



Jornal Brasileiro
de Ginecologia

Volume 129, Número 1

2019

Janeiro - Junho



SGORJ - Associação de Ginecologia e
Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro
www.sgorj.org.br

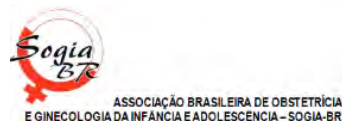
Uma vergonha na saúde pública brasileira.



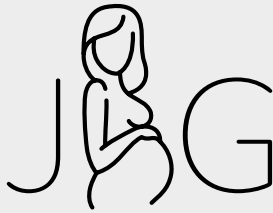
19 de outubro de 2019

(terceiro sábado de outubro)

Lei Federal No. 13.430 de 31 de março de 2017



Cumprindo o nosso papel



Jornal
Brasileiro
de Ginecologia
ISSN: 0368-1416

www.jbg.org.br

Corpo Editorial

O Corpo Editorial da JBG é formado pelo Editor-Chefe, dois Coeditores, e Conselho Editorial. O Conselho Editorial será responsável pela revisão e aceitação ou não de todas as contribuições enviadas à JBG para publicação.

Editores-Chefe

Mauro Romero Leal Passos (RJ)
Renato Augusto Moreira de Sá (RJ)

Coeditores

André Luiz Arnaud Fonseca (RJ)
Silvio Silva Fernandes (RJ)

Editor Científico de Honra

Hugo Miyahira (RJ)

Conselho Editorial

Alexandre José Baptista Trajano (RJ), Ana Bianchi (Uruguai), Antônio Rodrigues Braga Neto (RJ), Carlos Augusto Faria (RJ), Cristiane Alves de Oliveira (RJ), Denise Araújo Lapa Pedreira (SP), Denise Leite Maia Monteiro (RJ), Eduardo Bruno Giordano (RJ), Eduardo Camargo Millen (RJ), Eduardo Sérgio V. Borges da Fonseca (PB), Fernanda Campos da Silva (RJ), Fernando Maia Peixoto Filho (RJ), Flavia Maria de Souza Clímaco (RJ), Henrique Alberto Pasqualette (RJ), Ivan Andrade de Araújo Penna (RJ), Isabel Cristina C. V. Guimarães (RJ), José Eleutério Junior (CE), Jorge F. de Rezende Filho (RJ), Karen Soto Perez Panisset (RJ), Luiz Gustavo de Oliveira Bueno (RJ), Luiz Augusto Giordano (RJ), Marco Aurélio Pinho de Oliveira (RJ), Marcos Felipe Silva de Sá (SP), Maria do Carmo Borges de Souza (RJ), Mario Gáspare Giordano (RJ), Mario Vicente Giordano (RJ), Paulo Maurício Soares Pereira (RJ), Paulo Roberto Nassar de Carvalho (RJ), Plínio Tostes Berardo C. da Cunha (RJ), Renato de Souza Bravo (RJ), Roberto de Azevedo Antunes (RJ), Susana Cristina Aidé V. Fialho (RJ), Vera Lucia Mota da Fonseca (RJ)



**SGORJ - Associação de Ginecologia e
Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro**
www.sgorj.org.br

filiada à



FEBRASGO
Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Diretoria

Presidente

Mauro Romero Leal Passos

1º Vice-Presidente

Renato Augusto Moreira de Sá

Vice-Presidentes

Célia Regina da Silva

Gutemberg Leão de Almeida Filho

Mario Vicente Giordano

Secretário Geral

Silvio Silva Fernandes

Secretários Adjuntos

Alessandra Lourenço Caputo
Magalhães

Deyse Barrocas

Juliana de Moura Cabral

Karen Soto Perez Panisset

Ricardo Vasconcellos Bruno

Tesoureiro-Geral

Luiz Augusto Giordano

Tesoureiros Adjuntos

Luiz Gustavo de Oliveira Bueno

Roberto de Azevedo Antunes

Largo do Machado, 54, sala 1.206 - Catete - CEP: 22221-020 - Rio de Janeiro (RJ)

Tel: (21) 2285-0892 - www.sgorj.org.br

Produção Editorial

Zeppelini Publishers/Rede Filantropia
www.zeppelini.com.br

SUMÁRIO - Volume 129, Número 1/2019

EDITORIAL

Morte materna

Maternal death

Alfredo de Almeida Cunha..... 2

ARTIGO ORIGINAL

Grupos de Robson na prevalência da cesariana

Robson groups and prevalence of cesarean section

Alfredo de Almeida Cunha, Christiane Gonçalves Escobar Toscano, Amanda Rocha Saraiva, Henrique Erthal, Carlos Henrique Bosch Wiedemer, Isabela de Oliveira Cunha, Mariana Sales Assad, Josiane Oliveira Gomes, Carolina Nunes Campos 5

ARTIGO DE OPINIÃO

Considerações sobre a sepse obstétrica no bicentenário do nascimento de Ignaz Philipp Semmelweis

Considerations on obstetric sepsis in the bicentennial of the birth of Ignaz Philipp Semmelweis

Antônio Braga, Edward Araújo Junior, Renata Lopes, Vanessa Campos, Joffre Amim Junior, Jorge Rezende Filho, Carlos Antonio Barbosa Montenegro 11

CARTA AO EDITOR

Mycoplasma genitalium:

vale a pena rastrear em mulheres?

Mycoplasma genitalium: is it worth screening?

José Eleutério Jr. 14

NOTA TÉCNICA

Nota de alerta sobre sarampo: recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações, Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro e Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência

Isabela Ballalai, Denise Leite Maia Monteiro 15

Filiada à



Morte materna

Maternal death

A morte materna é o pior desfecho do ciclo gravídico-puerperal. Tem impacto sobre a família e a sociedade, caracterizando um problema de saúde pública. Assim foi considerada na instalação do primeiro Comitê de Morte Materna nos Estados Unidos, em 1930, cujos efeitos fizeram-se sentir rapidamente. Houve uma queda acentuada da mortalidade materna, obrigando o uso de um novo indicador de qualidade da assistência obstétrica, a mortalidade perinatal. Entretanto, essa não é a realidade dos países em desenvolvimento, onde, em 1987, a Organização Mundial de Saúde registrou 500.000 mortes de mulheres por ano devido a complicações da gravidez e do parto¹.

Uma revisão das bases de dados que pudessem informar sobre as causas de morte materna confirma a necessidade de ampliar a busca por outras fontes além das bases de dados eletrônicas conhecidas em revisões sistemáticas de prevalência/incidência de morbidade e de mortalidade materna. Essas incluem bancos de dados regionais tais como LILACS e outras fontes de tópico específico, como ainda a procura de outras bases de dados eletrônicos. Portanto, diretrizes para estratégias de pesquisa para estudos de prevalência/incidência precisam ser desenvolvidas².

Ainda assim, a estimativa de mortalidade materna em 141 países e 78,1% dos nascidos vivos no mundo revelou grande variabilidade entre os países e em regiões e sub-regiões. Um modelo de regressão, incluindo variáveis específicas selecionadas em determinado país explicou os 90% de variabilidade nas estimativas de mortalidade materna. Entre todas elas, três tinham relações mais fortes com a mortalidade materna: a proporção de partos assistidos por um atendente qualificado durante o nascimento, a taxa de mortalidade infantil e as despesas de saúde per capita. Concluiu-se que, exceto em países desenvolvidos, a variabilidade das estimativas de mortalidade materna é grande em sub-regiões. Assim, parece mais apropriado estudar tal variação por meio de diferenciais em outras características nacionais e subnacionais³.

MORTALIDADE MATERNA GLOBAL: ESTUDOS SOBRE MORTE/MORBIDADE MATERNA

Uma revisão bibliográfica incluiu os títulos e resumos de cerca de 65 mil citações identificadas por meio de 11 bases de

dados eletrônicas, bem como várias outras fontes. Avaliaram-se criticamente 4.626 relatórios e 2.443 foram incluídos na revisão. Aproximadamente um terço dos estudos foi realizado na Ásia e na África. A geração de relatórios de qualidade era geralmente baixa com as definições para as condições, e os métodos de diagnóstico muitas vezes não foram relatados. Concluiu-se que existem desafios e questões relativas à pesquisa, avaliação crítica e dados epidemiológicos consideráveis nessa revisão sistemática de estudos de prevalência/incidência. Liderança, recursos e construção de consenso são necessários para melhorar os padrões de monitoramento de carga da doença⁴.

MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: REVISÃO DE 30 ANOS DE ESTUDOS

Realizou-se uma busca eletrônica de artigos científicos publicados entre 1980 e 2010 nas bases de dados LILACS e MEDLINE, sendo 486 selecionados inicialmente. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 50. A comparação dos dados mostrou queda da razão de morte materna (RMM) de forma diferenciada nas regiões brasileiras. Os estudos sobre determinação do óbito materno apontaram desigualdades sociais relacionadas à cor da pele e à escolaridade. O preenchimento incompleto da declaração de óbito e a subnotificação ainda persistem. Prevaleram as causas obstétricas diretas, com predomínio das doenças hipertensivas. Quando analisada, a evitabilidade apontou falhas na assistência pré-natal e ao parto. Apesar de sua relevância, são poucos os artigos sobre mortalidade materna no Brasil. A RMM, embora em declínio, permanece em níveis elevados. Melhorias na qualidade da assistência pré-natal e ao parto são necessárias⁵. As diferenças da RMM entre as diversas regiões do Brasil ressaltam o problema econômico, conforme vários estudos demonstram⁶⁻¹⁵.

PREVENÇÃO DA MORTE MATERNA

Os Comitês de Morte Materna têm papel fundamental para análise da frequência e das causas de morte materna, assim como ferramentas para prevenção. A elaboração de um manual tem sido objeto de estudo no Brasil, o qual começou a funcionar em 1991¹⁶. Em 2002¹⁷, a Organização Pan-Americana de Saúde publicou diretrizes para a redução da mortalidade e da morbidade materna, definindo

cuidados obstétricos essenciais e integrais. O primeiro grupo inclui assistência pré-natal, atenção às complicações da gravidez, atenção ao trabalho de parto, atenção ao parto, tratamento médico das complicações do parto, procedimentos relativos à extração manual da placenta e sutura de lacerações do canal do parto, atenção ao neonato e cuidados especiais neonatais. O segundo grupo (cuidados obstétricos integrais) inclui, além dos anteriores, atenção aos cuidados obstétricos básicos, disponibilidade de anestesia, de centro cirúrgico e de sangue¹⁸.

Ressalta-se que outros estudos sobre morte materna têm sido importantes na redução da morte e da morbidade materna, conforme diversos autores já relataram^{12-14,19-29}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora sejam considerados inconsistentes, alguns valores da RMM estão elevados no Brasil, sugerindo baixa efetividade das políticas públicas para enfrentar essa questão. A melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio, já que as situações de risco atingem, principalmente, mulheres com pouco acesso aos serviços de saúde. Esse fato exige uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade, um controle social eficaz com ampliação e qualificação dos Comitês de Morte Materna e a mobilização de gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil na promoção de políticas públicas que busquem a redução da mortalidade

materna. Quanto às futuras pesquisas sobre o tema, urge ampliar a produção científica em regiões pouco estudadas, ou incentivar a publicação de teses realizadas nesses locais. Também deve ser ampliado o estudo dos determinantes da mortalidade materna, com especial foco nos grupos mais vulneráveis, tornando a produção científica ainda mais relevante no enfrentamento desse grave evento entre as mulheres brasileiras^{5,20}.

Um estudo com o objetivo de identificar e descrever as características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos entre 2000 a 2012 em um hospital de referência no interior do Estado de São Paulo analisou 58 casos. Identificou-se o seguinte: idade média de 29,11 anos, 56,9% com uma a três gestações anteriores, 56,9% de partos cesáreos, 84,5% de complicações maternas durante a gestação e o puerpério, 81% de óbitos no puerpério e 56,9% de óbitos classificados como causas diretas, sendo 44,8% mortes atribuídas à hipertensão arterial. Concluiu-se pela necessidade de investimento na assistência obstétrica com foco na diminuição das complicações no período gravídico puerperal, reduzindo, assim a mortalidade materna³⁰.

Alfredo de Almeida Cunha

Comissão de Morte Materna da Associação de Ginecologia e Obstetria do Estado do Rio de Janeiro
E-mail: aacunha@uol.com.br

REFERÊNCIAS

1. AbouZahr CL. Lessons on safe motherhood. *World Health Forum*. 1998;19(3):253-60.
2. Betrán AP, Say L, Gülmezoglu AM, Allen T, Hampson L. Effectiveness of different databases in identifying studies for systematic reviews: experience from the WHO systematic review of maternal morbidity and mortality. *BMC Med Res Methodol*. 2005;5(1):6. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-5-6>
3. Betrán AP, Wojdyla D, Posner SF, Gülmezoglu AM. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health*. 2005;5:131. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-131>
4. Gülmezoglu AM, Say L, Betrán AP, Villar J, Piaggio G. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: methodological issues and challenges. *BMC Med Res Methodol*. 2004;4:16. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-4-16>
5. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):623-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400002>
6. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):396-406. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200017>
7. Tognini S, Garcia MLB, Braga ALF, Martins LC. Perfil da mortalidade materna na região do Grande ABC de 1997 a 2005. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(4):409-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000400014>
8. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Duarte Neto PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):1977-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000011>
9. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):732-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300026>
10. Souza KV, Almeida MRCB, Soares VMN. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003 - 2005. *Esc Anna Nery*. 2008;12(4):741-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400019>
11. Mota SMM, Gama SGN, Theme Filha MM. Mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, em 2004: uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(1):33-42. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000100004>
12. Mota SMM. Mortalidade materna no município de Belém, Pará: uma avaliação do sistema oficial de óbitos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

13. Assunção MJM. Mortalidade materna no município de Belém, Pará no ano de 2004 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
14. Ambrósio MR, Castro RB, Quirino TF. Mortalidade materna em Uberlândia - MG, nos anos de 1998 e 1999. *Rev Med Minas Gerais*. 2005;15(2):74-7.
15. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(7):455-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000700005>
16. Cunhal, Donaldo Cerci da; Salgado Neto, João; Halbe, Hans Wolfgang; Ottoboni, Wilson Roberto; Gotardo, Dorival. Comitês de morte materna. In Faundes, Anibal, org; Cecatti, José Guilherme, org. *Morte Materna: uma tragédia evitável*. Campinas, Ed. UNICAMP, 1991.p45-73. Monografia em Português.
17. Mini-manual dos Comitês de Vigilância à Morte Materna. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Publicado em São Paulo, s.d., 11 p. Monografia em Português.
18. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 130ª Sesión del Comité Ejecutivo [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2002 [acessado em 5 set. 2019]. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/gov/ce/ce130-16-s.pdf>
19. Andrada AAC, Vitorello DA, Saab Neto JA. Mortalidade materna no Estado de Santa Catarina durante o Ano de 2001. *ACM Arq Catarin Med*. 2003;32(4):56-64.
20. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):183-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100020>
21. Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z, Makari S. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity. *Medicina (Kaunas)*. 2004;40(4):299-309.
22. Callister LC. Global maternal mortality: contributing factors and strategies for change. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2005;30(3):184-92; quiz 193-4.
23. Bonciani RDF. Mortalidade materna: uma análise da utilização de lista de causas presumíveis [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.
24. Morse ML, Fonseca SC, Gottgroy CL, Waldmann CS, Gueller E. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):310-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200012>
25. Carreno I. Mortalidade materna no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 1999 a 2008 [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
26. Faria DR, Sousa RC, Costa TJNM, Leite ICG. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Rev Med Minas Gerais*. 2012;22(1):1-128.
27. Soares VMN, Souza KV, Azevedo EMM, Possebon CR, Marques FF. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(12):536-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012001200002>
28. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(7):290-5. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140004892>
29. Silva RMM, Mazotti BR, Zilly A, Ferreira H, Caldeira S. Análise da incidência de óbitos fetais entre municípios da nona regional de saúde do Paraná. *Semina cienc biol saude*. 2016;37(1):33-42. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2016v37n1p33>
30. Fernandes BB, Nunes FBBF, Prudêncio PS, Mamede FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):192-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56792>

Grupos de Robson na prevalência da cesariana

Robson groups and prevalence of cesarean section

Alfredo de Almeida Cunha^{1*}, Christiane Gonçalves Escobar Toscano²,
Amanda Rocha Saraiva¹, Henrique Erthal¹, Carlos Henrique Bosch Wiedemer¹,
Isabela de Oliveira Cunha¹, Mariana Sales Assad¹,
Josiane Oliveira Gomes¹, Carolina Nunes Campos¹

