31. SANAR. Prolapso de cordão umbilical: o que é e como conduzir. Disponível em: [https://sanarmed.com/prolapso-de-cordao-umbilical-o-que-e-e-como-conduzir-coluni stas/](https://sanarmed.com/prolapso-de-cordao-umbilical-o-que-e-e-como-conduzir-coluni-stas/).

32. AFYA EDUCAÇÃO MÉDICA. O que é prolapso de cordão umbilical e como atuar nesses casos. Disponível em: <https://papers.afya.com.br/blog/o-que-e-prolapso-de-cordao-umbilical-e-como-atuar-nesses-casos>.
33. FETAL MEDICINE. O que é prolapso de cordão umbilical? Disponível em: <https://www.fetalmed.net/o-que-e-prolapso-de-cordao-umbilical/>. BVS SAÚDE. Prolapso de cordão umbilical: manejo clínico. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/mdl-37969005>.
34. MSD MANUAL. Prolapso do cordão umbilical. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/complimenta%C3%A7%C3%B5es-do-trabalho-de-parto-e-do-parto/prolapso-do-cord%C3%A3o-umbilical>.
35. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Pesquisa por: prolapso de cordão umbilical. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/search/all/?term=PCU>. ZAHRA, V. Prolapsed Umbilical Cord. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542241/>.
36. NESTLÉ. Prolapso de cordão umbilical: causas e o que fazer. Disponível em: <https://www.materna.nestlebabyandme.com.br/conteudos/prolapso-de-cordao>. SHATZ, W. L.; SMITH, R. P. Prolapsed umbilical cord: risk factors and perinatal outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology, [s. l.], v. 197, n. 4, p. 678.e1–678.e4, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17990422/>.
37. SILVA, Nádia de Oliveira et al. Rotura e deiscência de cicatriz uterina: estudo de casos em uma maternidade de baixo risco do sudeste brasileiro. RBGO - Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2014. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/RBGO_v36n9.pdf
38. MSD MANUALS. Ruptura uterina. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/complimenta%C3%A7%C3%B5es-intraparto/ruptura-uterina>
39. UNIFTC. Ruptura uterina: revisão integrativa. 2019. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/4624> (4) INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE (INTS). Protocolo de rotura uterina. 2023. Disponível em: <https://ints.org.br>

18. PUERPÉRIO: MANEJO E ORIENTAÇÕES

DOI: 10.36599/itac-978-85-9535-376-3_018

Julia Mendes Campos e Thainá Kühler Lima

Revisado por: Dr Sheldon Rodrigo Botogoski

Puerpério é o período pós-parto, tendo seu início após dequitação da placenta (DP) e seu término após 6- 8 semanas pós-parto. Sendo classificado em puerpério imediato: inicia após a DP até a segunda hora pós-parto; puerpério mediato: marcado pelo início da terceira hora até o final do 12º dia após o parto e puerpério tardio: inicia-se no 11º dia pós-parto estendendo-se até as 6-8 semanas pós-parto.

Essa definição é baseada no intervalo de tempo que o organismo da puérpera retorna ao seu estado pré-gravídico. Nessa fase, espera-se diversas mudanças e transformações do corpo da puérpera que vão desde mudanças uterinas até mudanças no humor desta paciente.

Involução uterina:

Em relação às mudanças uterinas, logo após a DP o útero inicia o processo de involução devido a ação do miométrio. Assim, o útero puerperal tem aparência isquêmica, devido a compressão dos vasos sanguíneos. Além disso, a contração uterina também é responsável pela constrição dos vasos intramiométriais, reduzindo o fluxo no local e prevenindo a hemorragia pós-parto. A palpação juntamente com a altura do fundo uterino tende a reduzir com o passar dos dias após o parto, no qual após 24 horas do parto, o fundo do útero atinge a cicatriz umbilical e após 1 semana se encontra entre a cicatriz umbilical e a sínfise púbica, até não ser mais palpável.

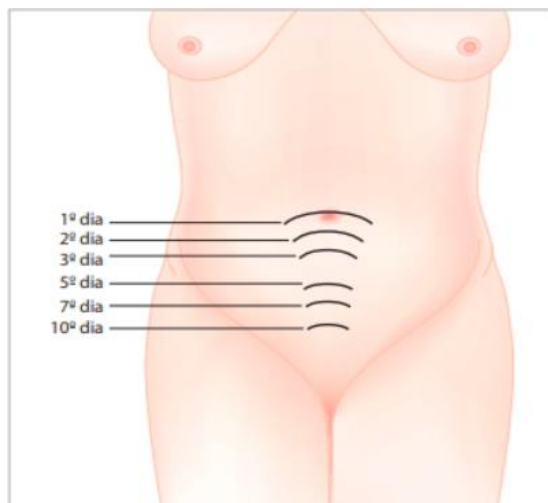


FIGURA 1. Modificações da posição do fundo uterino durante os primeiros 10 dias após o parto.

