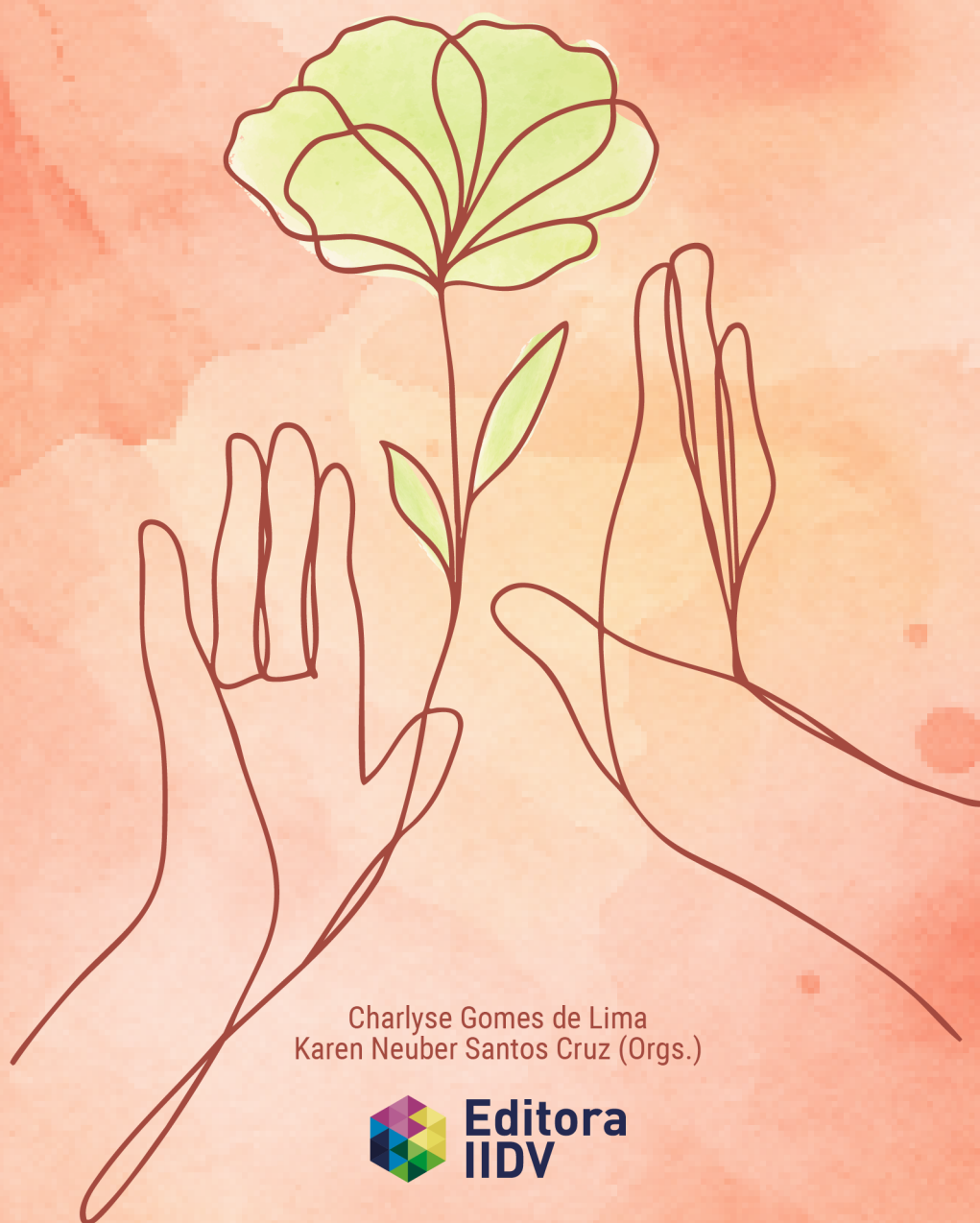


Dimensões da saúde da mulher

corpo, mente e sociedade



Charlyse Gomes de Lima
Karen Neuber Santos Cruz (Orgs.)

 **Editora
IIDV**

Dimensões da saúde da **mulher** *corpo, mente e sociedade*

Charlyse Gomes de Lima
Karen Neuber Santos Cruz (Orgs.)



Copyright © 2025 Editora IIDV
Dimensões da saúde da mulher: corpo, mente e sociedade © Charlyse Gomes de Lima e Karen Neuber Santos Cruz, 2025

Organizadoras

Charlyse Gomes de Lima
Karen Neuber Santos Cruz

Editoração e diagramação

Mariana Almeida Ferreira Lima
Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

Revisão

Mariana Almeida Ferreira Lima
Caio Victor Barros Gonçalves da Silva

ISBN

978-65-88970-64-5

DOI

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5

Editora

Instituto Internacional Despertando Vocações

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Dimensões da saúde da mulher [livro eletrônico] :
corpo, mente e sociedade / organizadores
Charlyse Gomes de Lima , Karen Neuber Santos
Cruz. -- 1. ed. -- Recife, PE : Instituto
Internacional Despertando Vocações, 2025.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-88970-64-5
DOI doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5

1. Corpo e mente - Aspectos da saúde 2. Corpo e
mente - Relaxamento - Técnica 3. Mulheres - Saúde
4. Mulheres - Saúde e higiene - Tratamento
alternativo 5. Mulheres - Saúde mental I. Lima,
Charlyse Gomes de. II. Cruz, Karen Neuber Santos.

25-323219.0

CDD-613.0424

Índices para catálogo sistemático:

1. Mulheres: Saúde: Cuidados: Ciências médicas 613.0424
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Apresentação

Em um mundo que frequentemente reduz a saúde feminina a sintomas isolados e protocolos padronizados, pensamos aqui, em contrapartida, em olhar para a mulher em sua completude e complexidade. A obra que delineamos ao longo deste livro é a culminância de uma jornada de reconhecimento das múltiplas camadas que tecem o bem-estar verdadeiro.

O conteúdo que aqui expomos, da forma como o apresentamos, carrega a compreensão de que o corpo fala, a mente sente e a sociedade influencia. Ignorar ou minimizar qualquer uma dessas dimensões é perpetuar um cuidado pela metade.

Por meio de uma abordagem integrada entre ciência e humanidade, nos debruçamos sobre as profundas conexões entre os hormônios e as emoções, entre as pressões sociais e as manifestações físicas, entre as expectativas culturais e a saúde mental.

Cada fase da vida feminina é abordada com rigor científico, acompanhado da necessária sensibilidade singular. Pensamos aqui não em oferecer respostas prontas, mas em fornecer as ferramentas para transformar informação em cuidado e em revolução pessoal. E isso é um ato político de reconhecimento da própria inteireza feminina.

Esta é uma obra para quem compreende que a saúde verdadeira não se mede apenas em exames, mas na qualidade da presença em cada aspecto da vida.

Wanderliza Coutinho

Médica Ginecologista e Obstetra

Sumário

- 06** Ciclo menstrual
- 21** Síndrome dos Ovários Policísticos
- 27** Infecções Sexualmente Transmissíveis
- 34** Vulvovaginites e vaginoses
- 43** Climatério e menopausa
- 48** Câncer de mama
- 55** Câncer de colo de útero
- 60** Violência sexual e aborto legal
- 76** Saúde mental no ciclo gravídico-puerperal
- 85** Violência de gênero e saúde mental



Ciclo menstrual

Lorena Peixoto Lopes

Shirley Gabriela Cabral Lopes

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-6.20

Introdução

Puberdade é uma fase pela qual todo indivíduo passa, onde há a ocorrência de mudanças no corpo da criança que a tornam um adulto. É no início desse período que ocorre a primeira menstruação, cerca de dois anos após o surgimento das mamas (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023). Denominada menarca, a primeira menstruação irá ocorrer por volta dos 11 a 16 anos (Martins, 2023; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023). A partir desse marco, o corpo sofre alterações fisiológicas que dão início aos ciclos menstruais e a uma nova fase na vida da mulher, a fase reprodutiva (Martins, 2023).

O ciclo menstrual tem média de 28 dias, com intervalos entre 25 e 35 dias que são considerados normais, e tem como objetivos principais a liberação do óvulo para que ele seja fecundado e a preparação do útero para uma possível implantação embrionária (Martins, 2023). Mas, quando não há fecundação e, por consequência, nem implantação, ocorre o processo de menstruação. Esse processo nada mais é do que a descamação do endométrio, que é expelida pelo nosso organismo (Guyton; Hall, 2017; Silva; Carvalho, 2019), dura em média de 3 a 8 dias, com fluxo, ou seja a quantidade de perda sanguínea, variando de 5 a 80 mL (Silva; Carvalho, 2019).

Todos os ciclos são regulados e

sincronizados por hormônios liberados por variados órgãos (Silva; Carvalho, 2019). Devido a presença de receptores desses hormônios em outros órgãos, não relacionados à fisiologia menstrual, o ciclo pode ser a causa de diversos sintomas, que variam conforme suas fases. Alguns desses sintomas são: cólicas, dor de cabeça, inchaço, dor nas mamas, retenção de líquido, irritabilidade, ansiedade, insônia ou sonolência, dificuldade de concentração, fome exagerada, aumento no número de evacuações, aumento na frequência urinária, falta de apetite e até depressão (Martins, 2023).

Órgãos genitais e hormônios envolvidos

O ciclo menstrual é um processo fisiológico que depende de muitos órgãos trabalhando em conjunto para que ele aconteça. Para entender as fases desse ciclo, é importante entender previamente o funcionamento desses órgãos em cada fase, por isso, este tópico abordará cada um deles e suas respectivas funções.

Hipotálamo e hipófise

O hipotálamo é um órgão que possui variadas funções, por isso é uma das principais áreas do nosso sistema nervoso. Essas funções estão associadas a manutenção do

meio interno, trabalhando para que haja o funcionamento adequado dos muitos órgãos do corpo humano. Este órgão age como regulador tanto do sistema nervoso autônomo como do sistema endócrino. É exatamente a função de regulador do sistema endócrino que interessa quando o assunto é a participação do hipotálamo no ciclo menstrual. Essa participação se deve ao fato do hipotálamo regular a secreção de todos os hormônios da adeno-hipófise (Machado, 2021).

A adeno-hipófise é a região do lobo anterior da glândula hipófise - principal glândula do sistema endócrino que é anatomicamente e funcionalmente relacionada ao hipotálamo. A principal função dessa glândula é produzir hormônios que se relacionam com muitas funções vitais, entre elas a maturação sexual e a reprodução (Moore; Dalley; Argur, 2014).

O hipotálamo e a hipófise são os órgãos responsáveis por iniciar o ciclo menstrual, sendo os primeiros a liberar os hormônios que desencadeiam todo o processo. O hipotálamo libera o hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), e a hipófise libera duas gonadotrofinas denominadas hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH):

- **GnRH:** sai do hipotálamo até a hipófise através do sistema porta-hipofisário. Tem como função estimular a hipófise para que ela libere as gonadotrofinas;

- **FSH:** sua função é estimular, no ovário, a convocação e o crescimento dos novos folículos. Além disso, auxilia na escolha do folículo dominante;
- **LH:** é o hormônio responsável pela luteinização das células foliculares (teca e granulosa), além de finalizar a maturação do óvulo e estimular a ovulação (Silva; Carvalho, 2019).

Ovários e tubas uterinas

Os ovários estão localizados bilateralmente na pelve, de forma intraperitoneal (Netter, 2014) e, basicamente, a função ovariana pode ser resumida ao processo de ovulação, mas sabe-se que todo esse processo não é tão simples assim.

Os ovários são chamados de gônadas femininas, pois exercem a função de produzir os gametas femininos (oócito) (Moore; Dalley; Argur, 2014). É no ovário que ocorre o processo de diferenciação do oócito em óvulo maduro, chamado de oogênese.

Além disso, os ovários funcionam como glândulas que produzem os hormônios esteróides sexuais progesterona e estrogênio:

- **Estrogênio:** o principal estrogênio secretado pelo ovário é o estradiol, além dele, tem-se a estrona e o estriol. A função do estrogênio no ciclo menstrual é estimular a proliferação do estroma endometrial e o desen-

volvimento das glândulas endometriais com o propósito de fornecer nutrição ao óvulo que poderá ser implantado, e estimular os cílios das fímbrias a baterem em direção à abertura da tuba uterina;

- **Progestina:** a progestina mais importante é a progesterona. As funções da progesterona no ciclo menstrual são: promover alteração secretora no endométrio uterino para que ele se prepare para uma possível implantação, diminuir frequência e intensidade das contrações uterinas, aumento da secreção de muco que nutre o óvulo fecundado enquanto ele passa pela trompa de Falópio (Guyton; Hall, 2017).

Além das funções citadas anteriormente, é válido ressaltar que estrogênio e progestina participam do *feedback* relacionado ao mecanismo rítmico dos hormônios, ambos agem na hipófise anterior e têm efeito inibitório na produção dos hormônios LH e FSH, que será abordado adiante (Guyton; Hall, 2017).

Conhecidas como trompas de Falópio, **as tubas uterinas** se estendem lateralmente partindo dos cornos uterinos e se abrindo na cavidade peritoneal perto dos ovários. A tuba uterina é a responsável por conduzir o óvulo, que é liberado mensalmente por um dos ovários, da cavidade peritoneal até a cavidade uterina. Ambas as tubas, medem cerca de 10 cm e são divididas em 4 partes:

infundíbulo, ampola, istmo e parte uterina. É na ampola da tuba uterina onde geralmente ocorre a fertilização do oócito (Moore; Dalley; Argur, 2014).

Cada tuba uterina tem terminações fimbriadas revestidas de epitélio ciliado, e esses cílios, com o estímulo do estrogênio, batem na direção da abertura dessa tuba para que o óvulo possa adentrá-la (Guyton; Hall, 2017).

Útero e vagina

O **útero** é um órgão muscular oco que apresenta paredes espessas. Nas situações onde a gravidez não ocorre, ele se localiza na pelve menor e tem cerca de 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2 cm de espessura. Pode ser dividido em: corpo e colo.

O corpo uterino tem uma parede formada por 3 camadas denominadas perimétrio, miométrio e endométrio:

- **Perimétrio:** é o revestimento externo do útero;
- **Miométrio:** é a camada média composta por músculo liso que durante o parto se contrai para auxiliar na saída do feto, e durante a menstruação pode causar cólicas devido sua contração;
- **Endométrio:** é a camada mais interna do corpo uterino que sofre mudanças em sua estrutura a cada fase do ciclo menstrual. É essa camada que descama e

produz a menstruação em casos de não ocorrência da fecundação (Moore; Dalley; Argur, 2014).

A **vagina** é um órgão musculomembranoso distensível, em forma de tubo, que mede cerca de 7 a 9 cm e abrange a região do meio do colo uterino até o óstio da vagina (sua abertura inferior). Localiza-se posteriormente à bexiga urinária e à uretra, e anteriormente ao reto. Esse órgão tem como funções:

1. Servir como um canal por onde o sangue menstrual sairá do corpo durante a menstruação;
2. Servir como parte inferior do canal do parto;
3. Receber o pênis e o ejaculado durante o ato sexual (Moore; Dalley; Argur, 2014).

Mecanismo rítmico entre os hormônios hipotalâmicos-hipofisários e ovarianos

Os vários ciclos menstruais vivenciados durante os anos reprodutivos normais têm como característica a variação rítmica mensal de hormônios que regulam as alterações necessárias para o funcionamento de

todas as suas etapas (Guyton; Hall, 2017). O eixo hipotálamo-hipófise-ovariano (H-H-O) é o grande maestro que controla essa orquestra. É através desse eixo H-H-O que ocorre o recrutamento, desenvolvimento e a seleção adequada dos folículos ovarianos, além da produção dos hormônios sexuais femininos (Silva; Carvalho, 2019).

Inicialmente, comandos vindos do córtex cerebral ativam o hipotálamo para que ele libere o hormônio secretor de gonadotrofinas (GnRH). Essa liberação ocorre de maneira pulsátil devido à relação do GnRH a outros neurormônios, às próprias gonadotropinas e aos esteroides gonadais. Além disso, há a presença de *feedbacks* envolvendo neurotransmissores inibitórios (dopamina e endorfina) e excitatórios (glutamato, norepinefrina, neuropeptídeo Y). Somando-se a esses fatores, sabe-se que as interferências ambientais, como estresse, desnutrição, prática de exercícios, também irão atuar na regulação dessa pulsatilidade (Silva; Carvalho, 2019).

Os pulsos de GnRH atingem a hipófise, através do sistema porta-hipofisário, e a estimula a produzir as gonadotrofinas: hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH). O FSH e LH funcionam como ativadores ovarianos. A partir da puberdade, estes hormônios começam a ser secretados e causam, mensalmente, as mudanças ovarianas durante todo

o ciclo menstrual. Como mecanismo de retroalimentação das gonadotrofinas, destacam-se o papel do estradiol como estimulador da produção e armazenamento, e da progesterona que atua positivamente na liberação das gonadotrofinas pela hipófise (Silva; Carvalho, 2019). Mas, além de estradiol e progesterona, outro hormônio também tem participação nessa retroalimentação, mas de forma inibitória. Esse hormônio é a inibina, secretada pelas células da granulosa do corpo lúteo ovariano ao final do ciclo (Guyton; Hall, 2017).

Oogênese, foliculogênese e esteroidogênese

Oogênese

O processo referente aos eventos que ocorrem na diferenciação das células germinativas em ovócitos maduro é chamado de oogênese.

Inicialmente, o que ocorre é a migração das células germinativas primordiais, ainda no período de desenvolvimento embrionário, para a superfície externa do ovário revestida por epitélio germinal. Ao atingir o epitélio germinal, as células germinativas primordiais migram para o córtex ovariano e se convertem em ovogônias (Guyton; Hall, 2017).

As ovogônias darão origem a todos os ovócitos femininos. Para isso, no fim do seu ciclo de divisões mitóticas, elas aumentam de tamanho e entram em prófase I da primeira meiose, tornando-se ovócitos primários.

Foliculogênese

A ovogônia, além de evoluir para ovócitos primários, também evolui para folículos primordiais (Adona et. al, 2013). Para se tornar folículo primordial, ela reúne, em torno de si, uma camada de células fusiformes do estroma ovariano, chamadas de células da granulosa (Guyton; Hall, 2017). A formação desses folículos primordiais só é terminada por volta do sexto mês após o nascimento, os folículos ficam quiescentes e alguns sofrem atresia. Por conta desse processo de atresia, no início da puberdade, encontram-se cerca de 400 mil folículos primordiais (Silva; Carvalho, 2019).

A partir da ação das gonadotrofinas, no período da puberdade, inicia-se o processo de recrutamento e desenvolvimento dos folículos, denominado foliculogênese. Em todos os ciclos menstruais, cerca de mil folículos são recrutados. Todos irão iniciar o crescimento e amadurecimento, mas grande parte deles não completa o processo e se degenera. O folículo primordial é ativado, recrutado e sofre uma transformação em suas células da granulosa, que agora passam a ser cubóides. A partir dessa transfor-

mação, o folículo agora é chamado de primário. O folículo primário cresce e passa a ter duas camadas de células da granulosa, se tornando folículo secundário. Paralelamente ao crescimento de mais uma camada da granulosa, forma-se a camada de células da teca, originadas do estroma perifolicular (Silva; Carvalho, 2019).

O folículo continua seu crescimento, atinge quatro ou mais camadas, torna-se folículo pré-antral multilamelar e dependente de FSH. Simultaneamente, as células da teca, por influência da gonadotrofina LH e por serem as únicas vascularizadas com acesso ao colesterol, passam a ser produtoras dos hormônios esteróides: progesterona e androgênios. Esses dois últimos hormônios entram nas células da granulosa por difusão e, através da ação da aromatase e do FSH, se transformam em estradiol (Silva; Carvalho, 2019). Até o momento, o crescimento folicular é estimulado principalmente pelo FSH.

Mas, a partir do momento que o FSH hipofisário se combina com o estrogênio produzido, há o aumento da expressão de receptores para LH nas células da granulosa, fazendo com que haja uma estimulação pelo LH e provocando um desenvolvimento ainda mais rápido desse folículo (Guyton; Hall, 2017). A essa relação entre as células da teca e da granulosa na produção dos hormônios esteróides é dado o

nome de “mecanismo de duas células” (Silva; Carvalho, 2019).

Certo momento do estado multilamelar, as células da granulosa iniciam a secreção do fluido folicular, que se acumula entre as células, formando lacunas que se somam e formam a cavidade antral. Dos cerca de 1000 folículos recrutados, apenas de 8 a 20 se tornam folículos antrais iniciais, com potencial para finalizar o desenvolvimento e atingir o estado máximo de maturação (Silva; Carvalho, 2019).

Esteroidogênese

É o processo de produção dos esteróides sexuais que, embora ocorra mais nos ovários, pode ocorrer em outros órgãos (adrenal, fígado, tecido adiposo e outros). Os hormônios esteróides são produzidos a partir de uma molécula de colesterol, que é captada pelos ovários, perde carbonos e é convertida inicialmente em progesterona (21 carbonos). Após a perda de mais carbonos, pode ser convertida em: androgênio (19 carbonos) e estrogênio (18 carbonos). Nesse processo, há envolvimento da comunidade de células da granulosa e da teca, através do “mecanismo de duas células”, o qual foi explicado anteriormente (Silva; Carvalho, 2019).

Fases do ciclo menstrual

Embora estejam acontecendo de forma simultânea, uma forma mais didática e de melhor entendimento utilizada para apresentar esse ciclo é dividi-lo em: ciclo ovariano e ciclo uterino.

Ciclo ovariano

1. Fase folicular

Como foi visto anteriormente, ao final do processo de foliculogênese, em torno de 8 a 20 folículos no estágio antral inicial, dependentes de FSH para seu crescimento, estão adequados para crescer e amadurecer. Quanto maior a ação do FSH nesse folículo, maior ele será. Essa ação tem uma regulação positiva, ou seja, quanto maior a ação dessa gonadotrofina, mais receptores dela irão surgir na superfície do folículo.

Não se sabe o motivo ainda, mas um dos folículos irá apresentar um crescimento maior que os demais e se torna cada vez mais sensível ao FSH (Silva; Carvalho, 2019).

Nessa fase, há produção máxima de estradiol que retroalimenta negativamente a hipófise e diminui a liberação de FSH. O folículo mais sensível não será atingido por essa diminuição, porém, os outros terão uma desaceleração no seu crescimento e acabam se tornando atresícos. No fim dessa fase, o folículo

restante, agora chamado de folículo pré-ovulatório (Silva; Carvalho, 2019), sofre a ação do FSH e estrogênio combinados e passa a expressar mais receptores para LH (Guyton; Hall, 2017), torna-se LH-dependente, fato essencial para o início da próxima fase (Silva; Carvalho, 2019).

2. Fase ovulatória

Nessa fase, por volta de 14 dias após o início da última menstruação, ocorrerá a ovulação. Cerca de 24 a 36 horas antes da ovulação, ocorre um pico dos níveis de LH essencial para que ela ocorra (Guyton; Hall, 2017). Como visto no fim da fase anterior, o folículo pré-ovulatório irá se tornar LH-dependente e irá secretar progesterona, a qual atingirá a hipófise sensibilizada por estradiol e promoverá liberação das gonadotrofinas, em especial do LH. Assim, o pico de LH irá auxiliar o término da maturação folicular e a ovulação. Para auxiliar no processo ovulatório, o LH tem papel fundamental na produção de prostaglandinas e substâncias proteolíticas (Silva; Carvalho, 2019).