RESUMO

Introdução: A análise da incidência de cesariana classicamente tem sido feita baseada nas indicações. Entretanto, como estas variam de acordo com a população assistida, com os protocolos e com a equipe médica, sua comparação é difícil. Há 18 anos foi proposta uma classificação baseada no perfil das pacientes, tentando responder à pergunta: “Quem é operada?”. **Objetivo:** Avaliar a associação dessa classificação com as taxas de cesariana. **Métodos:** População de pacientes assistidas em maternidade de referência para gravidez de alto risco. O desenho foi de estudo transversal, comparando-se os grupos da classificação de Robson com as taxas de cesariana. Foi construída base de dados com o programa Epi Info, versão 7, igualmente utilizado para a análise estatística. Os dados foram extraídos dos prontuários médicos. **Resultados:** Foram observadas 138 pacientes, cuja prevalência global de cesariana foi de 70/138 (50,72%). A participação dos grupos de Robson na prevalência de cesariana foi assim observada: grupo 1, 32,65%; grupo 2, 55,55%; grupo 3, 45,45%; grupo 4, 33,33%; grupo 5, 76,67%; grupo 6, 100%; grupo 7, 100%; grupo 8, 22,22%; grupo 9, 100%; e grupo 10, 62,51%. Entretanto, a análise final mostrou que a contribuição relativa de cada grupo para a taxa de cesariana foi, respectivamente, 22,9; 7,1; 14,3; 1,4; 32,9; 5,7; 4,3; 2,9; 1,4; e 7,1%. **Conclusão:** A classificação de Robson mostrou-se útil para avaliar a participação na prevalência de cesariana de acordo com o perfil das pacientes, permitindo uma abordagem de possível intervenção para redução da taxa de cesariana de acordo com o grupo.

Palavras-chave: parto obstétrico; classificação; parto normal; cesárea; trabalho de parto induzido; trabalho de parto prematuro.

ABSTRACT

Introduction: The analysis of the incidence of caesarean classically has been made based on indications. However, as these vary according to the assisted population, to protocols and to the medical staff, their comparison is difficult. Eighteen years ago, a new classification was proposed based on the patients' profile, aiming at answering the question: who is being operated? **Objective:** To evaluate the association of this classification with the caesarean rates. **Methods:** Population of assisted patients in motherhood for high-risk pregnancy. The design was a cross-sectional study, comparing the Robson's classification groups with the caesarean section rates. Database has been built with the Epi Info, version 7, also used for statistical analysis. Data were extracted from the medical records. **Results:** 138 patients were observed and the global prevalence of Cesarean section was 70/138 (50.72%). The participation of Robson groups in the prevalence of Cesarean section was thus observed: Group 1, 32.65%; Group 2, 55.55%; Group 3, 45.45%; Group 4, 33.33%; Group 5, 76.67%; Group 6, 100%; Group 7, 100%; Group 8, 22.22%; Group 9, 100%; Group 10, 62.51%. However, the final analysis showed that the relative contribution by each group to the Caesarean rate was 22.9%, respectively, 7.1, 14.3, 1.4, 32.9, 5.7, 4.3, 2.9, 1.4 and 7.1%. **Conclusion:** Robson's classification proved itself to be useful to evaluate the participation in the prevalence of Cesarean section in accordance with the patients' profile, allowing for a possible intervention approach to reduce the rate of caesarean section according to the group.

Keywords: delivery, obstetric; classification; natural childbirth; cesarean section; labour, induced; obstetric labor, premature.

¹Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Serviço de Obstetrícia, Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

*Autor correspondente: aacunha@uol.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 17/01/2019. Aprovado em: 22/04/2019.

INTRODUÇÃO

As taxas de cesariana (CS) têm aumentado em todo o mundo nas últimas décadas, com muitos países ultrapassando a taxa de 15% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1995, a taxa de CS no Canadá foi de 17,6%, subindo para 26,9% em 2010. O rápido aumento recebeu atenção porque está associado a riscos imediatos e tardios para a mãe e o recém-nascido. Historicamente, as indicações de CS têm sido os fatores clínicos, tais como complicações maternas e obstétricas, antecedentes de CS, distocias, sofrimento fetal, apresentação pélvica e apresentações anômalas. Alterações recentes nas características maternas podem ajudar a explicar o aumento da taxa, incluindo idade materna mais avançada e maiores taxas de hipertensão, diabetes, obesidade e gestação múltipla. Entretanto, muitos outros fatores podem ter contribuído para o aumento da taxa de CS, como a inclusão de técnicas cirúrgicas, a percepção da paciente e do médico da segurança do procedimento, a demanda da paciente, padrões da prática clínica e a pressão sobre os médicos por medicina defensiva¹.

Auditoria das taxas de CS tem sido feita em muitos países, entretanto não existe padrão internacional aceito para essa avaliação, incluindo as características maternas e neonatais em grupos comparáveis. Muitos métodos têm usado as indicações obstétricas para essa comparação, mas enquanto fornecem informações porque a CS foi feita, falta informação no ciclo da auditoria para que possa haver uma modificação prospectiva. Em 2001, foi proposta uma classificação em dez grupos, considerando as características das pacientes que contemplam essa comparação^{2,3}.

A medição da taxa de CS em geral é insuficiente para compreender as tendências em práticas de CS ao longo do tempo, pois os obstetras decidem realizar esse procedimento em uma variedade de situações obstétricas. Propor medidas significativas para estabilizar ou diminuir a taxa de CS requer estudar o perfil dessas práticas e suas tendências ao longo do tempo, com classificações adequadas e informativas. Muitas classificações foram propostas, e a de Robson é fácil de usar e pode ser reproduzida⁴⁻⁷.

MÉTODOS

População atendida em maternidade de referência para gravidez de alto risco no período de 11 de abril a 20 de junho de 2018.

Desenho

Estudo transversal que classificou as pacientes segundo os dez grupos de Robson e observou a participação delas na prevalência da CS e a contribuição para a taxa de CS, segundo Robson.

Os grupos de Robson são descritos por Betrán em 2001³ e caracterizados como:

- Nulípara, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, trabalho de parto (TP) espontâneo;

- Nulípara, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP induzido ou CS antes do TP;
- Múltipara sem CS prévia, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP espontâneo;
- Múltipara sem CS prévia, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, parto induzido ou CS antes do TP;
- Múltipara com CS prévia, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas;
- Todas nulíparas com apresentação pélvica;
- Todas múltiparas com apresentação pélvica (inclusive com CS prévia);
- Todas as gestações múltiplas (inclusive com CS prévia);
- Todas com apresentação córmica ou oblíqua (inclusive com CS prévia);
- Todas com feto único, cefálico, < 37 semanas (inclusive com CS prévia).

Foi construída uma base de dados baseada no prontuário médico em que constam as variáveis utilizadas na classificação de Robson e o tipo de parto (CS ou parto vaginal). Para isso, usou-se o programa Epi Info, também utilizado para a análise estatística.

O presente estudo é parte do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2 de agosto de 2017 (CAAE 71271617.0.0000.5275)

RESULTADOS

Foram observadas 138 pacientes, cuja prevalência global de CS foi de 70/138 (50,72%). A média de idade foi de 20,91 anos (desvio padrão — DP=6,20), 10 pacientes com idade abaixo de 20 anos e 16, acima de 35 anos. As características utilizadas na classificação dos grupos de Robson incluem a paridade, que variou entre 0 (n=71, 51,51%), 1 (n=47, 34,06%), 2 (n=14, 10,14%) e 3 (n=6, 4,35%) partos. O antecedente de CS foi de 0 (n=100, 72,46%), 1 (n=35, 25,36%), 2 (n=1, 0,72%) e 3 (n=2, 1,45%). A presença de gestação gemelar foi de cinco casos (3,62%), a apresentação anômala foi pélvica (n=7, 5,07%) e córmica (n=1, 0,72%). O trabalho de parto foi induzido em 14 (10,14%) mulheres e a idade gestacional variou de 24 a 41 semanas, com 8 prematuros (idade gestacional < 37 semanas) (Tabela 1).

A participação dos grupos de Robson na prevalência de CS foi assim observada: grupo 1, 32,65%; grupo 2, 55,55%; grupo 3, 45,45%; grupo 4, 33,33%; grupo 5, 76,67%; grupo 6, 100%; grupo 7, 100%; grupo 8, 22,22%; grupo 9, 100%; e grupo 10, 62,51% (Tabela 2). Entretanto, a análise final mostrou que a contribuição relativa de cada grupo para a taxa de CS foi, respectivamente, 22,9; 7,1; 14,3; 1,4; 32,9; 5,7; 4,3; 2,9; 1,4; e 7,1% (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição das características na classificação de Robson (n=138).