Imagem 1 - Fonte: ZUGAIB, 5ª Ed; 2023.

Nos primeiros 3 dias do puerpério, espera-se que as contrações uterinas, possam provocar cólicas abdominais por vezes sendo intensas, mais comuns em múltiparas do que em primíparas. Além disso, após a dequitação da placenta, há um processo de regeneração do sítio onde estava instalada a placenta associado a alterações involutivas que se processam simultaneamente, levando à eliminação variável de exsudatos e transudatos denominados lóquios, que são compostos por eritrócitos, leucócitos, porções da decídua, células epiteliais e bactérias. Nos primeiros dias sua coloração tende a ser avermelhada (*lochia rubra*) e após 3 a 4 dias vão se tornando mais acastanhados (*lochia fusca*). Após 10 dias do parto, eles se tornam mais amarelados (*lochia flava*) e por último, esbranquiçada (*lochia alba*).

Imediatamente após o parto, a vagina se encontra alargada e lisa e o retorno ao tamanho antes do parto é lento e raramente se iguala ao período pré-gravídico.

Tremores:

Cerca de 25%-50% das pacientes no pós-parto, possuem tremores com duração de 2- 60 minutos após 1 a 30 minutos da dequitação da placenta. Desconhece-se a etiologia dos tremores nesse período, porém entende-se que seja por um conjunto de fatores, como: hemorragia materno-fetal, microembolia amniótica, reação termogênica materna e hipotermia materna. Assim, a conduta diante desses casos é apenas de suporte.

Parede abdominal:

Em relação a parede abdominal, após o parto ela se encontra frouxa, com retorno de seu tônus normal, após algumas semanas. Porém, em algumas puérperas, pode existir a persistência da diástase do músculo reto abdominal.

Alterações sanguíneas e plasmáticas:

Durante a gestação há um aumento médio de 30% da massa eritrocitária comparado ao período antenatal. Logo após o parto, estima-se uma perda de 14% da série vermelha, e no puerpério espera-se a ascensão dos níveis de hemoglobina e hematócrito em cerca de 15% sobre os níveis de antes da gestação. Em relação à série branca do sangue, durante o parto os níveis de leucócitos tendem a aumentar, podendo chegar a 25.000 leucócitos/mL, as plaquetas diminuem logo após o parto, mas tendem a se normalizarem nos primeiros dias do pós-parto.

Sistema endócrino:

Após a dequitação da placenta, há uma queda da fração beta da gonadotrofina coriônica humana, que retorna ao seu valor normal dentro de 6 semanas pós-parto. Para as mulheres não lactantes, o retorno da menstruação varia de 7-9 semanas, com média de 45 dias após o parto. Entretanto, para as lactantes, há um atraso no retorno da ovulação, em decorrência da inibição que a prolactina faz na liberação pulsátil do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH).

Perda ponderal:

Aproximadamente metade do ganho ponderal adquirido durante toda a gestação é perdida nas primeiras 6 semanas após o parto. No momento imediato pós-parto, a perda é de 4,5 a 6 kg, sendo essa perda atribuída ao feto, placenta, líquido amniótico e perda sanguínea. Após esse período é importante que a puérpera tenha uma rotina de práticas de exercícios físicos tipo caminhada 30 minutos/dia e alimentação balanceada, para que o restante do peso adquirido, possa ser perdido.

Alterações ósseas:

Após o parto, há uma diminuição generalizada da densidade do osso, que tende a retornar aos níveis gravídicos entre 12-18 meses após o parto.

Alterações dermatológicas:

Diversas mudanças são esperadas em relação à pele da puérpera, como: estrias, que variam sua cor desde mais amarelas até prateadas. Além disso, pode ser observado eflúvio telógeno, que é caracterizado como sendo a queda de cabelos que ocorre de 1 até 5 meses após o parto. Sendo que o retorno aos padrões de crescimento normal dos cabelos ocorre entre 6 e 15 meses.

Sistema urinário:

A retenção urinária, definida como ausência de micção espontânea depois de 6 horas do parto vaginal ou de 6 horas da retirada da sonda vesical de demora após a cesariana. É uma complicação que pode estar presente imediatamente após o parto e na maioria dos casos está resolvida, antes da primeira semana pós-parto. Entretanto também pode existir a incontinência urinária no pós-parto, sendo que sua incidência varia de 1-26% entre 3-6 meses após o parto.