As substâncias proteolíticas são responsáveis por digerir a parede do folículo, fazendo ela se tornar mais fina e distensível. As prostaglandinas promovem a contração de células da musculatura lisa que se encontram ao redor do folículo e a ruptura do estigma ovulatório, com isso, liberando o óvulo na cavidade peritoneal (Silva; Carvalho, 2019).

3. Fase lútea

Após a ovulação, uma certa quantidade de células da parede do folículo continua no ovário. Essas células, da teca e da granulosa, irão passar pelo processo de luteinização mediado pelo hormônio luteinizante (LH), que tem como produto a formação do corpo lúteo (Silva; Carvalho, 2019). A parte de células da granulosa desse corpo lúteo formará os hormônios progesterona e estrogênio, já as células da teca irão formar androgênios (androstenediona e testosterona), mas a maioria deles será convertida em estrogênio pela enzima aromatase.

O corpo lúteo irá atingir seu estágio máximo de desenvolvimento de 7 a 8 dias depois da ovulação. A partir disso, ele começa o seu processo de involução e perde sua função secretora (Guyton; Hall, 2017).

Devido a presença de estrogênio, principalmente, progesterona e inibina, secretados pelo corpo lúteo, há um *feedback* negativo na hipófise que mantém reduzida a secreção de FSH e LH. Por conta dessa redução, o corpo lúteo inicia sua degeneração. Após sua degeneração, se transforma em corpo albicans, uma espécie de cicatriz fibrosa. Sem a presença do *feedback* negativo que ocorria anteriormente, a hipófise volta a secretar as gonadotrofinas, dando início a mais um ciclo ovariano (Guyton; Hall, 2017).

Ciclo uterino

Como foi visto acima, é a camada endometrial do útero que sofrerá as mudanças mensais durante os vários ciclos menstruais. O endométrio é formado por duas camadas: a camada basal, responsável pela regeneração endometrial todo ciclo após a descamação, e a camada funcional, que é transformada e descamada todas as vezes em que não há a implantação do embrião (Silva; Carvalho, 2019).

1. Fase proliferativa

A fase proliferativa é iniciada assim que acaba o processo de descamação endometrial, ou seja, ao fim da menstruação. Nesse período, resta apenas uma simples camada de estroma endometrial (Guyton; Hall, 2017). Inicialmente, o estradiol, secretado durante a fase folicular, tem o papel de cicatrizador do endométrio, tornando o epitélio colunar endometrial em pseudoestratificado e ajudando na proliferação glandular. Além disso, simultaneamente, há o desenvolvimento das arteríolas espiraladas, responsáveis pela irrigação e nutrição do miométrio e do endométrio. Ao atingir um determinado nível de maturidade e fase de proliferação, o endométrio passa a expressar receptores para progesterona. A progesterona terá a função de inibir os receptores estrogênio e reduzir o efeito proliferativo, ou seja, ela regula essa proliferação causando a desaceleração

da atividade proliferativa (Silva; Carvalho, 2019).

2. Fase secretora

Logo após a ovulação, a ação da progesterona é dominante no endométrio. Esse hormônio promove o armazenamento de glicogênio e glicoproteínas no citoplasma das células endometriais. Por isso, essa fase é chamada de secretora, pois diversas glicoproteínas e peptídeos serão secretados na cavidade do endométrio (Silva; Carvalho, 2019).

O objetivo dessa ação secretora do endométrio é criar um ambiente altamente rico nessas substâncias para fornecer nutrição ao óvulo fertilizado durante suas divisões iniciais (Guyton; Hall, 2017). Por volta do sétimo dia após a ovulação, há o pico de produção de progesterona pelo corpo lúteo e é o dia o qual espera-se que o possível óvulo fecundado esteja chegando ao útero. É o período denominado de “janela de oportunidade”, momento em que há mais chance de implantação bem sucedida (Silva; Carvalho, 2019).

3. Fase menstrual

Essa fase ocorre nos casos em que não há implantação embrionária no endométrio. Diante desse fato, o corpo lúteo entra no processo de degeneração e reduz a produção de progesterona. Essa redução da síntese promove liberação de enzimas líticas de lisossomos e de prostaglandinas. Essas últimas agem na

musculatura lisa dos vasos endometriais e estimulam a ocorrência de vasoespasmos (Silva; Carvalho, 2019). O vasoespasmo causa diminuição dos nutrientes e perda da estimulação hormonal do endométrio (Guyton; Hall, 2017). Consequentemente, causando isquemia do tecido endometrial e necrose. Gradativamente, as camadas de células funcionais endometriais vão descamando e, juntamente com um exsudato inflamatório, enzimas proteolíticas e hemácias, formam a menstruação. Além disso, a eliminação desse conteúdo menstrual é proporcionada pela ação das prostaglandinas na camada do miométrio, induzindo suas contrações (Silva; Carvalho, 2019).

Efeitos do ciclo menstrual

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

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM), popularmente conhecida como Tensão Pré-Menstrual (TPM), pode ser definida como a junção, de carácter cíclico, de sintomas físicos, emocionais e comportamentais (Oboza et. al, 2024; Yela, 2018), que ocorre em cerca de 80% das mulheres em idade reprodutiva (Brown et. al, 2024). É classificada como CID-10 pela Organização Mundial

da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (Oboza et. al, 2024). De acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), os critérios básicos para o diagnóstico da SPM incluem a presença de no mínimo um sintoma somático e/ou emocional durante o período dos cinco dias que antecedem o início do ciclo menstrual (menstruação), ou durante a fase lútea (Yela, 2018), por pelo menos três ciclos consecutivos e com a remissão dos sintomas por volta de quatro dias após o início da menstruação (Oboza et. al, 2024).

Os sintomas dessa síndrome, frequentemente, incluem: cefaléia; fadiga; aumento do volume abdominal; aumento do tamanho e sensibilidade das mamas; irritabilidade; ganho de peso; alteração no apetite; acne; ansiedade; mudança de humor; depressão (Yela, 2018); sangramento uterino anormal; dismenorréia; distúrbios gastrointestinais (Oboza et. al, 2024). O estudo feito a partir da análise de dados de milhões de usuárias de um aplicativo que monitora o ciclo menstrual dos usuários mostrou que, em geral, há um maior número de registros de dor de cabeça, fadiga e dor nas costas em contas de usuários com idade entre 51 e 55 anos em comparação aos usuários mais novos. Assim, reforçando o fato de que esses sintomas podem apresentar diferentes intensidades em diferentes idades (Cunningham et. al, 2024).

Ainda não se sabe de forma con-

creta como ocorre a patogenia da SPM, mas sabe-se que há relação dessa síndrome com modificações dos níveis de esteróides sexuais, e alterações nos neurotransmissores centrais (serotonina, ácido gama aminobutírico, glutamato e beta endorfinas) (Oboza et. al, 2024; Yela, 2018). Em relação à mudança do comportamento alimentar devido a SPM, é identificada atuação da progesterona na estimulação da ingestão de alimentos, e a ação do estradiol na inibição direta dessa ingestão e no aumento de gasto energético. Além disso, o estradiol também atua de forma direta na inibição dos neurônios anorexígenos e orexígenos do hipotálamo e tronco cerebral e indiretamente no aumento de hormônios (colecistocinina, insulina, leptina) que fazem estimulação de neurotransmissores associados à sensação de saciedade (Oboza et. al, 2024).

A síndrome pré-menstrual (SPM) tem um subtipo que é tido como a sua forma mais grave, trata-se do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) (Yela, 2018). Por volta de 3 a 8% da população que menstrua sofre de sérios sintomas na SPM e é diagnosticada com TDPM (Brown et. al, 2024; Yela, 2018). Esse transtorno está incluso no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e se encaixa como um transtorno depressivo, caracterizado por sintomas efetivos, somáticos e cognitivos (Oboza et. al, 2024). Sintomas psicoló-

gicos e comportamentais da TPM e, especificamente, do TDPM são relatados como fatores que interferem negativamente na qualidade de vida mais do que qualquer outro sintoma físico, principalmente porque o TDPM está relacionado a doenças como depressão, ansiedade, fobia social, transtornos de pânico e ideação suicida (Brown et. al, 2024).

Em relação ao diagnóstico do TDPM,

de acordo com o DSM-5, é preciso que os sintomas causem prejuízo pessoal, social ou profissional diário na vida do indivíduo durante a fase lútea do ciclo menstrual (Brown et. al, 2024; Yela, 2018). Além disso, é preciso que haja a presença de cinco ou mais dos sintomas listados na tabela.1 abaixo, sendo que devem estar, obrigatoriamente, presentes os quatro primeiros sintomas (Yela, 2018).

Quadro 1: Sintomas utilizados para diagnóstico do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual de acordo com o DSM-5.

Sintomas utilizados para diagnóstico do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual de acordo com o DSM-5
Humor deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos autodepreciativos.
Acentuada ansiedade, tensão, sentimento de estar com “nervos à flor da pele”.
Instabilidade afetiva acentuada.
Raiva ou irritabilidade persistente e acentuada ou conflitos interpessoais aumentados.
Diminuição do interesse pelas atividades habituais.
Sentimento subjetivo de dificuldade em concentrar-se.
Letargia, fadiga fácil ou acentuada, falta de energia.
Acentuada alteração do apetite, excessos alimentares ou avidez por determinados alimentos.
Hipersonia ou insônia.
Sentimento subjetivo de descontrole emocional.
Outros sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço das mamas, cefaleia, dor articular ou muscular, sensação de “inchaço geral” e ganho de peso.

Fonte: própria (2025).

Os tratamentos utilizados nesses casos vão desde terapias não farmacológicas à utilização de medicamentos ou até tratamentos

cirúrgicos (Oboza et. al, 2024; Yela, 2018), sempre prezando pela individualização das intervenções.

1. Intervenções não farmacológicas

- **Mudança nos hábitos alimentares:** destaca-se a necessidade de, além da mudança na composição da dieta, diminuir a quantidade de comida por refeição e aumentar o número de refeições ao longo do dia. Essas modificações ajudam no alívio de sintomas comuns da SPM como o inchaço. Além disso, deve-se orientar a diminuição do consumo de gordura, açúcar, sal, álcool e cafeína, e aumentar a ingestão de frutas, vegetais e grãos integrais e alimentos ricos em cálcio;
- **Terapia cognitivo-comportamental (TCC):** é um meio terapêutico que objetiva corrigir comportamentos, emoções e pensamentos que esteja, causando alguma forma de sofrimento e prejuízo nas atividades diárias do indivíduo. É uma terapia capaz de diminuir sintomas de ansiedade e depressão, e que resulta em melhores resultados no tratamento da SPM e do TDPM quando associada ao tratamento medicamentoso;
- **Mudança de estilo de vida:** nesse quesito, além da mudança nutricional, é aconselhado a inserção de atividades físicas regulares. Essa modificação associa-se com a melhora na qualidade do sono, diminuição do estresse e melhora dos sintomas em geral.

2. Intervenções farmacológicas

- **Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS):** é o tratamento de escolha para o TDPM, mesmo que seu mecanismo de ação diante dessa fisiopatologia seja desconhecido. Teve seu efeito comprovado em uma metanálise que envolveu 2.964 mulheres com TPM ou TDPM, e pode ser administrado de forma contínua ou apenas durante a fase lútea do ciclo menstrual. Seus efeitos adversos incluem: insônia, ideação suicida, disfunção sexual;
- **Contraceptivos orais combinados:** são utilizados para o tratamento dos sintomas físicos relacionados ao ciclo (fluxo menstrual intenso, dismenorréia e distúrbios gastrointestinais), mas não têm efeito comprovado nos sintomas psicológicos. Essa opção de tratamento é contraindicada para indivíduos com risco maior para câncer de mama e trombose venosa. Esse tipo de contraceptivo pode causar efeitos adversos como: dor de cabeça, aumento do fluxo menstrual, sangramento uterino anormal, acne, sangramento vaginal intermenstrual, diminuição da libido, alterações de humor;
- **Tratamento cirúrgico:** essa opção de tratamento é indicada para pessoas com idade maior ou igual a 40 anos que não responderam ao tratamento conservador.

O tratamento em questão é a histerectomia com salpingectomia/ooforectomia, após sua realização é preciso iniciar a terapia hormonal. Nesse caso, a terapia hormonal previne o aumento do risco cardiovascular, osteoporose, sintomas depressivos, ansiosos, efeitos adversos na saúde sexual e declínio cognitivo, que podem ocorrer devido a menopausa precoce causada (Oboza *et al.*, 2024).

Conclusão

O ciclo menstrual é um processo fisiológico complexo, controlado por uma relação equilibrada entre diversos órgãos e hormônios. As mudanças que ocorrem desde a puberdade resultam no início desse ciclo, e eventos como a oogênese, foliculogênese e esteroidogênese marcam esse momento. Ao agir na coordenação da liberação de hormônios como LH, FSH, progesterona e estrogênio, o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano tem papel fundamental na regulação de todo o ciclo e no equilíbrio entre as fases folicular, ovulatória e lútea. Além disso, a importância dos órgãos reprodutivos - útero, tubas uterinas e vagina - também deve ser ressaltada visto que têm papéis indispensáveis na estruturação desse processo. Para concluir, deve-se levar em consideração que o ciclo menstrual não repercute

apenas na saúde reprodutiva, mas também tem uma importante influência em outras áreas do organismo. Essa repercussão que vai além da saúde reprodutiva se deve à ação sistêmica dos hormônios envolvidos nesse ciclo. Compreender esses efeitos é necessário para que se possa entender como tratar essas possíveis alterações, promovendo o bem-estar e saúde durante o ciclo menstrual.

Referências

- ADONA, P. *et al.* Oogênese e Foliculogênese em Mamíferos. UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 245-250, 2013. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2013v15n3p%25p>. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/691/659>. Acesso em: 01 mar. 2025.
- BROWN, D. *et al.* As experiências e o impacto psicológico de viver com distúrbios pré-menstruais: uma revisão sistemática e síntese temática. *Frontiers in Psychiatry*, [s.l.], v. 15, n. 4, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1440690>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11402655/>. Acesso em: 01 mar. 2025.
- CUNNINGHAM, A. C. *et al.* Registrar padrões de ciclos menstruais ao longo da vida reprodutiva com dados do mundo real. *Scientific reports*, [s.l.], v. 14, n. 1, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-60373-3>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11068910/>. Acesso em: 01 mar. 2025.

4. GUYTON, Arthur; HALL, John. Fisiologia feminina antes da gravidez e hormônios femininos. In: GUYTON, A.C; HALL J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 13ª ed. Editora Elsevier, 2017. cap. 82, p. 2980-3029.
5. MACHADO, Angelo. Neuroanatomia funcional. São Paulo: 4a ed. Editora Atheneu, 2021.
6. MARTINS, Fran. Saiba o que é a menstruação, quando ela acontece e quais as principais características: Período causa alterações hormonais que podem interferir no sistema nervoso central, causando uma série de sintomas. [S.I.]. Ministério da Saúde, 24 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/saiba-o-que-e-a-menstruacao-quando-ela-acontece-e-quais-as-principais-caracteristica>. Acesso em: 09 dez. 2024.
7. MARTINS, Fran. Série orienta mulheres sobre cuidados durante a menstruação: Nesta estreia, saiba quais as diferenças entre ciclo, fluxo menstrual e as fases ovarianas. [S.I.]. Ministério da Saúde, 23 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/serie-orienta-mulheres-sobre-cuidados-durante-a-menstruacao>. Acesso em: 09 dez. 2024.
8. MORRE, Keith; DALLEY, Arthur; ARGUR, Anne. Anatomia orientada para clínica. Rio de Janeiro: 7a ed. Guanabara Koogan, 2014.
9. OBOZA, P. *et al.* Relações entre a Síndrome Pré-Menstrual (TPM) e a Composição da Dieta, Padrões Alimentares e Comportamentos Alimentares. *Nutrients*, [s.l.], v. 16, n. 12, p. 1911–1911, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16121911>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11206370/>. Acesso em: 01 mar. 2025.
10. SILVA, Ana; CARVALHO, Bruno. Tratado de Ginecologia Febrasgo. Rio de Janeiro: 1a ed. Elsevier, 2019.
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA(Brasil). Puberdade precoce. Rio de Janeiro: mar. 2023. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/desenvolvimento/puberdade-precoce/>. Acesso em: 10 dez. 2024.
12. YELA, Daniela. Tensão Pré-Menstrual - Critérios Diagnósticos. São Paulo. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 16 mar. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/422-tensao-pre-menstrual-criterios-para-diagnostico>. Acesso em: 09 dez. 2024.



Síndrome dos Ovários Policísticos

Carlos Hyago Sousa Marques

Lorena Peixoto Lopes

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-21.26

Introdução

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é o distúrbio endócrino mais comum em mulheres em idade reprodutiva (menacme), acometendo cerca de 6% a 20% desse grupo. Em boa parte das mulheres com SOP, há aumento bilateral dos ovários, por isso o nome “ovários policísticos”. Tal patologia também é denominada como síndrome anovulatória crônica hiperandrogênica, uma vez que, além da anovulação crônica, o hirsutismo – que consiste na presença de pilificação tipicamente masculina – é bastante frequente. Além disso, a SOP é uma doença multissistêmica, a qual se relaciona, por exemplo, com diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doença hepática gordurosa não alcoólica, complicações obstétricas, transtornos psiquiátricos, eventos cardiovasculares e câncer. Diante de tal complexidade, o diagnóstico de SOP pressupõe a exclusão de outras doenças que a mimetizam clinicamente, e é imprescindível que a população entenda a verdadeira gravidade da SOP, para que se haja o diagnóstico precoce e, por consequência, a melhora da qualidade de vida das portadoras dessa síndrome.

Fisiopatologia

A origem da SOP ainda não está totalmente esclarecida, mas há um

consenso de que a predisposição genética – já foram identificados múltiplos genes relacionados à SOP, e a prevalência de irmãs e mães de mulheres com SOP é de 20 a 40%, sendo superior à da população geral – e fatores ambientais, como a obesidade, contribuem para o surgimento dessa doença com apresentações tão diversas. O hiperandrogenismo, a anovulação crônica e a morfologia policística ocorrem por disfunções endócrinas e por desequilíbrios metabólicos. Um dos mecanismos que contribuem para o surgimento da SOP, embora nem sempre presente, é o desbalanço hormonal das gonadotrofinas, hormônios produzidos pela hipófise, que agem diretamente nos ovários (FSH, hormônio folículo-estimulante e LH, hormônio luteinizante). Esse desequilíbrio é responsável pela hipersecreção de LH, o que resulta na produção elevada de hormônios sexuais masculinos pelos ovários, sobretudo a testosterona. Somado a isso, a obesidade e a Resistência Insulínica (RI) – que pode ocorrer, inclusive, em mulheres não obesas – também contribuem para a elevação dos androgênios. O hiperinsulinismo secundário à RI tem efeito similar ao do LH nos ovários e reduz os níveis de SHBG, proteína formada no fígado que diminui os níveis de androgênios livres no sangue.

Esse desequilíbrio hormonal e metabólico repercute no funcionamento anormal dos ovários, nos quais há intenso recrutamento de

folículos, que, em contrapartida, degeneram sem o amadurecimento necessário para o processo de ovulação. Isso explica a morfologia policística dos ovários, devido à intensa atresia de folículos em estágios intermediários, e a anovulação crônica.

Quadro clínico

Como já foi dito, o controle fino dos hormônios sexuais é desregulado na mulher com SOP, o que vai resultar em: irregularidade menstrual (ciclos menstruais longos, com presença de 9 ciclos ou menos em um período de um ano), proliferação endometrial (devido ao quadro de anovulação, a ausência do efeito antagonista da progesterona propicia a um estado proliferativo do endométrio, aumentando o risco de mutações) e infertilidade (a SOP é uma grande causa de infertilidade feminina). O hiperandrogenismo pode refletir manifestações clínicas, como o hirsutismo, presente em 70% a 80% em mulheres com SOP, que se caracteriza pelo crescimento de pilificação com padrão masculino (pelo grosso, pigmentado, em regiões como pescoço, peito e costas), acne, pele oleosa e queda de cabelos. Ademais, a resistência insulínica pode se manifestar clinicamente pela acantose nigricans, manchas escuras situadas geralmente em regiões de dobra.

Diagnóstico

O Consenso de Rotterdam, atualizado em 2018, é o mais usado na prática médica, definindo critérios diagnósticos que respeitam a heterogeneidade das apresentações clínicas da SOP. Em 2023, novas diretrizes incluíram a dosagem do Hormônio Anti-Mulleriano (HAM) como alternativa à ultrassonografia em mulheres adultas. Para confirmação diagnóstica, é necessário que se preencham pelo menos 2 de 3 critérios: alterações dos ciclos menstruais (oligomenorreia ou amenorreia), hiperandrogenismo clínico ou laboratorial e morfologia ovariana policística à USG ou elevação do HAM. Dessa forma, podemos perceber que a presença de irregularidade menstrual e de hiperandrogenismo clínico simplifica o diagnóstico, não sendo necessário o uso da USG e do HAM.

A oligoamenorreia significa a ausência de menstruação por pelo menos 90 dias ou a presença de menos de 9 ciclos menstruais em um ano. A dosagem de androgênios tem utilidade quando o hiperandrogenismo clínico não está claro. Este pode ser avaliado objetivamente inspecionando o paciente, com uso da escala de Ferriman - Gallwey, que serve para avaliar a quantidade de pelos em áreas tipicamente masculinas. Em relação ao critério ultrassonográfico, é preciso respeitar pelo menos um dos

seguintes requisitos presentes em um ou ambos os ovários: 20 ou mais folículos com diâmetro médio de 2 a 9 mm e volume ovariano total maior ou igual a 10 cm³. Nesse contexto, infere-se que nem toda mulher com SOP necessariamente tem ovários policísticos ou hiperandrogenismo ou anovulação crônica.

Existem quatro fenótipos ou perfis clínicos da SOP:

2. clássico, preenche todos os critérios
3. não preenche o critério ultrassonográfico;
4. não tem irregularidade menstrual; não tem hiperandrogenismo.

É fundamental destacar que a SOP é um diagnóstico de exclusão, logo, para se firmar o diagnóstico, é necessário antes excluir outras patologias que possam cursar com hiperandrogenismo ou com anovulação crônica, como hipotireoidismo, HAC (hiperplasia adrenal congênita), hiperprolactinemia, insuficiência ovariana prematura e Síndrome de Cushing. Para isso, deve-se solicitar a dosagem de prolactina, TSH, testosterona total ou livre, deidroepiandrosterona sulfatada (DHEA-S), dosagem de 17-alfa-hidroxiprogesterona (17OHP) e FSH. Além disso, devido às repercussões metabólicas da SOP explicada anteriormente, as quais implicam uma atenção maior para o risco cardiovascular, é preciso haver uma investigação

bioquímica para o rastreamento de outras comorbidades, como diabetes mellitus, dislipidemias, obesidade e síndrome metabólica.