Característica	n	%
Antecedente obstétrico		
Paridade		
Nulípara	71	51,45
Múltipara	67	48,55
Antecedente de cesariana		
Sim	38	27,54
Não	100	72,46
Gestação gemelar		
Sim	5	3,62
Não	133	96,38
Apresentação		
Cefálica	130	94,20
Pélvica	7	5,07
Córmica	1	0,72
Indução do trabalho de parto		
Sim	14	10,14
Não	124	89,86
Prematuridade		
Sim	8	5,79
Não	130	94,20

DISCUSSÃO

A classificação de Robson permitiu caracterizar cada grupo e a sua respectiva participação na prevalência de CS. Os grupos 6, 7 e 9 referem-se à apresentação anômala e a alta frequência (100%) de CS está justificada pelos atuais protocolos⁸. A transformação da apresentação pélvica em cefálica pela versão apresenta problemas, e a maioria das mulheres não recebe essa forma de tratamento⁹. A indução do trabalho de parto é uma opção na apresentação pélvica em casos selecionados. Embora seja uma prática limitada pelos riscos do parto em apresentação pélvica¹⁰⁻¹³, bons resultados foram relatados na literatura¹⁴.

O grupo 10 refere-se ao parto pré-termo, que pode ter sido indicado pelo comprometimento do bem-estar materno (pré-eclampsia) ou fetal (sofrimento crônico); pode ter sido espontâneo, passível de alta associação com a CS, embora diferenças de prática possam contribuir para a variação nas taxas de CS (baixas taxas em partos prematuros não foram associadas com os piores resultados^{15,16}), podendo-se mesmo considerar a possibilidade de indução do parto pré-termo¹⁷. Entretanto, deve-se avaliar os fatores de risco. A apresentação pélvica é comum em prematuros e está associada com o uso generalizado de CS, com significativas disparidades regionais, o que poderia refletir a falta de consenso e recomendações sobre o modo preferencial de parto. Outros fatores associados ao parto cesáreo são as facilidades da unidade de saúde, a corioamnionite, a admissão após o início do trabalho de parto e a idade gestacional¹⁸.

Tabela 2. Contribuição do grupo para a taxa de cesariana.

Grupo	Número de cesarianas	Total de partos	Tamanho do grupo (%)*	% cesarianas no grupo**	Contribuição absoluta do grupo para taxa de cesariana (%)***	Contribuição relativa do grupo para taxa cesariana (%)****
1	16	49	35,5	32,6	11,6	22,9
2	5	9	6,5	55,5	3,6	7,1
3	10	22	15,9	45,4	7,2	14,3
4	1	3	2,1	33,3	0,7	1,4
5	23	30	21,7	76,6	16,7	32,9
6	4	4	2,8	100	2,9	5,7
7	3	3	2,1	100	2,2	4,3
8	2	9	6,5	22,2	1,5	2,9
9	1	1	0,7	100	0,7	1,4
10	5	8	5,7	62,5	3,6	7,1
Total	70	138	100	50,7	50,7	100

*Número de partos no grupo/total de partos (49/138=35,5%); **número de cesarianas no grupo/partos no grupo (16/49=32,6%); ***número de cesarianas no grupo/total de partos (16/138=11,6%); ****número de cesarianas no grupo/total de cesarianas (16/70=22,9%).

Evidências sobre o modo ideal de parto para o nascimento prematuro são carentes e pode haver variação considerável na prática. Estudo foi feito para avaliar se a variação nas taxas de CS no parto prematuro do hospital (classificação de Robson grupo 10) e os resultados são explicados por características clínicas, assistência ou hospital. O estudo foi de coorte de base populacional em Nova Gales do Sul, entre 2007 e 2011. Os nascimentos foram categorizados de acordo com o grau de prematuridade e capacidade do serviço: 26–31, 32–33 e 34–36 semanas de gestação. Taxas de CS no parto prematuro foram investigadas usando modelos de regressão logística multinível, progressivamente, ajuste para fatores de caso, a assistência e o hospital. Foi avaliada a associação de cada hospital com a taxa de CS e a morbidade materna e neonatal grave. Na gestação de 26–31 semanas, a taxa de CS foi de 55,2% (sete hospitais, gama 43,4–58,4%); na de 32–33 semanas, 50,9% (12 hospitais, 43,4–58,1%); e na de 34–36 semanas, 36,4% (51 hospitais, 17,4–48,3%). Nas categorias 26–31 e 32–33 semanas de gestação, 81 e 59% da variação entre hospitais foram explicadas com nenhum hospital significativamente diferente da média do estado após o ajuste. Na gestação de 34–36 semanas, apesar de 59% da variação ter sido explicada, parte substancial persistiu inexplicável. Taxas de CS do hospital não foram associadas a taxas de morbidade materna grave em qualquer idade gestacional. Na gestação de 26–31 semanas, médias e altas taxas de CS estavam associadas com maiores taxas de morbidade neonatal grave, mas não havia nenhuma evidência de gestações com ≥ 32 semanas com essa associação. Concluiu-se que as diferenças entre a prática contribuíram para a variação nas taxas de CS de cada hospital. Baixas taxas de CS no parto prematuro não foram associadas com os piores resultados¹⁵.

No presente estudo, o grupo 5 (múltipara com antecedente de CS) apresentou participação de 21,7% no grupo, contribuição relativa para a taxa de CS de 32,9%. A prevalência de 76,67% de CS no grupo é aceitável pelo aumento observado por diversos autores^{1,19,20}, sendo o segundo grupo em tamanho no grupo (21,7%) e com a maior contribuição para a taxa de CS. Este grupo poderia ser menor se a prevalência de antecedente de CS fosse menor. No inquérito da OMS, esse grupo corresponde a 11,4% do grupo, mas com contribuição de 26,7% para a taxa de CS³. Em outro estudo, o grupo 5 foi o de maior contribuição relativa para a taxa de CS²⁰.

Os demais grupos (1, 2, 3, 4 e 8) apresentaram prevalência de CS passível de intervenção para sua redução.

O grupo 8 (todas as gestações múltiplas) teve participação no presente estudo de 6,5% no grupo e participação relativa do grupo para a taxa de CS de 2,9%, valores superiores aos do estudo de Betrán et al. em inquérito com 97.095 partos em 8 países da América Latina, feito pela OMS, sobre saúde maternal e perinatal, com classificação das CS segundo os grupos de Robson. Os autores observaram que

o grupo 8 participou com 1% do total de CS e 2,0% de contribuição para a taxa de CS³.

No presente estudo, a segunda maior contribuição relativa para a taxa de CS foi o grupo 1 (nulíparas com gravidez única, feto em apresentação cefálica, a termo e que iniciou o trabalho de parto espontaneamente), sendo o maior no tamanho do grupo (35,5%) e com alta prevalência de CS (32,6%), com contribuição de 22,9% para a taxa. Esse grupo deve sua contribuição às distocias, o que poderia ser reduzido com melhor assistência ao trabalho de parto²¹, já que o serviço em que foi feito o estudo é um hospital fechado, que pode controlar melhor as condutas médicas²². O grupo 1, no estudo de Betrán et al., tem participação de 27,7% no grupo e contribuição relativa de 18,2% para a taxa³. Já no trabalho de Amatya et al., esse grupo foi o de maior participação no total das CS, seguido pelo grupo 3²⁰.

O grupo 2 teve menor participação no grupo (6,5%) e menor contribuição relativa para a taxa de CS (7,1%), pois é derivado do grupo 1, mas com indicação de indução ou já com CS realizada antes do trabalho de parto, o que sugere passado de intercorrência clínica, merecendo uma análise mais detalhada. No estudo de Betrán et al., a participação no grupo, embora pequena (8,7%), teve grande contribuição relativa (15,2%) para a taxa³.

Com os grupos 3 e 4 ocorre algo parecido com os grupos 1 e 2. O grupo 3, de múltiparas, representa 15,9% do grupo, com contribuição relativa de 14,3% para a taxa de CS; e o grupo 4, também de múltiparas, acrescenta a característica de parto induzido ou de CS realizada antes do trabalho de parto, reduzindo a participação no grupo para 2,1% e apresentando contribuição de 1,4% para a taxa de CS. Esses valores são inferiores aos encontrados no estudo de Betrán et al.: a participação do grupo 3, no total, foi de 32,3%, mas com significativa contribuição relativa (9,0%) para a taxa; e o grupo 4, embora com participação menor no grupo (7,0%), manteve contribuição aproximada para a taxa (8,3%)³.