Mamas/ aleitamento:

LACTAÇÃO: É recomendado para todos os recém-nascidos nascidos vivos, amamentação exclusiva até os 6 meses de vida, devendo ser parcialmente continuada com a inclusão de outros alimentos até pelo menos os 2 anos de idade.

COLOSTRO: O colostro é precursor do leite humano e consiste em uma secreção alcalina e amarelada que pode estar presente nos últimos meses da gestação ou após 1-5 dias do parto.

LEITE MATERNO MADURO: Possui maior teor de minerais, proteínas, vitamina A, imunoglobulinas e menor concentração de carboidratos e gordura.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS DA AMAMENTAÇÃO: Existem alguns casos específicos que contraindicam a amamentação absoluta. Entre as causas maternas, estão: mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou diante de HTLV1 e 2. Dentre as causas do bebê, se destaca a galactosemia, um erro inato do metabolismo que

impede a metabolização da galactose, podendo ocasionar: alterações hepáticas, catarata e deficiência mental.

ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO:

HOSPITALAR: A grande maioria das puérperas de parto vaginal ou cesárea não complicado, permanecem no ambiente hospitalar por um período de 48 horas. Especialmente no primeiro dia após o parto, a mãe deve ter aferida a temperatura, a pressão arterial, os batimentos cardíacos, oximetria e a frequência respiratória em intervalos regulares. Ela deve passar por exame físico geral e especial com avaliação das mamas, trato urinário, região perineal e membros inferiores. Além de ser monitorizada quanto a possíveis sangramentos vaginais, deve ser palpado o fundo uterino, para verificar a contratilidade uterina. Além disso, nesse período, é importante garantir suporte emocional e tranquilizar a puérpera, a fim de garantir que ela adquira confiança e estreite os laços com o recém-nascido.

Muito importante neste período é não perder a oportunidade de conversar com a paciente sobre métodos contraceptivos que ela poderá usar.

QUEIXAS FREQUENTES:

DIETA E DEAMBULAÇÃO: O quanto antes for possível, deve ser oferecido à mãe dieta geral, desde que não haja restrições alimentares e estimular a deambulação precoce. A fim de garantir uma menor taxa de obstipação e menor risco de trombose venosa profunda e de tromboembolismo pulmonar.

DOENÇA HEMORROIDÁRIA: É uma queixa relativamente frequente entre as puérperas, com regressão dos sintomas após cerca de 8 semanas após o parto. Os principais fatores de risco, para esse achado, são: partos traumáticos e recém-nascidos grandes.

CUIDADO COM AS MAMAS: Estimular o alojamento conjunto, a fim de garantir afinidade entre o recém-nascido e a mãe e a amamentação sob livre demanda. Além disso, recomenda-se a utilização de sutiãs com alças largas e firmes, a fim de manter os ductos mamários em posição anatômica. Nessa fase, é importante orientar sobre a pega correta na amamentação, evitando traumas mamilares e uma indesejável parada na amamentação.

VACINAÇÃO: Na alta hospitalar, devem ser conferidos a situação vacinal e as sorologias da mãe. Se for necessário imunização para rubéola, hepatite B, coqueluche (dTpa), pode ser realizada no próprio hospital ou no puerpério tardio. Mulheres RhD-negativas que não foram sensibilizadas e com recém-nascidos RhD-positivos, devem receber imunoglobulina anti-D, até 72 horas após o parto.

ANTICONCEPÇÃO: Imediatamente após o parto, mulheres que amamentam ou não, podem fazer o uso de anticoncepcionais contendo somente progesterona. E após 6 semanas do parto (42 dias), poderão usar anticoncepcionais hormonais combinados. O dispositivo

intrauterino (DIU), pode ser inserido imediatamente após o parto (nos primeiros 10 minutos da DP), ou então deve-se esperar cerca de 6 semanas após o parto.

ATIVIDADE SEXUAL: No puerpério, há comumente diminuição do interesse sexual nesse período, esse desinteresse, pode estar atribuído a fadiga, dor, sangramento menstrual, atrofia do epitélio vaginal e diminuição da lubrificação em mulheres que amamentam exclusivamente.