O desenvolvimento de SOP na adolescência é influenciado por fatores pré-natais, como a exposição gestacional ao tabagismo, à hipertensão e à diabetes, natais, como baixo peso ao nascer, e pós-natais, como a obesidade infantil. No entanto, diagnosticar SOP na adolescência demanda bastante cuidado, uma vez que a irregularidade menstrual e o hiperandrogenismo podem ocorrer de forma natural nessa fase da vida. É bastante comum adolescentes se queixarem de acne, oleosidade e atraso menstrual. Além disso, 26% das adolescentes saudáveis podem apresentar ovários policísticos em ultrassonografia, o que indica o uso desse exame apenas em adultos.

Portanto, recomenda-se atualmente que o diagnóstico na adolescência seja baseado na presença de anovulação crônica após dois anos da primeira menstruação e na presença de hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, com a exclusão de outras condições, a exemplo de gravidez, hirsutismo idiopático, formas tardias de hiperplasia adrenal congênita e tumores produtores de androgênios.

Complicação

A importância do diagnóstico precoce

e do esclarecimento da população acerca da SOP gira em torno dos desfechos clínicos dessa síndrome, a qual está longe de ser uma doença restrita ao órgão genital feminino. A história natural da SOP é muito heterogênea com seus diferentes fenótipos, podendo estar associada a um maior risco para o desenvolvimento de: diabetes mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemias (elevação de colesterol total, colesterol LDL ou triglicerídeos), câncer endometrial (três vezes mais prevalente na mulher com SOP), câncer de ovário, síndrome metabólica, risco cardiovascular e eventos tromboembólicos.

Tratamento

Não é incomum mulheres com SOP em tratamento interromperem o uso de anticoncepcionais – uma das terapias utilizadas – por acharem que o seu tratamento não é mais necessário, visto que seus sintomas estão controlados há muito tempo. Infelizmente, os sintomas da SOP, como a acne ou irregularidades menstruais, acabam voltando, pois essa doença não tem cura. O tratamento da SOP é feito de forma individualizada, com objetivo de mitigar os sintomas e prevenir complicações, o que demanda um suporte de uma equipe multiprofissional, a exemplo do ginecologista, do endocrinologista,

do nutricionista, do educador físico e do psicólogo, este sendo fundamental para adolescentes com SOP, que, com frequência, sofrem de ansiedade e depressão. Além disso, é imprescindível questionar a paciente sobre o desejo de engravidar, para direcionar a terapia para a indução da fertilidade. Todas as mulheres com SOP devem cessar o tabagismo e o consumo abusivo de álcool, praticar atividade física regularmente e adotar uma dieta saudável e equilibrada. Para mulheres com sobrepeso ou obesidade, a perda de peso é recomendada. Uma perda ponderal de 5% a 10% do peso pode reduzir a obesidade central e o hiperandrogenismo e também tratar a fertilidade em alguns casos.

A primeira linha de tratamento de irregularidade menstrual são os Anticoncepcionais Hormonais Combinados (AHC), desde que não haja desejo de engravidar. Qualquer AHC usado de forma cíclica tem como efeitos a regularização dos ciclos menstruais, a supressão androgênica e a proteção endometrial, assim como a progestogenioterapia, com a ressalva de que nem toda terapia com progesterona isolada é contraceptiva. Por outro lado, a presença de comorbidades cardiovasculares e metabólicas pode contraindicar o uso dos AHC, sendo necessária a avaliação do médico. A metformina é uma droga bastante usada, associada aos benefícios metabólicos glicêmicos – aumentam a sensibi-

lidade à insulina, por exemplo –, à redução de secreção de androgênios e à restauração da ciclicidade menstrual. O tratamento do hirsutismo clínico usualmente é baseado no uso de AHC associado ou não a drogas antiandrogênicas. Além disso, medidas como depilação e clareamento dos pêlos dão um resultado imediato e são indicadas. Caso haja contraindicação para os AHC, a associação de metformina e antiandrogênico, como acetato de ciproterona, é recomendada em pacientes com distúrbios metabólicos. É válido destacar que o uso de antiandrogênicos sem associação AHC requer uma nova medida contraceptiva eficaz, devido ao risco de feminilização de um feto masculino e não é indicado para gestantes nem para mulheres com desejo de engravidar. Por fim, a fertilidade pode ser tratada apenas com mudanças do estilo de vida. Se insucesso, a droga de escolha é o citrato de clomifeno, que pode ser associado à metformina. Outras opções são a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*.

Referências

1. FEBRASGO. Síndrome dos ovários policísticos. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2023.



Infecções Sexualmente Transmissíveis

Anna Montserrath Cano Figueredo

Avha Clarice Paixão Soares

Marcelo Henrique Lima Ferreira

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-27.33

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) representam um importante problema de saúde pública mundial, afetando milhões de pessoas anualmente. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2019 cerca de 1 milhão de pessoas contraíram alguma IST. Transmitidas predominantemente por meio do contato sexual desprotegido (vaginal, anal ou oral), essas infecções podem ser causadas por bactérias, vírus, protozoários ou fungos. Algumas também podem ser transmitidas de mãe para filho durante a gestação, o parto ou a amamentação, além do compartilhamento de agulhas contaminadas ou de objetos perfuro cortantes.

Entre as principais ISTs estão a sífilis, gonorreia, clamídia, herpes genital, papilomavírus humano (HPV), HIV/AIDS e tricomoníase. Essas condições variam amplamente em sua gravidade, podendo ser assintomáticas, causar sintomas leves ou resultar em complicações graves, como infertilidade, câncer e maior suscetibilidade a outras infecções¹.

A transição do termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) reflete uma abordagem mais precisa e atualizada. Enquanto o termo “DST” se refere apenas às condições que já apresentam sinais e sintomas, “IST” abrange tanto os casos sintomáticos quanto

os assintomáticos, enfatizando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento para interromper a cadeia de transmissão.

Causadas por bactérias

Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por contato sexual ou verticalmente de mãe para filho durante a gravidez. A doença é dividida em estágios clínicos: sífilis primária, secundária, latente e terciária, cada um com manifestações clínicas distintas que orientam o tratamento e o acompanhamento^{2,4}.

Na sífilis primária, a apresentação clássica é uma úlcera indolor, conhecida como cancro, no local da infecção. A sífilis secundária pode incluir erupções cutâneas, lesões mucocutâneas e linfadenopatia. A sífilis terciária, que pode ocorrer anos após a infecção inicial, pode envolver complicações cardíacas, lesões gomatosas e neurosífilis, que afetam o sistema nervoso central. A infecção pode também afetar o sistema visual (sífilis ocular) e auditivo (otosífilis) em qualquer estágio^{2,4}.

Gonorreia

A gonorreia é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada

pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*¹. Esta bactéria é um diplococo Gram-negativo que infecta principalmente o trato urogenital, mas também pode afetar o reto, a faringe, os olhos e, raramente, pode se disseminar sistemicamente¹. Nos homens, a gonorreia geralmente se manifesta como uretrite, com sintomas de secreção peniana e disúria. Nas mulheres, pode causar cervicite ou uretrite, frequentemente apresentando secreção mucopurulenta ou dor pélvica, embora muitas mulheres possam ser assintomáticas¹.

A infecção não tratada pode levar a complicações graves, como Doença Inflamatória Pélvica (DIP) em mulheres, que pode resultar em gravidez ectópica, infertilidade e dor pélvica crônica. Nos homens, pode causar epididimite e, em casos raros, infertilidade. A gonorreia também pode facilitar a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

O diagnóstico da gonorreia é feito através de Testes de Amplificação de Ácido Nucleico (NAATs), que são altamente sensíveis e específicos, ou por cultura bacteriana¹. O tratamento de primeira linha recomendado é uma dose única de ceftriaxona intramuscular, geralmente acompanhada de azitromicina oral para tratar possíveis coinfeções com *Chlamydia trachomatis*¹. No entanto, a resistência antimicrobiana crescente da *N. gonorrhoeae* é uma preocupação significativa de

saúde pública, limitando as opções de tratamento eficazes.

A prevenção da gonorreia depende de práticas sexuais seguras, como o uso de preservativos, e da redução do estigma associado às ISTs, que pode atrasar o diagnóstico e o tratamento.

Clamídia

Clamídia é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria gram-negativa *Chlamydia trachomatis*. É a IST bacteriana mais frequentemente relatada nos Estados Unidos e globalmente¹. A infecção geralmente ocorre nos genitais, como a uretra em homens e o colo do útero em mulheres, mas também pode afetar o reto e a faringe. A maioria das infecções por chlamydia é assintomática, o que contribui para sua disseminação, pois indivíduos infectados podem não estar cientes de sua condição¹.

Se não tratada, a infecção por *chlamydia* pode levar a complicações graves. Em mulheres, pode ascender ao trato genital superior, causando Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que aumenta o risco de gravidez ectópica, infertilidade e dor pélvica crônica. Em homens, pode causar epididimite e proctite. Além disso, a infecção por chlamydia está associada a um risco aumentado de transmissão e aquisição do HIV.

O tratamento de casos não complicados de *chlamydia* geralmente en-

volve o uso de antibióticos, como azitromicina ou doxiciclina. A triagem é recomendada para mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos e para mulheres mais velhas com risco aumentado de infecção. A triagem em homens não é rotineiramente recomendada, exceto em populações de alto risco¹.

Causadas por vírus

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e o HPV (Papilomavírus Humano) são Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) com características distintas, mas que podem ter interações significativas, especialmente em indivíduos coinfectados.

HIV

O HIV é um retrovírus que ataca o sistema imunológico, especificamente as células TCD4+, levando à imunodeficiência progressiva. A infecção pelo HIV pode ser assintomática inicialmente, mas, à medida que a doença progride, os sintomas podem incluir febre, fadiga, linfadenopatia, perda de peso e infecções oportunistas. Sem tratamento, o HIV pode evoluir para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), caracterizada por infecções graves e neoplasias^{5,6}.

O tratamento do HIV envolve a terapia antirretroviral (TARV), que é

altamente eficaz em suprimir a replicação viral, restaurar a função imunológica e prevenir a progressão para AIDS^{5,6}. A adesão ao tratamento é crucial para o sucesso terapêutico e para a redução da transmissão do vírus.

HPV

O HPV é a IST mais comum no mundo, com mais de 200 tipos identificados^{5,6}. A maioria das infecções por HPV é transitória e assintomática, mas infecções persistentes com tipos de alto risco, como HPV-16 e HPV-18, estão associadas ao desenvolvimento de cânceres anogenitais e orofaríngeos^{5,6}. Os tipos de baixo risco, como HPV-6 e HPV-11, podem causar verrugas genitais.

A prevenção do HPV é principalmente através da vacinação, que é altamente eficaz na prevenção de infecções por tipos de HPV de alto risco e, conseqüentemente, na redução da incidência de cânceres associados ao HPV. O rastreamento regular, como o teste de Papanicolaou e o teste de HPV, é essencial para a detecção precoce de lesões pré-cancerosas, permitindo intervenções que podem prevenir o desenvolvimento de câncer.

Coinfecção HIV E HPV

Indivíduos com HIV têm maior prevalência de infecção por HPV e maior risco de desenvolver doenças associadas ao HPV, como ne-

oplasias anogenitais. A coinfeção pode resultar em menor clearance do HPV e maior progressão para câncer^{5,6}. O manejo de doenças associadas ao HPV em indivíduos com HIV pode ser mais complexo devido à maior taxa de falha de tratamento e recorrência.

A vacinação contra o HPV é recomendada para indivíduos com HIV, e o rastreamento regular para câncer cervical é crucial, independentemente do status de vacinação. A gestão de lesões pré-cancerosas em pacientes com HIV pode exigir uma abordagem mais conservadora devido ao risco aumentado de recorrência.

Em resumo, tanto o HIV quanto o HPV são ISTs significativas com implicações importantes para a saúde pública. A prevenção, através de vacinação e práticas sexuais seguras, juntamente com o tratamento adequado e o rastreamento regular, são fundamentais para reduzir a morbidade e mortalidade associadas a essas infecções.

Causadas por protozoários

Tricomoníase

A tricomoníase é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pelo protozoário parasita *Trichomonas vaginalis*¹. É a IST não viral mais comum é curável no

mundo. A infecção pode ser assintomática, mas em mulheres pode causar vaginite, caracterizada por corrimento vaginal difuso, mal cheiroso ou amarelo-esverdeado, com ou sem irritação vulvar¹. Em homens, a infecção é frequentemente assintomática, mas pode causar uretrite, epididimite ou prostatite.

O diagnóstico tradicionalmente é feito por exame microscópico direto de um esfregaço úmido de fluido vaginal, mas este método tem baixa sensibilidade. Testes de Amplificação de Ácido Nucleico (NAATs) são agora considerados o padrão-ouro devido à sua alta sensibilidade e especificidade.

O tratamento de primeira linha para a tricomoníase é com nitroimidazóis, como metronidazol ou tinidazol. A dose recomendada é de 2 g por via oral em dose única para ambos os sexos, ou metronidazol 500 mg duas vezes ao dia por 7 dias para mulheres, especialmente aquelas coinfectadas com HIV. A resistência ao metronidazol é uma preocupação emergente, mas ainda não é comum¹.

Do ponto de vista de saúde pública, a tricomoníase está associada a complicações reprodutivas, como parto prematuro e baixo peso ao nascer, além de aumentar o risco de transmissão do HIV¹. A triagem anual pode ser considerada em populações de alto risco, como clínicas de doenças sexualmente transmissíveis e instituições

correcionais, embora a eficácia da triagem em reduzir eventos adversos e disparidades de saúde ainda não esteja clara. A coinfeção com HIV é particularmente preocupante, pois a tricomoníase pode aumentar a carga viral do HIV e o risco de doença inflamatória pélvica¹.

Causadas por fungos

Candidíase

A candidíase é uma infecção causada por fungos do gênero *Candida*, sendo a espécie mais comum a *Candida albicans*⁷. Este fungo é um patógeno oportunista que normalmente reside na pele humana e nas membranas mucosas da boca, intestinos ou vagina. A candidíase pode se manifestar de várias formas, desde infecções superficiais em mucosas e pele até infecções sistêmicas graves, especialmente em indivíduos imunocomprometidos, como pacientes com HIV/AIDS ou aqueles em tratamento com quimioterapia ou agentes imunossupressores.

As infecções por *Candida* podem ser classificadas em mucocutâneas, como a candidíase oral (também conhecida como sapinho) e a candidíase vaginal, e invasivas, que incluem a candidemia e a candidíase disseminada, afetando órgãos internos e podendo ser potencial-

mente fatais⁷. A candidemia é uma das manifestações mais comuns de candidíase invasiva e está associada a uma alta taxa de mortalidade.

O tratamento da candidíase depende da localização e gravidade da infecção. Antifúngicos como nistatina, fluconazol e anfotericina B são frequentemente utilizados para tratar infecções orais e sistêmicas. No entanto, a resistência a antifúngicos, especialmente entre espécies não-albicans de *Candida*, é uma preocupação crescente. Estratégias de tratamento incluem a remoção de cateteres venosos centrais contaminados e o uso precoce de terapia antifúngica adequada para reduzir a mortalidade.

Referências

1. WORKOWSKI, Kimberly A. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR. Recommendations and Reports, v. 70, 2021.
2. Sexually Transmitted Infections | CDC Yellow Book 2024. Disponível em: <<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/posttravel-evaluation/sexually-transmitted-infections>>. Acesso em: 01 de Dez. de 2024
3. PEELING, Rosanna W.; HOOK III, Edward W. The pathogenesis of syphilis: the Great Mimicker, revisited. The Journal of Pathology: A Journal of the Pathological Society of Great Britain and Ireland, v. 208, n. 2, p. 224-232, 2006.
4. HOOK, E. W. Syphilis. The Lancet, v. 389, n. 10078, p. 1550–1557, abr. 2017.

5. QUINLAN, Jeffrey D. Human papillomavirus: screening, testing, and prevention. *American family physician*, v. 104, n. 2, p. 152-159, 2021.
6. PLOTZKER, Rosalyn E. *et al.* Sexually transmitted human papillomavirus: update in epidemiology, prevention, and management. *Infectious Disease Clinics*, v. 37, n. 2, p. 289-310, 2023.
7. Lu H, Hong T, Jiang Y, Whiteway M, Zhang S. Candidiasis: From cutaneous to systemic, new perspectives of potential targets and therapeutic strategies. *Adv Drug Deliv Rev.* 2023 Aug;199:114960. doi: 10.1016/j.addr.2023.114960. Epub 2023 Jun 10. PMID: 37307922. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37307922/>



Vulvovaginites e vaginoses

Ana Beatriz Peixoto Firmino

Rafaela Monteiro do Nascimento Folha

Wanderliza Laranjeira Coutinho

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-34.42

Introdução

As vulvovaginites e vaginoses são condições frequentes nos ambulatórios ginecológicos, afetando mulheres de todas as faixas etárias. No entanto, o tema ainda é cercado de tabus, o que dificulta o diálogo aberto sobre essas infecções. Este capítulo tem objetivo de abordar o assunto de forma clara e didática, explorando aspectos como: impacto na vida sexual, na gestação, a relação com as Infecções Sexuais Transmissíveis (ISTs) e os efeitos psicológicos.

A diferença entre as vulvovaginites e a vaginose é a presença de inflamação, assim, as vulvovaginites apresentam sinais típicos de inflamação, como edema, vermelhidão e dor, enquanto nas vaginoses esses sinais não estão presentes. Apesar dessas diferenças, as queixas são similares: corrimento, odor desagradável, prurido, queimação, disúria e dispareunia (Linhares, 2018). Neste capítulo serão citadas as sete principais causadoras destes sintomas:

- Vaginose bacteriana;
- Candidíase;
- Tricomoniase;
- Vaginose citolítica;
- Vaginose inflamatória descamativa;
- Vulvovaginite atrófica.

Cada uma dessas condições será detalhada, com foco em suas ca-

racterísticas, formas de diagnósticos, tratamento e impacto na qualidade de vida das mulheres.

Para compreender as vulvovaginites é essencial conhecer o conceito de microbiota normal, que se refere aos microrganismos que vivem em harmonia no corpo humano, estabelecendo uma relação simbiótica e benéfica. Esses microrganismos contribuem para o bom funcionamento do organismo do hospedeiro, ao produzirem substâncias úteis, como vitaminas, e evitam a proliferação de outros organismos patogênicos. Em troca, o organismo humano disponibiliza o ambiente necessário ao crescimento da microbiota - com condições ideais de pH, temperatura e pressão osmótica.

Cada região do corpo possui características físicas e químicas próprias, o que resulta em uma composição única de microrganismos em cada área (Brock, 2021). Os primeiros estudos sobre a temática ocorreram no século XIX e, com o passar do tempo e o avançar da ciência, a notoriedade tornou-se mais evidente (Duarte, 2024).

Neste capítulo, nosso foco é o sistema urogenital, mais especificamente da vagina. Em condições normais, durante a fase adulta, em condições normais, o pH é ácido entre 4 e 4,5. Essa acidez é mantida pela presença de *Lactobacillus Acidophilus*, bactérias que fermentam o glicogênio presente na vagina, produzindo ácido lático. Além

disso, esses microrganismos produzem peróxido de hidrogênio, que, junto com outros componentes, ajuda a impedir a proliferação de bactérias patógenas - que causam doenças.

Apesar disso, a vagina é naturalmente infectada por uma variedade de microrganismos, incluindo bactérias gram positivas, gram negativas, anaeróbicas e aeróbicas, todos pertencentes à microbiota normal, portanto, não causam prejuízo funcional (Brock, 2021). O *Lactobacillus acidophilus* desempenha um papel crucial na manutenção desse equilíbrio, não apenas pela acidificação do ambiente, mas também pela produção de bacteriocinas – substâncias que inibem o crescimento de patógenos – e pela ativação de linfócitos, células do sistema imunológico que ajudam a combater infecções (Linhares, 2018). Essa interação é essencial para preservar a saúde vaginal e prevenir desequilíbrios que possam levar a condições como vulvovaginites.

É importante destacar que essas características da microbiota normal podem variar de conforme a idade, porque a colonização vaginal por *Lactobacillus Acidophilus* está diretamente relacionada ao estrogênio. Antes da puberdade o pH das meninas é mais básico e a microbiota composta principalmente por microrganismos como Estafilococos, Estreptococos, Difteróides

e *E. coli*. Já as recém-nascidas possuem níveis elevados de estrogênio, transmitidos pela mãe durante a gravidez, que diminuem na infância e voltam a aumentar com a primeira menstruação. Na menopausa, a produção de glicogênio cessa, e o pH vaginal retorna a um estado mais básico (Brock, 2021).

Além disso, estudos recentes de Biologia Molecular identificaram outras espécies de *Lactobacillus* na microbiota como *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus inners*, *Lactobacillus jensenii* e *Lactobacillus gasseri*. Porém, observa-se sempre a prevalência de uma delas sobre as outras (Brock, 2021) (Linhares, 2018).

Alterações na microbiota vaginal podem levar ao desenvolvimento de doenças, um processo conhecido como patogênese. Esse processo começa com o contato com o microrganismo, seguido pela adesão e invasão do patógeno nas células ou tecidos. Em seguida, ocorre a infecção, quando o microrganismo se multiplica no hospedeiro, podendo ou não causar danos. A doença é caracterizada pela lesão no tecido ou órgão afetado (Linhares, 2018).

Vaginose bacteriana

A primeira vulvovaginite abordada é a Vaginose Bacteriana (VB), uma das disbioses mais comuns, que

afeta de 15 a 30% das mulheres em idade reprodutiva (Cohen, 2020). Essa condição ocorre devido a um desequilíbrio na microbiota normal, com redução dos *Lactobacillus Acidophilus* e, conseqüente aumento do pH, o que favorece a proliferação de bactérias anaeróbicas, como *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella sp.* e *Atopobium sp.* Porém, como já citado no parágrafo anterior, é importante salientar que tratam-se de microorganismos que já habitam a região, porém, ocorre um desajuste do equilíbrio natural que permite seu crescimento excessivo.

Estudos recentes sugerem a formação de um biofilme, uma “película” protetora que dificulta o tratamento e que não está presente em mulheres saudáveis. O diagnóstico da VB é baseado nas queixas do paciente e no exame ginecológico, sendo comum encontrar corrimento esbranquiçado ou acinzentado e são incomuns queixas de edema e prurido (Rezende, 2014).

Figura 1: Corrimento característico da Vaginose Bacteriana.



Fonte: Manual PTGI – Vulvovaginites (2010).

Diante do exposto é possível esclarecer que as vaginose bacterianas não são Infecções Sexualmente

Transmissíveis (IST) e podem ser observadas em mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual. Além disso, em caso de vida sexual ativa, não é necessário tratar o parceiro.

Ao longo do ciclo menstrual a integridade da microbiota é influenciada por flutuações hormonais, tornando os primeiros dias mais propensos à infecção. Além disso, o aumento do fluxo pode ser um fator de risco, já que fornece mais substrato ao crescimento bacteriano, por essa lógica, relações sexuais durante o período menstrual também são fator de risco. Juntamente, estudos demonstram maior amostra de bactérias em mulheres que passaram por cirurgia de remoção de colo de útero.