Como a taxa de CS continua a aumentar nos países ocidentais, é importante analisar as razões para essa tendência e desvendar os motivos subjacentes para executar CS. Delbaere et al. realizaram pesquisa com objetivo de avaliar a incidência e a tendência de CS em um registro de nascimento de base populacional para identificar grupos de pacientes com risco crescente para CS. Os autores consultaram o registro de dados desde o nascimento no Centro Flamengo de Estudos de Epidemiologia Perinatal (SPE), na Bélgica, para essa comparação histórica de controle. CS a partir do ano 2000 (n=10.540) foram comparadas com as do ano 2008 (n=14.016). Por meio da classificação de Robson, nascimentos por CS foram ordenados em dez grupos de acordo com a mãe e as características do parto. Durante um período de oito anos, a ascensão da CS é mais proeminente em mulheres com antecedentes de CS e em mulheres nulíparas, com um feto a termo

cefálico em trabalho de parto espontâneo. A proporção de induções do trabalho diminuiu a favor da CS eletiva, enquanto as induções em curso mais frequentemente terminaram em CS não eletiva. Concluiu-se que a fim de voltar à atual tendência de CS, devemos focar primíparas de baixo risco. Evitar partos abdominais desnecessários nesse grupo também terá efeito em longo prazo: futuramente, o número de CS de repetição será reduzido. Para efeitos de autoavaliação, discussão de ponto a ponto da necessidade da CS, bem como o registro exato da indicação principal para CS são recomendados²¹, além do modelo de assistência, conforme estudo brasileiro²³, e da redução de CS em nulíparas⁷, o que foi possível em Hong Kong²⁴.

Em 2016, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) firmou pacto com as operadoras de planos de saúde em prol do Projeto Parto Adequado. Com a publicação de uma cartilha com orientações sobre o pacto, objetivou-se estimular o parto normal e diminuir a

incidência de CS desnecessárias²⁵. Em 2016, foi realizado um seminário em São Paulo com a participação da Prefeitura de São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e da Cochrane Brazil, com a publicação de material didático sobre a classificação de Robson, útil para quem desejar aderir ao pacto²⁶.

As limitações do presente estudo compreenderam pequeno tamanho amostral e curto período de observação. Entretanto, mostrou-se útil para a implantação da classificação de Robson, que passou a fazer parte do serviço.

CONCLUSÃO

A classificação de Robson mostrou-se útil para avaliar a participação na prevalência de CS de acordo com o perfil das pacientes, permitindo uma abordagem de possível intervenção para redução da taxa de CS de acordo com o grupo.

REFERÊNCIAS

- Kelly S, Sprague A, Fell DB, Murphy P, Aelicks N, Guo Y, et al. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(3):206-14. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30992-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30992-0)
- Robson MS. Classification of Caesarean Sections. *Fetal Matern Rev.* 2001;12(1):23-9. <https://doi.org/10.1017/S0965539501000122>
- Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reprod Health.* 2009;6:18. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-6-18>
- Le Ray C, Blondel B, Prunet C, Khireddine I, Deneux-Tharoux C, Goffinet F. Stabilising the caesarean rate: which target population? *BJOG.* 2015;122(5):690-9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13199>
- Vogel JP, Betrán AP, Gülmezoglu AM. Use of the Robson classification has improved understanding of caesarean section rates in France. *BJOG.* 2015;122(5):700. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13266>
- Vogel JP, Betrán AP, Vindevooghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health.* 2015;3(5):e260-70. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X)
- Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess caesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health.* 2016;13(Supl. 3):128. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>
- Bjellmo S, Andersen GL, Martinussen MP, Romundstad PR, Hjelle S, Moster D, et al. Is vaginal breech delivery associated with higher risk for perinatal death and cerebral palsy compared with vaginal cephalic birth? Registry-based cohort study in Norway. *BMJ Open.* 2017;7(4):e014979. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014979>
- Bin YS, Roberts CL, Nicholl MC, Ford JB. Uptake of external cephalic version for term breech presentation: an Australian population study, 2002-2012. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):244. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1430-5>
- Burgos J, Arana I, Garitano I, Rodríguez L, Cobos P, Osuna C, et al. Induction of labor in breech presentation at term: a retrospective cohort study. *J Perinat Med.* 2017;45(3):299-303. <https://doi.org/10.1515/jpm-2015-0426>
- Fonseca A, Silva R, Rato I, Neves AR, Peixoto C, Ferraz Z, et al. Breech Presentation: Vaginal Versus Caesarean Delivery, Which Intervention Leads to the Best Outcomes? *Acta Med Port.* 2017;30(6):479-84. <https://doi.org/10.20344/amp.7920>
- Macharey G, Gissler M, Rahkonen L, Ulander VM, Väisänen-Tommiska M, Nuutila M, et al. Breech presentation at term and associated obstetric risks factors-a nationwide population based cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(4):833-8. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4283-7>
- Parissenti TK, Hebisch G, Sell W, Staedele PE, Viereck V, Fehr MK. Risk factors for emergency caesarean section in planned vaginal breech delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(1):51-8. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4190-y>
- Louwen F, Daviss BA, Johnson KC, Reitter A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;136(2):151-61. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12033>
- Bannister-Tyrrell M, Patterson JA, Ford JB, Morris JM, Nicholl MC, Roberts CL. Variation in hospital caesarean section rates for preterm births. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015;55(4):350-6. <https://doi.org/10.1111/ajo.12351>
- Danieli-Gruber S, Maayan-Metzger A, Schushan-Eisen I, Strauss T, Leibovitch L. Outcome of preterm infants born to overweight and obese mothersdagger. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(4):402-5. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1177016>
- Kuper SG, Sievert RA, Steele R, Biggio JR, Tita AT, Harper LM. Maternal and Neonatal Outcomes in Indicated Preterm Births Based on the Intended Mode of Delivery. *Obstet Gynecol.* 2017;130(5):1143-51. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002320>

18. Lorthe E, Quere M, Sentilhes L, Delorme P, Kayem G. Incidence and risk factors of caesarean section in preterm breech births: A population-based cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;212:37-43. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.03.019>
19. Ciriello E, Locatelli A, Incerti M, Ghidini A, Andreani M, Plevani C, et al. Comparative analysis of cesarean delivery rates over a 10-year period in a single Institution using 10-class classification. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(12):2717-20. <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.712567>
20. Amatya A, Paudel R, Poudyal A, Wagle RR, Singh M, Thapa S. Examining stratified cesarean section rates using Robson classification system at Tribhuvan University Teaching Hospital. *J Nepal Health Res Counc.* 2013;11(25):255-8.
21. Delbaere I, Cammu H, Martens E, Tency I, Martens G, Temmerman M. Limiting the caesarean section rate in low risk pregnancies is key to lowering the trend of increased abdominal deliveries: an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:3. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-3>
22. Paleari L, Gibbons L, Chacón S, Ramil V, Belizán JM. [Rates of caesarean sections in two types of private hospitals: restricted-access and open-access]. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(4):263-9.
23. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Supl. 1):S220-31. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00129813>
24. Chung WH, Kong CW, To WW. Secular trends in caesarean section rates over 20 years in a regional obstetric unit in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2017;23(4):340-8. <https://doi.org/10.12809/hkmj176217>
25. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.
26. Torloni MR. Classificação de Robson. In: *Workshop Parto Adequado, Hospital Albert Einstein.* São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2016.

Considerações sobre a sepse obstétrica no bicentenário do nascimento de Ignaz Philipp Semmelweis

Considerations on obstetric sepsis in the bicentennial of the birth of Ignaz Philipp Semmelweis

Antônio Braga^{1*}, Edward Araújo Junior², Renata Lopes¹, Vanessa Campos¹, Joffre Amim Junior¹, Jorge Rezende Filho¹, Carlos Antonio Barbosa Montenegro^{1†}

Faz duas centúrias, em 1818, viu o Danúbio nascer em Buda (à época separada de Peste) um homem que viria a ser o anjo das paridas — Ignác Fülöp Semmelweis. Ao plasmar-se médico na Faculdade de Medicina de Viena, logo se aninhou no Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral de Viena, o Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien. Nas inúmeras noites em claro, partejando as mulheres de Viena, viu Semmelweis inúmeras puérperas sucumbir ante a febre puerperal epidêmica. Essa peste era atribuída a influências cósmico-telúricas, terror apoplético diante da morte, ou mesmo miasmas venenosos que acometiam àquelas mulheres internadas na primeira clínica obstétrica — serviço do Professor Johann Klein.