RETORNO AMBULATORIAL: Deve acontecer precocemente, após 7- 10 dias do parto, com a finalidade de avaliar a sutura da laceração ou episiorrafia, possíveis infecções, hematomas, retirada dos pontos da cesariana, avaliação de possíveis sinais flogísticos na cicatriz cirúrgica. Outro retorno, deve ser realizado após 40 dias do parto, a fim de realizar as orientações e reforço quanto a anticoncepcional e o retorno à atividade sexual, e possíveis problemas que podem aparecer nessa nova fase.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA:

O puerpério trata-se de um período singular, relacionado com mudanças anatomofisiológicas e questões psicossociais do momento: maternidade, sexualidade, autoestima e reorganização da vida pessoal e familiar. Visto que as puérperas vivenciam uma fase repleta de mudanças e desafios, a saúde mental pode influenciar os seus sentimentos e até o seu funcionamento, uma vez que está relacionada ao estado emocional, psicológico e ao bem-estar, sendo que tais alterações emocionais são tão significativas que podem levar até à depressão pós-parto.

Ao examinar uma mulher no puerpério imediato, deve-se, inicialmente, se a sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. A relação inicial entre mãe e bebê é, ainda, pouco estruturada, com o predomínio de uma comunicação não-verbal e muito emocional e mobilizadora.

É importante salientar que a mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez, e as suas necessidades são frequentemente postergadas em função da necessidade do bebê.

As principais manifestações das alterações emocionais são:

- Baby blues: é a mais frequente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É um estado depressivo mais brando e transitório, o qual aparece geralmente no terceiro dia pós-parto e dura aproximadamente duas semanas. Os sintomas são: fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria e sentimentos de incapacidade;
- Depressão: manifesta-se em 10 a 15% das puérperas. Os sintomas incluem: perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou

culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê;

- Lutos vividos na transição entre a gravidez e a maternidade;
- Perda do corpo gravídico e não retorno imediato ao corpo original;
- Separação entre mãe e bebê.

Além disso, existem preocupações no quesito amamentação, como: medo de ficar eternamente ligada ao bebê, preocupação com a estética das mamas, medo de não ser suficiente e sentimento de incapacitação. Caso o casal já tenha outros filhos, é provável que apareça o sentimento de ciúme, sensação de traição e medo do abandono, sendo necessários rearranjos na relação familiar.

Portanto, é importante que o profissional esteja atento a sinais que identifiquem um sofrimento emocional mais intenso e que fujam da “normalidade” do puerpério. O cuidado contínuo no pós-parto imediato e durante o puerpério é de extrema importância, oferecendo suporte à mulher enquanto ela passa pelo processo de adaptação emocional, fortalece o vínculo com o bebê, lida com as transformações do seu corpo e retoma o planejamento familiar.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NO PÓS-PARTO:

O planejamento reprodutivo (PR) é um conjunto de ações de regulação da fecundidade e pode ser realizado tanto pelo homem, como pela mulher, em conjunto ou isoladamente, mesmo quando não constituem uma família.

Dentro da realidade da elevada quantidade de gestações não planejadas, também existe o problema adicional do número de mulheres brasileiras que engravidam num curto período após o parto. Sabe-se que gestações num intervalo interpartal menor que dois anos pode trazer riscos para a mãe e recém-nascido, como morte materna, baixo peso ao nascer e parto prematuro. Para que essas situações sejam evitadas, a orientação sobre a contracepção após o parto deve ocorrer não apenas no puerpério, mas desde as consultas do pré-natal na gestação, em que os profissionais de saúde precisam estar comprometidos em informar e conscientizar as mulheres sobre a importância do uso de métodos anticoncepcionais (MAC) no puerpério, contribuindo para maior adesão ao PR. Todo esse processo deve ser realizado com respeito ao conhecimento, às vontades e às experiências prévias de cada puérpera.

Dessa forma, os MAC no puerpério devem ser oferecidos pensando primeiramente nos de alta eficácia, passando para os eficazes e deixando os de baixa eficácia por último. Os MAC no puerpério, seguindo essa ordem, são:

- Dispositivo intrauterino (DIU) – **alta eficácia**: pode ser inserido por via vaginal logo após a eliminação da placenta (até 10 minutos), ou por via abdominal durante a cesárea, antecedendo a histerorrafia. Caso não seja inserido dentro desse tempo, é recomendado inseri-lo na sexta semana pós-parto, independente do retorno da menstruação;
- Esterilização Feminina (laqueadura tubária) – **alta eficácia**: dentro das condições que a lei permite, pode ser realizada logo após o parto normal (recomenda-se até 72 horas depois) ou durante a cesárea. A recomendação é de que haja apresentação de todos os MAC disponíveis, uma vez que é um método irreversível;
- Vasectomia – **alta eficácia**: também deve ser realizada dentro da permissão da lei, sendo tomadas as mesmas precauções citadas na laqueadura tubária;
- Progestagênios isolados - **eficaz**: o uso da minipílula, devido à dose reduzida hormonal, não deve ser mais prescrito como método seguro de contracepção, pois, mesmo associado à amamentação, não é um método de alta eficácia. O anticoncepcional hormonal oral contendo doses maiores de progestagênio, como desogestrel e drospirenona, apresenta maior eficácia do que as minipílulas, podendo ser mantido mesmo após o término da lactação. Os injetáveis trimensais – **eficazes** e o implante subdérmico – **alta eficácia**, também podem ser utilizados;
- Hormonal combinado - **eficaz**: contra indicado nas primeiras semanas após o parto, pois aumenta a chance de complicações tromboembólicas. Após seis semanas (42 dias do parto) poderão ser utilizados;
- Anticoncepção de emergência - **eficaz**: não possui restrições para mulheres que estão amamentando, sendo indicado para mulheres que tiverem relação desprotegida ou falha de método e o seu uso deve ser preferencialmente após a mamada. Porém, não é indicada se ocorrer antes de 21 dias pós-parto;
- Lactação e amenorreia como método (LAM) – **baixa eficácia**: para esse método, é necessária amamentação exclusiva a livre demanda até seis meses após o parto e ausência de menstruação nesse período. As mulheres devem ser orientadas de que a eficácia desse método diminui quando o número de mamadas diminui, a menstruação retorna ou com mais de seis meses após o parto;
- Métodos de barreira – **baixa eficácia**: utilização de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações evita, além de gravidez, a aquisição de uma IST, sendo que todas as opções (são elas: condom masculino e feminino, diafragma e espermicidas) podem ser utilizadas durante a amamentação. No puerpério, recomenda-se a utilização de preservativo lubrificado, a fim de evitar o

desconforto ocasionado pelo ressecamento da mucosa vaginal. A utilização do diafragma deve ocorrer após seis semanas do parto, para que a escolha do tamanho seja mais adequada;

- Métodos comportamentais – **baixa eficácia**: incluem coito interrompido, abstinência sexual, Billings e tabela, sendo que os últimos dois são difíceis de serem utilizados neste período visto que a função ovariana ainda não retornou ao normal.

O método utilizado deve ser avaliado de acordo com os critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos estipulados pelo CDC, pois os critérios da OMS estão desatualizados. As puérperas que não amamentam ou quando o aleitamento é misto, o início do método contraceptivo deve ser imediato, não devendo ultrapassar até a terceira ou quarta semana após o parto, pois corre risco do retorno da ovulação. Caso tenha aleitamento materno exclusivo, a anticoncepção pode ser iniciada mais tardiamente, a partir da sexta semana após o parto, sendo aconselhável que não ultrapasse o período de três meses sem nenhum método. Caso a mulher esteja em amenorreia, é recomendável que a hipótese de gravidez seja afastada antes da introdução de qualquer método contraceptivo.

REFERÊNCIAS:

1. ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. Zugaib obstetrícia. 5. ed. Barueri: Manole, 2023. xiii, 1421 p. ISBN 978-65-5576-033-3.
2. Tortorelli, T. G., Zerbetto, S. R., & Lima, L. R. O. (2024). Atenção psicológica às puérperas na maternidade: relato de experiência. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 13, e5509. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5509>. Disponível em: file:///C:/Users/maris/Downloads/RPDS+v13_5509_PT.pdf. Acesso em: 24 maio 2025.
3. MOREIRA, Patrícia C., *et al.* As Demandas Psicológicas no Puerpério: Uma Revisão de Literatura. *Rev. FSA, Teresina*, v. 19, n. 11, art. 18, p. 363-386, nov. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.12819/2022.19.11.18>. Disponível em: <file:///C:/Users/maris/Downloads/2619-491496817-3-PB.pdf>. Acesso em: 24 maio 2025.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 24 maio 2025.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 24 maio 2025.

6. MARTINS, Márcia R. L da S., *et. al.* Planejamento reprodutivo no pós-parto entre mulheres atendidas na atenção básica. Revista de Saúde Coletiva da UEFS, Senhor do Bom Fim, v. 13, n.1, abr. 2023. DOI: 10.13102/rscdauefs. v13i1.8532. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/8532/8374>. Acesso em: 24 maio 2025.
7. FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe S. de. Tratado de Obstetrícia: FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. 1132 p. ISBN 978-85-352-3303-2.
8. Ngugyen AT, Curtis KM, Tepper NK, Kortsmitt K, Brittain AW, Snyder Em, *et al.* U.S Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. U.S. Department of Health and Human Services. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports, 73:4, 2024.