Em relação aos hábitos sexuais: sexo oral, sexo em idade precoce, atividade sexual com outras mulheres e múltiplos parceiros são fatores de risco para vaginose bacteriana. Além disso, mulheres que possuem Dispositivo Intrauterino (DIU) possuem maior predisposição a desenvolver VB. Assim, é importante estar atento às corretas instruções de higiene, evitando o uso de duchas ou sabonetes íntimos que alterem o pH da região vaginal.

Em relação aos sintomas, cerca de metade das mulheres não apresenta sintomas (Rezende, 2014). Mas, as que apresentam, podem ter: corrimento com mau cheiro, muito comparado ao “odor de peixe po-

dre”, causado pela volatilização das aminas aromáticas, sem inchaço associado.

O diagnóstico clínico pode ser feito com base nos critérios de Amstel que exigem a presença de 3 dos 4 itens a seguir:

1. Corrimento vaginal homogêneo e de coloração branco-acinzentada;
2. pH > 4,5;
3. Teste de aminas positivo;
4. Presença de *clue cells* (células-chave) no exame microscópico (Linhares, 2018).

O tratamento é feito com Tinidazol ou Clindamicina. Estudos recentes investigam o uso de probióticos no complemento ao tratamento da Vaginose Bacteriana, com resultados promissores na melhora dos sintomas (Mandar, 2023).

Em gestantes, a incidência de VB varia entre 10 a 30%, resultando na proliferação de bactérias anaeróbicas e redução de *Lactobacillus Acidophilus*, diante disso, observa-se elevação do pH e o odor característico das vaginoses. O tratamento é obrigatório para as gestantes sintomáticas, pois a VB pode causar parto pré-termo, abortamento e baixo peso ao nascimento.

Para gestantes assintomáticas, ainda não há consenso, mas a detecção precoce e o tratamento podem ser benéficos, especialmente em mulheres com histórico de aborto. Em casos de gravidez de risco, recomenda-se o rastreamento e tratamento

com Metronidazol por 7 dias ou Clindamicina oral como segunda linha. Estudos não mostraram danos aos bebês com o uso de Metronidazol, mas o Tinidazol não é indicado para gestantes (Rezende, 2014; Duarte, 2024).

Além disso, a VB está associada a outras condições ginecológicas, como a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), e aumenta o risco de infecções por Clamídia, Gonorreia e transmissão vertical do HIV, provavelmente devido à redução do *Lactobacillus acidophilus* (Linhares, 2018).

Candidíase vulvovaginal

A Candidíase Vulvovaginal é uma inflamação causada pela proliferação excessiva do fungo *Candida sp*, que faz parte da microbiota normal do trato genital, urinário, respiratório e intestinal. Porém, em situações de imunossupressão, esse fungo pode se tornar oportunista, levando a uma infecção. Cerca 75% das mulheres terão um quadro de candidíase ao longo da vida. Dentre as espécies de fungo causadores mais comuns estão: *Candida albicans* (70% a 89%), seguida por espécies não albicans. Ela é caracterizada por uma invasão ao epitélio vaginal através de enzimas que favorecem a aderência e dano celular.

Os fatores de risco incluem:

- Diabetes;
- Imunossupressão;
- Uso de glicocorticóides ou antibióticos;
- Roupas justas;
- Alto consumo de açúcar.

Recomenda-se evitar roupas íntimas sintéticas, preferindo o algodão, não usar perfumes íntimos, dormir sem roupa íntima e utilizar sabonetes com pH adequado (Linhares, 2018).

O quadro clínico inclui:

- Secreção branca e grumosa, sem odor;
- Coceira intensa;
- Inchaço na região vaginal.

O tratamento é feito com antifúngicos, por via vaginal ou oral. Casos recorrentes (mais de três episódios por ano) exigem tratamento prolongado, com antifúngicos semanais por seis meses. A candidíase não é uma IST, e o tratamento do parceiro só é necessário se ele apresentar sintomas (Linhares, 2018).

Figura 2: Colo de útero típico das portadoras de candidíase.



Fonte: Atlas da Colposcopia - princípios e prática, da Organização Mundial da Saúde (2019).

Tricomoníase

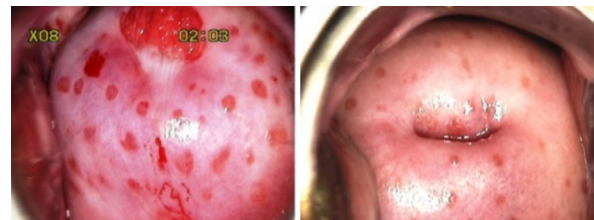
A tricomoníase é uma Infecção Se-

xualmente Transmissível (IST) causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, um microrganismo anaeróbico facultativo. Diferente da vaginose bacteriana e da candidíase, a tricomoníase é transmitida sexualmente, com uma incidência de 10% na população geral. A prevenção é feita com o uso de preservativos durante as relações sexuais, tanto no tratamento quanto nos sete dias seguintes. Em caso de infecção, os parceiros sexuais também devem ser tratados.

Cerca de um terço das pessoas infectadas não apresenta sintomas, sendo a maioria dos homens assintomáticos. Os sintomas típicos incluem:

- Corrimento amarelo-esverdeado e borbulhante;
- Inchaço na genitália externa;
- Colo do útero com “aspecto de morango” ou “framboesa”, indicando pontos de hemorragia que facilitam a entrada de vírus na corrente sanguínea (Bravo, 2010).

Figura 3: Colo do útero com aspecto de “morango” ou “framboesa”.

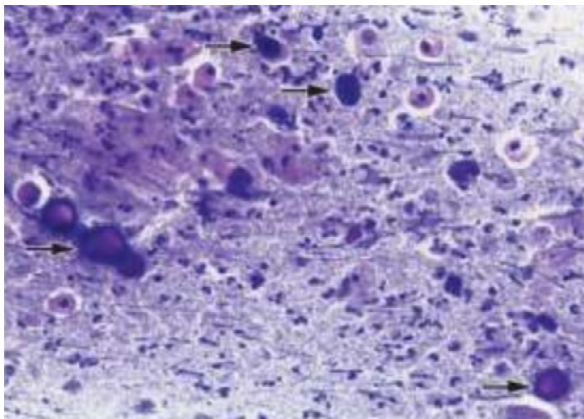


Fonte: Atlas da Colposcopia - princípios e prática, da Organização Mundial da Saúde (2019).

O tratamento é por via oral, geralmente com Metronidazol. Estudos recentes mostram uma possível correlação entre o protozoário *Trichomonas vaginalis* com bactérias,

o que culmina em infecções mais graves. A tricomoníase também pode aumentar a chance de contágio do HIV, HPV e DIP. Além disso, pode causar complicações para mulheres grávidas resultando em parto prematuro e baixo peso do bebê (Linhares, 2018; Duarte, 2024).

Figura 4: Exame de papanicolau típico da Vaginite Atrófica.



Fonte: LASMAR et al. Tratado de ginecologia Ricardo Bassil Lasmar (2017).

Vaginose citolítica

Caracterizada pelo aumento do corrimento vaginal fisiológico (esbranquiçado e floculado), coceira genital, dor ao urinar, dor durante a relação sexual, ardor e queimação. É causada pelo excesso de *Lactobacillus spp.*, que torna o ambiente vaginal excessivamente ácido, levando à citólise (destruição) das células epiteliais. Frequentemente confundida com a candidíase devido à semelhança dos sintomas. O tratamento visa aumentar o pH vaginal, utilizando soluções de bicar-

bonato de sódio (2% a 3%) por via intravaginal, principalmente no período pré-menstrual, quando os sintomas são mais comuns. A condição é mais frequente em mulheres com altos níveis de estrogênio, como gestantes ou usuárias de anticoncepcionais hormonais (Linhares, 2018).

Vaginose inflamatória descamativa

Apresenta sintomas como ardor, corrimento moderado a intenso (amarelado ou esverdeado), dor durante a relação sexual e inflamação vaginal. É causada por um desequilíbrio na microbiota, com predomínio de bactérias aeróbicas, como *Streptococcus spp.* e *Escherichia coli*, e redução dos lactobacilos. O tratamento foca em reduzir a infecção bacteriana e a inflamação, podendo incluir clindamicina (creme ou oral), hidrocortisona (para alívio da inflamação) e estrogênio (em casos de atrofia vaginal). A condição é mais comum em mulheres na pós-menopausa ou com baixos níveis de estrogênio (Linhares, 2018)

Vaginite aeróbica

Uma vulvovaginite rara, decorrente de uma resposta inflamatória à

presença de bactérias aeróbicas, como *Staphylococcus aureus*, *E. coli* e *Enterococcus spp.* Os sintomas incluem corrimento purulento, odor desagradável, inflamação intensa e, em alguns casos, ulcerações vaginais. É semelhante à vaginose inflamatória descamativa, e alguns autores as consideram a mesma condição. O tratamento é individualizado, baseado na microscopia e no perfil bacteriano identificado, podendo incluir antibióticos (como amoxicilina-clavulanato), anti-inflamatórios e estrogênio (em casos de atrofia vaginal). A vaginite aeróbica está associada a maior risco de complicações, como infecções ascendentes e infertilidade, se não tratada adequadamente (Linhares, 2018).

Vaginite atrófica

A Vaginite Atrófica é um processo inflamatório relacionado à atrofia da mucosa, devido a redução de estrogênio. Como consequência, há redução da lubrificação e da elasticidade vaginal. Logo, é mais recorrente: pós menopausa, puerpério, lactantes, mulheres em radioterapia ou que utilizam medicação anti-estrogênicas. O corrimento típico é aquoso, com odor desagradável, amarelada. Associado, observam-se sintomas como: irritação, prurido, ardência e dispareunia. Além

disso, é muito comum associação com a incontinência urinária e infecção urinária. O diagnóstico é feito com base no exame clínico, mas, podem ser feitos exames complementares que demonstrarão: presença exclusiva de células basais e leucócitos. O tratamento é feito com o uso tópico de Estriol ou Promestrieno. (Ferracini, 2013; Silva, 2022).

Considerações finais

Essas condições destacam a importância de um diagnóstico preciso, pois os sintomas podem se sobrepor a outras vulvovaginites, como a candidíase e a vaginose bacteriana. O tratamento deve ser personalizado, considerando o perfil microbiano, o estado hormonal e as condições clínicas da paciente. Além disso, a educação sobre hábitos de higiene e prevenção é essencial para evitar recorrências e complicações.

Referências

BASU P, Sankaranarayanan R (2017). Atlas de Colposcopia – Princípios e Prática: IARC Cancer. Base No. 13 [Internet]. Lyon, França: Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer. Disponível em: <https://screening.iarc.fr/atlascolpo.php>. Acesso em: 14 dez. 2024.

BRAVO RS, Giraldo PC, Carvalho NS, Gabiatti JRE, Val IC, Giraldo HPD, et al. Tricomoníase vaginal: o que está acontecendo? DST. 2010 May 25, 22(2):73–80. Disponível em: <https://bjstd.org/revista/article/view/1084>. Acesso em: 14 dez. 2024.

BROCK, T. D. et al. Microbiologia de Brock. 14. ed. Artmed, 2016.

COHEN, C. R. et al. Ensaio randomizado de Lactin-V para prevenir a recorrência de vaginose bacteriana. New England Journal of Medicine, v. 382, n. 20, p. 1906–1915, 2020. Acesso em: 14 dez. 2024.

DUARTE, G. et al. Vulvovaginite em gestantes. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO, v. e-FPS03, 2024. Acesso em: 14 dez. 2024.

FERRACIN, I.; OLIVEIRA, R. M. W. de. Corrimento vaginal: causa, diagnóstico e tratamento farmacológico. Infarma – Ciências Farmacêuticas, v. 17, n. 5/6, p. 82–86, 2013. Disponível em: <https://cff.emnuvens.com.br/infarma/article/view/276>. Acesso em: 14 dez. 2024.

Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. [s.l.]: Editora Manole, 2014. Acesso em: 14 dez. 2024.

LASMAR, R. B. et al. Tratado de ginecologia. 2017. Acesso em: 14 dez. 2024.

LINHARES, I. M.; AMARAL, R. L.; ROBIAL, R.; ELEUTÉRIO JÚNIOR, J. Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, n. 24 / Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas). Acesso em: 14 dez. 2024.

MÄNDAR, R. et al. Impacto de probióticos orais e vaginais contendo

Lactobacillus crispatus na saúde vaginal: um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. Beneficial Microbes, v. 14, n. 2, p. 143–152, 2023. Acesso em: 14 dez. 2024.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezendes: obstetrícia fundamental. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Acesso em: 14 dez. 2024.

SILVA, Ana Julia Rocha et al. Vaginite e vaginose. Ginecologia e Obstetrícia, edição V. Editora Pasteur. Acesso em: 14 dez. 2024.

Climatério e menopausa

Avha Clarice Paixão Soares

Karen Neuber Santos Cruz

Wanderliza Laranjeira Coutinho

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-43.47



Introdução

O climatério é uma fase natural da vida da mulher, marcando a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, geralmente ocorrendo entre os 45 e 60 anos (Febrasgo, 2022; SOBRAC, s.d.). Essa fase é caracterizada por mudanças hormonais, principalmente a redução na produção de estrogênio pelos ovários, o que afeta o ciclo menstrual, a fertilidade e diversas funções do organismo (Santen *et al.*, 2020).

O climatério é dividido em duas fases principais: a perimenopausa, caracterizada por alterações menstruais e sintomas decorrentes da flutuação hormonal, e a pós-menopausa, iniciada após 12 meses consecutivos sem menstruação (Febrasgo, 2022; NAMS, 2022). Durante esse período, as mulheres podem apresentar sintomas como ondas de calor, alterações no sono, diminuição da libido, mudanças de humor e ressecamento vaginal, impactando significativamente a qualidade de vida e, muitas vezes, exigindo acompanhamento médico e ajustes no estilo de vida (Avis *et al.*, 2018; Monteleone *et al.*, 2021).

A menopausa, por sua vez, é um evento específico dentro do climatério, definido retrospectivamente após 12 meses consecutivos de amenorreia, ocorrendo em média aos 51 anos (NAMS, 2022). Quando a falência ovariana ocorre antes dos 40 anos, denomina-se insuficiência ovariana prematura (Santen *et al.*, 2020).

Alterações fisiológicas no climatério

As alterações hormonais durante o climatério decorrem da exaustão do estoque folicular ovariano, resultando na redução dos níveis de inibina B e estradiol, associada à elevação progressiva do hormônio folículo-estimulante (FSH) (Febrasgo, 2022; Santen *et al.*, 2020). Esse desequilíbrio hormonal desencadeia manifestações clínicas que afetam múltiplos sistemas do organismo.

Sintomas vasomotores

As ondas de calor, também chamadas de fogachos, caracterizam-se por sensação súbita de calor intenso, predominantemente na face, pescoço e tórax, frequentemente acompanhadas de sudorese e rubor facial, podendo ocorrer diversas vezes ao dia (Avis *et al.*, 2018; NAMS, 2022). A **sudorese noturna** é comum e pode comprometer significativamente a qualidade do sono, estando frequentemente associada aos fogachos (Avis *et al.*, 2018). As **palpitações** também podem ocorrer, relacionadas às alterações autonômicas induzidas pelo hipoestrogenismo (Monteleone *et al.*, 2021).

Alterações menstruais

Durante a transição menopausal, os ciclos menstruais tornam-se irregulares, com intervalos variáveis, podendo ocorrer espaçamento progressivo até a cessação definitiva da menstruação (Febrasgo, 2022). **Sangramentos anormais, incluindo fluxos intensos, prolongados ou intermenstruais**, podem surgir devido à desregulação hormonal, devendo sempre ser investigados (SOBRAC, s.d.).

Síndrome genitourinária

A deficiência estrogênica provoca atrofia vaginal, caracterizada pela redução da espessura e elasticidade da mucosa vaginal, levando a sintomas como ressecamento vaginal, dispareunia e maior suscetibilidade a infecções urinárias recorrentes (NAMS, 2022; Monteleone *et al.*, 2021). Essas alterações impactam negativamente a função sexual e a qualidade de vida da mulher (Santen *et al.*, 2020).

Mudança metabólica e cardiovascular

O climatério associa-se ao aumento do risco de síndrome metabólica, incluindo obesidade abdominal, resistência à insulina, dislipidemia e hipertensão arterial (SOBRAC, s.d.). A redução do estrogênio contribui para alterações no perfil lipídico, com elevação do colesterol LDL e redução do HDL, aumentando o risco de aterosclerose e doenças

cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (Santen *et al.*, 2020; NAMS, 2022).

Alterações ósseas

O estrogênio exerce papel fundamental na manutenção da densidade mineral óssea, e sua diminuição acelera o processo de reabsorção óssea (Febrasgo, 2022). Como consequência, ocorre aumento do risco de osteoporose e fraturas, especialmente em coluna vertebral, quadril e punho (Santen *et al.*, 2020).

Distúrbios psicológicos do sono

As flutuações hormonais podem influenciar neurotransmissores centrais, aumentando a incidência de depressão, ansiedade e alterações do humor (Monteleone *et al.*, 2021). A insônia é frequente, muitas vezes associada aos fogachos e à sudorese noturna, além de queixas cognitivas como dificuldade de concentração, lapsos de memória e sensação de “névoa mental” (Avis *et al.*, 2018).

Outras alterações possíveis

Podem ocorrer alterações cutâneas e capilares, como ressecamento da pele, redução da elasticidade e aumento da fragilidade dos cabelos (Santen *et al.*, 2020). O ganho de peso, especialmente com acúmulo de gordura abdominal, é comum, assim como diminuição da libido,

fadiga, dores articulares e musculares (SOBRAC, s.d.; Monteleone *et al.*, 2021).

Diagnóstico do climatério

O diagnóstico do climatério é essencialmente clínico, baseado na idade da paciente e na presença de sintomas típicos de hipoestrogenismo, como fogachos e alterações menstruais (Febrasgo, 2022). Em mulheres acima de 45 anos, a associação entre idade e quadro clínico geralmente dispensa a realização de exames laboratoriais (SOBRAC, s.d.).

Em situações de dúvida diagnóstica, especialmente em mulheres mais jovens ou com sintomas atípicos, recomenda-se a dosagem sérica de FSH, com valores persistentemente acima de 25 mUI/mL, em exames repetidos após quatro a seis semanas, sugerindo transição menopausal (Febrasgo, 2022).

Em mulheres com menos de 45 anos, é fundamental excluir diagnósticos diferenciais, como disfunções tireoidianas, hiperprolactinemia e outras condições clínicas que possam mimetizar os sintomas do climatério (Santen *et al.*, 2020).

Manejo do climatério

O manejo do climatério visa aliviar os sintomas e prevenir complicações associadas ao hipoestrogenismo, sendo individualizado conforme o perfil clínico e os riscos da paciente (NAMS, 2022).

Terapia Hormonal (TH)

A terapia hormonal é indicada para mulheres sintomáticas sem contraindicações, apresentando benefícios na redução dos sintomas vasomotores, prevenção da perda óssea e melhora do bem-estar emocional (Santen *et al.*, 2020; NAMS, 2022). A indicação deve ser precedida de avaliação clínica detalhada, incluindo mamografia e estratificação do risco cardiovascular (Febrasgo, 2022).

Terapias não hormonais

Para mulheres que não podem ou não desejam utilizar terapia hormonal, alternativas incluem antidepressivos como inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina, eficazes no controle dos fogachos (Monteleone *et al.*, 2021). Fitoterápicos, como isoflavonas da soja, podem ser utilizados, embora apresentem evidências variáveis (SOBRAC, s.d.). O estrogênio vaginal tópico é indicado para sintomas geniturinários, com baixo risco sistêmico (NAMS, 2022).

Mudanças no estilo de vida

A prática regular de atividade física, alimentação equilibrada rica em cálcio e vitamina D, cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool e controle do estresse são fundamentais para a promoção da saúde durante o climatério (Febrasgi, 2022; SOBRAC, s.d.).

Rastreamento de doenças

Durante o climatério, recomenda-se acompanhamento médico regular com rastreamento do câncer de mama por meio de mamografia, citologia oncológica para prevenção do câncer do colo do útero, avaliação dos fatores de risco cardiovascular e metabólico, além de densitometria óssea em mulheres com risco aumentado para osteoporose (Febrasgo, 2022; SOBRAC, s.d.).

Considerações finais

O climatério é uma fase natural, porém marcada por importantes alterações fisiológicas que podem comprometer a qualidade de vida da mulher. O reconhecimento precoce dos sintomas e a adoção de estratégias terapêuticas individualizadas são essenciais para um

envelhecimento saudável (NAMS, 2022; Santen *et al.*, 2020).

Uma abordagem integral, que associe acompanhamento médico regular, intervenções farmacológicas quando indicadas, mudanças no estilo de vida e rastreamento preventivo de doenças, é fundamental para garantir uma transição mais tranquila e com melhor qualidade de vida durante o climatério (Febrasgo, 2022; SOBRAC, s.d.).

Referências

- Avis, N. E., *et al.* "Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women." *Obstetrics & Gynecology*, 2018.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Propedêutica mínima no climatério*. Caderno científico, editora Feminina, Volume 50, Número 5, 2022.
- FEBRASGO. "Manual de Orientação: Climatério e Menopausa." Disponível em: www.febrasgo.org.br. Monteleone, P., *et al.* "Management of Menopause-Related Symptoms: A Review." *JAMA*, 2021.
- NAMS. "The 2022 Hormone Therapy Position Statement." *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. Disponível em: www.menopause.org.
- Santen, R. J., *et al.* "Menopausal Hormone Therapy: A Comprehensive Review." *Endocrine Reviews*, 2020.
- SOBRAC. "Diretrizes Brasileiras para o Manejo do Climatério e Menopausa." Disponível em: www.sobrac.org.



Câncer de mama

Noemi Ramos dos Santos

Raianne Kivia de Azevedo Bispo

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-48.54

Introdução

O câncer de mama constitui uma das neoplasias malignas mais prevalentes em mulheres mundialmente, sendo responsável por expressiva morbimortalidade. Sua patologia caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células mamárias, originando tumores com potencial invasivo e metastático, disseminando-se para tecidos adjacentes e órgãos distantes. Embora seja mais comum no sexo feminino, também pode acometer homens, ainda que em menor proporção (Batista *et al*, 2020; Basil, 2024).

No Brasil, excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama representa a neoplasia de maior incidência na população feminina, seguido pelos cânceres colorretal e de colo do útero (Brasil, 2024). Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se aproximadamente 66.280 novos diagnósticos em 2021, enquanto em 2019 foram registradas cerca de 18.000 mortes pela doença. Estes dados reforçam a importância do rastreamento precoce, essencial para reduzir a mortalidade associada.

Fatores de risco

Diversos fatores estão implicados na etiopatogenia do câncer de mama, dentre os quais se destacam: idade avançada (especial-

mente mulheres acima de 50 anos); histórico familiar e predisposição genética (parentes de primeiro grau com histórico da doença aumentam significativamente o risco, especialmente quando associados a mutações nos genes BRCA1 e BRCA2); fatores hormonais como menarca precoce, menopausa tardia e idade avançada na primeira gestação estão correlacionadas a maior susceptibilidade por maior tempo de exposição ao estrogênio; exposição à radiação ionizante (especialmente durante a adolescência e juventude); Terapia de Reposição Hormonal (TRH) por uso prolongado de estrogênio e progesterona; estilo de vida inadequado como o consumo excessivo de álcool, obesidade, sedentarismo, nuliparidade e não amamentação (Batista *et al*, 2020; Brasil, 2024).

Diagnóstico

O diagnóstico precoce é fundamental para aumentar as chances de sucesso terapêutico. O rastreamento da doença é realizado por meio de mamografia, recomendada para mulheres a partir dos 40 ou 50 anos, conforme o protocolo adotado, que variam de acordo com a literatura.

No Brasil, as diretrizes do Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, recomendam a realização da mamografia de rastreamento a cada dois anos para mulheres assintomáticas na faixa etária de

50 a 69 anos (INCA, 2029). Esta recomendação baseia-se em evidências que demonstram a maior eficácia da mamografia nesta faixa etária, reduzindo a mortalidade pela doença. No entanto, para mulheres com alto risco, incluindo aquelas com histórico familiar significativo ou mutação em BRCA1/BRCA2, o rastreamento deve ser iniciado mais precocemente, geralmente a partir dos 30 anos, podendo ser complementado por ressonância magnética.

Organizações médicas, como a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), divergem da recomendação governamental e indicam a mamografia anual a partir dos 40 anos, argumentando que o rastreamento mais precoce permite diagnóstico antecipado e maior taxa de cura. A divergência nas recomendações reflete a necessidade de avaliação individualizada, considerando fatores de risco e benefícios do rastreamento em diferentes faixas etárias.

Para diagnóstico do câncer de mama, pode-se utilizar estratégias como:

Exame clínico das mamas

Durante o procedimento, o médico primeiro realiza uma inspeção visual, observando o tamanho, a forma e a simetria das mamas. Ele avalia sinais visíveis como retrações da pele, alterações na textura (como o aspecto de “casca de laranja”), úlceras ou alterações nos mamilos.

Posteriormente, a palpação é feita em diferentes posições, utilizando

as pontas dos dedos para identificar massas ou nódulos e avaliar linfonodos nas regiões axilares, supra e infraclaviculares. Cada alteração identificada é detalhadamente descrita, e o paciente pode ser encaminhado para exames de imagem, como mamografia ou ultrassonografia. Vale ressaltar que a maioria dos cânceres de mama são assintomáticos, demonstrando sinais e sintomas apenas nas suas fases mais avançadas (Febrasgo, 2019). Entre os exames de imagem, destaca-se a:

- 1. Mamografia diagnóstica:** método de escolha para identificar microcalcificações e alterações estruturais suspeitas;
- 2. Ultrassonografia mamária:** indicada especialmente para mamas densas (alta densidade de tecido glandular, geralmente em pacientes jovens), diferenciando cistos de massas sólidas;
- 3. Ressonância nuclear magnética:** utilizada em casos complexos ou em pacientes de alto risco.

Tipos histológicos e histoquímicos de câncer de mama

A classificação do câncer de mama baseia-se em características morfológicas e moleculares, sendo

fundamental para o prognóstico, a tomada de decisões terapêuticas e o desenvolvimento de estratégias individualizadas de tratamento. As duas principais abordagens classificatórias são a histológica, que descreve a morfologia tumoral, e a imuno-histoquímica, que permite a identificação de subtipos moleculares com base na expressão de marcadores específicos (SBP, 2024).

A classificação histológica dos carcinomas mamários segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2019, conforme adaptado pela Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) em seus manuais atualizados. Os carcinomas invasivos são subdivididos em tipo especial, tipo não especial e tipo misto.

Quando um padrão morfológico particular é identificado em pelo menos 90% da neoplasia, a mesma é categorizada como tipo especial; quando não há um padrão histológico peculiar, é classificada como tipo não especial; e tipo misto, quando o tumor apresenta morfologia com aspectos particulares entre 10 a 90% da neoplasia, além de áreas de padrão não especial ou de um outro tipo histológico distinto. Os principais subtipos histológicos incluem:

- **Carcinoma invasivo de tipo não especial (NST):** anteriormente denominado carcinoma ductal invasivo Sem Outra Especificação (SOE), representa o tipo mais

comum de câncer de mama. Seus aspectos morfológicos são variáveis, observando-se células neoplásicas dispostas em estruturas tubulares, glândulas complexas, ninhos sólidos, trabéculas ou ilhotas. As células podem variar desde pequenas, com núcleos pequenos e uniformes, até grandes, com núcleos pleomórficos e atividade mitótica elevada;

- **Carcinoma lobular invasivo:** apresenta células pequenas e uniformes, com padrão de infiltração em “fila indiana”, perda de coesão celular associada à ausência de E-caderina;
- **Carcinoma tubular:** tumor bem diferenciado, com bom prognóstico. Células organizadas em estruturas tubulares pequenas e irregulares;
- **Carcinoma mucinoso:** produz grande quantidade de mucina extracelular. É mais frequente em mulheres idosas e tem curso clínico indolente;
- **Carcinoma medular:** raro, com células de alto grau, infiltrado linfoplasmocitário proeminente e margens bem delimitadas. Pode estar associado a mutações em BRCA1;
- **Carcinoma papilífero e micropapilífero:** associados a diferentes graus de agressividade; o subtipo micropapilífero apresenta maior propensão à metástase linfonodal.

Além desses, existem outros subtipos raros, como carcinoma metaplásico, secretor e apócrino, que podem ter implicações clínicas específicas.

Por sua vez, a análise Imuno-Histoquímica (IHQ) permite inferir os subtipos moleculares do câncer de mama com base na expressão dos receptores hormonais e de HER2. Essa subtipagem, embora simplificada em relação à classificação molecular por perfil gênico, é amplamente utilizada na prática clínica:

1. Luminal A

Prognóstico favorável, geralmente responde bem à hormonioterapia.

Tabela 1: Padrão do Luminal A na imunohistoquímica:

Receptores de estrogênio (RE)	positivos
Receptores de progesterona (RP)	positivos
HER2	negativo
Ki-67	baixo (<14-20%)

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia, 2024.

2. Luminal B

Mais agressivo que o luminal A, frequentemente requer combinação de hormonioterapia e quimioterapia.

Tabela 2: Padrão do Luminal B na imunohistoquímica:

Receptores de estrogênio (RE)	positivo
Receptores de progesterona (RP)	positivo ou negativo
HER2	negativo
Ki-67	elevado

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia, 2024.

3. HER2 enriquecido

Prognóstico reservado, mas com boa resposta à terapia anti-HER2.

Tabela 3: Padrão do HER2 enriquecido na imunohistoquímica:

Receptores de estrogênio (RE)	negativos
Receptores de progesterona (RP)	negativos
HER2	positivo

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia, 2024.

4. Triplo negativo (basal-like)

Associação com mutações germinativas em BRCA1; comportamento mais agressivo e sem alvos terapêuticos específicos.

Tabela 4: Padrão do Triplo negativo na imunohistoquímica:

Receptores de estrogênio (RE)	negativos
Receptores de progesterona (RP)	negativos
HER2	negativo

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia, 2024.

Tratamento

O tratamento do câncer de mama é planejado de forma individualizada, levando em consideração o estágio da doença, suas características moleculares e a condição geral da paciente. Existem vários tipos de câncer de mama, classificados de acordo com o tipo de célula atingida e/ou número de receptores celulares e hormonais (Febrasgo, 2019). As opções terapêuticas incluem:

- **Cirurgia:** pode ser conservadora (retirada parcial da mama) ou radical (mastectomia);
- **Radioterapia:** empregada para erradicar células residuais após a cirurgia;
- **Quimioterapia:** indicada para casos com alto risco de metástase e/ou para melhorar as condições cirúrgicas (chamada neoadjuvante);
- **Terapia Hormonal:** utilizada para tumores com receptores hormonais positivos;
- **Terapias Alvo:** incluem imunoterapias e drogas específicas. Que agem nas células tumorais.

Quando diagnosticado precocemente, o câncer de mama apresenta altas taxas de cura, podendo superar 90% dos casos. No entanto, em estágios mais avançados, o prognóstico torna-se mais reservado, reforçando a importância do rastreamento e diagnóstico precoce.

Prevenção

A prevenção do câncer de mama pode ser abordada sob diferentes aspectos.

Prevenção primária

Envolve a adoção de hábitos saudáveis como manter um peso corporal adequado, praticar atividade física regularmente e adotar uma dieta rica em frutas, vegetais, fibras e gorduras saudáveis são medidas que auxiliam na redução do risco. Evitar o consumo excessivo de álcool e não fumar também são fundamentais para prevenir não apenas o câncer de mama, mas também diversas outras doenças.

Prevenção secundária

Tem como objetivo a detecção precoce por meio de exame de rastreamento, que é a mamografia. Complementando esse cuidado, o exame clínico realizado por médicos é essencial, pois permite avaliar visualmente e por palpação a presença de nódulos, assimetrias, descarga papilar ou outras alterações suspeitas. Vale ressaltar que o autoexame das mamas não é um método de rastreamento, ou seja, não substitui a mamografia, mas sim um artifício de autoconhecimento corporal.

Prevenção terciária

Direcionada a mulheres que já enfrentaram a doença, incluindo

acompanhamento clínico regular para monitoramento de recidivas e terapias complementares que ofereçam suporte emocional e melhorem a qualidade de vida.

O enfrentamento do câncer de mama exige abordagem multidisciplinar, combinando intervenções médicas, apoio psicossocial e informação acessível às pacientes. A disseminação do conhecimento e a adesão a estratégias preventivas são fundamentais para a redução da incidência e da mortalidade dessa neoplasia.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). Cartilha SBM 2022: Câncer de Mama. Rio de Janeiro: SBM, 2022. Data de acesso: 21 de maio de 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. Mama – Carcinoma Invasivo: Biópsia. 5. ed. 2024. Data de acesso: 20 de maio de 2025.

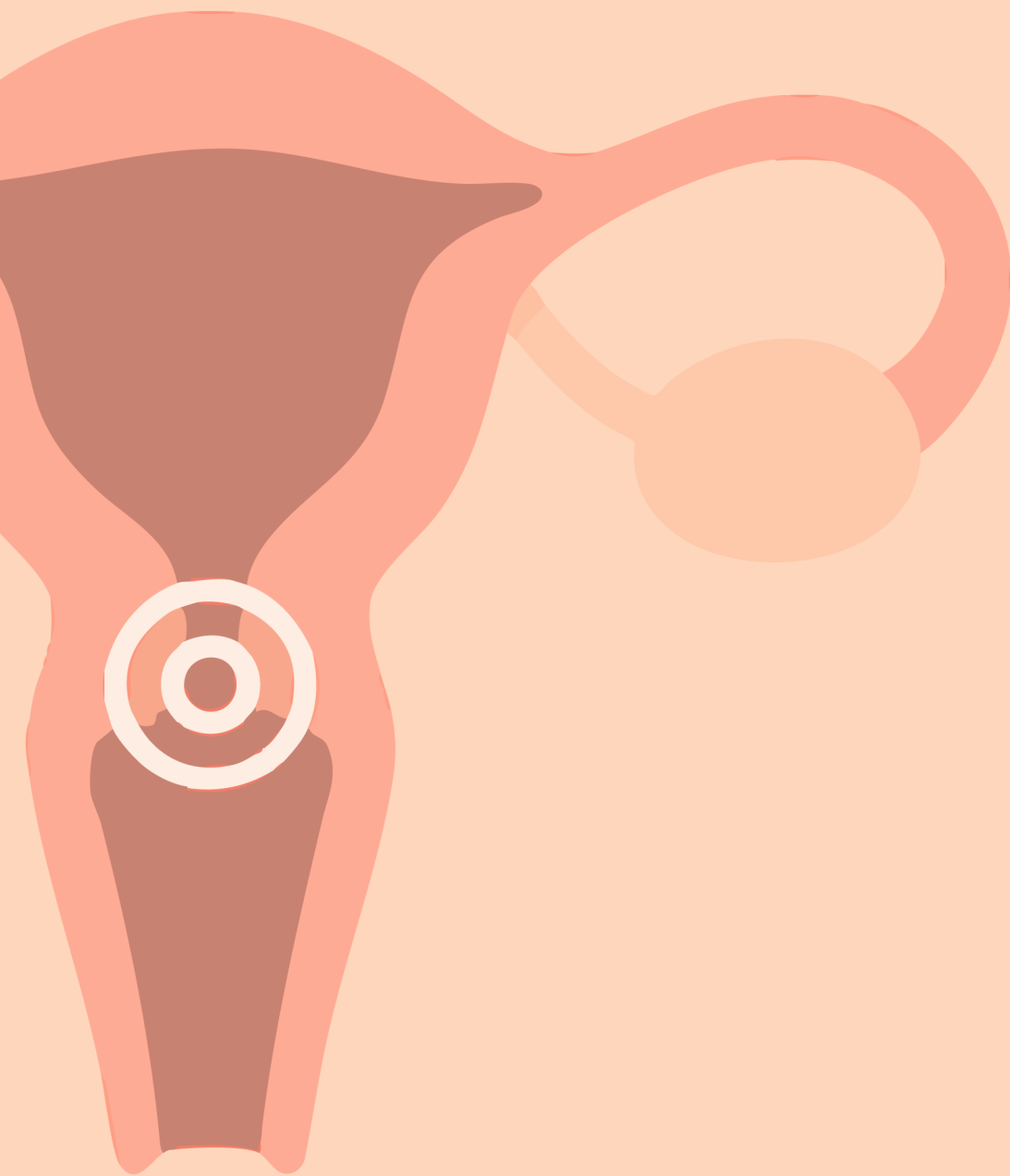
FEBRASGO. **Tratado de Ginecologia.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Data de acesso: 22 de maio de 2025.

Referências

BATISTA, G. V. *et al.* Câncer de mama: fatores de risco e métodos de prevenção. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, p. e15191211077, 2020. Data de acesso: 20 de maio de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Data de acesso: 20 de maio de 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Data de acesso: 21 de maio de 2025.



Câncer de colo de útero

Raianne Kivia de Azevedo Bispo

Sarah Macedo de Santana

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-55.59

Introdução

O câncer do colo do útero é uma neoplasia maligna de alta relevância epidemiológica, sendo a quarta causa mais comum de câncer em mulheres globalmente (OMS, 2025). A etiologia está fortemente associada à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), particularmente pelos tipos de alto risco oncogênicos 16 e 18, responsáveis por aproximadamente 70% dos casos (INCA, 2025). A implementação de programas de rastreamento e vacinação tem reduzido significativamente a incidência e a mortalidade relacionadas à doença (PAHO, 2025).

Epidemiologia

A incidência do câncer de colo do útero varia conforme a região geográfica e os programas de prevenção estabelecidos. Nos países desenvolvidos, a taxa de incidência é inferior a 6 casos por 100 mil mulheres, enquanto em regiões subdesenvolvidas, como África Subsaariana e Sudeste Asiático, a incidência supera 30 casos por 100 mil mulheres (PAHO, 2025). No Brasil, essa neoplasia ocupa o terceiro lugar em frequência entre as mulheres, com aproximadamente 16 mil novos casos anuais (INCA, 2025).

Fatores de risco

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero incluem:

- 1. Infecção pelo HPV:** especialmente pelos tipos oncogênicos 16 e 18 (INCA, 2025);
- 2. Início precoce da vida sexual:** fator que aumenta a exposição ao HPV (Harper; DeMars, 2017);
- 3. Multiplicidade de parceiros sexuais:** eleva a probabilidade de transmissão viral (Harper; DeMars, 2017);
- 4. Tabagismo:** comprovadamente associado à persistência viral e à progressão das lesões (Sawaya; Huchko, 2017);
- 5. Imunossupressão:** pacientes convivendo com HIV, transplantados de órgãos sólidos ou em tratamento com drogas imunossupressoras têm risco significativamente aumentado de desenvolver lesões precursoras e câncer invasivo (Sawaya; Huchko, 2017).

Prevenção

Prevenção primária

A vacinação contra o HPV constitui a principal estratégia de prevenção primária, sendo recomendada para meninos e meninas antes do início

da vida sexual (PAHO, 2025). Estudos demonstram redução de até 90% na incidência de infecções pelos tipos incluídos na vacina (Harper; DeMars, 2017). Atualmente, no mercado mundial, existem dois tipos de vacinas contra HPV: a quadrivalente (protege dos tipos 6, 11, 16 e 18) e a nonavalente (tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58).

Prevenção secundária

O rastreamento é essencial para a detecção precoce de lesões precursoras, reduzindo a morbidade e a mortalidade associadas. Os principais exames incluem:

- 1. Papanicolau (citologia oncológica):** indicado a partir dos 25 anos, com repetição a cada três anos após dois exames negativos consecutivos (INCA, 2025);
- 2. Teste de DNA-HPV por PCR:** apresenta maior sensibilidade para detecção de infecção por tipos de alto risco oncogênico e pode ser usado como estratégia complementar (PAHO, 2025). Há uma proposta nacional de implementar este teste para rastreio da população-alvo neste ano de 2025, por seu alto valor preditivo negativo, substituindo o exame de citologia oncológica.

Diagnóstico

O câncer de colo de útero geralmente é assintomático. Os sintomas

começam a aparecer geralmente quando o câncer já está em estágio avançado. Dentre os sintomas mais comuns estão o sangramento uterino anormal, corrimento com odor fétido e dor pélvica (Sawaya; Huchko, 2017). O diagnóstico definitivo é realizado por:

- **Colposcopia:** permite a identificação de lesões suspeitas para biópsia (Harper; DeMars, 2017);

Figura 1: após solução salina normal.



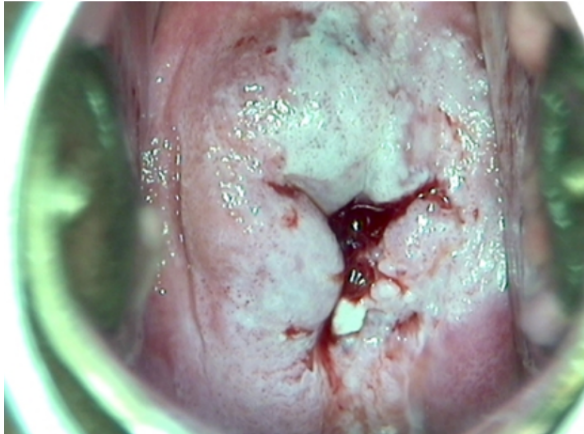
Fonte: IARC (2025).

Figura 2: após ácido acético.



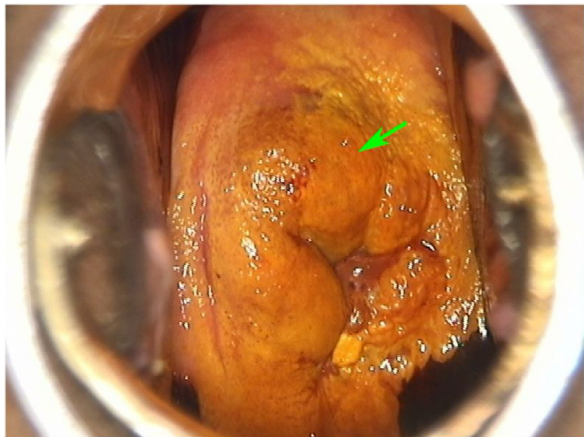
Fonte: IARC (2025).

Figura 3: após ácido acético com filtro verde.



Fonte: IARC (2025).

Figura 4: após solução de lugol.



Fonte: IARC (2025).

- **Biópsia:** confirma a presença de células malignas através do estudo anatomopatológico (Harper; DeMars, 2017);
- **Exames de imagem:** ressonância magnética e PET-CT são importantes para o estadiamento (Sawaya; Huchko, 2017).

Tratamento

A escolha do tratamento depende do estágio da doença.

- **Estágios iniciais (IA1 a IB2):** conização ou histerectomia simples, com ou sem linfadenectomia (INCA, 2016);
- **Doença localmente avançada (IB3 a IVA):** tratamento baseado em radioterapia e quimioterapia sensibilizante;
- **Câncer metastático (IVB):** abordagem paliativa com quimioterapia sistêmica e uso de inibidores de angiogênese.

Ressalta-se que o tratamento pode mudar de acordo com as condições clínicas do paciente, recursos do serviço de saúde, dentre outros múltiplos fatores.

Controle e seguimento

Pacientes tratadas devem ser acompanhadas periodicamente, com exames clínicos e citologia. Em casos de alto risco de recidiva, exames de imagem podem ser indicados para monitoramento.

Referências

Organização Mundial da Saúde (OMS). Dados Globais sobre Câncer de Colo do Útero. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 10 maio 2025.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero>. Acesso em: 10 maio 2025.

Pan American Health Organization (PAHO). HPV e Câncer do Colo do Útero. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 10 maio 2025.

Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines - A review of the first decade. *GynecologicOncology*. 2017. Acesso em: 10 maio 2025.

Sawaya GF, Huchko MJ. Cervical Cancer Prevention - New Guidelines and the Balance Between Benefits and Harms. *NEJM*. 2017. Acesso em: 10 maio 2025.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 10 maio 2025.

International Agency for Research on Cancer. Atlas de colposcopia – princípios e prática. Caso clínico: carcinoma de células escamosas invasivo. Disponível em: https://screening.iarc.fr/atlascolpoptdiag_detail.php?Id=AAJA&FinalDiag=26. Acesso em: 12 maio 2025.

Violência sexual e aborto legal

Avha Clarice Paixão Soares

Charlyse Gomes de Lima

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-60.75



Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a violência sexual como qualquer tentativa ou ação que utilize a imposição da fala ou a força física de uma pessoa que comprometa a sexualidade de outra, independentemente do grau de parentesco com a vítima.

Como identificar casos de violência sexual

De acordo com a Lei nº 12.015/2009, há diversos atos que caracterizam os crimes contra a dignidade sexual e a liberdade sexual, como estupro, violação sexual mediante fraude, assédio sexual, exploração sexual e tráfico de pessoas para fins de exploração sexual. É importante reconhecer o que caracteriza a violência sexual, visto que, frequentemente, esses atos ocorrem no cotidiano e são comumente normalizados pela sociedade, criando uma falsa sensação de que são comportamentos aceitáveis, muitas vezes devido à falta de conhecimento sobre o que realmente caracteriza cada crime citado acima.

Para entender melhor o que diz a lei e como ela pode ser aplicada na prática, segue uma explicação de cada tipo de crime relacionado à violência sexual.

Estupro

É importante ressaltar que, para caracterizar o estupro, não é necessário haver penetração. O artigo 213 diz que constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Por exemplo, passar a mão em partes íntimas sem consentimento, forçar sexo sem consentimento ou forçar sexo com o parceiro quando este está alcoolizado ou sob o efeito de drogas. Além disso, dentro do matrimônio também pode ocorrer estupro; se um dos parceiros fizer chantagens relacionadas à separação ou ameaçar procurar sexo fora de casa, está ocorrendo uma ameaça em troca de conjunção carnal. É importante deixar bem claro que, após um “não”, tudo é crime, independentemente do momento em que esse “não” foi dito.

Exploração sexual

Está estabelecido no artigo 228 que induzir ou atrair alguém à prostituição ou a outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone. Ou seja, uma pessoa oferece outra para realizar atos libidinosos em troca de dinheiro.

Violação sexual mediante fraude

É definido no artigo 215 que ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça

ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima. Exemplos desse crime podem incluir desde fingir ter maioridade para obter relações sexuais com outra pessoa ou um irmão gêmeo, passar-se por outra pessoa para conseguir relação sexual com a namorada ou esposa do primeiro, ou um médico pedir para realizar um exame íntimo solicitando que a paciente se despisse, sem indicação de queixas genitais.

Assédio sexual

No artigo 216, afirma-se que constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o indivíduo da sua condição de superior hierárquico ou das atribuições relacionadas ao exercício de emprego, cargo ou função. É importante deixar claro que não é necessário ter contato físico para que o crime ocorra; ele pode ser realizado por meio de mensagens, gestos ou comunicações escritas. Por exemplo, um tio que faz comentários inapropriados e mantém conversas indesejáveis sobre sexo com uma sobrinha.

Epidemiologia

O Brasil vive a alarmante realidade do crescimento dos casos de estupro, que aumentam ano após ano, como apresentado no gráfico abaixo. Em 2023, o país atingiu mais uma vez um novo recorde de estupro consumados, com um total de

83.988, segundo os dados do 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Em índices mais próximos, podemos interpretar que o país registrou 1 crime de estupro a cada 6 minutos, totalizando 240 crimes por dia, segundo os registros policiais.

Vale ressaltar que os índices refletem apenas os casos que foram denunciados, e há diversos casos subnotificados. Infelizmente, é comum ouvir relatos de vítimas que se dirigem à delegacia de polícia para denunciar uma violência sexual e são desincentivadas pelos policiais a prestarem queixa. (Scarpatti, Koller, 2020).

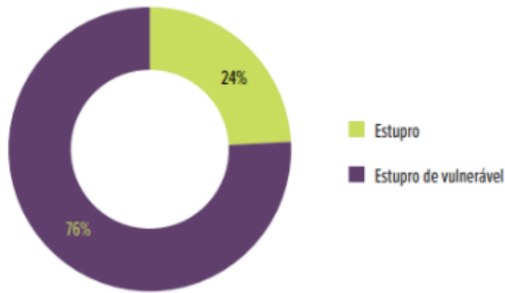
Gráfico 1: Evolução do número de vítimas de estupros e estupros de vulnerável no Brasil, 2011-2023



Fonte: Instituto de Segurança Pública/RJ (ISP); Fórum Brasileiro de Segurança (2024).

Os dados tornam-se ainda mais chocantes quando se analisa o grupo mais prevalente: são basicamente meninas, negras, com uma média de 13 anos, que são estupradas por familiares ou conhecidos dentro de suas próprias residências. Pode-se observar essas relações nos gráficos abaixo, todos relacionados aos casos de estupro e estupro de vulneráveis todos no Brasil em 2023.

Gráfico 2: Distribuição das ocorrências de estupro e estupro de vulnerável.



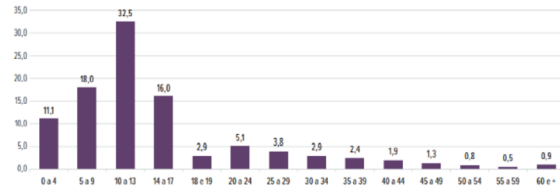
Fonte: Instituto de Segurança Pública/RJ (ISP); Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Segurança Pública (2024).

Gráfico 3: Vítimas por sexo (em %) Brasil, 2023.



Fonte: Análise produzida a partir dos microdados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024).

Gráfico 4: Faixa etária das vítimas (em %).



Fonte: Análise produzida a partir dos microdados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024).

Tabela 1: Relação entre vítima e autor para registros por idade.

Categoria	Até 13 anos	14 anos ou +	Total
Familiar	64,0	31,2	49,8
Parceiro íntimo	-	28,1	16,2
Ex-parceiro íntimo	-	9,9	4,6
Outros conhecidos	22,4	13,2	14,0
Desconhecidos	13,6	17,6	15,3

Fonte: Análise produzida a partir dos microdados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2024).

Tabela 2: Local em que ocorreu.

	Estupro	Estupro de vulnerável	Estupro + Estupro de vulnerável
Residência	52,1	54,7	61,7
Via pública	20,5	10,6	12,9
Área rural	2,2	2,5	2,5
Sítio e fazendas	0,9	1,2	1,1
Estabelecimento comercial/ financeiro	3,8	1,4	2,0
Hospital	1,5	1,4	1,4
Outros	19,0	18,2	18,4

Fonte: Análise produzida a partir dos microdados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

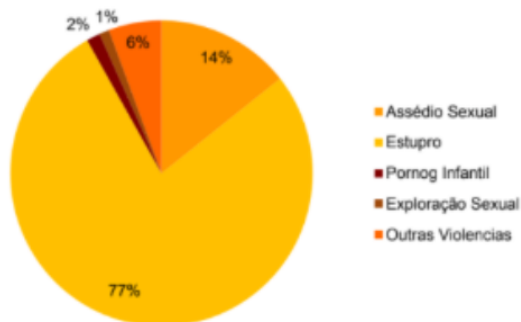
Quando se analisa a situação epidemiológica do estado de Alagoas,

nota-se um reflexo da realidade do Brasil. Observam-se os mesmos

grupos prevalentes e um aumento do número de casos entre 2019 e 2023. É importante destacar que há um crescimento constante nas notificações de vítimas de violência sexual ao longo dos anos. Em 2019, foram registrados 2.365 casos, e em 2023 esse número subiu para 2.914. Embora ainda existam muitos casos subnotificados, já é possível observar um avanço no número de denúncias, o que é um fato extremamente relevante para reconhecer o perfil demográfico e, em seguida, criar estratégias que visem reverter esse quadro não apenas no estado de Alagoas, mas em todo o país.

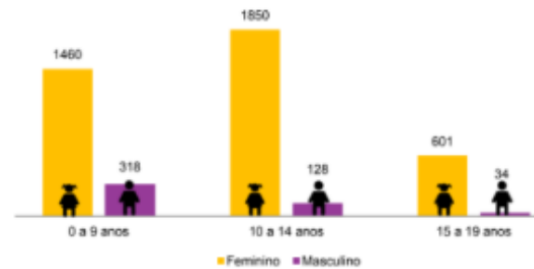
Segue abaixo o gráfico que demonstra que Alagoas acompanha o mesmo padrão do Brasil, com a violência sexual mais recorrente sendo o estupro de meninas na faixa etária dos 13 anos, frequentemente praticado por familiares ou conhecidos dentro de suas próprias residências.

Gráfico 5: Frequência das notificações de violência geral e sexual contra crianças e adolescentes no estado de Alagoas de acordo com o tipo de violência sexual, 2019 a 2023.



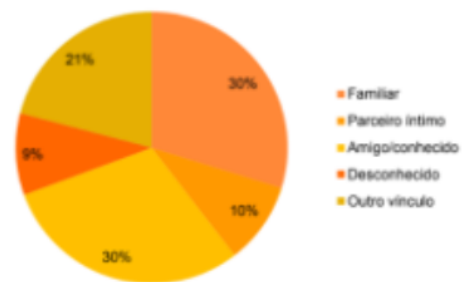
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde (2024).

Gráfico 6: Frequência das notificações de violência geral e sexual contra crianças e adolescentes no estado de Alagoas de acordo com o sexo e idade, 2019 a 2023.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde (2024).

Gráfico 7: Frequência das notificações de violência geral e sexual contra crianças e adolescentes no estado de Alagoas de acordo com o vínculo do agressor, 2019 a 2023.



Fonte: Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences Volume 6, Issue 8 (2024), pages 3853-3866.

Amparo às vítimas de violência sexual

A Lei 12.845 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Além disso, o Estado tem a responsabilidade de proteger as pessoas vítimas de violência sexual, devendo garantir que todos tenham seus direitos respeitados.

No Artigo 1º, os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, além do encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

No Artigo 2º, considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

No Artigo 3º, o atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

- I** - Diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;
- II** - Amparo médico, psicológico e social imediatos;
- III** - Facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
- IV** - Profilaxia da gravidez;
- V** - Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST;
- VI** - Coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;
- VII** - Fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e

sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

§ 1º - Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem;

§ 2º - No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal;

§ 3º - Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

Protocolo de atendimento às vítimas de violência

Em 2024, o presidente sancionou a Lei nº 2.221/2023, que determina que o SUS tenha salas exclusivas para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual. E essas salas devem ser alojadas em locais com grande circulação de pessoas para facilitar o acesso e foram batizadas de “Sala Lilás”.

A sala Lilás é um espaço exclusivo para o atendimento de pessoas vítimas de violência sexual. O atendimento é realizado por profissionais capacitados que seguem uma abordagem humanizada, respeitando a dignidade da pessoa humana e garantindo um tratamento não discriminatório. Esses profissio-

nais possuem conhecimento sobre como oferecer suporte tanto médico quanto social, psicológico e jurídico. O objetivo da sala é promover o acolhimento e a privacidade da vítima, restringindo o acesso de pessoas não autorizadas pela paciente ao espaço onde ela estiver.

Ainda assim, o Ministério da Mulher disponibiliza o Painel 180, que é uma central de atendimento que fornece orientações sobre as leis e os direitos das mulheres, informações sobre a localização dos serviços especializados da rede de atendimento, e registro e encaminhamento de denúncias aos órgãos competentes. Atualmente, em todo o país, há 1.051 serviços de saúde para pessoas em situação de violência sexual: 6 em Alagoas e 5 em Maceió. Além do site e do telefone, eles oferecem apoio pelo WhatsApp (61) 99610-0180.

encaminhamento aos serviços necessários.

É essencial destacar que a vítima deve receber atendimento prioritário e não deve aguardar na sala de espera, nem ao chegar, nem após a triagem. O local, seja a UPA ou a UBS, deve garantir esse atendimento preferencial, e a unidade deve realizar um contato prévio ao encaminhar a paciente.

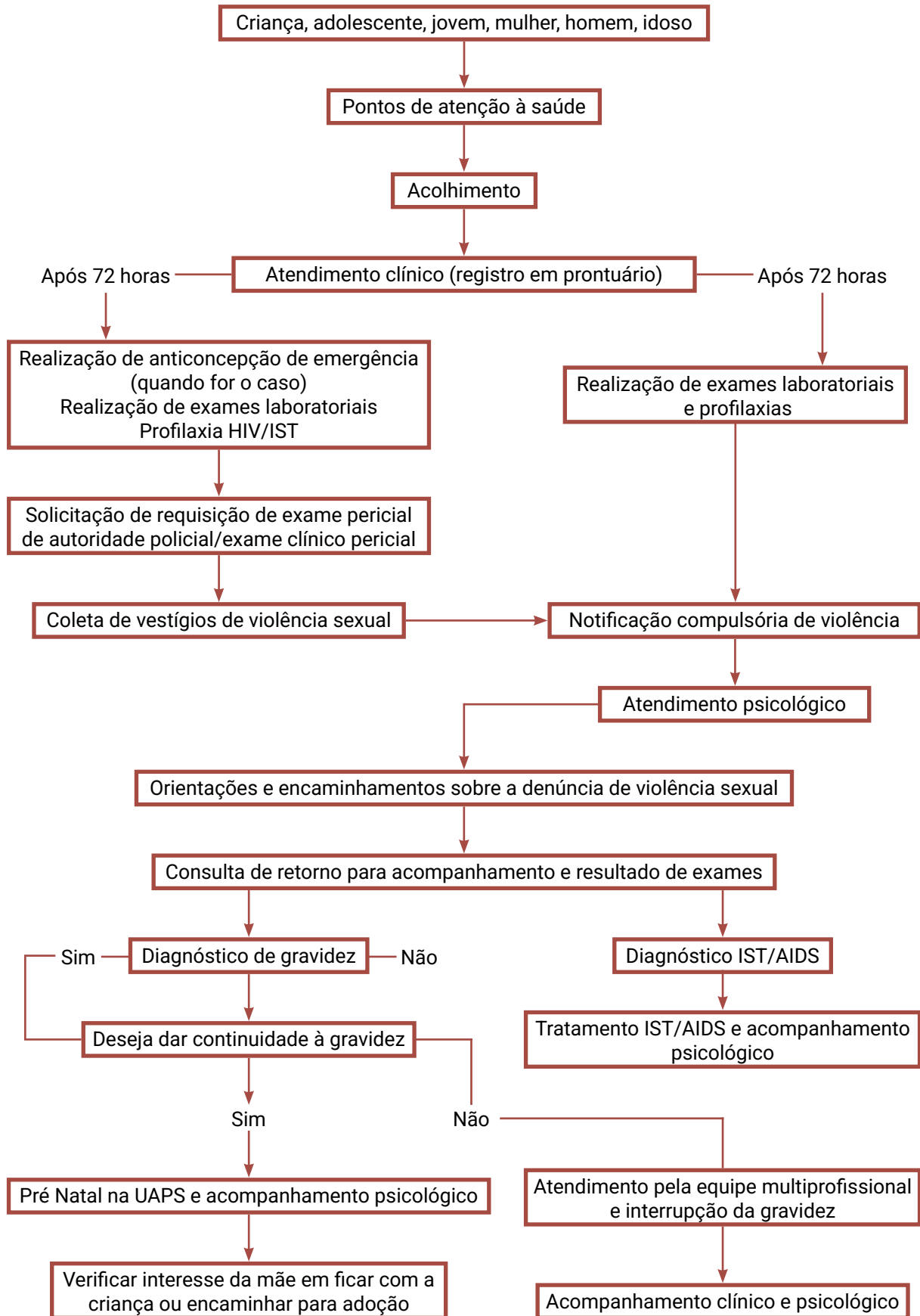
Conduta do profissional de saúde

Atendimento para vítimas de violência

Para as pessoas que sofreram violência sexual, é fundamental seguir um protocolo de atendimento que começa com um acolhimento sensível, seguido por um atendimento cuidadoso, notificação adequada e

Confira o Fluxograma de atendimento a pessoas vítimas de violência sexual na página a seguir

Fluxograma de atendimento a pessoas vítimas de violência sexual



Fonte: Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual – Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Paraná (2018).

Etapas

Acolhimento

O acolhimento deve ser realizado por toda a equipe, especialmente por aqueles que tiveram o primeiro contato com a vítima, é primordial que haja um cuidado redobrado com a ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, é importante que a vítima não precise repetir sua história diversas vezes nesse momento de acolhimento, uma vez que ela pode estar abalada emocionalmente e fragilizada.

Além disso, é necessário comunicar o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude nos casos que envolvem crianças e adolescentes, bem como adotar outras medidas legais cabíveis.

Atendimento clínico - Anamnese

O atendimento à vítima de violência sexual é considerado uma emergência, devendo estabelecer um ambiente de confiança e respeito, é fundamental ouvir atentamente o relato da situação para avaliar a possibilidade de risco de morte ou de repetição da violência sofrida. Embora poucas pessoas em situação de violência sexual apresentem traumas físicos severos, é importante reconhecer precocemente as situações de emergência que oferecem risco à vida do paciente, realizando o tratamento adequado conforme a gravidade do quadro.

Para evitar que a vítima reviva a violência sofrida, o profissional deve registrar todas as informações no prontuário de forma breve e objetiva, sem perguntas por curiosidade, julgamentos ou opiniões, devido a delicadeza da situação e a importância de seguir rigorosamente a norma técnica do Ministério da Saúde (2012) e do Decreto Presidencial nº 7.958/2013, essa abordagem contribui para um atendimento mais sensível e respeitoso, minimizando o trauma emocional da paciente.

Na etapa inicial do atendimento, e para otimizar a profilaxia, o profissional deve coletar e registrar no prontuário os seguintes dados relevantes:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico;
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;
- Tipo(s) de violência sexual sofrida(s);
- Forma(s) de constrangimento empregada(s);
- Tipificação e número de agressores (com contato de fluidos ou não);
- Uso de preservativo pelo agressor; Meio empregado (para verificação de uso de substância química que impossibilita a pessoa de resistir);
- Se a vítima usa algum método

contraceptivo (caso mulher em idade fértil);

- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame;
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura;
- Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de ISTs, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc);
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

Atendimento clínico - Exame físico

Todos os pacientes vítimas de agressão sexual devem ser submetidos a exame físico completo, com consentimento do paciente. Deve-se cobrir paciente com lençol ou camisola, realizando o exame por partes a fim de evitar a exposição de toda extensão corporal de uma única vez e causar constrangimento.

As lesões devem ser detalhadas em prontuário e caso seja encontrado trauma físico grave, deve-se solicitar uma interconsulta pertinente. A depender do estado algico e psicológico do paciente, conside-

rar a realização de um exame físico ginecológico.

Em todos os casos, não há justificativa, além da recusa explícita do paciente, para a não realização do exame físico.

Atendimento clínico - Exame ginecológico

Antes de posicionar a paciente, é importante realizar um exame físico geral. A avaliação deve ser completa, abrangendo as mamas, a genitália externa e interna, a região perianal e os órgãos genitais internos, além da verificação da dinâmica uterina, da dilatação cervical, dos batimentos cardíacos fetais e dos movimentos fetais, quando indicados. Qualquer lesão observada, assim como o tipo de conteúdo vaginal e outras informações relevantes, deve ser descrito de forma detalhada no registro.

Etapas

No primeiro momento, são realizados testes rápidos de gravidez, HIV, sífilis e hepatites virais, além da oferta de Anticoncepção de Emergência e Profilaxia Pós-Exposição. Após o atendimento emergencial e a realização das profilaxias, a vítima deve ser encaminhada ao serviço de referência da Atenção Especializada para a continuidade do cuidado, de acordo com as necessidades identificadas.

Profilaxia contra ISTs não virais

A profilaxia de DSTs não virais em mulheres vítimas de violência sexual deve focar nos agentes etiológicos mais comuns e clinicamente relevantes, como *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e *Haemophilus ducreyi*. A profilaxia está indicada em situações de risco de transmissão,

independentemente da gravidade das lesões ou da idade da vítima.

Em casos de violência sexual crônica ou repetida, como na violência intrafamiliar, ou quando há uso consistente de preservativo durante o ato, a profilaxia de DSTs não virais geralmente não é recomendada. No entanto, a interrupção do ciclo de violência é essencial, e a decisão sobre a profilaxia deve ser individualizada.

Quadro 1: Profilaxia das ISTs não virais em adultos e adolescentes com mais de 45 Kg não gestantes.

Profilaxia das ISTs Não Virais em Vítimas de Violência Sexual			
IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona	500mg, 1 ampola, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por Clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1g)
Tricomoníase	Secnidazol*	1g, 2 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

Fonte: Ministério da saúde (2012).

Profilaxia contra ISTs virais

1. Hepatites virais

Em casos de violência sexual com exposição a sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor, a imunoprofilaxia contra a hepatite B é indicada, a decisão de iniciar a imunoprofilaxia não deve ser poster-

gada pela necessidade de exames complementares. Caso o status vacinal seja desconhecido ou incerto, a profilaxia deve ser administrada.

2. HIV

Uma grande parte das pessoas tem acesso à informação sobre HIV e outras Infecções Sexualmente

Transmissíveis (ISTs), o que gera um estado de ansiedade e temor em relação ao risco de contrair alguma “doença venérea”, sendo a infecção pelo HIV cercada de um forte estigma. Diante da ampla gama de ISTs, a profilaxia pós-violência sexual deve abranger os agravos mais prevalentes e clinicamente relevantes, estando indicada em situações de exposição com risco de transmissão, mesmo na ausência de lesões visíveis. É importante deixar claro que a vítima irá tomar algumas

medicações para prevenir infecções sexualmente transmissíveis.

A quimioprofilaxia antirretroviral (PEP) é recomendada em casos de penetração vaginal e/ou anal ocorridos nas 72 horas seguintes à violência sexual, mesmo que o status sorológico do agressor seja desconhecido e a profilaxia é realizada por 28 dias e a pessoa necessita ser acompanhada pela equipe de saúde, inclusive após esse período, fazendo os exames necessários.

Quadro 2: Esquema preferencial PEP em adultos.

Apresentações e Posologias de Antirretrovirais Preferenciais para PEP		
Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF(a) + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: Ministério da saúde (2012).

Quadro 2: Esquemas preferenciais e alternativos para PEP-HIV com duração de quatro semanas.

Esquema para PEP em Crianças e Adolescentes de Acordo com a Faixa Etária		
Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicações Alternativas
0 – 14 dias	AZT + 3TC + NVP(a)	
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade de uso de LPV/r: NVP
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso de RAL: LPV/r
Acima de 12 anos seguir as recomendações para adultos.		

Fonte: Ministério da saúde (2012).

Anticoncepção de emergência

Deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso, é indicada para todas as mulheres e/ou adolescentes (que já apresentem sinais de puberdade e não estejam na menopausa) que tenham sofrido violência sexual, através de contato certo ou duvidoso com sêmen,

independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem.

Além disso, é desnecessária a anticoncepção de emergência quando há o relato de uso prévio de método contraceptivo de elevada eficácia (contraceptivo hormonal oral – CHO, implante, adesivo, anel vaginal ou injetável, DIU, laqueadura), porém deve-se considerar o estado de orientação e concentração da pessoa, em função do trauma causado pelo abuso.

Quadro 3: Indicação de dose e posologia para anticoncepção de emergência.

Método	Dose	Vias	Posologia
Levonorgestrel (Primeira escolha)	0,75mg de levonorgestrel	Oral	02 comp. em dose única
	1,5mg de levonorgestrel		01 comp. em dose única
Anticoncepcionais hormonais orais combinados (segunda escolha)	0,05mg de etinil-estradiol + 0,25mg de levonorgestrel/comp.	Oral	02 comp. 12/12 hs (total de 04 comp.)
	0,03mg de etinil-estradiol + 0,15mg de levonorgestrel/comp.		04 comp. 12/12 hs (total de 08 comp.)

Fonte: Ministério da saúde (2012).

Gravidez decorrente de violência sexual

A gravidez resultante de violência sexual impõe desafios complexos nas esferas psicológica, social e biológica, para muitas mulheres, essa gestação indesejada ou imposta é vivenciada como uma nova

forma de violência, particularmente difícil de suportar. A situação se agrava devido à dificuldade de acesso a serviços de aborto legal para muitas mulheres, seja por falta de informação sobre seus direitos ou barreiras no acesso a serviços seguros, algumas mulheres recorrem a clínicas clandestinas, onde abortos inseguros podem levar a sérias complicações de saúde, incluindo o óbito.

O Código Penal Brasileiro, de 1940, no artigo 128, estabelece que o aborto não é considerado crime e não é punido em três situações: anencefalia, que é um tipo de malformação fetal que impede o desenvolvimento do cérebro; quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, priorizando a saúde da mãe; e em casos de gestação resultante de estupro, independentemente da idade gestacional, desde que haja consentimento da gestante. Os serviços de saúde têm a obrigação de garantir a realização do abortamento legal no atendimento a pessoas vítimas de violência sexual.

O aborto decorrente de gravidez resultante de estupro representa 94% dos procedimentos previstos em lei nos serviços brasileiros, o que corresponde a uma média anual de 1.500 interrupções de gravidez por estupro no Brasil. Para a interrupção de gravidez resultante de estupro, a legislação penal brasileira não exige alvará nem autorização judicial, assim como não requer boletim de ocorrência policial ou laudo pericial do Instituto Médico Legal. A palavra da menina ou mulher vítima de violência sexual possui credibilidade legal e ética, devendo ser obrigatoriamente aceita como presunção de veracidade.

De acordo com a Portaria nº 2.561/2020, para a interrupção da gravidez por estupro, além do consentimento assinado pela mulher, são necessários o relato circunstanciado dela e sua assinatura em

um termo de responsabilidade que contenha uma advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica e de aborto, caso não tenha sido vítima do crime de estupro.

Quadro 4: Métodos recomendados para a interrupção da gravidez de acordo com a idade gestacional.

Idade gestacional	Posologia
Até 14 semanas	800 mcg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada 3 horas
Entre 14 e 24 semanas	400 mcg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada 3 horas
Entre 25 e 28 semanas	200 mcg de misoprostol (via vaginal, sublingual ou bucal) a cada 4 horas
Acima de 28 semanas	100 mcg de misoprostol a cada 6 horas

Fonte: Febrasgo (2023).

Referências

ALAGOAS. Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado de Alagoas (ARSAL). Cartilha da Sala Lilás. Alagoas, 2024. Acesso em: 8 dez. 2024.

Atendimento em Situações de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência Física ou Sexual e Relações Sexuais Desprotegidas 2. Fatores de Risco. Acesso em: 9 dez. 2024.

BAURU. Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual. Secretaria Municipal de Saúde, 2022. Elaboração: Aline Gimenes Fazzio *et al.* Disponível em: https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos_site/sec_saude/protocolos_saude/Atendimento_%C3%A0_V%C3%ADtima_de_Viol%C3%A2ncia_Sexual/Protocolo_de_Atendimento_%C3%A0_V%C3%ADtima_de_Viol%C3%A2ncia_Sexual.pdf. Acesso em: 9 dez. 2024.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=250495. Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. Guia para prevenção do assédio. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1253/o/Guia_para_prevencao_assedio.pdf?1705410962. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Código Penal e a Lei de Execução Penal para tipificar os crimes de estupro e de violação sexual mediante fraude, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 ago. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre a proteção e a assistência às vítimas de violência sexual. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 ago. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 7 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Mulher. Ligue 180. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/ligue180/ligue-180>.

Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento. 1. ed. rev. Brasília, 2022. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2022/06/cartilha-aborto.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidente sanciona lei que garante espaços exclusivos no SUS a mulheres vítimas de violência. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/presidente-sanciona-lei-que-garante-espacos-exclusivos-no-sus-a-mulheres-vitimas-de-violencia>. Acesso em: 8 dez. 2024.

BRASIL. Secretaria da Saúde do Paraná. Abortamento previsto em lei: conceitos e legislação. Curitiba, 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/abortamento_previsto_lei.pdf. Acesso em: 11 dez. 2024.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais. São Paulo: FEBRASGO, 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n69---O---Interrupes-da-gravidez-com-fundamento-e-amparo-legais.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 8 dez. 2024.

FREITAS, Brennda Eduarda Costa; *et al.* A epidemiologia da violência sexual infantojuvenil no estado de Alagoas. *Brazilian Journal of Health and Science*, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2024. Disponível em:

<https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3081>. Acesso em: 8 dez. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3. ed. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 9 fev. 2025.

NOTA TÉCNICA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE DIVISÃO DAS POLÍTICAS DOS CÍRCULOS DE VIDA DIVISÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS DIVISÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202405/13145617-nota-orientadora-atencao-a-violencia-sexual.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2024

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Violência contra as mulheres. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 7 dez. 2024.

Saúde mental no ciclo gravídico-puerperal

Allan Maia Andrade de Souza

Raquel Massano Trejo Ayres

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-76.84



Introdução

As condições de saúde mental perinatal envolvem uma ampla gama de possíveis condições clínicas que podem ocorrer desde o período pré-gestação até 12 meses após o parto (Treatment and Management..., 2023). Assim, a gravidez e o parto podem ser potentes precipitantes de doenças psiquiátricas. Durante esse período, aproximadamente uma em cada cinco mulheres desenvolve alguma condição de saúde mental (Treatment and Management..., 2023). Apesar da alta prevalência, essas condições muitas vezes são subestimadas e não são tratadas adequadamente, seja com psicoterapia, considerada tratamento de primeira linha para depressão leve a moderada e transtornos de ansiedade, ou com farmacoterapia, caso necessário (Treatment and Management..., 2023).

É importante compreender também as causas para a correlação entre a gestação e a maior propensão ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Dentre elas, um estudo recente revelou que a queda nos níveis de estrogênio no período pós-parto induz a neuroplasticidade da ocitocina no hipotálamo paraventricular e no núcleo dorsal da rafe, o que resulta no aumento do comportamento semelhante à ansiedade durante o período pós-parto (Hedges *et al.*, 2020). Isso ocorre porque o estrogênio aumenta dras-

ticamente durante a gestação, mas cai bruscamente abaixo dos níveis pré-gravidez, permanecendo suprimido durante todo o período pós-parto, resultando em um estado de abstinência de estrogênio (Hedges *et al.*, 2020). Essa abstinência está relacionada a mudanças no afeto, humor e comportamento (Hedges *et al.*, 2020).

Além disso, é importante ressaltar que, atrelado à brusca variação hormonal, o estresse que permeia esta fase da vida contribui de forma significativa para o desenvolvimento de transtornos. Em um estudo feito com camundongos, foi observado que a abstinência de estrogênio pós-parto na ausência de estresse não induz fenótipos condizentes com depressão pós-parto (Buckhaults; Swack; Sachs, 2023).

No entanto, dado que a queda dos níveis de estrogênio leva a alterações significativas na expressão gênica em duas regiões cerebrais sensíveis ao estresse, é possível que essa queda hormonal contribua para uma desregulação afetiva no período periparto, influenciando a suscetibilidade ao estresse (Buckhaults; Swack; Sachs, 2023). Ou seja, neste período a mulher fica mais suscetível ao estresse, e este, por sua vez, influencia diretamente nas chances de adoecimento psíquico. Assim, vale ressaltar que os transtornos podem tanto preceder quanto suceder as mudanças no ciclo gravídico-puerperal, e estes

manifestam uma associação multifatorial com predisposições próprias do indivíduo (diátese), influência hormonal pelo ciclo gravídico-puerperal e fatores ambientais, como estressores psicossociais ligados ao ciclo de vida.

Outro estudo recente investigou como a serotonina e o estradiol estão relacionados ao risco de sofrimento mental e depressão após o parto (Borgsted *et al.*, 2022). Participaram do estudo 82 mulheres grávidas que passaram por cesariana, nas quais foram dosados os níveis de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), um metabólito da serotonina, no Líquido Cefalorraquidiano (LCR), além de avaliar as mudanças nos níveis de estradiol antes e depois do parto (Borgsted *et al.*, 2022).

O sofrimento mental pós-parto foi avaliado de acordo com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Borgsted *et al.*, 2022). Os resultados mostraram que mulheres que tiveram uma grande diminuição nos níveis de estradiol após o parto apresentaram menos sintomas de sofrimento mental (Borgsted *et al.*, 2022). Por outro lado, mulheres com níveis mais altos de 5-HIAA antes do parto tiveram uma tendência a apresentar mais sintomas de sofrimento mental no período pós-parto (Borgsted *et al.*, 2022). O estudo conclui que altos níveis de 5-HIAA antes do parto podem indicar maior atividade do Transpor-

tador de Serotonina (SERT), o que pode aumentar a vulnerabilidade ao sofrimento mental no pós-parto (Borgsted *et al.*, 2022). Já a queda no estradiol após o parto parece favorecer o bem-estar mental das mulheres (Borgsted *et al.*, 2022). Esses resultados sugerem que mudanças nos níveis de serotonina e de estradiol influenciam diretamente o risco de depressão nesse período (Borgsted *et al.*, 2022).

Depressão pós-parto

A depressão pós-parto, classificada como “Transtorno Depressivo Maior, com início no periparto” pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (DSM-5), é um subtipo do transtorno depressivo maior (TDM) que pode surgir durante a gravidez e até 4 semanas após o parto (Ministério da Saúde, [s.d.]). Para diagnóstico desta condição, é preciso pelo menos 5 dos seguintes critérios: humor deprimido, anedonia, alterações no peso e/ou sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, diminuição da concentração e pensamentos de morte ou suicídio (Ministério da Saúde, [s.d.]).

Apesar de bastante frequente (prevalência de cerca de 10 a 20%, a depender da cultura e dos níveis socioeconômicos), essa condição

muitas vezes é subdiagnosticada e traz inúmeras repercussões na vida da mulher, principalmente no que diz respeito à criação de um vínculo afetivo entre mãe e filho (Ministério da Saúde, [s.d.]). Assim, algumas estimativas sugerem que mais de 50% das mulheres com depressão pós-parto não são diagnosticadas, havendo a necessidade de incremento à triagem de saúde mental durante o periparto (Ministério da Saúde, [s.d.]).

Raramente, pode haver uma complicação deste quadro, evoluindo para a psicose pós-parto, cujos sintomas incluem delírio, alucinações, mudanças de humor, perturbação do sono, embotamento afetivo, pensamento desorganizado e vontade de prejudicar o bebê, a si mesma ou outra pessoa (Ministério da Saúde, [s.d.]).

Essas condições envolvem múltiplas causas, como o desequilíbrio hormonal decorrente do término da gestação, fatores físicos, emocionais e a qualidade de vida da mulher, assim como sua relação com o parceiro e familiares (Ministério da Saúde, [s.d.]). Os fatores de risco incluem história pregressa de transtorno depressivo ou transtorno disfórico pré-menstrual ou histórico familiar, assim como falta de uma rede de apoio, estresse, problemas financeiros ou familiares, falta de planejamento gestacional e violência doméstica (Ministério da Saúde, [s.d.]).

Além disso, além da flutuação nos níveis de estrogênio já mencionada, seu desenvolvimento está atrelado às múltiplas mudanças que são inerentes à gestação, como alteração nos níveis de progesterona, corticosteroides, inflamação, biologia circadiana e desafios psicossociais (Payne; Maguire, 2019).

Estudos demonstraram que estrogênio e progesterona mais altos no pós-parto foram associados a sintomas depressivos mais graves (Sha *et al.*, 2020). Neste período, os níveis de estrogênio foram correlacionados positivamente com os níveis de citocina pró-inflamatória IL-6 e, negativamente, com os níveis de quinurenina e ácido picolínico, que são metabólitos neurotóxicos (Sha *et al.*, 2020). Já a progesterona, apresentou correlação negativa com IL-1 β e com metabólitos da via da quinurenina, sendo associada a um perfil anti-inflamatório (Sha *et al.*, 2020). Outrossim, estudos recentes demonstram que mulheres que desenvolvem depressão pós-parto têm uma sensibilidade aumentada a alterações epigenéticas em genes responsivos ao estrogênio (Nielsen; Stila; Wisner, 2024).

É essencial a prevenção desta condição, o que pode ser feito por meio de uma rede de apoio, tempo de qualidade, manutenção de uma alimentação balanceada e prática de atividades físicas (Ministério da Saúde, [s.d.]). Caso a condição já esteja estabelecida, o tratamen-

to inclui psicoterapia associada a medicamentos antidepressivos (Ministério da Saúde, [s.d.]). No caso de psicose, o tratamento medicamentoso inclui a associação entre antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor, sendo importante destacar que alguns desses fármacos não são recomendados durante a amamentação (Ministério da Saúde, [s.d.]). No Sistema Único de Saúde (SUS), o pré-natal é uma das formas de rastreio dessas condições e, caso necessário, as Equipes de Saúde da Família devem solicitar apoio de psiquiatras e psicólogos por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e até mesmo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em casos mais graves (Ministério da Saúde, [s.d.]).

Ansiedade na gestação

O DSM-5 estabelece 7 tipos de transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade de separação, fobia social, mutismo seletivo e transtornos relacionados à fobia (Treatment and Management..., 2023). Esses transtornos são frequentemente comórbidos com depressão perinatal (Treatment and Management..., 2023). Além disso, os transtornos de ansiedade pré-

-natal são fortes precursores da depressão pós-parto (Treatment and Management..., 2023).

Os transtornos ansiosos durante a gestação têm maior associação com o parto prematuro e baixo peso ao nascer, e os transtornos perinatais têm maior relação com os desafios comportamentais do bebê (Treatment and Management..., 2023). Além disso, a recíproca também é verdadeira, o transtorno de ansiedade é considerado fator de risco durante a gestação, estando associado ao comprometimento no desenvolvimento fetal, resultando em maior ocorrência de parto prematuro, baixo peso ao nascer, menores escores de Apgar, complicações obstétricas, aborto, entre outros (Anxiety in pregnancy..., 2017).

As evidências sobre ansiedade durante a gestação são relativamente limitadas quando comparadas à depressão pós-parto (Anxiety in pregnancy..., 2017). No entanto, sabe-se que sintomas ansiosos estão presentes em grande parte das gestantes, cuja prevalência varia de 15,6% a 49%, dependendo do país analisado (Anxiety in pregnancy..., 2017). Apesar de seu impacto na gestação, a saúde mental das mulheres no pré-natal tende a ser preterida em relação ao período pós-parto (Anxiety in pregnancy..., 2017). Maiores taxas de ansiedade são observadas ao longo do terceiro trimestre devido à aproximação

do momento do parto, o que gera medo e preocupação em grande parte das mulheres, incluindo as multigestas (Anxiety in pregnancy..., 2017).

Transtornos associados

Transtorno Obsessivo Compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) caracteriza-se por pensamentos intrusivos indesejados (obsessões), que podem ser acompanhadas por rituais mentais ou físicos (compulsões) como forma de tentar reduzir o sofrimento causado pelas obsessões (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). Para atender aos critérios diagnósticos, os sintomas devem tomar bastante tempo ou resultar em sofrimento clinicamente significativo (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). Esse transtorno é mais prevalente entre mulheres, especialmente durante transições reprodutivas, como gravidez e pós-parto (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022).

Estudos apontam que entre 2% e 22% das mulheres podem desenvolver TOC na gravidez, enquanto no pós-parto a incidência varia entre 2% e 24% (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). Além disso, 8% a 70% das mulheres com TOC pré-existente apresentam exacer-

bação dos sintomas durante esse período (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022).

As obsessões no TOC perinatal são frequentemente centradas em danos ao bebê, podendo incluir pensamentos agressivos, que causam grande angústia, embora a mãe mantenha o desejo de proteger a criança e a autocrítica (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). Essas obsessões diferenciam-se dos delírios da psicose pós-parto, em que a mulher perde o contato com a realidade (*insight*), havendo risco real de causar danos ao bebê, sendo um importante diagnóstico diferencial, visto que a psicose pós-parto é uma emergência psiquiátrica (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). As compulsões perinatais mais comuns envolvem limpeza, esterilização e verificação repetitiva, podendo levar a comportamentos extremos, como evitar janelas por medo de deixar o bebê cair ou recusar-se a usar facas (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022).

A etiologia do TOC perinatal ainda é mal compreendida, e pesquisas futuras buscam entender melhor sua relação com fatores biológicos, incluindo alterações hormonais, disfunção imunológica e privação de sono, que podem agravar ou desencadear os sintomas (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). Polimorfismos nos genes 5-HTTLPR e COMT foram consistentemente associados ao TOC e à depressão

perinatal, tornando-os potenciais alvos de pesquisa (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). Por fim, o sistema de resposta ao estresse também pode estar envolvido, com algumas pesquisas demonstrando que mulheres com TOC pós-parto têm níveis mais altos de cortisol salivar basal do que controles saudáveis pós-parto (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022).

O tratamento do TOC perinatal pode incluir Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com prevenção de exposição e resposta como primeira linha, sendo a única abordagem terapêutica com eficácia comprovada (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). Em casos em que a terapia não é suficiente, pode-se usar medicamentos (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022). O *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou o uso de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), como fluoxetina e sertralina, e o antidepressivo tricíclico clomipramina, que são compatíveis com a gravidez e lactação (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022).

Como o TOC geralmente requer doses mais altas do que os transtornos de humor e ansiedade, e as alterações farmacocinéticas na gravidez resultam em quedas de concentração plasmática de 40–50% até o final da gravidez, as doses geralmente são muito mais altas do que o habitual para serem eficazes (Hudepohl; Maclean; Os-

borne, 2022). O tratamento deve ser mantido por pelo menos um a dois anos antes de ser reduzido gradualmente (Hudepohl; Maclean; Osborne, 2022).

Transtorno Afetivo Bipolar

A gravidez pode afetar o curso do transtorno afetivo bipolar devido às flutuações hormonais, aumentando o risco de recorrência de episódios de humor, especialmente no pós-parto, período crítico para o primeiro aparecimento ou recorrência de mania, hipomania ou depressão (Sharma; Sharma; Sharma, 2020). Mulheres que interrompem abruptamente os medicamentos durante a gravidez têm maior risco de recaída e sintomas de abstinência, como insônia e ansiedade, que podem piorar a instabilidade do humor (Sharma; Sharma; Sharma, 2020).

O manejo adequado inclui o aconselhamento pré-concepcional, principalmente sobre o uso de medicamentos (Sharma; Sharma; Sharma, 2020). O valproato e a carbamazepina devem ser evitados devido ao alto risco de defeitos congênitos, enquanto o lítio pode ser usado com monitoramento rigoroso, embora não seja recomendado no primeiro trimestre (Sharma; Sharma; Sharma, 2020). Antipsicóticos atípicos são considerados uma alternativa mais segura durante a gravidez (Sharma; Sharma; Sharma, 2020).

Durante o pré-natal, é fundamental rastrear tanto a depressão quanto a bipolaridade para evitar diagnósticos tardios ou equivocados, já que muitas mulheres com transtorno bipolar recebem inicialmente um diagnóstico de depressão maior, o que pode resultar em tratamento inadequado (Sharma; Sharma; Sharma, 2020).

No período de lactação, a maioria dos estabilizadores de humor e antipsicóticos de segunda geração são considerados relativamente seguros, mas a amamentação deve ser evitada por mulheres em uso de lítio ou que apresentem psicose puerperal (Sharma; Sharma; Sharma, 2020).

Importância do apoio emocional

Sendo assim, o parto é uma fase transicional marcada por novas responsabilidades, inseguranças, medos, angústias e expectativas, sendo um período delicado na vida de toda e qualquer mulher, devendo receber o devido respaldo (Oliveira; Santos; Cavalcante, 2019; Vieira; Parizotto, [s.d.]). Dessa forma, o acompanhamento psicológico é essencial durante todo o período gestacional e pós-parto, assim como a manutenção de uma rede de apoio e hábitos saudáveis, tanto no quesito físico quanto mental (Oliveira; Santos; Cavalcante, 2019).

O suporte durante a gravidez ajuda a reduzir níveis de estresse, ansiedade e depressão, promovendo uma gestação mais saudável e aumentando o bem-estar das mães (Oliveira; Santos; Cavalcante, 2019). Psicólogos, familiares e profissionais de saúde devem oferecer suporte contínuo, criando um ambiente de empatia e confiança, essencial para a adaptação às mudanças emocionais e físicas dessa fase da vida (Oliveira; Santos; Cavalcante, 2019).

Referências

1. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VksFnnCm69jLxXp3PdVXYHC/?lang=en>. Acesso em: 14 dez. 2024.
2. BORGSTED, Camilla, *et al.* The role of central serotonergic markers and estradiol changes in perinatal mental health. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35729864/>. Acesso em 05 fev. 2025.
3. BUCKHAULTS, Kerry; SWACK, Benjamin; SACHS, Benjamin. Estrogen administration and withdrawal in a model of hormone-simulated pregnancy lead to alterations in behavior and gene expression but do not induce depression-like phenotypes in mice. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37414236/>. Acesso em 25 jan. 2025.

4. HEDGES, Valerie *et al.* Estrogen Withdrawal Increases Postpartum Anxiety via Oxytocin Plasticity in the Paraventricular Hypothalamus and Dorsal Raphe Nucleus. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33487439/>>. Acesso em 25 jan. 2025.
5. HUDEPOHL, Neha; MACLEAN, Joanna; OSBORNE, Lauren. Perinatal Obsessive-Compulsive Disorder: Epidemiology, Phenomenology, Etiology, and Treatment. 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35384553/>>. Acesso em: 08 fev. 2025.
6. Ministério da Saúde. Depressão pós-parto. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>>. Acesso em: 14 dez. 2024.
7. NIELSEN, Anne; STILA, Catherine; WISNER, Katherine. The pathophysiology of estrogen in perinatal depression: conceptual update. 2024. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39096394/>>. Acesso em 25 jan. 2025.
8. OLIVEIRA, Aline; SANTOS, Maria; CAVALCANTE, Mariana. A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL. 2019. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1256>>. Acesso em: 14 dez. 2024.
9. PAYNE, Jennifer; MAGUIRE, Jamie. Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. 2019. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6370514/>>. Acesso em: 14 dez. 2024.
10. SHA, Qiong *et al.* Associations between estrogen and progesterone, the kynurenine pathway, and inflammation in the post-partum. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33278766/>>. Acesso em 25 jan. 2025.
11. SHARMA, Verinder; SHARMA, Priya; SHARMA, Sapna. Managing bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period: a critical review of current practice. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32172610/>>. Acesso em: 08 fev. 2025.
12. Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum. 2023. Disponível em: <https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2023/06000/treatment_and_management_of_mental_health.36.aspx>. Acesso em: 14 dez. 2024.
13. VIEIRA, Bárbara; PARIZOTTO, Ana Patrícia. ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DECORRENTES DO PERÍODO GRAVÍDICO. Disponível em: <<https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/2559/pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2024.

Violência de gênero e saúde mental

Allan Maia Andrade de Souza

Larissa Gomes Lima da Silva

doi.org/10.31692/978-65-88970-64-5-85.96



Introdução

A violência de gênero é definida como qualquer forma de violência contra uma pessoa com base na sua identidade de gênero, ou seja, na maneira como a pessoa se enxerga e como os outros a veem na sociedade, levando em consideração a cultura e as construções sociais relacionadas ao que significa ser mulher, homem ou outra identidade de gênero. Embora possa atingir outras identidades, as mulheres são as principais vítimas, devido a desigualdades históricas e culturais que as colocam em posições de inferioridade e submissão. A partir disso, sabe-se que cerca de uma em cada três mulheres no mundo já sofreu em algum momento da vida violência física ou sexual, de acordo com dados recentes da Organização Mundial da Saúde (2018). No Brasil, conforme o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), a estimativa é uma média de 1,6 milhão de casos registrados por ano de violência contra a mulher. Relacionado a isso, existem diversos tipos de violência, sendo as principais: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Brasil, 2011; White *et al.*, 2023).

Diante disso, é importante entender como a violência contra as mulheres afeta a sua saúde mental, principalmente por que acontecem dentro de sua própria casa ou são cometidas por parceiros íntimos ou por familiares. Nesse caso, des-

taca-se que no mundo mais de um quarto das mulheres entre 15 e 49 anos já relataram estar em um relacionamento e terem sofrido algum tipo de violência pelo parceiro. Assim, consequências psicológicas estão muito presentes no cotidiano dessas mulheres vítimas de agressão. Pode-se citar o aparecimento de ansiedade, depressão, transtorno do estresse pós-traumático e síndrome do pânico como alterações comuns e também a associação com baixa autoestima, dificuldades de dormir e problemas alimentares (Faria; Paiva, 2023).

Para uma melhor compreensão do assunto deve se levar em consideração fatores interseccionais, como raça, classe social, orientação sexual e deficiência, sendo que eles têm papel significativo no risco de violência e nas suas consequências para a saúde mental. Como exemplo, tem-se que as mulheres negras, por causa da discriminação racial, possuem um risco maior de violência física e sexual e, por conseguinte, de desenvolver transtornos psiquiátricos, como transtorno depressivo (Galvão, 2021). Além disso, mulheres de classes sociais mais baixas e da comunidade LGBTQIA+ e estão também mais expostas a situações de violência devido, respectivamente, à falta de recursos e ao estigma social (Souza, 2021).

Já em relação àquelas com deficiência não é diferente, pois devido à invisibilidade social, sofrem diversas formas de violência até mesmo mais intensas (Passos *et al.*, 2019).

Desse modo, entender a violência de gênero, em especial, contra mulheres, e como ela afeta a saúde mental é essencial para orientar as vítimas em como identificar se estão vivendo ou se já passaram por situações de violência, como pedir ajuda e como seguir em frente com coragem. Ademais, não se deve esquecer a importância do acolhimento, suporte interdisciplinar e o papel da sociedade no combate a essa violência.

Tipos de violência

- **Violência física:** ação que machuque ou prejudique o corpo da mulher. Exemplo: parceiro empurra você contra a parede;
- **Violência psicológica:** conduta a qual cause prejuízo à saúde psicológica/emocional ou diminuição da autoestima. Exemplo: parceiro faz comentários negativos sobre sua aparência e inteligência;
- **Violência sexual:** conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou participar de relação sexual sem ela desejar; impedir de usar qualquer método contraceptivo ou forçar à gravidez, à prostituição ou ao aborto. Exemplo: parceiro se utiliza de frases como “mostre que me ama” para pressionar a ter relações sexuais;
- **Violência patrimonial:** esconder, tomar ou destruir objetos pessoais, bens, documentos, recursos financeiros ou direitos, incluindo aqueles necessários para viver bem. Exemplo: parceiro pega seu dinheiro e só ele decide como você pode gastar;
- **Violência moral:** acusar falsamente, divulgar mentiras ou ofender a dignidade. Exemplo: parceiro faz piadas constrangedoras sobre sua vida em público para prejudicar sua imagem para os outros.

A partir disso, entende-se o ciclo de violência como um padrão recorrente de abuso em relacionamentos violentos que pode ser dividido em três fases: tensão, violência e arrependimento. Na primeira fase, a vítima tenta evitar conflitos, já que o agressor aparenta irritação e controle. Em seguida, o agressor comete algum dos tipos de violência de maneira explícita, como abuso físico ou psicológico.

Por fim, tem-se o arrependimento do agressor se desculpando e prometendo mudar. Percebe-se que essa experiência gera um impacto psicológico expressivo com o desenvolvimento de problemas de baixa autoestima e ansiedade (Kerle *et al.*, 2016).

A dificuldade de sair desse ciclo está associada à falta de suporte social, à dependência financeira e emocional e ao medo de retaliação. Outrossim, a vítima pode começar

a duvidar se está sofrendo violência, porque o agressor pode estar se utilizando de manipulação emocional (*gaslighting*).

Identificação dos transtornos mentais e critérios diagnósticos

Tabela 1: Principais transtornos mentais e critérios diagnósticos.

Transtorno	Critérios diagnósticos	Duração mínima	Sintomas comuns
Transtorno de Ansiedade Generalizada	Ansiedade e preocupação excessiva e difícil de controlar sobre vários acontecimentos.	6 meses	Inquietação, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular, perturbações do sono.
Transtorno Depressivo	Falta de interesse por atividades ou sensação de tristeza persistente, sem causa aparente.	2 semanas	Perda de energia, ganho ou perda de peso, insônia, culpa excessiva.
Transtorno do Estresse Agudo	Resposta a evento traumático com sintomas de intrusão, dissociação, evitação e excitação.	3 dias a 1 mês	Flashbacks, pesadelos, hipervigilância, distúrbios do sono e da concentração.
Transtorno de estresse Pós-traumático	Exposição a evento traumático com sintomas persistentes de reviver o trauma, evitação e hipervigilância.	> 1 mês	Flashbacks, sonhos angustiantes, reações dissociativas, medo, ansiedade, irritabilidade.
Transtorno de pânico	Ataques de pânico frequentes e inesperados com sintomas físicos e mentais intensos, seguidos por preocupações em ter novos ataques.	1 mês ou mais	Palpitações, falta de ar, náusea, medo de morrer ou de “enlouquecer”, sensação de perda de controle.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em American Psychiatric Association (2023).

Relações dos transtornos com a violência de gênero

A violência de gênero pode ser considerada como risco tanto no desenvolvimento como no agravamento dos transtornos mentais mencionados na tabela acima, frequentemente observados em mulheres violentadas. A partir disso, é essencial entender como cada transtorno se relaciona com a violência ocorrida, visto que possibilita um debate mais aprofundado sobre como o abuso impacta na saúde mental das vítimas de modo duradouro e profundo, gerando consequências no cotidiano dessas mulheres (Gallon; Mueller, 2024).

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Está diretamente associado à exposição à violência, em especial quando acontece de maneira repetida. Os sintomas característicos da TAG, como inquietação e tensão constantes estão presentes de maneira frequente nas mulheres que vivenciam violência de gênero. Além disso, o estresse crônico pode predispor essas mulheres a sintomas persistentes de ansiedade (Barreto; Teodoro, 2020)

Transtorno depressivo

Esse transtorno é considerado um dos mais frequentes em mulheres vítimas de violência. O aumento dos sintomas depressivos, como a perda de interesse nas atividades diárias e até mesmo a ideação suicida estão relacionados de maneira direta com o abuso emocional e físico vivenciado pelas vítimas de violência (White *et al.*, 2023). Ademais, os quadros depressivos podem ser intensificados e de difícil recuperação, posto que a violência afeta bastante a saúde mental das vítimas (Faria; Paiva, 2023).

Transtorno do Estresse Agudo (TEA)

O TEA é comum em mulheres vítimas de violência sexual e que passam a apresentar sintomas como a hipervigilância e revivência do trauma. Relacionado a isso, há um maior risco de desenvolver esse transtorno ao se levar em consideração a gravidade do trauma e a falta de suporte social. Por fim, é importante destacar que nem todo caso irá se desenvolver em um transtorno do estresse pós-traumático (Garcia-Esteve, 2021).

Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)

O TEPT é muito prevalente entre as vítimas de violência de gênero, em especial àquelas que sofreram abuso físico e sexual, com impacto severo na qualidade de vida, uma vez

que podem perdurar durante anos após o trauma com os pesadelos e *flashbacks* (Benedek *et al.*, 2022).

Transtorno do pânico

Há uma alta prevalência de transtornos relacionados ao medo, como o transtorno do pânico, em mulheres que em relacionamentos íntimos sofreram algum tipo de abuso (Gama *et al.*, 2021). Assim, ao serem expostas a relações abusivas com a presença da violência, aumentam as chances de desenvolverem ataques de pânico.

Repercussões na saúde mental

A violência contra as mulheres afeta muito a saúde mental, não importando o tipo de violência que sofreram. A partir disso, os transtornos psicológicos apresentados por elas prejudicam não somente a qualidade de vida, mas também o bem-estar. Ansiedade, depressão, síndrome do pânico e transtorno de estresse pós traumático são algumas das patologias que podem estar presente e que são difíceis de reconhecer, uma vez que a própria vítima apresenta dificuldade de perceber os sintomas ou de aceitar que estão enfrentando problemas emocionais por causa do ciclo de violência vivido (Gallon; Mueller, 2024).

Assim, os sintomas não aparecem sozinhos, como uma única noite sem dormir, sentimento de culpa ou não querer sair de casa somente por um dia, visto que há uma problema mais amplo nessas mulheres, seja pela agressão única ter sido muito grave ou ter acontecido uma longa exposição. Relacionado a isso, diversos momentos, seja durante ou após a violência, podem influenciar profundamente a vida da mulher, pois elas se encontram mais vulneráveis a uma série de consequências físicas, sociais e emocionais (Gallon; Mueller, 2024).

Nesse contexto, mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo apresentam principalmente depressão maior, transtorno do estresse pós-traumático e transtornos de ansiedade. De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 60% das mulheres vítimas de agressões no ano anterior a uma pesquisa realizada em 2019 referiram algum dano físico, psicológico ou sexual da agressão sendo os desfechos psicológicos, como sentimentos de medo, tristeza, problemas de sono, depressão e ansiedade, comuns em 57% dos casos (Brasil, 2023). Além disso, há uma forte relação entre a violência e o alto risco de suicídio, apresentando até cinco vezes mais chance comparada a uma mulher que não tenha sido vítima (Khalid *et al.*, 2024).

É importante acrescentar que esses transtornos podem estar presentes

tanto antes como após a violência sexual. Assim, a violência sofrida pode de certo modo “ativar” fragilidades emocionais ou psicológicas que já existiam ou gerarem novos transtornos por causa do trauma (Barreto; Teodoro, 2020). Dessa forma, a associação com transtornos de personalidade, como borderline (Sá; Werlang, 2013).

Com base nisso, mulheres que já passaram pela experiência do abuso físico apresentam até quatro vezes mais chances de desenvolverem sintomas de humor depressivo-ansioso, aproximadamente três vezes maior risco de diminuição da energia vital e cerca de sete vezes mais suscetíveis a desenvolverem pensamentos depressivos. Em relação àquelas que sofreram violência psicológica, os sintomas depressivos aparecem com quase o triplo de chance e o decréscimo de energia com até o dobro de probabilidade. Esses dados destacam as repercussões devastadoras das agressões à saúde mental das vítimas (Gama *et al.*, 2021).

Logo, quando uma mulher é vítima de agressão, as consequências psicológicas afetam o seu dia a dia prejudicando seu papel de mãe, esposa, amiga, profissional ou estudante.

Diante disso, o acolhimento dessas mulheres é fundamental para o empoderamento delas e deve ser visto de forma séria e compreensiva, por meio da identificação dos momentos de violência e a busca de supor-

te de diferentes profissionais, visto que o atendimento psicológico e social irá permitir que a mulher seja ouvida sem ser julgada ou culpabilizada (Gallon; Mueller, 2024).

Desse modo, o profissional de saúde ao se deparar em uma situação de atendimento a uma mulher vítima de abuso deve identificar a violência, ou seja, observar sinais físicos e emocionais; perguntar de maneira direta sobre o fato, mas de maneira sensível e acolhedora. Após isso, acolher e ouvir com empatia, sem julgamentos e garantindo a confidencialidade (menos no caso que a lei exige a notificação). Por fim, a mulher deve ser orientada sobre seus direitos e sobre os serviços de apoio disponíveis; encaminhamento para atendimento psiquiátrico e psicológico no caso de consequências psicológicas (Brasil, 2011).

Maneiras de a mulher buscar ajuda e apoio: redes de atendimento

- **Centro de Referência da Mulher:** acolhimento/atendimento psicológico e social; orientação e encaminhamento jurídico à mulher em situação de violência;

- **Casas-abrigo:** oferecimento de moradia protegida e atendimento integral a mulheres em risco de vida iminente em razão da violência doméstica (temporário e sigiloso);
- **Defensoria da Mulher:** assistência jurídica, orientação e encaminhamento das mulheres em situação de violência;
- **Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher:** equipe de atendimento multidisciplinar com profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde;
- **Centros de Referência da Assistência Social (CRAS):** serviços básicos continuados e ações de caráter preventivo para famílias em situação de vulnerabilidade social;
- **Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS):** proteção de famílias e indivíduos que tenham seus direitos violados e que vivam em situação de risco pessoal e social;
- **Instituto Médico Legal:** papel importante na coleta de provas que serão necessárias ao processo judicial e condenação do agressor;
- **Disque 180:** Central de Atendimento à Mulher;
- **Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher:** caráter preventivo e repressivo; a expe-

dição de medidas protetivas de urgência a partir da Lei Maria Da Penha;

- **Disque 190:** polícia militar;
- **Disque 100:** Disque Direitos Humanos.

É importante enfatizar a Lei nº 10.778, de 2003, a qual determina que os profissionais de saúde notifiquem os casos de violência doméstica (Brasil, 2003, Art. 1º).

Tratamentos específicos

Existe a possibilidade de diversos tratamentos para o manejo das patologias desenvolvidas ou amplificadas após a vivência da violência de qualquer tipo. A partir disso, há as intervenções farmacológicas, as quais devem ser acompanhadas por um profissional adequado, com o objetivo de tentar controlar a condição e trazer benefícios para a saúde da vítima violentada.

Inicialmente, pode-se mencionar fármacos que são indicados para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), os quais também podem ser utilizados para transtorno depressivos e de ansiedade, como os antidepressivos, em especial os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRSs), sendo eles sertralina, fluoxetina e paroxetina, e os Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSNs),

principalmente a venlafaxina, utilizados como primeira linha. Além disso, deve-se mencionar a prazosina que é indicada em algumas diretrizes como tratamento de primeira linha para pesadelos e distúrbios do sono relacionados ao TEPT (Filipe *et al.*, 2021; Benedek *et al.*, 2022).

Para além da farmacoterapia, é essencial destacar as intervenções psicoterapêuticas para o tratamento de todos os transtornos mencionados, uma vez que são necessárias, em conjunto com o cuidado medicamentoso, para o bem-estar da mulher vulnerável. É notório enfatizar que ao discutir as opções com a paciente, deve ser levado em consideração os aspectos pessoais/sociais que estejam influenciando o desenvolvimento e a manutenção do transtorno.

Relacionado a isso, podem ser encontradas diversas técnicas de abordagem, mas as principais mencionadas são: terapia cognitivo-comportamental focada no trauma, Terapia Dialética Comportamental (DBT) e Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR) (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

A terapia cognitivo-comportamental focada no trauma é eficaz para a redução dos sintomas de TEPT, mas também da depressão e ansiedade, e capaz de ressignificar o evento traumático, uma vez que auxilia as mulheres a entenderem

e processarem o trauma que vivenciaram. Dessa maneira, trabalhando-se o ciclo da violência e discutindo-se a experiência há, por conseguinte, o empoderamento dessa mulher. São realizadas de 8 a 12 sessões e há também a preparação para o fim do tratamento. (Ferreira Petersen; Costa; Souza, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Em relação a terapia dialética comportamental, a qual é uma abordagem baseada na terapia cognitivo-comportamental, há a intenção de permitir a regulação emocional, em especial para mulheres com alta desregulação. Assim, é possível que as vítimas passem a desenvolver estratégias para lidarem quando as emoções ficarem muito intensas, promovendo o equilíbrio ao aceitarem o sentimento e o enfrentarem (Almeida de Paula, 2021).

A abordagem terapêutica a partir da dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR) é eficaz principalmente para o TEPT e tem como base re-visitar traumas e os sentimentos associados a eles ao mesmo tempo que faz movimentos geralmente dos olhos, porém também podem ser da mãos. Essa estimulação é bilateral e repetida durante a sessão, aplicada às memórias-alvo até que parem de trazer angústia (De Jongh; De Roos; El-Leithy, 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Considerações finais

Por fim, nota-se que a violência contra as mulheres é uma violação aos direitos humanos e problema de saúde pública. Sendo que conversar sobre como as agressões influenciam a saúde mental dessas mulheres é necessário para tomar as decisões certas mediante o diagnóstico de algum transtorno mental, como depressão e ansiedade. Por consequência, o acolhimento eficaz, fornecido pelos profissionais especializados, é essencial para retomar o bem-estar, independência e a dignidade das mulheres vítimas de agressão, garantindo que suas vidas continuem com mais segurança e com saúde mental (Gallon; Mueller, 2024).

Em relação ao combate preventivo é essencial a garantia da implementação proposta pela Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres de ações que consigam proporcionar uma mudança cultural na sociedade ao desmitificar os estereótipos de gênero e o padrão de sociedade sexista que desfavorece as mulheres. No âmbito da saúde, apesar da dificuldade de capacitação específica acerca da abordagem ao atendimento da mulher vítima de violência e possível empecilho em encaminhar a vítima para os serviços de apoio (Brasil, 2011; Nunes; Madeiro, 2011).

Referências

1. ALMEIDA DE PAULA, Letícia. **Terapia comportamental dialética no contexto de violência contra a mulher**. 2021. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021. Acesso em: 13 jan. 2025.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR**. 5. ed., texto revisado. Arlington: APA, 2023. Acesso em: 12 dez. 2024.
3. BARRETO, Isabella Soares; TEODORO, Maycoln Leôni Martins. **Problemas emocionais e de comportamento, vulnerabilidade cognitiva e estresse: uma revisão narrativa**. 2020. Acesso em: 15 jan. 2025.
4. BENEDEK, D. M. *et al.* An evidence-based approach to pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD) – 2022 update. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 83, n. 4, p. 21ac14578, 2022. Acesso em: 15 jan. 2025.
5. BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Dispõe sobre a notificação compulsória de violência doméstica contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 nov. 2003. Acesso em: 16 mar. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde** [recurso eletrônico]: número especial. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2023. Acesso em: 14 jan. 2025.
7. BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011. Acesso em: 15 dez. 2024.

8. DE JONGH, A. *et al.* State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. **Journal of Traumatic Stress**, v. 37, n. 2, p. 205-216, 2024. Acesso em: 14 jan. 2024. Acesso em: 17 mar. 2025.
9. FARIA, Nicole Costa; PAIVA, Fernando Santana de. Saúde mental e violência contra a mulher: reflexões a partir de um estudo de caso. **Gerais: Revista Interinstitucional em Psicologia**, v. 16, n. 3, 2023. Acesso em: 15 dez. 2024
10. FERREIRA PETERSEN, Mariana Gomes *et al.* Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: revisão sistemática. **Psicologia Clínica**, v. 31, n. 1, p. 151-169, 2019. Acesso em: 14. jan 2025.
11. FILIPE, P. S. *et al.* Treatment guidelines for PTSD: A systematic review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 18, p. 4175, 2021. Acesso em 13. jan. 2025.
12. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Acesso em: 16 mar. 2025.
13. GALLON, Alexandra Alf; MUELLER, Airton Adelar. Violência contra a mulher: consequências e políticas de enfrentamento. **Humanidades em Perspectivas**, v. 3, n. 7, p. 20–34, 2024. Acesso em: 16 dez. 2024.
14. GALVÃO, I. Mapa da violência contra mulheres negras: reflexões sobre racismo e gênero na sociedade brasileira. **Revista de Direito**, v. 13, n. 02, p. 01–17, 2021. Acesso em: 17 mar. 2025.
15. GAMA, Viviane Dutra *et al.* Saúde mental e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência entre parceiros íntimos. **Psicologia em Processo**, v. 1, n. 1, p. 66–78, 2021. Acesso em: 16 dez. 2024.
16. GARCIA-ESTEVE, L. *et al.* Prevalence and risk factors for acute stress disorder in female victims of sexual assault. **Psychiatry Research**, v. 306, p. 114240, 2021. Acesso em: 16 mar. 2025.
17. KERLE, Layza de *et al.* Analysis of the cycle of domestic violence against women. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 2, p. 139–139, 2016. Acesso em: 17 mar. 2025.
18. KHALID, A. *et al.* Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. **Review of Trauma, Violence & Abuse**, v. 25, n. 1, p. 494-511, jan. 2024. Acesso em: 13 jan. 2025.
19. NUNES, Hayla; MADEIRO, Alberto Pereira. Profissionais de saúde da atenção primária e violência contra a mulher: revisão sistemática. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022. Acesso em: 17 mar. 2025.
20. PASSOS, R. L. *et al.* Da violência sexual e outras ofensas contra a mulher com deficiência. **Saúde em Debate**, v. 43, especial 4 dez., 2019, p. 154-164. Acesso em: 16 mar. 2025.
21. SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão sistemática da literatura. 2013. Acesso em: 14 jan. 2025.
22. SOUZA, Carolina de *et al.* Violência contra mulheres lésbicas/bissexuais e vulnerabilidade em saúde: revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 22, n. 2, p. 437-453, set. 2021. Acesso em: 16 mar. 2025.

23. WHITE, Sarah J. *et al.* Prevalência global e resultados de saúde mental da violência de parceiros íntimos entre mulheres: uma revisão sistemática e meta-análise. **Journal of Affective Disorders**, v. 315, p. 96-107, 2023. Acesso em: 14 jan. 2025.

24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women prevalence estimates**, 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. Acesso em: 18 mar. 2025.

Conselho editorial

Presidência

Dr. Erick Viana da Silva
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) e
Instituto Internacional Despertando Vocações (IIDV)

Conselheiros

Dr. Airton José Vinholi Júnior
Instituto Federal de Mato Grosso do Sul (IFMS)

Dr. Alexander Patrick Chaves de Sena
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Dr.^a Ana Patrícia Siqueira Tavares Falcão
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Dr. Arquimedes José de Araújo Paschoal
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

MSc. Ayrton Matheus da Silva Nascimento
Instituto Internacional Despertando Vocações (IIDV)

Dr. Dewson Rocha Pereira
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dr. Edísio Raimundo Silva
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Dr.^a Francisca da Rocha Barros Batista
Instituto Federal do Piauí (IFPI)

Dr.^a Iraneide Pereira da Silva
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Dr. Jaime Patrício Leiva Nuñez
Universidad de Playa Ancha (UPLA)

Dr. Jeymesson Raphael Cardoso Vieira
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dr. José Ângelo Peixoto da Costa
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Dr. José Ayron Lira dos Anjos
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dr. Jose Cuauhtemoc Ibarra Gamez
Instituto Tecnológico de Sonora, Ciudad Obregón
(ITSON)

Dr.^a Lastenia Ugalde Meza
Universidad de Playa Ancha (UPLA)

Dr.^a Renata Cristine de Sá Pedrosa Dantas
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Dr. Roberto Gómez Fernández
Ministério da Educação de Luxemburgo

Dr.^a Suzana Pedroza da Silva
Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)

Dr.^a Maria Trinidad Pacherez Velasco
Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN)

Dr. Thales Ramon de Queiroz Bezerra
Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)

Dr.^a Viviane da Silva Medeiros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Coordenação Executiva

Mariana Almeida Ferreira Lima
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e
Instituto Internacional Despertando Vocações (IIDV)

Dr.^a Kilma da Silva Lima Viana
Instituto Internacional Despertando Vocações (IIDV)

Caio Victor Barros Gonçalves da Silva
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e
Instituto Internacional Despertando Vocações (IIDV)

Coordenação Administrativa

Alexandre Antônio de Lima Júnior
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e
Instituto Internacional Despertando Vocações (IIDV)