Inconformado com tantas mortes, Semmelweis participava de todas as necropsias das sucumbidas. O que via era um grande flegmão pélvico, que ceifava a vida dessas mulheres jovens. Chamava a atenção que as parturientes da segunda clínica obstétrica, cuja assistência ficava a cargo das enfermeiras obstétricas, eram em geral cinco vezes menos acometidas por essa situação infame.

Quis o destino que, mesmo sem desvendar a teoria microbológica das doenças, honraria que caberia a Pasteur, ou mesmo sem compreender os procedimentos de antisepsia que só floresceriam com Lister, Semmelweis conseguisse controlar exitosamente a febre

puerperal em 1847 com a introdução da lavagem das mãos de todos os envolvidos na assistência obstétrica — aqui cabe salientar que as luvas cirúrgicas só seriam inventadas em 1890, a pedido de William Halsted ao seu amigo Goodyear, para proteger as mãos de sua amada instrumentadora cirúrgica, a enfermeira Carol Hampton.

Por inveja de seu chefe (ah!, sim: a inveja é atemporal) e de uma relação conflituosa com o mais importante médico do mundo à época — Rudolf Virchow —, quase meio século foi necessário para que as teorias de Semmelweis fossem definitivamente aceitas e a limpeza das mãos fosse enfim incorporada à prática médica.

A despeito de todo o avanço da medicina moderna, dos potentes antimicrobianos e de todo o aparato da medicina intensiva, observa-se um aumento da sepse em pacientes obstétricas. Para além disso, os graves quadros infecciosos que acometem nossas gestantes e puérperas representam uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade materna¹.

É a sepse materna uma condição potencialmente ameaçadora à vida, caracterizada por uma disfunção multissistêmica resultante de infecção durante a gravidez, parto, pós-aborto ou período pós-parto, manifestada até 42 dias após a terminação da gravidez². O diagnóstico precoce é fundamental para evitar a progressão dessa condição

¹Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Perinatal, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

*Autor correspondente: antonio.braga@ufrj.br

[†]In memoriam.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 15/03/2019. Aprovado em: 21/05/2019.

para o choque séptico e a morte materna. Ademais, as modificações fisiológicas no organismo materno, notadamente em seus aspectos imunológicos e mecânicos, tornam a paciente obstétrica mais suscetível às complicações infecciosas do que as mulheres não grávidas, fazendo com que a atenção a essa população deva ser reforçada. Vale citar que a hiperdinamia cardíaca, a taquicardia, a diminuição pulmonar da reserva de oxigênio, a hipercoagulabilidade, a leucocitose, a perda sanguínea após o parto, entre outros, podem postergar o precoce reconhecimento da sepse, agravando o quadro clínico e o prognóstico materno^{3,4}.

Diante da enorme repercussão da sepse como causa de mortalidade, o American College of Chest Physicians e a Society of Critical Care Medicine uniformizaram o conceito de sepse em 1992, salientando que se tratava de uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) deflagrada por um agente infeccioso⁵. Essa definição, que mesmo na população adulta era pouco específica, não se aplica à população obstétrica, com suas inulgares modificações do organismo materno.

Para tentar aumentar a especificidade dos critérios diagnósticos de sepse, a Society of Critical Care Medicine, a European Society of Intensive Care Medicine, o American College of Chest Physicians, a American Thoracic Society e a Surgical Infection Society reviram em 2001 os critérios para diagnóstico da sepse, ampliando o painel de variáveis clínicas, inflamatórias, hemodinâmicas, incluindo as disfunções orgânicas e de perfusão tecidual⁶. Todavia, os critérios diagnósticos apresentados não apenas tornaram o diagnóstico da sepse confuso, como também demorado. A verdade é que a sepse, como inúmeras outras síndromes, não cursa com um teste diagnóstico padrão-ouro.

A fim de melhorar os critérios diagnósticos para a sepse, uma força-tarefa capitaneada pelo European Society of Intensive Care Medicine e pela Society of Critical Care Medicine, utilizando revisões sistemáticas que analisaram o impacto dos diversos elementos clínicos e laboratoriais no diagnóstico da sepse, apresentaram em 2016 o *Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*⁷. Esse consenso, de 2016, trouxe inovações importantes que devem ser salientadas:

- SIRS deixava de ser um conceito importante, por conta de seus elementos clínicos e laboratoriais pouco específicos;
- a classificação de sepse grave não mais existiria, uma vez que a sepse *per se* já era grave o suficiente e não precisaria de uma categoria de maior gravidade;
- o choque séptico deixava de ser considerado nos casos de sepse em que houvesse hipotensão mesmo após a hidratação, passando a ser definido como a sepse em que o lactato estivesse >2 mmol/L (ou 18 mg/dL) e que fosse necessário o uso de drogas vasoativas para manter a pressão arterial média ([pressão arterial sistólica + 2 x pressão arterial diastólica] / 3) >65 mmHg.

Em 2018, o Surviving Sepsis Campaign inovou o fluxo de cuidados a ser prestados para os casos de sepse, reforçando sua mensagem de que a sepse seja tratada como uma emergência médica⁸. A grande novidade no Surviving Sepsis Campaign 2018 é que o conjunto de medidas a serem tomadas diante de um paciente com sepse, que antes contemplava um período de 3 horas para diagnóstico, seguido por 6 horas de tratamento inicial, foi doravante concentrado em 1 hora, da entrada da paciente no serviço de saúde, para que o diagnóstico de sepse seja feito e o tratamento iniciado.

Nessa primeira hora de abordagem do paciente com suspeita de sepse, segundo o Surviving Sepsis Campaign 2018, as seguintes condutas devem ser tomadas:

1. medir o nível de lactato sérico. Níveis elevados de lactato refletem hipóxia tecidual e glicólise anaeróbia, notadamente se >2 mmol/L (\approx 18 mg/dL). Nesses casos, o lactato sérico deve ser reavaliado dentro de 2–4 horas a fim de monitorar a melhora laboratorial e orientar o ajuste terapêutico;
2. obter culturas sanguíneas antes da administração de antibióticos. Uma vez que o início do tratamento com antimicrobianos apropriados não deve ser retardado para obter as culturas sanguíneas, a agilidade da equipe na obtenção dessas culturas é fundamental. Culturas sanguíneas apropriadas incluem no mínimo dois conjuntos (aeróbica e anaeróbica);
3. administrar antibióticos de largo espectro. O emprego de antimicrobianos intravenosos deve cobrir todos os patógenos prováveis. O antibiótico empírico deve ser adequado ao patógeno identificado e a sensibilidade estabelecida, ou descontinuado se houver a decisão de que a paciente não tem infecção. Estudos mostram que há atraso no reconhecimento da sepse obstétrica em mais de 70% das vezes, com repercussão no obituário materno^{9,10}. Quando o antibiótico é iniciado na primeira hora após instalada a hipotensão, a taxa de sobrevivência é de 80%, caindo para 70% quando o antibiótico é introduzido entre 1–2 h da hipotensão, 42% nos casos em que o antibiótico é iniciado apenas entre 5–6 h da hipotensão, reduzindo para 25% quando esse atraso se estende para 9–12 h do início da hipotensão¹¹;
4. promover ressuscitação volêmica. A infusão líquida é crucial para a estabilização da hipoperfusão tecidual induzida pela sepse ou pelo choque séptico. Em virtude da natureza urgente dessa emergência médica, a reanimação inicial com líquido deve começar imediatamente, uma vez que se reconhece que a paciente tem sepse e/ou hipotensão e lactato elevado e completada dentro de 3 horas do seu reconhecimento. O aporte líquido contempla ao menos a infusão de 30 mL/kg de líquido cristalóide intravenoso. Há que se monitorar a resposta cardiopulmonar a esse tratamento, pois a paciente obstétrica está mais sujeita a edema agudo de pulmão,

pela maior permeabilidade capilar. Indicam boa resposta clínica ao tratamento pressão venosa central entre 8–12 mmHg e saturação venosa de oxigênio acima de 70%;

5. utilizar vasopressores. A restauração urgente da pressão de perfusão aos órgãos vitais é um quesito-chave da reanimação dos pacientes com sepse. Os vasopressores não devem ser retardados nos casos de choque séptico, quando a pressão arterial média permanecer <65 mmHg, mesmo após 1 hora do início da ressuscitação

volêmica. O vasopressor de escolha é a norepinefrina, e o melhor parâmetro para sua efetividade é a frequência cardíaca fetal, que bem reflete a boa perfusão placentária.

