



**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

*A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP traz a vocês mais um boletim informativo. Nessa edição, contamos com a colaboração dos docentes do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP, os quais escreveram e responderam questionamentos básicos sobre a saúde da mulher. Essa motivação partiu do Prof. Geraldo Duarte, docente daquele departamento, o qual sempre empresta sua valiosa colaboração para esta CIPA. Assim, agradecemos ao Prof. Geraldo Duarte, à Profa. Dra. Paula Andrea Navarro, à Profa. Dra. Elaine Christine Dantas Moisés, ao Prof. Dr. Ricardo Carvalho Cavalli e à Profa. Dra. Silvana Maria Quintana por sua colaboração para trazer informações úteis e atualizadas a todos.*

## **Gravidez de alto risco**



Considera-se como gravidez de alto risco toda gestação que representa risco adicional à saúde materna ou de seu filho. Na primeira situação, a gravidez é designada como de “alto risco materno” e,

na segunda, é chamada de “alto risco perinatal”. As duas situações são graves, visto que ambas podem, potencialmente, impedir que a mãe volte para casa com o seu filho nos braços, em boas condições de saúde!

Será que existe algum motivo para que se faça diferença entre gravidez de baixo risco e gravidez de alto risco? A resposta é sim, existe clara fundamentação para que seja desta forma. No caso de gravidez de baixo risco a assistência pré-natal é simplificada, não necessitando de ambientes com recursos humanos e tecnológicos de alta complexidade, sendo nominada de “pré-natal de baixo risco”. Por sua vez, verificando-se que existe algum risco materno ou perinatal a demanda por uma assistência pré-natal diferenciada se



**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

impõe, qualificando-a de “pré-natal de alto risco”.

Quais seriam as situações que, se presentes, qualificariam uma gravidez como de alto risco materno? Basicamente, teremos três cenários para responder esta pergunta. O primeiro é quando a gestante já seja portadora de uma doença quando engravida; o segundo

cenário é quando a gestante desenvolve uma doença durante o período gestacional; e o terceiro cenário é quando a gestante desenvolve uma complicação própria da gravidez. No quadro a seguir estão listadas as doenças ou complicações que mais frequentemente qualificam a gravidez como de alto risco, desde que presentes.

| Doenças pré-existentes ou diagnosticadas durante a gravidez                   | Doenças ou complicações próprias da gravidez            |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Hipertensão arterial sistêmica                                                | Síndromes hipertensivas gestacionais                    |
| <i>Diabetes mellitus</i>                                                      | Pré-eclâmpsia                                           |
| Outras endocrinopatias                                                        | Eclâmpsia                                               |
| Anemias crônicas                                                              | Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida |
| Leucemia                                                                      | Placenta prévia                                         |
| Outras hematopatias                                                           | Tumores placentários                                    |
| Doenças hepáticas                                                             | Ruptura prematura das membranas ovulares                |
| Doenças pulmonares                                                            | Infecções placentárias ou das membranas ovulares        |
| Infecções sistêmicas                                                          | Trabalho de parto pré-termo                             |
| Doenças ósseas e articulares                                                  | Síndrome da má implantação placentária                  |
| Neoplasias                                                                    | Colo uterino curto predispondo à prematuridade          |
| Neuropatias                                                                   | Hemorragias gestacionais de causa não diagnosticada     |
| Doenças intestinais                                                           |                                                         |
| Doenças do trato urinário                                                     |                                                         |
| Doenças cardíacas                                                             |                                                         |
| Gravidez nos extremos da vida reprodutiva (abaixo dos 19 e acima dos 35 anos) |                                                         |
| Malformação uterina                                                           |                                                         |

Para o “alto risco perinatal”, as doenças fetais que forem diagnosticadas durante o pré-natal igualmente demandam

assistência pré-natal de alto risco. Dentre elas ressalta-se a malformação fetal (independente da causa, se é genética,



**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

cromossômica, infecciosa ou sem causa determinada), os defeitos metabólicos, gestação múltipla (independe do número de gêmeos), entre outras situações menos frequentes.

Como já foi dito, para a gravidez de baixo risco a assistência pré-natal é simplificada, a começar pelos exames que a gestante realiza, com retornos mensais até a 32ª semana, quinzenais da 32ª até a 38ª e, a partir daí, semanalmente até o nascimento. Dentre os exames de laboratório que são preconizados incluem-se: hemograma, exame de urina tipo 1, urocultura, sorologias para identificação da sífilis, HIV, hepatite do tipo B, hepatite do tipo C, toxoplasmose, rubéola, HTLV I/II e glicemia de jejum. A cada três meses repete-se a realização das sorologias que forem negativas. São solicitados também três exames ultrassonográficos, um no primeiro trimestre, um no segundo trimestre (também chamado morfológico) e outro após a 32ª semana de gravidez.

Para a gravidez de alto risco a frequência das visitas pré-natais é maior na dependência da gravidade do quadro. Não há como estabelecer previamente o calendário destes retornos sem correr o

risco de errar. Deixa-se a critério do médico, alertando que não podem ser retornos com longos períodos de intervalo entre as visitas. Em alguns casos é necessária a internação da gestante para que se possa ter um controle mais refinado do estado de saúde materno ou da saúde fetal.

Sobre os exames complementares no pré-natal da gestante de alto risco, lembra-se que além dos exames que são solicitados para a gestante de baixo risco, eventualmente, torna-se necessário avaliações específicas de acordo com a doença ou complicação presente. São comuns as avaliações da função hepática, do hemograma, da função renal, do metabolismo glicídico e lipídico, além das avaliações do bem-estar fetal. Para a avaliação da saúde fetal utilizamos o ultrassom com seus vários recursos e a cardiotocografia, em frequência que fica a critério do profissional pré-natalista, juiz desta necessidade.

---

*Prof. Dr. Geraldo Duarte*

*Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.*



## As infecções fúngicas genitais são doenças silenciosas? Como reconhecê-las? O parceiro deve ser tratado?

De forma geral, a infecção fúngica genital é causada por várias espécies do gênero *Cândida*, destacando-se que a *Candida albicans* responde por mais de 90% de todas elas. A segunda mais frequente é a *Candida glabrata*, seguida por *Candida parapsilosis*, *Candida Krusei* e *Candida tropicalis*, entre outras. Ela é mais frequente nas mulheres do que em homens.

Sabe-se que alguns fungos são encontrados tanto nos genitais masculinos como nos genitais femininos em perfeito equilíbrio com a microbiota destes locais (sem causar infecções). Quando a microbiota genital perde seu equilíbrio numérico as infecções fúngicas genitais se manifestam, dando a impressão que sejam “doenças silenciosas”, aguardando uma situação predisponente para provocarem a doença. Acredita-se também que a flora genital equilibrada consegue impedir que a introdução de um fungo não componente da microbiota genital de uma determinada pessoa provoque infecção. Por sua vez, floras consideradas instáveis ou não equilibradas não conseguem este mesmo desempenho

e a pessoa desenvolve infecção fúngica em seus genitais.

Questiona-se a infestação genital causada por fungos do gênero *Cândida* como de transmissão sexual. Apesar de ser transmissível por esta via, parece que estas infestações dependem mais das condições do hospedeiro (paciente) e da microbiota genital para se manifestarem, do que da atividade sexual contaminante. Independente de sua forma preferencial de propagação observa-se que esta afecção é bastante frequente em algumas situações, a exemplos da gravidez e de síndromes imunodepressoras, trazendo incômodos para os pacientes e dificuldades adicionais ao médico.

A candidíase genital incide preferencialmente em pacientes portadores de *Diabetes mellitus*, imunodepressão (neoplasias, uso de corticoesteróides), usuárias de anticoncepcionais orais contendo estrogênio, usuárias de antimicrobianos e gestantes. O aumento do glicogênio no epitélio vaginal durante a gravidez promove redução do pH a níveis inferiores àqueles considerados normais, promovendo acidificação acentuada desse



**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

meio, propiciando o desenvolvimento dessa infestação fúngica. Aponta-se também como fator epidemiológico a ser considerado, a prática de sexo vaginal após sexo anal sem as medidas básicas de higienização peniana.

Considera-se como portadora de candidíase genital recorrente a paciente que apresenta pelo menos quatro episódios anuais dessa infestação fúngica, confirmados laboratorialmente. Episódios repetitivos de candidíase representam a origem de considerável desconforto físico para a mulher e uma das situações de real constrangimento para o tocoginecologista, desafiado pelo insucesso de suas iniciativas terapêuticas.

Face à riqueza das manifestações clínicas da candidíase genital, a paciente facilmente assimila e relaciona estas alterações ao diagnóstico. O problema é que todo processo irritativo vulvar ou aumento do conteúdo vaginal eliminado, tende a ser classificado pela paciente e até pelo profissional de saúde desatento, como candidíase, dando a falsa impressão de que a frequência dessa complicação seja mais elevada do que realmente é (3 a 5% das mulheres que tiveram o primeiro episódio de candidíase genital tratado). Por isto, recomenda-se avaliação laboratorial para confirmar a

presença do fungo em todos os episódios e atenção aos outros fatores que provocam manifestações clínicas com alguma semelhança com aqueles da candidíase genital (vulvovaginite de outra etiologia, irritações por sabonete, espermicida, lubrificante vaginal, desodorante íntimo, roupa íntima sintética que não permite aeração, uso excessivo de absorventes, reações adversas às drogas, cremes e óvulos vaginais, entre outras).

Hoje, verifica-se que o processo fisiopatológico da candidíase recorrente indica claramente que ela depende mais de algumas funções intrínsecas do hospedeiro do que do fungo em questão, ou seja, a resposta imune e o fenômeno alérgico.

O primeiro aspecto fisiopatológico a ser abordado na candidíase vaginal recorrente é o defeito imune. O segundo aspecto refere-se ao fenômeno alérgico deflagrado pelos antígenos da *Cândida*. Em algumas mulheres, o defeito imune primário não prevalece, mas existe uma expressão inadequada da resposta de hipersensibilidade imediata. A histamina libera elevadas quantidades de prostaglandina E<sub>2</sub>, potente inibidor da interleucina-2 e proliferação de linfócitos T. Portanto, a alergia induzida pelos



**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

antígenos da Cándida pode, potencialmente, aumentar o risco de candidíase genital recorrente e explica o intenso prurido que acompanha este tipo de infecção.

As alterações mais frequentes na pessoa com infecção fúngica genital diferem em relação ao sexo. Nas mulheres são: leucorréia (corrimento branco) grumosa acompanhada de prurido, ardor e irritação gênito-perineal. Estas informações são confirmadas pelo exame físico, constatando-se a leucorréia grumosa espessa (algumas vezes formando placas esbranquiçadas aderentes na superfície vaginal e no colo), sinais de coçagem e até fissuras genitais. Nos homens detecta-se vermelhidão dos genitais, prurido e sensibilidade aumentada das partes afetadas.

Os exames laboratoriais diferem se o paciente é do sexo feminino ou masculino. A citologia do esfregaço das regiões acometidas “exame a fresco” com KOH 10%, na tentativa de identificar o fungo (hifas e esporos), pode ser realizada em homens e mulheres, assim como a cultura em meios especiais. Por razões óbvias, o exame citológico cervicovaginal corado (Papanicolau) é realizado apenas em mulheres, bem como a medida do pH vaginal com fita específica, lembrando que

o pH mais frequentemente encontrado na candidíase vaginal situa-se em valores abaixo de 3,5.

Nos casos de infecção fúngica genital é fundamental buscar as causas predisponentes evitando recidivas. Um dos mais importantes fatores é o Diabetes mellitus.

Os tratamentos que oferecem maior comodidade posológica, sem prejuízo da eficácia, têm maior adesão dos pacientes. Por isso tem-se preferido tratamentos mais curtos, sejam orais ou locais. No entanto, imaginar que apenas o tratamento etiológico pode resolver todos os casos é ilusório. Permanecendo os fatores predisponentes e não sendo obedecidos os cuidados gerais para este tratamento, as taxas de sucesso terapêutico são comprometidas. Por isto, além do tratamento utilizando derivados nitroimidazólicos (local ou via oral), recomenda-se:

- Orientações higiênicas genitais gerais, evitando substâncias irritantes como desodorantes íntimos e absorventes perfumados;
- Promover aeração dos genitais;
- Evitar roupas íntimas apertadas ou de tecido que favorecem a umidade exagerada da região genital;

## **Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

- Orientar a sequência de sexo vaginal/anal. Se houver variação desta sequência, que seja realizada higienização dos genitais antes da relação vaginal;
- Tratamento e/ou controle das condições clínicas predisponentes (tentativa de recomposição imune, controle do diabetes, correção de eventuais distorções dos hábitos sexuais, avaliar anticoncepção hormonal estrogênica e diabetes).

O parceiro deve ser tratado apenas quando são sintomáticos. Alguns autores recomendam seu tratamento

também em casos de recidivas de infecção fúngica da parceira, afastadas todas as outras causas da recorrência. Para alívio rápido das manifestações da infecção fúngica no homem podem ser associados os tratamentos orais e locais. Resumindo, se o homem não tem sintomas e sua parceira não tem infecção fúngica recorrente, ele não precisa ser tratado!

---

*Prof. Dr. Geraldo Duarte*

*Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.*

## **Menopausa: como reconhecer que ela está chegando?**



A menopausa é considerada a última menstruação da mulher. Seu diagnóstico é retrospectivo, uma vez que são necessários 12 meses de amenorreia

(ou ausência de sangramento menstrual) sem causa patológica identificável para o estabelecimento desta data, em mulheres após os 40 anos de idade. Apesar de representar apenas uma data, a menopausa se insere em um processo dinâmico, no qual a mulher apresenta profundas transformações endócrinas, físicas e emocionais, sendo que o período que marca a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva da mulher denomina-se climatério.

**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

Normalmente, a idade média da menopausa natural, na população brasileira, é de 51,2 anos, com 60% das pacientes em menopausa aos 51 anos, similar à idade de menopausa das norte-americanas (mediana da idade de 51,4 anos). Na maioria das publicações não há correlação entre idade da menarca, raça, paridade e peso com a idade da menopausa, porém há evidências de que o

tabagismo possa reduzir a idade da menopausa.

Considera-se menopausa precoce aquela que acontece antes dos 40 anos de idade. A identificação de menopausa precoce é importante, uma vez que esta condição é associada a aumento de risco para osteoporose e mortalidade geral.



Apesar de a última menstruação ser uma data referencial marcante, podemos detectar sintomas climatéricos como irregularidade menstrual e sintomas vasomotores, anos antes da cessação dos ciclos menstruais.

Para as mulheres com ciclos menstruais regulares durante a vida reprodutiva, no final da fase reprodutiva,

podem ocorrer modificações dos ciclos menstruais, sendo que a redução do intervalo entre as menstruações, com manutenção da regularidade dos ciclos, pode ser o primeiro indício clínico de redução do potencial reprodutivo da mulher. O encurtamento dos ciclos pode ocorrer em mulheres sem outros sintomas e anteceder em alguns anos a ocorrência da menopausa. Nesta fase, já se pode

**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

observar elevação das concentrações séricas de hormônio folículo estimulante (FSH); todavia, não há indicação médica de se dosar rotineiramente este hormônio. A esta fase segue-se a transição menopausal precoce, caracterizada pelo aumento na variabilidade dos intervalos entre as menstruações (diferença persistente de 7 dias ou mais nos intervalos menstruais de ciclos consecutivos) e a presença de elevação das concentrações séricas do FSH. A seguir, ocorre a transição menopausal tardia, caracterizada pela ocorrência de períodos superiores a 60 dias sem sangramento menstrual e elevação mais acentuada do FSH (superior a 25 IU/L), que antecede a menopausa; estima-se que esta etapa da vida dure de 1 a 3 anos.

Apenas 10% das mulheres apresentam parada abrupta do ciclo menstrual, sem período prévio de irregularidade menstrual. Por outro lado, algumas condições como o tabagismo, a obesidade, doenças sistêmicas importantes, atividade física aeróbica pesada regular, entre outras, podem modificar as etapas acima descritas, que não são vivenciadas por todas as mulheres.

Já os sintomas vasomotores incluem os fogachos e a sudorese noturna,

que apresentam prevalência variada, e que pode ser atribuída a diferenças no estilo de vida e fatores sociais. Apesar de ser um sintoma mais relacionado ao período peri e pós-menopausa, pode acometer pacientes climatéricas que ainda não apresentaram irregularidade menstrual. Normalmente, a duração destes sintomas é de seis meses a dois anos, apesar de algumas mulheres experimentarem fogachos por dez anos ou mais. Deve ser salientado que a frequência de sintomas vasomotores é maior entre as pacientes com menopausa cirúrgica (ooforectomia bilateral), chegando a 90%, provavelmente pela queda abrupta do estradiol (hormônio feminino). Outros sintomas também podem figurar entre as queixas climatéricas como sintomas psíquicos, físicos (pele seca, queda de cabelo), sexuais, atróficos urogenitais (secura vaginal, dor durante a penetração e intercurso sexual, perda de urina, etc.) e de cognição e memória e merecem ser avaliados quanto a diagnósticos diferenciais.





**Boletim Informativo nº 12**

16 de abril de 2015

Vale a pena salientar que, para afirmar que uma paciente está no climatério, não é necessário exame algum, apenas verificar se a idade da paciente se encontra entre 40 e 65 anos. Por outro lado, é possível afirmarmos que ocorreu a menopausa apenas após 12 meses de interrupção dos ciclos menstruais (apenas a elevação do FSH não fecha este diagnóstico). Porém, o fato da paciente estar no climatério não justifica testar de rotina sua função ovariana. Isso porque se espera que, nesta fase, os níveis de FSH estejam mais elevados, enquanto os níveis de estradiol continuam dentro da normalidade ou se encontram até discretamente elevados, no ano que antecede a menopausa. Se por um lado a dosagem rotineira de FSH não é preconizada para pacientes climatéricas,

por outro, uma história médica detalhada e um exame físico completo são essenciais, não só para detectar sintomas que necessitem de abordagem medicamentosa, como também para o esclarecimento à paciente das alterações fisiológicas características deste período. Além disso, a orientação de métodos contraceptivos previamente à instalação da menopausa e o rastreamento de doenças de frequência elevada nesta faixa etária são mandatórios, uma vez que estas abordagens são eficazes para redução da morbimortalidade nesta faixa etária.

---

*Profa. Dra. Paula Andrea Navarro*

*Professora Associada do Setor de Reprodução Humana, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.*

## **Questionamentos sobre gravidez, ambiente de trabalho e higiene**

### **O que deve ser evitado durante a gravidez no ambiente de trabalho?**

Gestantes devem ter alguns cuidados no ambiente de trabalho, tais como evitar: carregamento de peso, ambiente de altas ou baixas temperaturas, contato com produtos nocivos à saúde, exposição à radiação, exposição

prolongada a barulho intenso, períodos prolongados em pé, períodos prolongados sem se alimentar, deixar de urinar quando tiver sensação de plenitude vesical.

---

*Profa. Dra. Elaine Christine Dantas Moisés*

*Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.*

**Boletim Informativo nº 12**

01 de abril de 2015

**O que deve ser evitado durante a gravidez?**

O uso de álcool e cigarro (drogas lícitas) e maconha, cocaína, crack, dentre outras (drogas ilícitas), são formalmente proibidos para uso durante a gestação em qualquer quantidade. Durante a gravidez, são nocivos e além dos malefícios a saúde da mãe, podem prejudicar a formação e desenvolvimento do bebê.

O uso de remédios durante a gravidez pode ser necessário, porém antes do uso de qualquer medicamento a grávida deve consultar seu médico sobre o tipo de medicação a ser utilizada bem como a prescrição da substância e os possíveis efeitos colaterais e malefícios para o bebê.

As gestantes questionam muitos seus médicos sobre o uso de produtos químicos (tintura de cabelo, química para o cabelo, produtos estéticos e outros) durante a gestação. Sabe-se certamente que eles devem ser evitados nos primeiros três meses da gestação e após este período deve ser conversado com o médico sobre quais produtos químicos são autorizados para uso na gravidez e seus possíveis efeitos para o bebê.

---

*Prof. Dr. Ricardo Carvalho Cavalli*

*Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.*



**Sabonete íntimo é indicado ou pode ser prejudicial?**

Seja qual for o tipo de sabonete, a recomendação é que seja utilizado para higienizar a genitália externa,

ou o que os médicos chamam de vulva, e a região perianal. Fazem parte da vulva: os grandes lábios, os pequenos lábios e os sulcos interlabiais (espaço entre os grandes e pequenos lábios), o monte



**Boletim Informativo nº 12**

01 de abril de 2015

Vênus, a entrada da vagina, a entrada da uretra e o clitóris.

O sabonete ideal deve ser na forma líquida, sem cheiro (perfume), sem pigmentos corantes (colorido) e com pH neutro. A mulher deve lavar a região genital e perianal sempre que evacuar e no banho (no mínimo) diário. Não é recomendado

lavar a cavidade vaginal (duchas vaginais) e não há necessidade de comprar sabonetes especiais.

---

*Profa. Dra. Silvana Maria Quintana*

*Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.*

**Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto:** Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Júnior

**Presidente:** José Waldik Ramon

**Vice- Presidente:** Vera Lúcia Aparecida Aguillar Epifânio

**Secretária:** Pâmela Costa Adorno da Silva

**Secretária substituta:** Deisy Mara da Silva

**Membros:** Ana Flávia Gembre Pignata, Ana Kátia dos Santos, Carol Kobori da Fonseca, Eliane Aparecida Antunes Maciel, Eudes Nascimento Bertoldo, Luciana Rodrigues Roberti, Marcelo Carlos Vidotti, Maria Valci Aparecida Santos Silva, Marli Aparecida Vanni Galerani, Tadeu Franco Vieira.