Diante de um cenário em que a morbimortalidade materna por sepse aumenta em todo o mundo e ainda representa enorme desafio na assistência obstétrica brasileira, é fundamental que se difundam algoritmos de rápida abordagem das pacientes obstétricas com sepse.

REFERÊNCIAS

1. Pacheco LD, Saade GR, Hankins GD. Severe sepsis during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(4):827-34. <https://doi.org/10.1097/GRE.0000000000000066>
2. Bonet M, Pileggi VN, Rijken MJ, Coomarasamy A, Lissauer D, Souza JP, et al. Towards a consensus definition of maternal sepsis: results of a systematic review and expert consultation. *Reprod Health.* 2017;14(1):67. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0321-6>
3. Bauer ME, Bauer ST, Rajala B, MacEachern MP, Polley LS, Childers D, et al. Maternal physiologic parameters in relationship to systemic inflammatory response syndrome criteria: a systematic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol.* 2014;124(3):535-41. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000423>
4. Buddeberg BS, Aveling W. Puerperal sepsis in the 21st century: progress, new challenges and the situation worldwide. *Postgrad Med J.* 2015;91(1080):572-8. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133475>
5. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest.* 1992;101(6):1644-55.
6. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Crit Care Med.* 2003;31(4):1250-6. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000050454.01978.3B>
7. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, et al. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):762-74. <https://dx.doi.org/10.1001%2Fjama.2016.0288>
8. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Med.* 2018;44(6):925-8. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>
9. Bauer ME, Lorenz RP, Bauer ST, Rao K, Anderson FW. Maternal Deaths Due to Sepsis in the State of Michigan, 1999-2006. *Obstet Gynecol.* 2015;126(4):747-52. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001028>
10. Plante LA. Management of Sepsis and Septic Shock for the Obstetrician-Gynecologist. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016;43(4):659-78. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.07.010>
11. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med.* 2006;34(6):1589-96. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9>

Mycoplasma genitalium: vale a pena rastrear em mulheres?

Mycoplasma genitalium: is it worth screening?

Nos últimos tempos pesquisadores e clínicos têm se preocupado com *Mycoplasma*, especialmente da espécie *M. genitalium*, e sua morbidade. O *M. genitalium* é uma das bactérias da classe Mollicutes, que compreende ainda *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* e *Mycoplasma hominis*. Tem sido observada prevalência variável de *M. genitalium* entre os estudos de 0,95 a 9,1%^{1,2}. A referida bactéria é considerada de transmissão sexual, uma vez que tem sido identificada de forma concordante entre parceiros³. Foi recentemente demonstrado por metanálise que a identificação genital desse agente está associada a um risco aumentado cerca de duas vezes para cervicite, doença inflamatória pélvica, trabalho de parto pré-termo, abortamento espontâneo e infertilidade⁴. Apesar disso, ainda há controvérsias sobre quando deve ser pesquisado entre as mulheres³.

Um crescente número de testes de amplificação de ácido nucleico tem surgido nos últimos tempos para identificação de *M. genitalium*. Pensa-se que o uso desses testes altamente sensíveis poderia identificar a infecção e, com o tratamento, reduzir as sequelas⁵, no entanto a questão é saber se em termos de saúde pública há custo × benefício.

Em estudo de revisão sistemática e metanálise, os autores consideraram que a falta de pesquisas controladas que demonstrem o benefício clínico do rastreamento e o aumento de resistência a antibióticos, principalmente macrolídeos, é razão para restringir o uso do teste de detecção de *M. genitalium*¹. Apesar de uma compreensível preocupação sobre a indicação de rastrear o agente, a questão não está fechada, e a sua identificação entre mulheres sintomáticas ou assintomáticas não está recomendada. Tem-se a necessidade de estudos amplos, multicêntricos e bem desenhados para que se entendam os aspectos-chave da história natural da bactéria e os determinantes da efetividade de um rastreamento⁵.

Fortaleza, 11 de fevereiro de 2019.

José Eleutério Jr.

Departamento de Saúde Materno-infantil da Universidade Federal do Ceará; Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis; Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*
E-mail: prof.eleuterio@gmail.com

REFERÊNCIAS

- Baumann L, Cina M, Egli-Gany D, Goutaki M, Halbeisen FS, Lohrer GR, et al. Prevalence of *Mycoplasma genitalium* in different population groups: systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2018 Jun;94(4):255-62. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053384>
- Carvalho NS, Palú G. *Mycoplasma genitalium* in medical practice: silent as Chlamydia, but with greater potential for aggressiveness. *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2017;29(3):77-8. <https://doi.org/10.5533/DST-2177-8264-201729301>
- Wiesenfeld HC, Manhart LE. *Mycoplasma genitalium* in Women: Current Knowledge and Research Priorities for This Recently Emerged Pathogen. *J Infect Dis.* 2017 Jul 15;216(Supl. 2):S389-95. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix198>
- Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. *Mycoplasma genitalium* infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2015;61:418-26. <https://doi.org/10.1093/cid/civ312>
- Birger R, Saunders J, Estcourt C, Sutton AJ, Mercer CH, Roberts T, et al. Should we screen for the sexually-transmitted infection *Mycoplasma genitalium*? Evidence synthesis using a transmission-dynamic model. *Sci Rep.* 2017 Nov 23;7(1):16162. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-16302-8>

Nota de alerta sobre sarampo: recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações, Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro e Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência

Isabela Ballalai¹, Denise Leite Maia Monteiro²

A vacina tríplice viral confere proteção contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR). Essas três doenças podem estar associadas a graves complicações e/ou à morte. Graças à vacinação rotineira e a um intenso programa de campanhas vacinais, a rubéola foi eliminada das Américas em 2015, o sarampo em 2016 e a caxumba teve sua incidência radicalmente reduzida.

No entanto, por motivos multifatoriais, inclusive a não percepção de risco para essas doenças pela população e também pelos médicos, o país enfrenta, desde 2016, uma queda substancial da cobertura vacinal entre crianças e, entre adultos, reduzida busca pela vacina.

Diante desse cenário, com a reintrodução do vírus na região norte do país, em 2018 foram registrados mais de 10 mil casos de sarampo distribuídos em diferentes estados, mas com a grande maioria no estado do Amazonas. Campanhas de vacinação, a comunicação e o alerta dado pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas, no entanto, não foram suficientes para que todos buscassem a vacinação. Dessa forma, em 2018 o sarampo continuava a causar surtos, principalmente no Sudeste (São Paulo e Rio de Janeiro) e na Bahia.

O sarampo é uma doença viral infecciosa aguda, extremamente grave e altamente contagiosa. Uma em cada 20 crianças com sarampo pode desenvolver pneumonia, principal causa de morte por sarampo em crianças pequenas. Pode ainda evoluir para otite média, encefalite e morte. A panencefalite esclerosante subaguda é uma doença neurodegenerativa fatal, rara, que pode se desenvolver de sete a dez anos após a infecção por sarampo, caracterizada por deterioração intelectual, convulsões e mioclonias e que pode evoluir para

descerebração espástica e morte. O sarampo pode ser contraído por pessoas de qualquer idade!

A transmissão do sarampo ocorre quando o indivíduo doente tosse, fala, **espira** ou **respira próximo** a outras pessoas. A transmissão ocorre de forma direta, quatro dias antes e até quatro dias após o aparecimento do exantema (manchas vermelhas pelo corpo). A **única maneira** de evitar o sarampo é a vacinação!

Os principais sintomas do sarampo são: febre acompanhada de tosse, irritação nos olhos, nariz escorrendo ou entupido e mal-estar intenso.

Embora o maior número de casos esteja ocorrendo entre os adolescentes e adultos jovens, os maiores coeficientes de incidência da doença ainda se encontram entre os menores de 12 meses, especialmente no segundo semestre de vida.

ESTRATÉGIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Intensificação da vacinação rotineira com a tríplice viral, em todo o território nacional, para toda a população entre 12 meses e 49 anos e para profissionais da saúde sem limite de idade. A vacina está contraindicada para gestantes e pessoas com imunossupressão por doença ou tratamento (consulte calendário de vacinação de pacientes especiais em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf>);
- Aplicação de dose extra da tríplice viral em crianças de 6 a 11 meses de idade, que residam ou que se desloquem para municípios em surto ativo (acompanhar notas técnicas do Ministério da Saúde);
- Vacinação de bloqueio em caso de exposição ou surtos comunitários.

¹Comissão Nacional Especializada, Vacinas, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Grupo Consultivo da Vaccine Safety Net, Organização Mundial da Saúde. Grupo de Trabalho Imunizações da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro. Comitê Técnico Assessor em Imunizações do Estado do Rio de Janeiro. Grupo Vaccini Clínica de Vacinação.

²Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

RECOMENDAÇÕES E ESQUEMAS DE DOSES

- Duas doses da tríplice viral aos 12 e 15 meses de idade;
- Para crianças que receberam dose extra antes de 1 ano de idade: 2 doses da tríplice viral com intervalo mínimo de 1 mês entre elas;
- Para crianças, adolescentes e adultos não vacinados: 2 doses da tríplice viral com intervalo mínimo de 1 mês entre elas;
- Para crianças, adolescentes e adultos que receberam apenas 1 dose da vacina após a idade de 1 ano: 1 dose da tríplice viral;
- Para adultos que recebem uma dose da vacina contra o sarampo antes da idade de 1 ano: 2 doses da tríplice viral com intervalo mínimo de 1 mês entre elas;
- Para crianças, adolescentes e adultos com esquema completo não há evidências que justifiquem uma terceira dose como rotina, podendo ser considerada em situações de exposição ou surtos de sarampo ou caxumba.

OBSERVAÇÕES

- Considera-se vacinado quem apresentar registro da aplicação da vacina. Caso contrário, deve-se recomendar a vacinação, sem risco de evento adverso ou qualquer prejuízo para a saúde do indivíduo;
- Pessoas com mais de 49 anos provavelmente tiveram sarampo, por isso não são prioridade do Ministério da Saúde para a vacinação. No entanto, ainda que raramente (incidência de 39 casos/100 mil entre maiores de 50 anos no Amazonas), podem adoecer. Diante da exposição ao vírus, dúvida sobre passado de doença ou sobre o histórico vacinal, a vacinação é indicada, inclusive para maiores de 60 anos;
- Do ponto de vista de saúde pública, na rotina, o Ministério da Saúde disponibiliza 2 doses da tríplice viral para pessoas entre 1 e 29 anos e 1 dose para aqueles entre 30 e 49 anos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento do Sarampo - 2019 [Internet]. Brasil: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2019. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/06/Informe-Sarampo-n46-06ago19-COE.pdf>
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sarampo: Alerta Febrasgo [Internet]. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/841-sarampo-alerta-febrasgo>
3. Sociedade Brasileira de Imunizações. Nota técnica 16/07/18 – Sarampo [Internet]. Sociedade Brasileira de Imunizações; 2018. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/nota-tecnica-conjunta-sarampo-sbimsbisbp20180716.pdf>
4. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de Vacinação. Sociedade Brasileira de Imunizações [Internet]. 2019. Disponível em: <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>

IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

A vacina tríplice viral está *contraindicada para gestantes*. Embora exista risco teórico para o feto, estudos publicados na literatura médica, inclusive brasileiros, relatam que em situações em que gestantes foram inadvertidamente vacinadas houve baixíssimo índice de infecção fetal e nenhum caso síndrome da rubéola congênita ou qualquer intercorrência durante a gestação ou, ainda, danos à saúde do feto.

Puérperas podem ser vacinadas a partir do pós-parto imediato.

Não há contraindicação para mulheres amamentando, mesmo bebês com menos de seis meses de idade.

CONTRAINDICAÇÃO DA VACINA

- Gestantes;
- Bebês com menos de 6 meses de idade;
- Pessoas imunossuprimidas por doença ou uso de medicação imunossupressora;
- Crianças que vivem com vírus da imunodeficiência humana (HIV) que tenham imunossupressão e/ou sintomatologia grave (CD4<15% para aquelas até 5 anos; e CD4<200 células/mm³, para maiores de 5 anos);
- Adultos que vivem com HIV com CD4<200. Para aqueles com CD4 entre 200 e 350, os parâmetros clínicos e o risco epidemiológico devem ser avaliados pelo médico para a tomada de decisão;
- Pessoas com histórico de alergia grave (anafilaxia) após aplicação de dose anterior das vacinas ou a algum de seus componentes. Importante: não há contraindicação para alérgicos a ovo;
- A rede pública dispõe de vacinas tríplice viral produzidas por três fabricantes: Fiocruz/Bio-Manguinhos, Serum Institute of India e GSK. A vacina do Serum Institute of India contém traços de lactalbumina, portanto é contraindicada para alérgicos à proteína do leite de vaca. A condição deve ser informada na sala de vacinação, para que a vacina adequada seja administrada.



SGORJ - Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro



ANDROSTEN UNO
Tribulus terrestris 280 mg



POSOLOGIA:

1 comprimido ao dia.

Regulador Hormonal Androgênico

APRESENTAÇÕES:

Embalagem com 15 comprimidos contendo 280 mg de extrato seco de *Tribulus terrestris* equivalente a 112 mg de protodioscina.

CONTRAINDICAÇÕES: GRAVIDEZ E CRIANÇAS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O USO DO PRODUTO COM OUTROS MEDICAMENTOS HORMONAIS PODE POTENCIALIZAR O SEU EFEITO.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

ANDROSTEN UNO - *Tribulus terrestris* 280 mg. **INDICAÇÕES:** Indicado para melhora do desequilíbrio hormonal e aumento da produção de espermatozoides em pacientes que apresentam alterações das funções sexuais devido a uma baixa concentração do hormônio dehidroepiandrosterona (DHEA) no organismo. **CONTRAINDICAÇÕES:** Gravidez, crianças e hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **ADVERTÊNCIAS:** Portadores de hiperplasia benigna de próstata somente devem utilizar este produto após avaliação médica. Em caso de hipersensibilidade ao produto, recomenda-se descontinuar o uso e consultar o médico. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O uso do produto com outros medicamentos hormonais pode potencializar o seu efeito. **POSOLOGIA:** Ingerir 1 comprimido, 1 vez ao dia, a cada 24 horas. A dose diária não deve ultrapassar a 1 comprimido ao dia. **REAÇÕES ADVERSAS:** Pode ocorrer irritação da mucosa gástrica e refluxo. **MS:** 1.1860.0070. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Central de Relacionamento Herbarium: 0800 723 8383 • NOV17



Av. Embaixador Abelardo Bueno N°01
Bloco 1 - LJ 103/104 - Barra da Tijuca



Cursos Disponíveis

US Básica em Ginecologia e Obstetrícia	US Obstétrica Morfológica de 1º Trimestre	US Obstétrica Morfológica de 2º Trimestre	Avaliação Morfológica do coração Fetal
Doppler em Ginecologia e Obstetrícia	Colposcopia	Bolsa escrotal, Região Inguinal e Parede Abdominal	Tireoide Básico e Avançado
Laser e Radiofrequência aplicados a Ginecologia e Obstetrícia Regenerativa	Ecografia Vascular	US Geral	US Músculo Esquelético
Atualização em Mamografia	Punções Percutâneas	US Mamas	Prática Intensiva (Personalizada)

Pós-Graduação

MEDICINA FETAL

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Contato

 WWW.IETECs.COM.BR

 (21) 3613-4849

 (21) 99978-7575

Coordenadores



Paulo Roberto Nassar de Carvalho
Diretor Administrativo

Pós-Doutor em Medicina Fetal | University of Southern California
Mestre e Doutor em Saúde da Mulher e da Criança | IFF/FIOCRUZ
Coord. de Obstetrícia e do Centro de Diagnóstico | Clínica Perinatal Barra
Vice-presidente da Comissão de Perinatologia | FEBRASGO
Diretor da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro



Fernando Maia Peixoto Filho
Diretor Acadêmico

Mestre e Doutor em Ciências Médicas | UFF
Chefe do Setor de Medicina Fetal | IFF/FIOCRUZ
Coord. da Pós Graduação em Medicina Fetal | IFF/FIOCRUZ
Consultor em Medicina Fetal | Clínica Perinatal
Diretor da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro