Lis Cardoso Marinho Medeiros | José Miguel Luz Parente
Luiz Ayrton Santos Júnior | Malvina Thaís Pacheco Rodrigues
Rita de Cássia Meneses Oliveira | Rosimeire Ferreira dos Santos
Djalma Ribeiro Costa | Kellyane Folha Gois Moreira

TÓPICOS EM OOFORECTOMIA:

abordagem multiprofissional para a atenção básica.

edufpi

Lis Cardoso Marinho Medeiros | José Miguel Luz Parente
Luiz Ayrton Santos Junior | Malvina Thaís Pacheco Rodrigues
Rita de Cássia Meneses Oliveira | Rosimeire Ferreira dos Santos
Djalma Ribeiro Costa | Kellyane Folha Gois Moreira

TOPICOS EM OOFORECTOMIA:

abordagem multiprofissional para a atenção básica.

edufpi

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Reitor
José Arimatéia Dantas Lopes

Vice Reitora
Nadir do Nascimento Nogueira

Superintendente de Comunicação
Jacqueline Lima Dourado

Editor
Ricardo Alaggio Ribeiro

EDUFPI - Conselho Editorial
Ricardo Alaggio Ribeiro (Presidente)
Acácio Salvador Veras e Silva
Antonio Fonseca dos Santos Neto
Cláudia Simone de Oliveira Andrade
Solimar Oliveira Lima
Teresinha de Jesus Mesquita Queiroz
Viriato Campelo

Editora da Universidade Federal do Piauí - EDUFPI
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
Bairro Ininga- CEP 64049-550 - Teresina - PI

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

T674 Tópicos em ooforectomia : abordagem multiprofissional para a atenção básica / Lis Cardoso Marinho Medeiros ... [et al]. – Teresina : EDUFPI, 2019.
194 p. : il.

ISBN 978-85-509-0494-8

1. Ovariectomia. 2. Saúde da mulher. 3. Medicina social. I. Lis Cardoso Marinho Medeiros et al.

CDD 617.968 1

Elaborado por Thais Vieira de Sousa Trindade - CRB-3/1282

TOPICOS EM OOFORECTOMIA:

abordagem multiprofissional para a atenção básica

Edufpi

© Copyright 2019
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER

Tópicos em Ooforectomia:
Abordagem Multiprofissional para a Atenção Básica

COORDENADORES
JOSÉ MIGUEL LUZ PARENTE
Professor Assistente da UFPI
Orientador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher – UFPI

LUIZ AYRTON SANTOS JÚNIOR
Professor fundador da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí onde ministra Bioética e História da Medicina
Fundador do curso de Medicina da Faculdade FACID/WYDEN em Teresina – PI
Professor Adjunto 4 de Bioética da UFPI
Professor e coordenador do Programa de Pós-graduação Saúde da Mulher da UFPI.

LIS CARDOSO MARINHO MEDEIROS
Professora Titular de Biofísica da UFPI
Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI.

MALVINA THAÍS PACHECO RODRIGUES
Professora do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico da UFPI
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade (PPGSC) e docente do Programa de Pós-graduação Saúde da Mulher (PPGSM) - UFPI

RITA DE CÁSSIA MENESES OLIVEIRA
Professora Associada no Departamento de Biofísica e Fisiologia do CCS – UFPI
Orientadora nos Programas de Mestrado em Farmacologia-NPPM/CCS/UFPI, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher/CCS/UFPI e de Doutorado em Biotecnologia pela RENORBIO, ponto focal UFPI

ROSIMEIRE FERREIRA DOS SANTOS
Professora adjunta III da UFPI
Orientadora no Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher – UFPI

ORGANIZAÇÃO
DJALMA RIBEIRO COSTA
Médico Urologista – Hospital Infantil Lucídio Portella/SESAPI
Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

KELLYANE FOLHA GOIS MOREIRA
Enfermeira, Mestra em Saúde da Mulher - UFPI

PREFÁCIO

Quando damos "vivas" a uma produção científica

A Ciência é um contínuo nas suas essências individual e coletiva desde que a humanidade existe e se questiona. Ela é fruto da hipótese articulada pelo método investigativo e apresentada sob a forma de conclusão através da observação e da paciência do examinador. Da ciência extraímos a evolução do planeta, a consciência de cuidados, o congraçamento humanitário e a autoconsciência de possuir um cérebro de potencialidades hipertrofiadas, de ser gerenciador do planeta e de descobrir-se animal humano agraciado por Deus.

Com essa consciência dada pela ciência, nos tornamos mais éticos, mais funcionais e responsáveis pelo planeta que deveríamos cativar melhor e com mais responsabilidade.

Muito do que a humanidade produziu como ciência foi limitado pelo tempo de observação, muitas vezes inerente ao próprio curto tempo de vida que nós, animais humanos, temos neste planeta. Como exemplo, Cristóvão Colombo, que por quatro vezes esteve nas Américas, morreu idoso certo de que tinha chegado às Índias. Não teve o tempo necessário para obter o êxito almejado.

Assim, para produzir uma ciência que nos alavanque, é preciso iluminar o conhecimento humano prévio naquilo que estamos observando. A revisão do que já é conhecido é fundamental para estabelecer avanços e escolher melhores caminhos para a prática da ciência e do material em que se trabalha. Não perder tempo em responder a uma hipótese quando a resposta já existe.

Desta forma, na disponibilidade cibernética que dispomos hoje, a praticidade da revisão da literatura sobre o que pesquisamos facilita a evolução da pesquisa. Hoje é uma benção dispor de toda a literatura sobre o que já foi pesquisado e de muito fácil acesso para todos. Num simples toque de teclados num computador instalado na casa de qualquer um temos, diante dos olhos, as mais diferentes respostas e informações sobre as hipóteses formuladas em nossas mentes. A revisão da literatura está ali às nossas vistas. Há um mundo facilitador da ciência e que também é fruto dessa própria ciência desenvolvida.

Os programas de mestrados instituídos em nosso país, a despeito de formar pessoas e não formatar ideias como receitas, visam, entre outras coisas, a produzir ou materializar o pensamento e, isto, vemos neste livro magnificamente organizado por um de nossos mais brilhantes alunos do curso, o Dr. Djalma Ribeiro Costa.

O Programa de Mestrado de Saúde da Mulher desenvolvido na Universidade Federal do Piauí é um espaço aberto à ciência na plena consciência de que parte do material produzido vem da dedicação do grupo de pesquisadores que o compõem estrelado neste maravilhoso trabalho. Vida longa ao curso.

Prof. Dr. Luiz Ayrton Santos Junior
Professor Mestre e Doutor da UFPI
Coordenador do Programa de Mestrado em Saúde da Mulher

Assim eu vejo a vida

A vida tem duas faces:
Positiva e negativa
O passado foi duro
Mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria
Que eu possa dignificar
Minha condição de mulher,
Aceitar suas limitações
E me fazer pedra de segurança
Dos valores que vão se desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições
Lutas e pedras
Como lições de vida
E delas me sirvo
Aprendi a viver.

Cora Coralina

AUTORES

ALEXANDRA KOLONTAI DE SOUSA OLIVEIRA
.Graduação em Medicina – UFPI
.Residência Médica em Otorrinolaringologia – IAMSPE
.Aprimoramento em Eletrofisiologia da Audição – DERDIC/PUCSP
.Fellowship em Otoneurologia – UNIFESP
.Mestrado em Ciências da Saúde - IAMSPE

AMANDA COSTA PINHEIRO
.Graduação em Enfermagem - Faculdade Mauricio de Nassau
.Especialista em Educação Permanente em Saúde - UFRS
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

ANAÍDE ROSA DE CARVALHO NASCIMENTO PINHEIRO
.Graduação em Medicina - UFPI
.Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia - UFPI
.Título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO
.Especialista em Ginecologia Endócrina, Climatério e Sexualidade - Universidade de São Paulo (USP)
.Professora Auxiliar 1A da disciplina de Ginecologia - UFPI
.Supervisora do Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia - HUUFPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher – UFPI

BRUNA DE ABREU SEPÚLVEDRA
.Graduação em Enfermagem - UNINOVAFAPI
.Professora e Preceptora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Especialista em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Especialista em UTI - SOBRATI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

BRUNA MARIA DE MOURA SOARES
.Graduação em Bacharelado em Enfermagem - UESPI
.Residência em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

BRUNO PINHEIRO FALCÃO
.Graduação em Medicina – UESPI
.Residência Médica em Cirurgia Geral – UFPI
.Residência Médica em Cirurgia Pediátrica – UFPR
.Pós-graduação Latu Sensu em Cirurgia Minimamente Invasiva – UP/IJP
.Mestrado em Clínica Cirúrgica – UFPR
.Doutorando em Engenharia Biomédica – UniBrasil
.Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica - CIPE

CAMILA DE SOUSA MOURA ALMEIDA
.Graduação em Serviço Social pelo Instituto de Educação Superior Raimundo Sá (IESRSA);
.Especialização em Gestão em Saúde - UESPI
.Especialização em Educação, Pobreza e Desigualdade Social - UFPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

CARLA LARISSA MONTEIRO RAMOS PAZ
.Graduação em Medicina – UNINOVAFAPI.
.Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela
.Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo - SP
.Especialista em Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO
.Residência em Endoscopia Ginecológica – UNIFESP
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

CAROLINA MATTER DE SOUZA LIMA
.Graduada em Fisioterapia – FACID/WYDEN
.Especialização em Fisioterapia Traumato-ortopédica e desportivo - UNINTER
.Especialização em Docência do Ensino Superior – Faculdade Piauiense (FAP)
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

CLÁUDIA CARDINALLE LIMA TEIXEIRA
Graduada em Fisioterapia - Faculdade Santo Agostinho (FSA)
Especialização em Terapia Manual e Postural pelo Centro Universitário de Maringá-PR.
Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

CRISTIANE MARIA FERRAZ DAMASCENO MOURA FÉ
.Especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde - UFPI
.Especialista em gestão em regulação em saúde – INSTITUTO SÍRIO LIBANÊS
.Mestrado profissional em saúde da mulher - UFPI
.Diretora de vigilância e atenção à saúde da mulher - SESAPI

DAMILA RUFINO DE HOLANDA E SILVA
.Graduação em Enfermagem - UFPI
.Pós-graduação em Atenção Primária a Saúde - IBPEX
.Pós-graduação em Atenção à Saúde do Idoso - UNASUS/UFMA
.Pós-graduação em Saúde Mental - UNASUS/UFMA
.Pós-graduação em Nefrologia Multidisciplinar - UNASUS/UFMA
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

DANIEL JOSIVAN DE SOUSA
.Graduação em Enfermagem – Centro Universitário Santo Agostinho/ UNIFSA
.Especialista em Educação Permanente em Saúde – UFRS
.Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidência – IEP/ Sírio Libanês.
.Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade – UFPI

DANIELLA VERAS E SILVA
.Graduação em Fisioterapia - UFPI
.Especialização em Fisioterapia Neuropediátrica - BOBATH
.Especialização em Fisioterapia Aquática
.Especialização em Saúde da Família
.Formação em Fisioterapia Obstétrica
.Formação Internacional em Halliwick, Watsu e Bad Ragaz
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

DANILO FONSECA REIS E SILVA
.Graduação em Medicina - UFPI
.Residência Médica em Clínica Médica - FMUSP
.Especialista em Clínica Médica - SBCM
.Residência em Oncologia Clínica – ICESP/FMUSP
.Membro Titular da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
.Membro da Sociedade Americana de Oncologia
.Observership no Dana-Farber Cancer Institute - Universidade de Harvard
.Ex-professor da pós-graduação em Oncologia Multiprofissional - UNINOVAFAPI
.Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

DÉBORA SARA NEVES LIMA
.Graduanda em Medicina - UNINOVAFAPI

DJALMA RIBEIRO COSTA
.Graduação em Medicina - UFPE.
.Residência Médica em Clínica Médica - UFPI
.Residência Médica em Cirurgia Geral - Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE)
.Residência Médica em Urologia – UFC
.Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)
.Título de Especialista em Urologia – SBU/AMB
.Certificado de Área de Atuação em Administração em Saúde – ABRAMPAS/AMB
.Aperfeiçoamento em Urologia Pediátrica com George Rafael Martins, Fortaleza – CE
.Aperfeiçoamento em Competências em Docência Clínica e Preceptoria – Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM)
.Pós-graduação em Estatística - UFPI
.Pós-graduação em Administração Hospitalar - Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR)
Pós-graduação em Bioética - Universidade Caxias do Sul (UCS)
Pós-graduando em Geoprocessamento - PUCMINAS
Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher – UFPI

DILLYANE CARVALHO DE LIMA
.Graduada em Enfermagem – FACID/WYDEN
.Especialista em Terapia Intensiva - UESPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher – UFPI

ERICKA MARIA CARDOSO SOARES
.Graduada em Enfermagem - UFPI
.Preceptora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Especialista em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Especialista em Saúde e Qualidade de Vida - FAVEME
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

FERNANDA MOURA BORGES
.Graduação em Enfermagem – UFPI
.Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade – UFPI

FLÁVIA RAYMME SOARES E SILVA
.Graduação em Enfermagem – UFPI
.Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade – UFPI

GILBERTO PORTELA SILVA
.Graduação em Fisioterapia - UESPI
.Pós-graduado em Fisioterapia Traumato-ortopédica e Desportiva - FATEC Internacional
.Pós-graduando em Gestão em Saúde - UESPI
.Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher – UFPI

GILDENISE MONTEIRO RABELO
.Graduada em Enfermagem - UESPI
.Especialista em Saúde da Família na Atenção Primária - IBPEX
.Mestranda em Saúde da Mulher - UFPI

GISELE BEZERRA DA SILVA
.Graduada em Enfermagem – UESPI
.Especialista em Urgência e Emergência – FATEC
.Especialista em Enfermagem Obstétrica – FACAPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher-UFPI

GLAUBER CASTELO BRANCO SILVA
.Doutorado em Atividade Física e Saúde - Universidade Católica de Brasília (UCB)
.Professor do Curso de Ed. Física - UESPI

GUSTAVO MAGALHÃES DE ALMEIDA EVASCONCELOS
.Graduando em Medicina - UFPI

GRAZIELA DA CRUZ SAMPAIO
.Graduação em Psicologia - Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP)
.Especialização em Políticas Públicas de Gênero e Raça - UFMA
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

IDNA KARIME DE SOUSA SILVA
.Graduanda em Medicina - UESPI

IVO LIMA VIANA
.Graduação em Medicina – UESPI
.Residência Médica em Cirurgia Geral – Hospital Santa Maria, Teresina-PI
.Residência Médica em Cirurgia Pediátrica – UESPI
.Doutorando em Engenharia Biomédica – UniBrasil
.Membro Titular da Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica – CIPE
.Médico cirurgião Pediátrico da SESAPI e da FMS-Teresina.

JHAN WAQUIM NETO
.Graduando em Medicina - UNINOVAFAPI

JEANY BORGES E SILVA RIBEIRO
.Graduação em Medicina – UFPI
.Residência Médica em Cirurgia Geral – ESPCE
.Residência em Endoscopia – ESPCE
.Especialização em Manometria e Doenças Funcionais-Hospital Albert Einstein
.Título de Especialista em Gastroenterologia – AMB/FBG
.Título de Especialista em Endoscopia – SOBED/AMB
.Supervisora do Programa de Residência Médica em Endoscopia Digestiva da UFPI
.Mestrado em Ciências Médicas – UFC

JOSÉ RODRIGO BEZERRA SOUSA
.Graduação em Medicina – UFPB
.Residente de Anestesiologia - HUUFPI

KAROLINE DANTAS DE MORAIS
.Graduação em Medicina – UFPI
.Residência Médica em Cirurgia Geral – UFPI
.Supervisora do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral - HUUFPI

KELLYANE FOLHA GOIS MOREIRA
.Graduação em Enfermagem - FSA
.Pós-graduação em Terapia Intensiva - UNINTER/IBPEX
.Pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade - UNASUS-UFPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher-UFPI

KELSON JAMES ALMEIDA
.Graduação em Medicina – UFPI
.Residência Médica em Neurologia – FMUSP
.Doutorado em Ciências com concentração em Neurologia – FMUSP
.Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas – UFPI
.Professor da FACID/WYDEN

LEONARDO LIMA CAMPELO
.Graduação em Medicina – FACID/WYDEN
.Residente de Anestesiologia - HUUFPI

LIS CARDOSO MARINHO MEDEIROS
.Graduação em Enfermagem – UFPI
.Graduação em Odontologia – UFPI
.Mestrado em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos – UFPB
.Doutorado em Enfermagem – UFRJ
.Professora Titular de Biofísica – UFPI
.Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher – UFPI

LUCAS GUILHERME MOTA DE SOUSA
.Graduando em Medicina - UNINOVAFAPI

LUCIANA ÂNGELA SOARES MAIA
.Graduada em Odontologia – UFPI
.Especialista em Periodontia – UNIABO/PI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

LUÍS FERNANDO BIASOLI
.Graduação em Economia – UFRGS
.Graduação em Filosofia – Faculdade de Filosofia Nossa Senhora Imaculada Conceição
.Mestrado em Filosofia - PUCRS
.Doutorado em Filosofia – PUCRS
.Professor da Universidade Caxias do Sul (UCS) e da Faculdade Fátima
.Participante do Observatório Cultura de Paz, Direitos Humanos e Meio Ambiente – UCS/UnB
.Coordenador do Programa de Pós-graduação Latu Sensu em Bioética - UCS

LUIZ AYRTON SANTOS JÚNIOR
.Graduação em Medicina - UPE
.Mestrado em Medicina - USP
.Doutorado em Cirurgia – UFPE
.Mastologista pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM)
.Professor fundador da Faculdade de Ciências Médicas da UESPI
.Fundador do curso de Medicina da faculdade FACID/WYDEN em Teresina - PI
.Professor Adjunto 4 de Bioética - UFPI
.Professor e coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da UFPI

MALVINA THAÍS PACHECO RODRIGUES
.Graduação em Enfermagem -UFPI
.Especializações em Formação Pedagógica - PROFAE, Saúde Pública e Estatística
.Mestrado em Educação – UFPI
.Doutorado em Saúde Coletiva – UECE
.Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade (PPGSC)
.Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI.

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO SANTANA MARTINS COSTA
.Graduação em Medicina – UFPI
.Residência em Ginecologia e Obstetrícia – UFPI
.Título de Especialista em Ginecologia – FEBRASGO
.Mestrado em Ciências e Saúde – UFPI

MARILENE DE SOUSA OLIVEIRA
.Graduação em Enfermagem – UFPI
.Especialização em Saúde Materno infantil – UNASUS/ UFMA
.Especialização em Saúde da Família – UNASUS/ UFMA
.Especialização em Redes de Atenção à Saúde – FIOCRUZ
.Especialização em Emergências em Saúde Pública-IEP/Sírio Libanês
.Especialização em Auditoria de Serviços de Saúde - UNIPÓS
.Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade – UFPI

MARIZON DA COSTA ARMSTRONG JÚNIOR
.Graduação em Medicina – UPE
Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – IMIP
.Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO
.Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

NAIGUEL CASTELO BRANCO SILVA
.Mestrado em Farmacologia - UFPI
.Farmacêutico da Assistência Farmacêutica do Estado do Piauí - SESAPI

NAYANNA DA SILVA OLIVEIRA DE MELO
.Enfermeira Obstetra formada - UFPI.
.Coordenadora da CCIH da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER.
.Coordenadora da Clínica Obstétrica do Hospital João Luís de Morais - HJLM.
.Especialização/MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção - INESP.
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher- UFPI.

PAULA REJANNY DA COSTA SANTOS
.Graduada em Enfermagem - UPE
.Pós-graduada em Saúde Pública – UPE/UNAERP
.Pós-graduada em Saúde Pública: Saúde da família - UFMA
.Pós-graduação em Educação profissional na área de saúde: Enfermagem - ENSP
.Pós-graduação em Materno Infantil - UFPI
.Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Preceptora do programa de residência em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Preceptora do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - UFPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

ROBSON DAVID DE ARAÚJO LIAL
.Graduação em Medicina – FACID/WYDEN

SABAS CARLOS VIEIRA
.Graduação em Medicina – UFPI
.Residência Médica em Cirurgia Oncológica - Hospital do Câncer (Hospital AC Camargo SP)
.Mestrado em Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
.Doutorado em tocoginecologia - UNICAMP
.Professor Adjunto - UFPI

SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA
.Graduada em Enfermagem - UESPI
.Licenciada em Biologia- UESPI
.Especialista em Saúde da Família- IBPEX
.Especialista em Gestão em Saúde- UFPI
.Especialista em Educação Infantil- UFPI
.Especialista em Educação Permanente em Saúde em Movimento- UFRGS
.Especialista em Língua Brasileira de Sinais- UESPI
.Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher-UFPI

STHÊNIO VIEIRA DE FARIAS
.Graduação em Medicina – UFMA
.Residência Médica em Anestesiologia – Hospital Geral de Carapicuíba
.Médico Anestesiologista no Hospital Infantil Lucídio Portella e no HUUFPI

URSULINO MARTINS NEIVA
.Graduação em Medicina – UFPI
.Residência Médica em Anestesiologia – UnB
.Médico Anestesiologista no Hospital de Urgências de Teresina Prof. Zenon Rocha e no Hospital Infantil Lucídio Portella

WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA
.Graduado em Medicina – UFPI
.Residência em Clínica Médica – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCRP – FMRP – USP
.Residência em Endocrinologia e Metabologia – HCRP – FMRP – USP
.Doutorado em Clínica Médica – FMRP – USP
.Título de Especialista em Endocrinologia e Metabologia – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia – SBEM
.Membro da Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD
.Membro da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica – ABESO

WILLIAMS CARDEC DA SILVA
.Graduação em Medicina – UESPI
.Graduação em Direito – UFPI
.Tecnologia em Radiologia – CEFET-PI
.Especialização em Direito Médico – UNIASSELVI
.Especialização em Direito Administrativo – ANHANGUERA/UNIDERP
.Professor Auxiliar 1A da Disciplina de Medicina Legal – UFPI

ZENIRA MARTINS SILVA
.Graduação em Serviço Social – UFPI
.Especialização em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ
.Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – FIOCRUZ
.Epidemiologia (Estatísticas vitais) e Informação em Saúde - SESAPI
.Professora colaboradora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher - UFPI

SUMÁRIO

17 Capítulo 1
Bioética

22 Capítulo 2
Mulher ooforectomizada, familia e sociedade

34 Capítulo 3
Rede de atenção à mulher ooforectomizada e ao hipogonadismo

39 Capítulo 4
Cuidados atuais à mulher hipogonádica na estratégia saúde da família

43 Capítulo 5
A adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no âmbito do sus e suas repercussões na avalição de erros dos profissionais de saúde

50 Capítulo 6
Ooforectomia e sexualidade

55 Capítulo 7
Imunidade e hipogonadismo hipergonadotrofico

65 Capítulo 8
Genitália externa em mulheres ooforectomizadas

72 Capítulo 9
A mama hipoestrogênica

75 Capítulo 10
Ooforectomia e suas repercussões no metabolismo ósseo

81 Capítulo 11
Alterações osteomusculares do hipogonadismo hipergonadotrófico

86 Capítulo 12
Considerações orofaciais após ooforectomia

92 Capítulo 13
O hipogonadismo e sua relação com o sistema nervoso: algumas considerações

96 Capítulo 14
Doenças neurodegenerativas associadas ao hipogonadismo hipergonatrófico

101 Capítulo 15
O trato digestivo, ovariectomia e considerações fisiopatológicas

105 Capítulo 16
Doenças dos cólons e reto no contexto da ooforectomia

110 Capítulo 17
Ooforectomia - considerações urológicas

117 Capítulo 18
Ooforectomia e câncer

124 Capítulo 19
Manifestações otorrinolaringológicas em mulheres ooforectomizadas

129 Capítulo 20
Ooforectomia como tratamento preditivo em menores de 15 anos

133 Capítulo 21
Ooforectomia na infância

139 Capítulo 22
Ooforectomia na adolescência

145 Capítulo 23
Anestesia e ooforectomia

151 Capítulo 24
A menopausa no uso de medicamentos

156 Capítulo 25
Hormonioterapia na mulher ooforectomizada

161 Capítulo 26
Ooforectomia e fitoterapia

168 Capítulo 27
Fisioterapia e hipogonadismo hipergonadotrófico

174 Capítulo 28
Assistência psicológica a mulheres ooforectomizadas

180 Capítulo 29
Medicina e espiritualidade: uma abordagem humanística às mulheres após ooforectomia bilateral

185 Capítulo 30
Judicialização da saúde

191 Posfácio

Capítulo

01

Bioética

Da evolução da Bioética em Van Rensselaer Potter[1] aos cuidados à mulher ooforectomizada, no climatério, menopausa ou meia-idade

Djalma Ribeiro COSTA
Luís Fernando BIASOLI
Luiz Ayrton Santos JÚNIOR

A necessidade inicial em Van Rensselaer Potter na década de 1970 fora estabelecer uma interdisciplinaridade entre as éticas (da terra, de populações, do consumo, urbana, internacional, geriátrica, genética, paliativa, entre outras). Neste momento, ele a definiu por *Bioethics: bridge to the future*[2], isto é, Bioética ponte devido à essência conciliadora que vivera àquele estágio de uma nova ciência (GOLDIM, 1997a). As atrocidades e barbáries cometidas, sobretudo, nos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial, alertaram que a ciência deveria ter limites, senão o futuro da humanidade estaria, fatalmente, condenado. Assim, dado o rápido e crescente avanço da ciência sobre a vida humana e a natureza era mister que o humanismo e a ética se fizessem presentes para ponderar, criticamente, as ações humanas diante do conhecimento e das conquistas da técnica.

Desde aquela sua maestral contribuição ao novo saber científico, humanística e integrativamente, várias foram as contribuições *a posteriori* de dezenas de estudiosos em muitos sítios acadêmicos pelo mundo. Ele reascende em 1988 nova definição para a Bioética, combinando a biologia aos conhecimentos humanísticos diversos, constituindo-a ciência que estabelece prioridades médicas e ambientais para a sobrevivência aceitável. Ele chamou este estágio de Global Bioethics (Bioética global). Outros autores, interpretaram-no como Bioética globalizada pela sua ampla abrangência (GOLDIM, 1997b).

À medida que esta ciência se desenvolvia, aprofundavam-se e consolidavam-se os seus problemas e discussões. Assumia-se, aí, um novo contexto que exigia maior reflexão da qual partilhassem a humildade, a responsabilidade e as competências interdisciplinar e intercultural, isto é, potencializando o '*senso de humanidade*'. A este terceiro estágio, o qual se vive atualmente, ele o chamara de Bioética profunda. Este conceito foi resgatado no filósofo norueguês Arne Naess com o termo de Ecologia Profunda em 1974 (GOLDIM, 1999, 2003).

---

[1] O Prof. Van Rensselaer Potter era Doutor em Bioquímica, pesquisador e professor na área de Oncologia no Laboratório McArdle da Universidade de Wisconsin/EEUU. O Prof. Potter tinha uma grande preocupação com o problema ambiental e com a repercussão do modelo de progresso preconizada na década de 1960. O seu pensamento foi influenciado pelas idéias de Aldo Leopold, que também foi professor na Universidade de Wisconsin, de Teilhard de Chardin e de Albert Schweitzer. Esta definição evoluiu para a proposta de uma Ética Global (Global Ethics ou Global Bioethics), feita em 1988. O Prof. Potter faleceu em 07 de setembro de 2001, aos 90 anos de idade, na cidade de Madison/EUA, cercado por sua família (Fonte: Goldim J, 1997 – 2004)

[2] O livro Bioethics: bridge to the future foi publicado em janeiro de 1971 (Excerto obtido de Goldim J, 1997-2004).

A 'Bioética crítica', de per si, foi proposta como um equilíbrio frente às potencialidades e insuficiências das abordagens de três formulações teóricas da bioética norte-americana: a de Van Rensselaer Potter, a de Tristam Engelhardt e a de Beauchamp e Childress. O primeiro no seu modelo definidor evolutivo descrito acima; o segundo, no seu modelo bioético da contradição entre os diversos pensamentos filosóficos seculares os quais precisam de uma solução em comum acordo, implicando desencanto com a razão e desconfiança quanto ao poder estruturante e resolutivo em questões filosóficas e éticas; e, o terceiro, pelo seu modelo principialista, muito conhecido no meio médico pelos termos '*autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça*' (CUNHA; LORENZO, 2014; MADRID, 2014).

Segundo Cunha et Lorenzo, 2014, "*a teoria crítica propõe o estabelecimento de elo epistêmico entre verdade de fato e verdade de valor na ciência. Ou seja, a ciência, ao investigar a natureza e as sociedades, deve estar moralmente motivada pela busca de emancipação dos grupos humanos submetidos ao sofrimento da exclusão e da exploração historicamente determinadas. A bioética crítica assume também este compromisso para as construções teóricas, práticas de análise e processos de tomada de decisão sobre, por exemplo, protocolos de pesquisa, aplicação de biotecnologias, políticas públicas, programas de cooperação internacional em saúde, além da formulação de normas e diretrizes éticas em suas diversas aplicações*". Destarte, percebe-se a profundidade deste modelo solvente e consensual na era da Bioética profunda, ajustando-se aos 'enfrentamentos' pelos quais os diferentes grupos de vulneráveis na sociedade estão a mercê.

Entendendo que a condição de climatério, menopausa, meia-idade ou ooforectomia bilateral, coletiva e individualmente, representa um *status* social, orgânico e cultural desafiador e envolto de várias enfermidades e de estigmas sociológicos, o grupo em questão pode ser incluído entre vulneráveis e, deste modo, representar um problema bioético. A reflexão sobre a bioética, cada vez mais, vem se consolidando como uma forma de defesa e de proteção dos grupos que, historicamente, foram relegados a um segundo plano na sociedade e passou a incorporar conceitos que visam a garantir o reconhecimento e o respeito de todas as pessoas e formas de vida.

Concernente à saúde da mulher ooforectomizada bilateralmente, na perimenopausa, na menopausa, climatérica ou na meia idade, as reflexões contextualizadas do terceiro estágio evolutivo traz consigo a ponte entre as várias dimensões antropológicas do homem em Battista Mondin[3], quais sejam o *Homo somaticus*, Homo *vivens, Homo sapiens, Homo volens, Homo loquens e Homo socialis*. Outrossim, no contexto das dimensões do homem, merece-se valorar a dimensão em Carl Gustav Jung[4], o *Homo religiosus*, porquanto este está consoante às definições de saúde da World Health Organization (WHO) mais recentes em que, no modelo biopsicossocioambiental, a espiritualidade e religião é item de seu questionário mais amplo de qualidade de vida (WHOQoL-100) (MONDIN, 2012; PORTELA, 2013).

A mulher naquele status está sujeita a imposições estigmatizantes sobre o domínio físico (como a sua menor mobilidade, energia e atividades da vida diária), do domínio psicológico (como problemas na autoestima, na imagem corporal e aparência, em sentimentos negativos e quanto às suas convicções religiosas, espiritualistas ou crenças pessoais), no domínio das relações sociais (como maior dependência de apoio social e, por conseguinte, das ferramentas públicas de suporte, além de problemas no contexto das relações íntimas em que são vistas como menos ativas sexualmente e as implicações conjugais resultantes disso) e no domínio do meio ambiente (como menor poder participativo, isolacionismo, menor segurança física e proteção e menos recursos financeiros).

Todos estes domínios são agravados quando estas mulheres são acometidas de enfermidades crônico-degenerativas, câncer e pelos múltiplos tratamentos que lhes são ofertados ou impostos como a esperança de prolongar sua vida. A civilização humana já fez longos progressos pela consolidação de uma ética vivida que não discrimine as mulheres, contudo se necessita avançar ainda mais, seja por meio de políticas públicas inclusivas, como também, de uma maior conscientização de todas os agentes que formam o tecido social.

---

[3] As dimensões do homem em Mondin podem ser, resumidamente, definidas como Homo somaticus (referente às propriedades do corpo humano condicionantes de autonomia e autoformação, através do qual o homem é um ser no mundo: "Être au monde à travers un corps" – M. Merleau-Ponty, Phenoménologie de la perception, Gallimard, Paris, 1945, p. 357), Homo vivens (referente à vida humana, na qual se apoia o pensar que não se deva conceber a vida apenas pelo modelo mecanicista ou pelo modelo vitalista, por serem diametralmente opostos, fragmentando a vida, desapaixonando-a), Homo sapiens (referente ao conhecer sensitivo e intelectivo, isto é, desde a fenomenologia do conhecer às implicações antropológicas do mesmo, pois, segundo Heidegger, o homem não é dotado de essência ou natureza imutável, mas é, pelo contrário, realidade sempre enformada de novo pela história. Por isso, ele não se acha defronte da história como a um objeto para ser contemplado pelo exterior, mas como alguma coisa que faz parte de si mesmo – daí suas implicações antropológicas!), Homo volens (referente à vontade, à liberdade e ao amor, ou seja, as forças motivadoras e estruturantes das transformações individuais e coletivas), Homo loquens (referente ao problema da linguagem – origem, importância, funções, valores, transcendência e implicações antropológicas) e Homo socialis (referente à dimensão social e política do homem, isto é, um resgate atual e modificado do Zoon Politikón (ζῷον πολῖτικόν) em Aristóteles). [4] Homo religiosus em Carl Gustav Jung faz referência a necessidade que o homem tem desde os primórdios de significar e ressignificar a sua existência e do mundo exterior. Nisto surgiram as lendas, a mitologia, a astrologia e todos os estágios do desenvolvimento do saber medicus desde os xamantes, dos astrólogos, dos feiticeiros, dos sarcedotes e sacertotizas até as teorias dos humores em Hipócrates e demais expoentes médicos, filósofos médicos e filósofos do mundo antigo ao contemporâneo. Estas figuras foram presentes em todos os modelos de saúde e instigaram o desenvolvimento dos modelos empíricos e do método científico. A religiosidade e espiritualidade acompanham o homem desde seus primeiros passos para fora da 'caverna' [apud Alegoria da Caverna, in A Republica (livro VII), Platão].

As instabilidades no seu status tornam-na vulnerável ao emprego de modelos assistenciais sem evidências científicas, a tratamentos inúteis, à depressão e suicídio, e, num extremo oposto, dependente de políticas públicas, de gestores que invistam em assistência social, saúde, transporte e acessibilidade. O problema bioético existe neste contexto a partir do momento que se faz necessário encontrar soluções compartilhadas e reflexológicas diante das vulnerabilidades do indivíduo e da sua coletividade, sobretudo no século XXI, quando a humanidade, cada vez mais, volta-se para uma reflexão e uma prática humanística madura, procura valorizar a dignidade da pessoa humana independente de raça, sexo, credo ou posição social. A bioética não pode ser vista, simplesmente, como mais uma ciência ao lado de outras; pois a sua essência é a interdisciplinaridade e o diálogo com outros campos do saber. Hodiernamente, vive-se um momento muito sério e delicado, uma verdadeira encruzilha civilizacional que ameaça a existência de todo o cosmos. Ou a reflexão bioética passa a ser incorporado no modo de vida da sociedade ou esta estará com seu futuro comprometido irremediavelmente. Sem sombra de dúvidas, e para o bem de todos, não é mais possível fazer ciência sem levar em conta os questionamentos, as conquistas teóricas e desafios emanados da ética que reflete sobre as questões da vida.

REFERÊNCIAS

CUNHA, T.; LORENZO, C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. Revista Bioética, v. 22, n. 1, p. 116–125, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100013&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 6 set. 2018.

GOLDIM, J. R. Definição de Bioética - Potter 1970. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet70.htm>. Acesso em: 7 set. 2018a.

GOLDIM, J. R. Definição de Bioética - Potter 1988. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet88.htm>. Acesso em: 7 set. 2018b.

GOLDIM, J. R. Definição de Bioética - Potter 1998. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet98.htm>. Acesso em: 7 set. 2018.

GOLDIM, J. R. Evolução da Bioética/Goldim. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/bioetev.htm>. Acesso em: 7 set. 2018.

MADRID, R. La bioética de Tristram Engelhardt: entre la contradicción y la postmodernidad. Revista Bioética, v. 22, n. 3, p. 441–447, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300007&lng=es&tlng=es>. Acesso em: 7 set. 2018.

MONDIN, B. L'UOMO, CHI È? 4A. ed. Roma, Italia: Massimo, 2012.

PORTELA, B. de O. S. O conceito de religião no pensamento de Carl Gustav Jung. Scrilegens -Revista dos Alunos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião, v. 10, n. 1, p. 46–61, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/sacrilegens/files/2014/01/10-1-5.pdf>. Acesso em: 7 set. 2018.

Capítulo

02

Mulher ooforectomizada, familia e sociedade

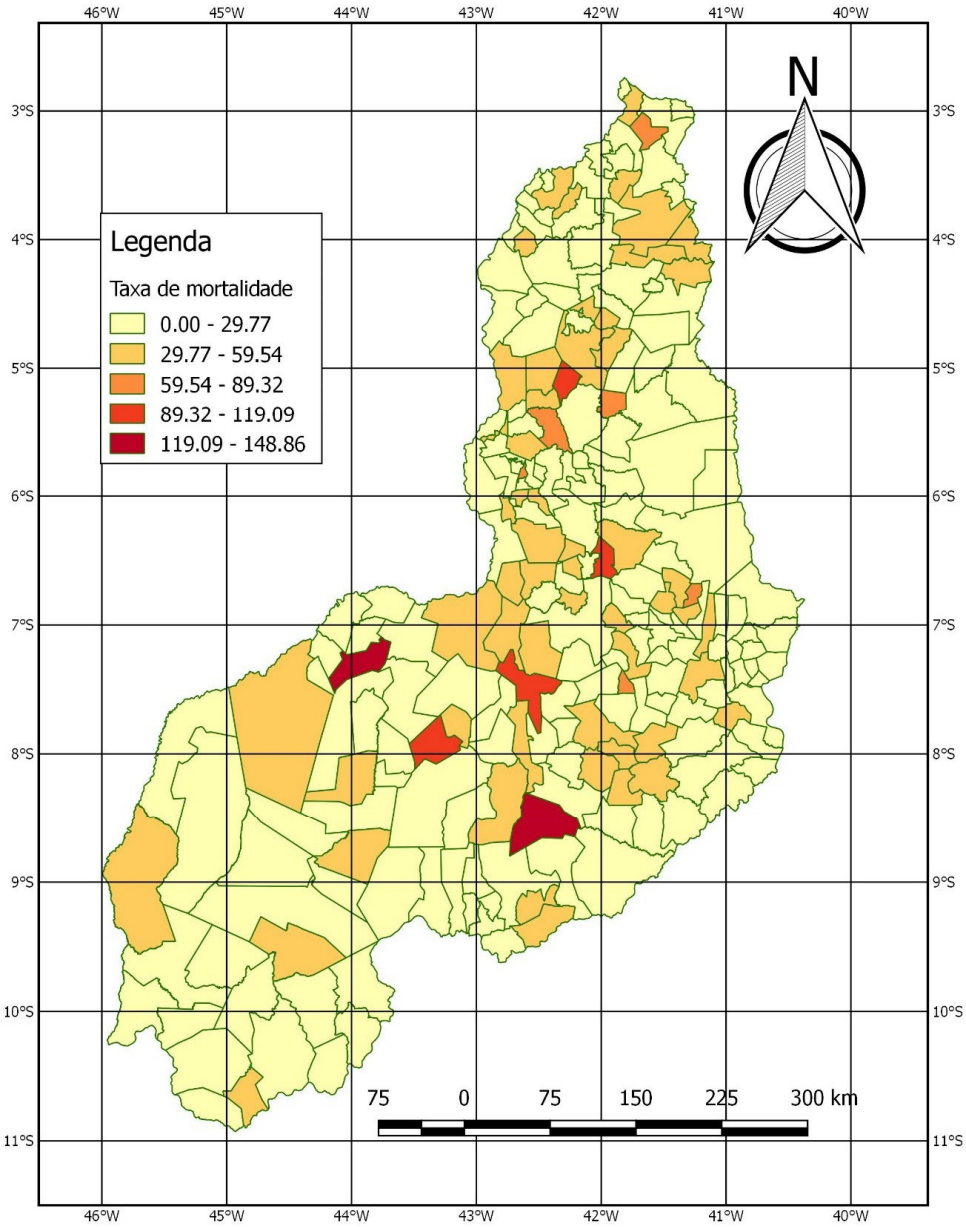
Camila de Sousa Moura ALMEIDA
Djalma Ribeiro COSTA
Zenira Martins SILVA

A ooforectomia ou ovariectomia tem sido amplamente utilizada como cirurgia profilática para gestão dos riscos de desenvolvimento do câncer de ovário. Culturalmente, o útero e demais órgãos que compõem o sistema reprodutor feminino, são simbolicamente associados à reprodução, à feminilidade e sexualidade. Porém, com o avanço da medicina, técnicas invasivas, como a ooforectomia ou a histerectomia, frequentemente encaradas no passado como atos agressivos e mutilantes, atualmente refletem tanto na expressão da sexualidade feminina quanto na imagem corporal e em sua vida social.

O impacto social da ooforectomia sobre a saúde feminina também se torna muito evidente quando as causas que a motivaram implica em morte, uma vez que isto é a expressão máxima de todos os prejuízos à imagem cultural e social feminina.

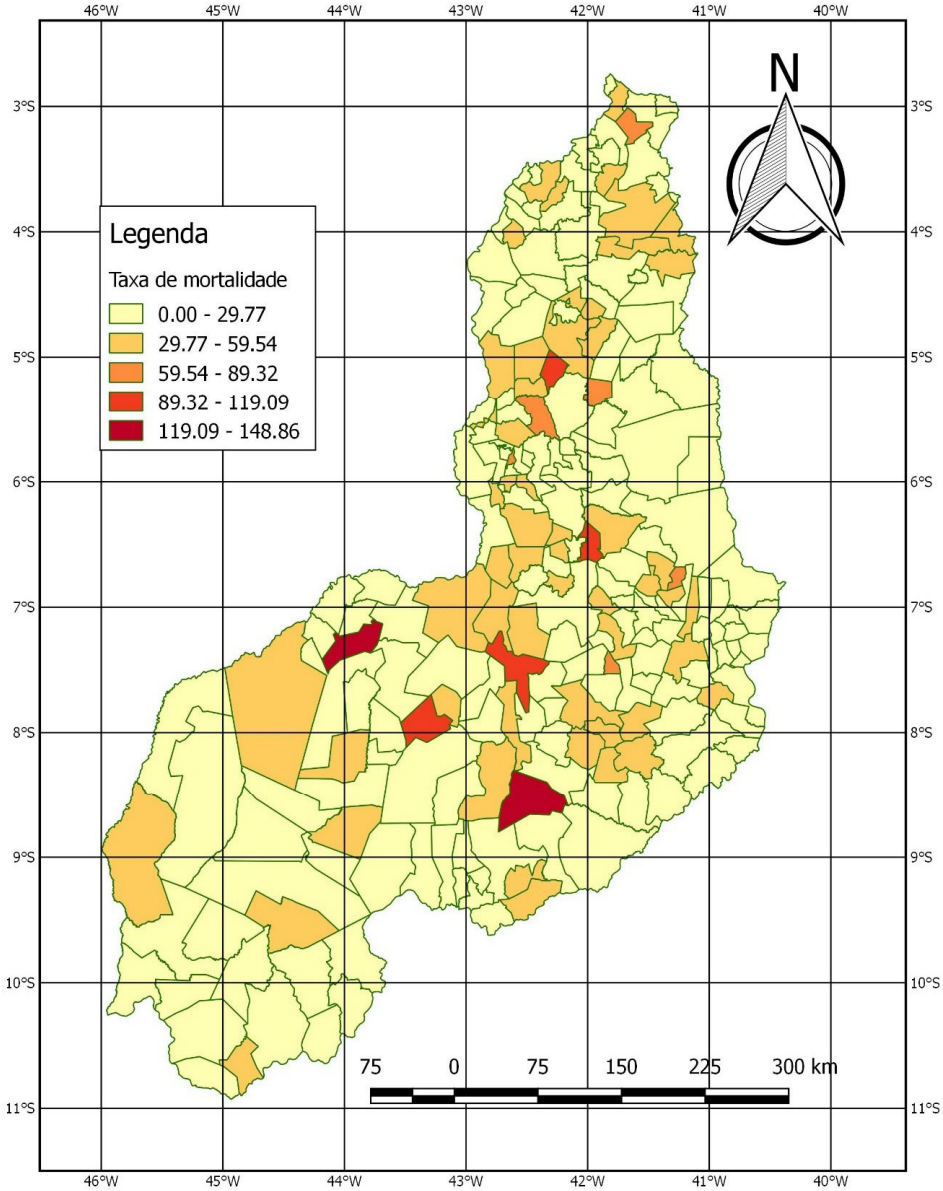
Os estimadores do óbito de mulheres relacionados ao câncer de ovário são medidas objetivas disponíveis no DATASUS, fornecendo informações do tipo densidade do evento e risco do evento por município de residência. Em alguns municípios do Piauí, o coeficiente de mortalidade por câncer de ovário e o número de casos absolutos de óbito por câncer de ovário são muito significativos, podendo orientar medidas de saúde pública para rastreio de enfermidades ovarianas (Figuras 1 e 2) (DATASUS, 2018).

Figura 1 - Óbitos por Câncer de óvário no Piauí de 2006 a 2016. Contagem Absoluta de Casos.



Fonte: DATASUS, 2018.

Figura 2 - Taxa de mortalidade por câncer de ovário, por município piauiense de 2016 -2016. (x 100.000 mulheres)



Fonte: DATASUS, 2018.

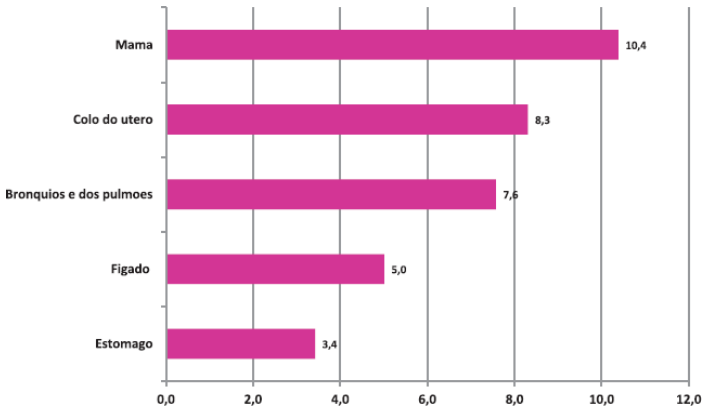
Ooforectomia como Cirurgia Profilática

Atualmente, é visível a preocupação da medicina na tentativa de diminuir os casos de câncer em mulheres em decorrência da excessiva incidência de câncer de mama e de ovário em todo o mundo e a prevenção tem sido a principal medida na tentativa de controle dos casos. O avanço das tecnologias em saúde possibilitou o diagnóstico precoce da doença, que eleva a expectativa de vida, aumentando as chances de cura e possibilitando maior qualidade de vida para as mulheres.

A ooforectomia bilateral costuma ser oferecida juntamente à histerectomia como forma de prevenir o câncer ovariano. Estudos apontam que dentre as neoplasias ginecológicas, o câncer de ovário apresenta-se como um desafio clínico, uma vez que os exames de rastreio (marcadores tumorais e ultrassonografia pélvica) têm baixa sensibilidade e especificida¬de. Assim, o diagnóstico muitas vezes é feito em estádios avançados, constituindo a neoplasia maligna ginecológica mais letal (PARENTE et al, 2009).

Conforme dados do Boletim de Informação em Saúde do Piauí, o coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasia maligna de mama entre mulheres no Piauí no ano de 2015 foi de 10,4 e por câncer de colo do útero, um total de 8,3, representando ainda um expressivo número de óbitos por este tipo de câncer no estado (SESAPI, 2017).

Figura 3 - Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes) por neoplasias malignas entre mulheres segundo principais causas, Piauí 2015 (*)



Fonte: SESAPI/CADSTS/SIM, 2018

O câncer de ovário tem impactado na taxa de mortalidade por neoplasias ginecológicas em todo o mundo, pois representa a quinta principal causa de morte por câncer em mulheres e corresponde aproximadamente 30% de todos os cânceres ginecológicos. Nos países desenvolvidos, o câncer de ovário é tão frequente quanto o câncer do corpo do útero (35%) e o câncer invasivo do colo do útero (27%) (INCA, 2017).

Em países desenvolvidos como o Canadá, algumas medidas como redução da Terapia de Reposição Hormonal, melhorias na gestão e no tratamento dessa doença; tem se destacado como fatores que favoreceram para redução da mortalidade por câncer de ovário, porém a sobrevida em cinco anos ou mais, em mulheres com câncer de ovário, é de apenas 44%. Nos Estados Unidos, a mortalidade também vem decrescendo de 2005 a 2014, o que pode estar associado ao uso de contraceptivos orais; e a sobrevida em cinco anos ou mais foi de 92% nas pacientes com doença localizada ao diagnóstico (INCA, 2017).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam que, para o Brasil, estimam-se 6.150 casos novos de câncer do ovário, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 5,79 casos a cada 100 mil mulheres e o oitavo mais incidente no país (INCA, 2017).

*Figura 4 - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma**

sexo, exceto pele não melanoma*

Localização Primária	Casos	%	Localização Primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%	Mama Feminina	59.700	29,5%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%	Cólon e Reto	18.980	9,4%
Cólon e Reto	17.380	8,1%	Colo do Útero	16.370	8,1%
Estômago	13.540	6,3%	Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Cavidade Oral	11.200	5,2%	Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Esôfago	8.240	3,8%	Estômago	7.750	3,8%
Bexiga	6.690	3,1%	Corpo do Útero	6.600	3,3%
Laringe	6.390	3,0%	Ovário	6.150	3,0%
Leucemias	5.940	2,8%	Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%	Leucemias	4.860	2,4%

Homens Mulheres

*Números arredondados para múltiplos de 10.

0,0 2,0 4,0 6,0 8,0 10,0 12,0

Fonte: SESAPI/CADSTS/SIM

Entre os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer do ovário o mais conhecido é o histórico familiar de câncer de mama ou do ovário. As mulheres que possuem tal histórico, combinado com as mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, têm o risco potencializado de desenvolver câncer do ovário. Outra condição genética também relacionada a essa neoplasia é a síndrome de Lynch (câncer de cólon hereditário não polipoide). Porém, também se destacam como fatores de risco a nuliparidade, infertilidade e idade avançada (INCA, 2015).

Dada à dificuldade de detecção precoce, as mulheres que têm uma história familiar de câncer de ovário podem considerar ser submetidas a medidas preventivas, incluindo a ooforectomia profilática. A ooforectomia profilática mostrou reduzir

significativamente o risco de câncer de ovário na população em geral e entre as mulheres que carregam uma mutação BRCA1 e 2. Além disso, evidências indicam que a ooforectomia profilática também imprime uma redução no risco de câncer de mama em mulheres portadoras de mutação BRCA1 (FANG et al, 2003; SINGH et al, 2013).

O teste genético para BRCA1 e 2 permitem identificar mutações nos genes responsáveis pela enfermidade, que, em caso de resultado positivo da análise genética, abre a possibilidade da realização da cirurgia oncológica preventiva, no caso, a ooforectomia (AMB, 2016).

Apesar dos benefícios da ooforectomia serem significativos, a tomada de decisões é um processo complexo para muitas mulheres, pois há que se considerar os efeitos adversos da menopausa cirúrgica prematura, tais como: maior risco de doença cardiovascular, comprometimento cognitivo potencial e Parkinsonismo, osteoporose, sintomas vasomotores e impacto prejudicial na qualidade de vida (CHANDRASEKARAN, 2015).

A menopausa prematura é a principal consequência negativa da ooforectomia profilática em mulheres na menacme. A menopausa natural causa um decréscimo gradual nos níveis de estrógeno; já a cirúrgica está associada a uma queda súbita não só desses hor¬mônios, mas também da progesterona e da testosterona. Para as mulheres com ciclos menstruais normais, esse decréscimo abrupto nos hormônios ovarianos comumente resulta em sintomas exacer¬bados, principalmente instabilidade vasomotora, diminuição da libido e do bem-estar geral (LIMA et al, 2009).

Vale ressaltar que a cirurgia preventiva não é indicada para todas as mulheres, bem como deve somente ser realizada nos casos em que houver indicação médica expressa, com o apoio de exames que indiquem tal necessidade.

O histórico familiar e a ooforectomia

A maioria dos casos de câncer de ovário ocorre em pacientes que não apresentam fatores de risco. No entanto, o risco é maior em mulheres com história familiar e desenvolvimento da doença.

Fatores como vida reprodutiva, aspectos demográficos e estilo de vida associam-se ao câncer de ovário, sendo a história familiar o mais importante deles, uma vez que cerca de 20% das pacientes com câncer de ovário, possuem parentes com essa neoplasia (COLOMBO et al, 2006). O risco de uma mulher desenvolver a doença quando na família existe parente de primeiro grau com a neoplasia é de 5%, aumentando para 30% quando há a ocorrência de duas ou mais mulheres. A probabilidade de uma síndrome hereditária aumenta com o número de parentes de primeiro grau acometidas, com o número total de parentes, com as gerações acometidas e com o diagnóstico de câncer de ovário em idade precoce (DOMCHEK; REBBECK, 2007).

As percepções do risco de câncer são fortemente influenciadas por características particulares da história familiar de um indivíduo e podem ser motivadores para

a realização de cirurgia preventiva, como a ooforectomia, mais do que as próprias estimativas reais de risco de câncer. A consciência sobre os fatores que levam ao câncer, além do risco estatístico, é relevante no aconselhamento de mulheres em risco. A tomada de decisão por optar a uma ooforectomia profilática pode ser influenciada por uma série de fatores, incluindo diferenças no acesso aos cuidados de saúde, recomendações médicas, costumes sociais, além de fatores do próprio individuo, como a percepção de risco, a imagem do corpo e a sexualidade, influenciando claramente as decisões (SINGH et al, 2013).

O BRCA1 e BRCA2 são os dois principais genes de susceptibilidade ao câncer de mama e ovário. A salpingo-ooforectomia (quando ambos os ovários e as duas trompas de Falópio são removidos) mostrou reduzir a incidência de câncer de mama e ovário, na trompa de falópio, bem como a mortalidade geral e específica para câncer, e é considerada a opção de gerenciamento mais efetiva (FINCH et al, 2014).

Por esta razão, a retirada dos ovários como estratégia de prevenção foi responsável pelo aumento da ooforectomia bilateral associada à histerectomia para doença benigna de 25% em 1965 para 55% em 1999 (HANNA; ADAMS, 2006).

A saúde da mulher na sociedade atual

O direito ao acesso à saúde foi histórico e socialmente construído ao longo de muitas décadas de lutas travadas pelas mulheres na história. Sua entrada no mercado de trabalho, a inversão dos modelos patriarcais, o uso dos contraceptivos e o movimento feminista começou a mudar os discursos e as posições das mulheres na esfera pública, especialmente a partir dos anos 1960. Dentre outros aspectos, estas mudanças impactaram fortemente os modelos tradicionais de atenção à saúde da mulher, que era concebida, sobretudo, para a reprodução (COSTA, 2010).

Os modelos tradicionais de atenção materno-infantil passam a ser questionados, colocando as mulheres no cerne das discussões e decisões sobre o próprio corpo. O movimento feminista coloca em xeque a medicalização do corpo feminino: à mulher deve ser dado o direito de escolher quantos filhos quer ter, como e com quem deseja ter e, fundamentalmente, a luta pela descriminalização do aborto nos países desenvolvidos (COSTA, 2010).

Atualmente, as políticas que norteiam a saúde da mulher no Brasil foram implementadas pelo Ministério da Saúde em 2005, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como referência o conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e incorporando as dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. As questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas (BRASIL, 2004).

Em tempos atrás, cirurgias como a histerectomia e a ooforectomia eram utilizadas para curar várias patologias com etiologia sexual. A ooforectomia bilateral

era julgada por algumas vertentes da medicina como “castração da mulher”, uma ameaça à integridade física e moral das mulheres, pois a esterilidade acarretaria consequências não só para a mulher individualmente, como por exemplo, a perda da feminilidade, mas para a sociedade, considerando seu papel de reprodutora da espécie historicamente concebido, que viam na maternidade a fonte da superioridade espiritual e moral das mulheres (MARTINS, 2004).

Atualmente, com o avanço das tecnologias em saúde, cada vez mais as mulheres se beneficiam com o progresso da ciência, sendo aceitáveis métodos de proteção e até mesmo prevenção de doenças no sexo feminino que antigamente, não eram se quer admissíveis, haja vista a associação histórica do útero e ovários femininos como algo sagrado. As cirurgias cada vez mais acessíveis, a disponibilização de métodos anticoncepcionais, o direito à voz e às decisões sobre seu corpo, entre outras conquistas revelam a importância do movimento feminista no Brasil e no mundo para a reivindicação da saúde como direito e para a promoção da qualidade de vida das mulheres.

Qualidade de vida pós-ooforectomia

Existem controvérsias sobre o valor da ooforectomia profilática em mulheres sem risco aumentado para câncer de ovário. Os proponentes do método afirmam a eficácia do procedimento em reduzir o risco de câncer de ovário, entretanto, os opositores dessa prática enfatizam os riscos da cirurgia oferecida a mulheres saudáveis para redução de uma doença de baixa incidência (LIMA et al, 2009).

A principal consequência negativa da ooforectomia são os efeitos colaterais da menopausa cirúrgica prematura, tais como: maior risco de doença cardiovascular, comprometimento cognitivo potencial e Parkinsonismo, osteoporose, sintomas vasomotores e impacto prejudicial na qualidade de vida. Estudos apontam que a menopausa prematura mostrou ter um impacto de mortalidade em mulheres de baixo risco. Os riscos são mais elevados nas mulheres que se submetem ao procedimento com menos de 45 anos e não fazem terapia de reposição hormonal (TRH) (CHANDRASEKARAN et al, 2015).

No entanto, os benefícios associados à ooforectomia incluem a prevenção do câncer de ovário, a diminuição do risco de câncer de mama e de cirurgia ovariana subsequente (HALLOWELL et al, 2001; FANG et al, 2003).

Estudos epidemiológicos sugerem que a ooforectomia profilática desempenha um importante papel na prevenção do câncer de mama em populações de alto risco. Deste modo, os profissionais de saúde devem informar as mulheres em risco de câncer de mama sobre essa opção, facilitando a tomada de decisão sobre o gerenciamento do risco de câncer de ovário, levando em consideração os fatores que influenciam as decisões das mulheres sobre a cirurgia profilática (HALLOWELL et al, 2001).

A qualidade de vida pós-ooforectomia afirma a opção de manter a saúde, considerando os altos riscos de câncer de ovário em mulheres, bem como a dificuldade de detecção precoce desse tipo de neoplasia, que muitas vezes só é detectado em estágio avançado. Contudo, estudos revelam que a ooforectomia bilateral apresenta-se como fator de risco para doenças cardiovasculares, osteoporose devido à privação de estrogênio, as complicações decorrentes da terapia hormonal de substituição (THS), além de um impacto psicossocial como estresse, depressão e até demência (TILLER et al, 2005; JACOBY et al, 2011).

Considerações Finais

Estudos aqui apontados sustentam que a ooforectomia profilática pode desempenhar um papel importante na prevenção de cancro da mama em populações de alto risco. A tomada de decisão sobre a gestão de risco de câncer de ovário deve ser facilitada pelos profissionais de saúde, que devem estar cientes dos fatores que influenciam as decisões das mulheres sobre a cirurgia profilática. O principal deles é o histórico familiar de câncer de ovário e o relacionamento da mulher com seu corpo e a sociedade.

Vale ressaltar que, apesar da diminuição do risco de desenvolver câncer de ovário e de mama, muitas mulheres expressam preocupações sobre os sintomas físicos associados com a menopausa cirúrgica. A atenção integral à saúde da mulher pressupõe assistência em todas as fases de sua vida. Assim, além do alto risco, deve-se apreciar na adesão à ooforectomia profilática e pós-cirurgia os fatores associados à qualidade de vida da mulher ao longo do seu processo de envelhecimento, suas condições físicas e emocionais prévias, sua inserção social e experiências frente a situações, ajudando-a a avaliar a melhor opção.

REFERÊNCIAS

AMB. BRCA1 e BRCA2 em câncer de mama. Associação Médica Brasileira (AMB), 2016. Disponível em: <http://amb.org.br/diretrizes/_DIRETRIZES/brca1-e-brca2-em--cancer-de-mama/files/assets/basic-html/page-1.html>. Acessado em 22/11/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

CHANDRASEKARAN, D. et al. Risk reducing salpingectomy and delayed oophorectomy in high risk women: views of cancer geneticists, genetic counsellors and gynaecological oncologists in the UK. Familial Cancer, 2015. Dec;14(4):521-30. doi: 10.1007/s10689-015-9823-y. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26178205>. Acessado em 20/11/2017.

COLOMBO, N. et al. Ovarian cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2006. Disponível em: <http://www.croh-online.com/article/S1040-8428(06)00064-3/fulltext>. Acessado em 20/11/2017.

COSTA, L.H.R. O feminismo perspectivista como aporte teórico nas pesquisas sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. In: Messeder S.A., Martins M.A.M. (org). Enlaçando Sexualidades. Volume II. Salvador: EDUNEB; 2010. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2012/04/O-FEMINISMO-PERSPECTIVISTA--COMO-APORTE-TEORICO-NAS-PESQUISAS.pdf >. Acessado em 20/11/2017.

DOMCHEK, S.M.; REBBECK, T.R. Prophylactic oophorectomy in women at increased cancer risk. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 19, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25502281>. Acessado em 20/11/2017.

FANG, C. Y. et al. Psychosocial correlates of intention to undergo prophylactic oophorectomy among women with a family history of ovarian cancer. Preventive Medicine, 37. American Health Foundation e Elsevier Inc, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572427>. Acessado em 21/11/2017.

FINCH, A.P. et al. Impact of oophorectomy on cancer incidence and mortality in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation, Journal of Clinical Oncology, 32, 2014. 1547–1553. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24567435>. Acessado em 20/11/2017.

HALLOWELL, N. et al. Surveillance or surgery? A description of the factors that influence high risk premenopausal women's decisions about prophylactic oophorectomy. J Med Genet, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11594337>. Acessado em 20/11/2017.

HANNA, L.; ADAMS, M. Prevention of ovarian cancer. Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2006. 20(2):339-62. Disponível em: <http://www.journals.elsevierhealth.com/article/S1521-6934(05)00151-3/pdf>. Acessado em 21/11/2017.

INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JACOBY, V. L. et al. Oophorectomy vs Ovarian Conservation with Hysterectomy. Arch Intern Med. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21518944>. Acessado em 20/11/2017.

K. TILLER, K. et al. Knowledge of risk management strategies, and information and risk management preferences of women at increased risk for ovarian cancer. Psico-oncologia n. 14, Wiley InterScience, DOI: 10.1002, 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.840/full>. Acessado em 20/11/2017.

LIMA, R.A. et al. Ooforectomia profilática: indicações atuais. Femina, vol. 37, nº 3, março, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2009/v37n10/a003.pdf>. Acessado em 21/11/2017.

MARTINS, A.P.V. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. Coleção História e Saúde. Scielo Books. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em:<http://books.scielo.org>. Acessado em 20 de novembro de 2017.

NAMNOUM, A.B. et al. Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. Fertil Steril, 1995. 64(5):898-902. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7589631>. Acessado em 21/11/2017.

SINGH, K. et al. Impact of family history on choosing risk-reducing surgery among BRCA mutation carriers. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2013; 208:329.e1-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23333547>. Acessado em 21/11/2017.

Capítulo

03

Rede de atenção à mulher oofo-rectomizada e ao hipogonadismo

Cristiane Maria Ferraz D. MOURA FÉ
Gildenise Monteiro RABELO
Gisele Bezerra da SILVA

O sistema de organização da assistência à saúde da mulher se conforma no Modelo das Redes de Atenção à Saúde que segundo Mendes 2012, são organizações poliárquicas de serviços de saúde, ligados por missão e objetivo comuns, interdependentes, que ofertam uma atenção contínua e integral a uma dada população, coordenada pela atenção primária a saúde de maneira humanizada e equânime, levando em consideração as responsabilidades sanitária e econômica e gerando bem-estar a população.

As mulheres que passam por procedimento cirúrgico de retirada de ovário (ooforectomia ou ovariectomia) independente da causa que levou ao procedimento, necessitam de seguimento ao longo da vida devido às várias condições adversas que podem ser observados com a falta dos hormônios produzidos pelos ovários. Estas condições precisam ser minimizadas na busca de uma melhor qualidade de vida da mulher ooforectomizada.

As necessidades vão destes aspectos relacionados a atenção básica à saúde, até a necessidade de acesso a maiores densidades tecnológicas, na atenção terciária.

Logo esta mulher não pode ser vista dissociada das outras, devendo a ela ser garantido o acesso à Rede de assistência, assim como por qualquer outra mulher em sua pluralidade.

No entanto, além da especificidade em manejo do hipogonadismo o profissional/gestor/organização de saúde deve buscar interligar pontos de atenção na rede de assistência e indicar o melhor fluxo a ser seguido por esta mulher, obtendo uma linha de cuidados compatível com sua demanda, de maneira resolutiva e agregando valor ao modelo assistencial escolhido.

Os modelos de Redes Temáticas de assistência são desenvolvidos de forma poliárquica e horizontal, onde todos os pontos de atenção são igualmente importantes no processo, apenas diferindo nas tecnologias utilizadas por cada ponto de atenção (OLIVEIRA et al., 2004).

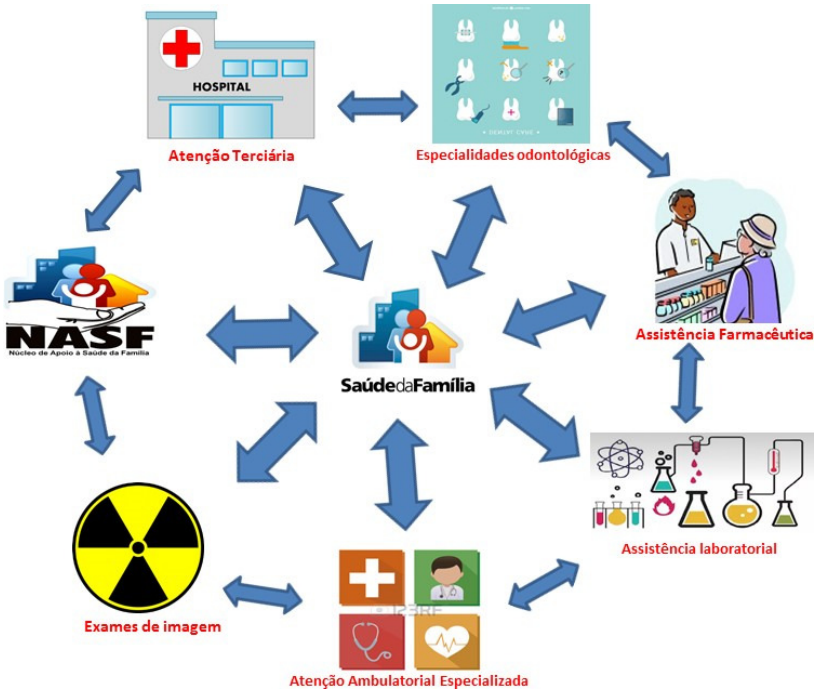
Essa Rede deve ser construída sobre um contexto de resolutividade e continuidade da assistência à uma condição específica de saúde, onde a Atenção Primária à Saúde é o elemento central de comunicação (POTER e TEISBERG, 2007).

Assim, diante das causas mais prevalentes de ooforectomia terapêutica, que de acordo são: a torção ovariana com necrose, abscesso tubo-ovariano não responsivo

ao tratamento com antibióticos, cirurgia definitiva para endometriose, metástases de neoplasias, principalmente neoplasias gastrintestinais e pseudo-hermafroditismo masculino é que a proposta da Rede de Atenção à Saúde da Mulher com hipogonadismo após ovariectomia deve alcançar todos os aspectos do diagnóstico de base e dos efeitos decorrentes do hipogonadismo.

A figura a seguir mostra uma proposta de desenho da Rede de Atenção à Mulher Ooforectomizada e ao Hipogonadismo:

Figura 1 - Rede de Atenção à Mulher Ooforectomizada e ao Hipogonadismo



Fonte: as autoras, 2017.

Níveis de atenção à saúde

Atenção Primária à Saúde - APS

Estratégia Saúde da Família: a Estratégia Saúde da Família (ESF), funciona como porta de entrada e centro regulador da rede. Neste ponto são realizadas ações diagnósticas, de referenciamento para atenção secundária ou terciária, acompanhamento da mulher após tratamento nestas esferas de atenção e ações de prevenção e promoção da saúde em parceria com o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

NASF: importante ponto de fortalecimento da APS, através de apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Clínica Ampliada e outras ferramentas auxiliam a ESF na gestão de casos clínicos mais complexos. É de sua competência também contribuir na estruturação de Grupos Terapêuticos, os quais apresentam resultados positivos e podem se tornar espaços de apoio e superação.

Atenção secundária

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): neste ponto da atenção mulheres com alterações da cavidade oral decorrentes do hipoestrogenismo devem receber tratamento individualizado. As ações de prevenção destas alterações e promoção da saúde oral devem ser feitas também na APS pelo Programa de Saúde Bucal (PSB).

Atenção ambulatorial especializada (AAE): consiste em uma equipe de especialistas (médicos e não médicos), que trabalham em sincronia com a ESF, atendendo pacientes referenciados pela mesma, em um sistema mais abrangente que o de simples referência e contra referência. Além do acompanhamento conjunto, através de encontros e discussões de caso, a equipe da ESF recebe da AAE apoio clínico e treinamentos. Na AAE as principais ações voltadas para a mulher ooforectomizada são aquelas relativas ao manejo da condição clínica de base que tenha levado à ooforectomia (se existir) e ao manejo das complicações decorrentes do hipoestrogenismo que por algum motivo não possam ser manejadas na ESF. Além da ginecologia, o hipogonadismo pode demandar outras especialidades como: cardiologia, neurologia, endocrinologia, psiquiatria, ortopedia, oncologia assim como apoio psicológico, nutricional, fisioterápico entre outros. Ressaltamos ainda a importância das ações da saúde sexual e reprodutiva destas mulheres.

Atenção Terciária

Hospitais e clínicas: importante ponto da rede, no qual ocorre não só a remoção cirúrgica do ovário como também o tratamento de algumas complicações mais graves sejam relacionadas à condição de base, ao tratamento cirúrgico em si ou às consequências do hipoestrogenismo. Deve manter conexão com a ESF através de um gestor de caso. Os centros de cuidados oncológicos (quimioterapia, radioterapia) também são exemplos deste ponto de atenção.

Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico

Assistência Farmacêutica: para redução da sintomatologia associada ao hipoestrogenismo e consequente melhoria da qualidade de vida a mulher ooforectomizada precisa ter acesso a uma assistência farmacêutica específica, com garantia da oferta e distribuição de medicamentos para terapia hormonal e não hormonal, bem como de fitoterápicos.

Assistência Laboratorial: devido às alterações hormonais resultantes tanto da retirada ovariana quanto do tratamento hormonal o acesso a exames laboratoriais torna- se imprescindível para uma assistência adequada. Neste ponto da rede devem ser realizados não só dosagens hormonais, mas todos os exames necessários a uma assistência integral à mulher independente da sua condição de saúde. O acesso deve ser regulado pela ESF ou por outros pontos qualificados da rede.

Exames de imagem: a inserção dos exames de imagem na rede justifica-se pela necessidade deste tipo de acompanhamento por algumas mulheres ooforectomizadas devido a causa de seu procedimento cirúrgico. Enquadram-se neste ponto da rede exames de ultrassonografia, raios x, densitometria óssea, tomografias, entre outros de acordo com a necessidade clínica de cada mulher. O acesso deve ser regulado pela ESF ou por outros pontos qualificados da rede.

Os diferentes pontos da rede mantêm conexão com a APS e entre si através de um sistema dinâmico de apoio logístico, representado pelo uso de prontuários eletrônicos, sistema de acesso regulado e transporte sanitário. Em cada ponto da rede é imprescindível que a mulher seja acolhida de forma holística e que os aspectos biopsicossociais, principalmente voltados para sua saúde sexual, sejam abordados.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde Da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Caderno da Atenção Básica, n. 27).

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.230 p.

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.512 p.

OLIVEIRA, E, X. et al. – Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cadernos de Saúde Pública, 20: 386-402, 2004.

POTER, M.E.& TEISBERG, E. O. – Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

VALEA FA, MANN WJ. Oophorectomy and ovarian cystectomy. UpToDate. [online]. This topic last updated: Jun 18, 2014. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/oophorectomyand-ovarian-cystectomy>. Acesso em 13 set. 2017.

Capítulo

04

Cuidados atuais à mulher hipogonádica na estratégia saúde da família

Kellyane Folha Gois MOREIRA
Sara da Silva Siqueira FONSECA

No período do climatério ocorrem diversas alterações na estrutura e na função ovariana, com gradativa diminuição da produção estrogênica e consequente aumento das gonadotrofinas hipofisárias, caracterizando um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico. A mulher pode entrar neste estado, mesmo que não esteja no climatério, pois há várias condições de saúde e/ou doenças que podem levá-la a ooforectomia ou mesmo à histerectomia.

Os profissionais de saúde devem promover no completo bem-estar físico e biopsicossocial a saúde das mulheres no climatério, levando em consideração a relação de cada uma com seu próprio corpo, com as mudanças visíveis que estão ocorrendo nele, além de reconhecer os reflexos de suas relações na família, no emprego e na sociedade, ouvindo-as e garantindo-lhes a palavra, construindo espaços de diálogo visando melhorar a qualidade de vida imediata.

Dentre as ações de promoção e intervenção à saúde que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família aplicam nos diversos ciclos de vida, inclusive ao climatério estão a adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, implementação de medidas antitabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, a não violência, os cuidados quanto ao tempo e a qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado.

A seguir, considera-se alguns aspectos relevantes que devem ser incorporados para atuação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família na abordagem à mulher hipogonádica:

• Exercer a escuta de forma qualificada e organizada na integralidade na atenção;

• Estimular ao protagonismo da mulher;

• Avaliar cuidadosamente cada caso com objetivo de identificar quais os fatores relacionados à etiologia das dificuldades referidas, que por muitas vezes são omitidas, pois estas favorecem sensivelmente o resultado da conduta adotada.

• Incentivar a construir o apoio e da família para o início e/ou manutenção de uma atividade ocupacional, profissional e social,

• Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas ou por meio de outros recursos de mídia qualificada – programas direcionados sobre o assunto) que estiverem disponíveis;

• Oferecer tratamento para as queixas relacionadas ao climatério ou mesmo ao hipogonadismo precoce;

• Encaminhar para os serviços de referência para avaliação, nos casos de indicação cirúrgica, doenças endócrinas, pulmonares, psiquiátricas (depressão), em busca de resolução do fator primário correlacionado, ou ajuste do tratamento, de modo a abordar a mulher de forma integral, respeitando sempre seu protagonismo,

• Realizar orientação individual e coletiva para as mulheres acerca de:

Ressignificação do climatério:

- Abordar a vivência da mulher nessa fase, do ponto de vista biopsicossocial. Enfatizar que, como nas demais fases da vida, esta também pode ser experimentada de forma saudável, produtiva e feliz;

- Incentivar e promover a troca de experiências entre as mulheres e a realização de atividades prazerosas, de lazer, de trabalho, de aprendizagem, de convivência em grupo, de acordo com os desejos, necessidades e oportunidades das mulheres e coletivos;

- Ressignificação dessa fase de vida, que pode ser saudável, produtiva e feliz;

Além disso a mulher deve ser estimulada a realizar os exercícios da musculatura perineal;

• Alimentação saudável: estimular a alimentação rica em vitamina D e em cálcio, por meio do consumo de leite, iogurte, queijos (principais fontes), couve, agrião, espinafre, taioba, brócolis, repolho, sardinha e castanhas.

• Manutenção do peso normal.

As equipes devem estar atentas às alterações e promover medidas de promoção à saúde bucal.

• Prevenção primária da osteoporose e prevenção de quedas:

.Informar sobre a prevenção primária da osteoporose e o risco de fraturas associadas.

.Orientar dieta rica em cálcio (1.200 mg/dia) e vitamina D (800-1.000 mg/dia).

.Aconselhar exposição solar, sem fotoproteção, por pelo menos 15 minutos diariamente antes das 10h ou após as 16h.

.A suplementação de cálcio e vitamina D só está recomendada se não houver aporte dietético adequado destes elementos e/ou exposição à luz solar.

.Recomendar exercícios físicos regulares para fortalecimento muscular e ósseo, melhora do equilíbrio e da flexibilidade.

.Aconselhar a cessação do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de cafeína.

.Avaliar fatores de risco para quedas: ambiência doméstica; uso de psicotrópicos; dosagem de medicamentos anti-hipertensivos, distúrbios visuais e auditivos.

Vale ressaltar que, independentemente da etiologia, o manejo clínico a mulher hipogonádica é abrangente e estas, devem receber terapia de reposição hormonal com estrogênios e progestogênios, favorecendo assim a manutenção do trofismo dos tecidos do trato reprodutivo, os ciclos menstruais e a prevenção da perda de massa óssea e prevenção/tratamento de doenças associadas (autoimunes) ou decorrentes do próprio hipoestrogenismo.

Além das medidas anteriores para minimizar tais sintomas é necessária a introdução de técnicas de relaxamento, meditação, yoga ou mesmo medicações fitoterápicas, homeopáticas ou de acupuntura, acompanhadas de suporte psicoterápico e profissionais do NASF reconhecendo a necessidade de que as ações e atuações multiprofissionais sejam colocadas em prática nos serviços de saúde em buscas da construção da relação humanizada e respeitosa com as usuárias.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

VILODRE, L.C.; MORETTO, M; KOHEK, M. B. F.; SPRITZER, SPRITZER, P. M. Falência ovariana prematura: aspectos atuais. Rev. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. vol.51 nº6. São Paulo. Aug. 2007. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000600005

Capítulo

05

A adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no âmbito do SUS e suas repercussões na avalição de erros dos profissionais de saúde

Williams Cardec da SILVA

Inúmeros algoritmos diagnósticos e condutas terapêuticas são utilizados para conduzir satisfatoriamente diversas patologias. Neste escopo a comunidade científica tem buscado subsídios na medicina baseada em evidências para dirimir dúvidas na condução clínica dos pacientes.

Tal fato coloca em colisão uma série de condições fluidas relativas a condutas, sendo que em boa parte das discussões o fim pode resultar na inclusão destas pautas em processos judiciais. A constituição federal de 1988 tem garantido em seu texto uma gama inconteste de direitos e deveres, além de garantias a estes. Afirma a constituição federal de 1988 em seu artigo 196:

> "Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

A relevância pública relativa a ações e serviços de saúde leva o Poder Público a dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros incluídos assim tanto as pessoas jurídicas de direito público como as de direito privado.

Os serviços públicos e privados de saúde encontram-se responsáveis por eventos decorrentes da atuação dos seus profissionais. A presença de culpa ou dolo pode ser determinante em eventos adversos ocorridos durante o atendimento de pacientes, subsistindo a possibilidade de responsabilização objetiva ou subjetiva.

A adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas pelo sistema único de saúde surgiu da necessidade de garantir parâmetros razoáveis e objetivos. Isto é consequência da intensa judicialização na condução clínica das diversas patologias atendidas nos serviços públicos de saúde, resultando na elaboração em 2007 do Projeto de Lei 338 cuja justificação ateve-se ao seguinte:

> "O presente Projeto de Lei surge da vontade da sociedade civil em buscar uma solução para o impasse enfrentado por inúmeros usuários de medicamentos excepcionais não contemplados nas tabelas do Ministério da Saúde ao tratamento de suas doenças, os quais são obrigados a buscar a tutela judicial para a sua obtenção. No fundo, em nosso país, a questão de medicamentos suscita um embate entre Direito Financeiro versus Direito Fundamental."

Diante disto posterior avaliação resultou em 2010 no novo Projeto de Lei 7445, que culminou com a Lei 12.401/2011, alterando a Lei nº 8.080/1990, dispondo assim sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Em seu texto a Lei 12.2401/2011 definiu protocolo clínico e diretriz terapêutica:

> "Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:
> I - ...
> II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS."

A Lei 12.401/2011 foi um marco na definição de condutas na área da saúde, visto que positivou o conceito de protocolo clínico e diretriz terapêutica, servindo como balizador parametrizado para o julgador em possíveis processos judiciais.

Em jurisprudência pátria, as buscas por soluções de conflitos na área de saúde têm ganhado patamar de grande importância, principalmente em casos de condenação em ações indenizatórias, gerando um custo a ser levado em consideração pelos gestores. Suscita-se aqui algo preocupante, pois além dos gastos inerentes a manutenção dos serviços de saúde, os custos com processos indenizatórios no âmbito do SUS são de extrema relevância dada à escassez de recursos.

No Brasil a carta magna de 1988 destaca que as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

O código civil brasileiro de 2002 põe em evidência aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, ficando o mesmo obrigado a repará-lo independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Os meios adequados ao correto atendimento dos pacientes devem ser realizados com o máximo de destreza visando à manutenção da integridade física do paciente. Tal zelo busca afastar eventuais erros de profissionais de saúde que podem contribuir para desfechos desfavoráveis, servindo de indutor de processos judiciais. Cabe destacar que tais eventos não devem ser confundidos com incidentes inevitáveis, o que se caracteriza como complicações inerentes ao tratamento de saúde, necessário a busca de cura do paciente e que por isso não constituem erro dos profissionais de saúde. Tal fronteira pode parecer tênue aos olhares de leigos, mas é algo de diferenciação evidente e deve ser colocado fora do âmbito de responsabilização seja ela objetiva ou subjetiva, já que compõem um intricado enovelamento de eventos próprios e que levariam indiferentemente a desfecho desfavorável no cuidado de um dado paciente.

A personificação das condutas terapêuticas no atendimento dos pacientes se faz através do prontuário, sendo este o instrumento acessível a todos os envolvidos no processo de condução clínica. Os eventos adversos decorrentes do atendimento dos profissionais de saúde podem levar a efeitos indesejados comprometendo a segurança do paciente e envolvem diversos atores tais como os gestores públicos ou privados, médicos, demais profissionais de saúde, advogados, juízes, promoto-res e a sociedade em geral em decorrência da presença invariável dos mecanismos de controle propostos pelo nosso ordenamento jurídico. Erros e alegações de ne-gligência convivem com a prática dos profissionais de saúde e vem aumentado no Brasil. A preocupação relativa ao risco de adquirir doenças incapacitantes devido à intervenção dos profissionais de saúde é real e isso tem elevado substancialmente os custos para todo o sistema de saúde sejam eles públicos ou privados.

Ainda neste interim o artigo 19-Q da Lei 12.401/2011 define que a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedi-mentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

A referida comissão é composta por de 1 (um) representante indicado pelo Con-selho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina, sendo responsável por produzir o relatório cuja conclusão deverá necessariamente considerar as evidências científicas sobre a efi-cácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou proce-dimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso, bem como a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

Há muito a medicina baseada em evidências tem tomado corpo invadindo a condução clínica dos pacientes, tornando-se um paradigma quanto ao diagnósti-co, prognóstico e manejo terapêutico das doenças. Destacam-se entre os níveis de evidência em sequência crescente de confiabilidade os seguintes: a opinião de ex-perts/estudos com animais/ estudos in vitro, os relato de caso/ série de caos, os estudos de caso controle, os estudos de coorte, os ensaios clínicos randomizados e por fim as revisões sistemáticas.

O conceito de medicina baseada em evidências caracteriza-se pela integração da experiência clínica com a análise crítica gerando informação científica que será utilizada para a melhoria da qualidade da prática médica. Os estudos clínicos são a base para a padronização de condutas levando a produção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Positivados na legislação brasileira com a vigência da Lei 12.401/2011, os pro-tocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde, passam a servir de balizador objetivo das condutas dos profissionais de saúde, ga-rantindo assim meio não só científico, mas legal para processos judicias.

Cabem alguns questionamentos tais como se a adoção de critérios objetivos com o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) cerceiam as condutas dos profissionais de saúde e até que ponto os profissionais de saúde podem ser responsabilizados caso não adotem o protocolo clínico ou a diretriz terapêutica.

Importância ganha ainda, em caso de existência de responsabilização dos profissionais de saúde, os custos disto para o SUS.

A ciência evolui a passos largos e possíveis querelas judiciais baseadas na não adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas podem gerar condenações que podem ser em momento posterior revogadas, tendo em vista a mudança de condutas.

As diretrizes clínicas foram sistematicamente desenvolvidas para auxiliar a tomada de decisões clínicas. Em alegações de negligência médica nos tribunais, essas diretrizes podem atuar como fonte de informação, desde que sejam produto de um organismo reconhecido e sejam consideradas confiáveis. Eles podem ser vistos como padrões normativos e utilizados como padrões explícitos de cuidados no momento do evento clínico e também para avaliar o grau em que uma prática questionável estava de acordo com os padrões aceitos. Hurwitz argumenta que, se as diretrizes fossem consultadas pelos tribunais, já que fornecem provas de padrões justificados em relação à evidência ao invés de costume, isso fortaleceria o que ele se refere como a dinâmica normativa da lei, com o foco mudando do que é costume fazer para o que deve ser feito. Existe o risco, como Hurwitz vê, de uma aderência servil às diretrizes clínicas.

A que se destacar que um protocolo clínico não contempla toda a numerosa quantidade de variáveis envolvidas na atenção a saúde. Dentre estas variáveis encontram-se as condições clínicas do paciente no momento do diagnóstico, a constituição genética, as terapêuticas disponíveis, bem como o custo-benefício da adoção do tratamento. Além disso, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas devem ser avaliados levando-se em consideração sua repercussão na prática clínica.

A reprodução dos resultados obtidos na medicina baseada em evidências para a prática clínica é um desafio. Isto fez surgir em 2003 o Appraisal Of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE). Este é um instrumento de avaliação de diretrizes clínicas, que se traduzem em recomendações sistemáticas no auxílio de decisões dos profissionais de saúde e do paciente acerca dos cuidados mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas.

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas instruem e direcionam a formação de políticas de saúde envolvendo tópicos em todo o processo de cuidados de saúde, seja na promoção, rastreamento e diagnóstico.

Os benefícios decorrentes do uso de tais mecanismos estão intrinsicamente relacionados com a qualidade dos mesmos. O rigor e adequabilidade dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são importantes para o sucesso da implementação das suas recomendações.

O Instrumento AGREE aborda a qualidade de diretrizes, servindo de balizador para o rigor metodológico e transparência de desenvolvimento de uma diretriz clínica.

O instrumento AGREE original passou por modificações em 2009 resultando no AGREE II.

Tais instrumentos e outros que surjam devem ser utilizados para garantir o sucesso de adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, mas mesmo com isso deve-se ter cautela no uso de suas condutas na condução de processos judiciais de reparação indenizatória, devendo o caso relativo ao objeto da demanda visto de forma singular em busca da justiça e não da condenação sumária dos agentes envolvidos.

Assim o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são essências no âmbito do SUS, sendo sua positivação em lei importante passo na tentativa de entendimento das condutas dos diversos profissionais de saúde. A sua utilização como parâmetro para instrução e consequentemente conclusão absolutória ou condenatória, passa por avaliação criteriosa, não podendo ser considerada como único paradigma visto ser a medicina ciência inerente a mudanças, podendo resultar assim em modificações nos processos de condução clínica de diversas patologias.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care. 2003 Feb;12(1):18-23.

AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Acesso em<04/10/2018> de http://www.agreetrust.org.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm>. Acesso em: 04/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.

BLIGH J. Problem-based learning in medicine: an introduction. Postgrad Med J 1995; 7: 323-326

CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE(CEBM)[Internet]. Levels of evidence 1. Oxford: CEBM, 2013. Disponível em http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025 Acesso em 04/10/2018.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Estudos sobre direitos fundamentais. 1. ed. Coimbra: Coimbra Ed., 2004.

CASTRO, João Monteiro de. Responsabilidade Civil do Médico. São Paulo: Método, 2005.

DINIZ, Maria Helena. Curso de Direito Civil Brasileiro (Responsabilidade Civil) – 7º volume. 19ª Edição, revista e ampliada. São Paulo: Saraiva, 2005.

Evidence-Based Medicine Working Group.Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425.

Hurwitz B: How does evidence based guidance influence determinations of medical negligence? BMJ 2004; 329: 1024–1028.

Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? JAMA 1994; 271:703-707.

Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al: Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N Engl J Med 2006; 354:2024–2033.

Capítulo

06

Ooforectomia e Sexualidade

Anaíde Rosa de Carvalho Nascimento PINHEIRO
Bruna de Abreu SEPÚLVEDRA

A ocorrência de uma cirurgia é motivo de forte mobilização emocional para o paciente e sua família. Percebem-se sentimentos de inquietação, de insegurança e de medo, como descrito na literatura sobre esta temática. Atribuem-se tais manifestações à natureza intervencionista do tratamento terapêutico proposto e às necessidades emocionais da clientela submetida ao tratamento cirúrgico, uma vez que o enfoque, via de regra, está centrado na dimensão biológica da doença (SALIMENA E SOUSA, 2008).

A cirurgia ginecológica é um ramo da cirurgia geral que trata do aparelho genital feminino, das afecções cirúrgicas da mulher, considerando as mamas e a pelve. Não existem registros com exatidão da época em que aquela se iniciou, mas se sabe que tanto a obstetrícia quanto a ginecologia foram separadas da cirurgia geral no começo do século XIX (SMELZER E BARE, 2004).

A terminologia cirúrgica é formada por prefixo que indica o órgão em causa e sufixo que indica o ato cirúrgico realizado. Assim, a cirurgia realizada para retirada dos ovários é denominada ooforectomia. A primeira cirurgia ginecológica abdominal realizada foi a ooforectomia por McDowell, em 1840, e depois foram realizadas a histerectomia e a correção de fístulas vesicovaginais.

A ooforectomia ou ovariectomia é a remoção cirúrgica de um (unilateral) ou ambos ovários (bilateral). É efetuada para tratar cistos ovarianos ou cancros/cânceres ováricos. Em mulheres, com menos de quarenta anos, o cirurgião normalmente tenta preservar o funcionamento ovárico, efetuando apenas uma ooforectomia parcial.

A remoção parcial de um ovário não tem geralmente grandes efeitos adversos, dado que a ovulação e a produção hormonal prosseguem no outro óvulo. Porém, se ambos os ovários forem removidos antes da menopausa, pode ser necessária terapêutica de reposição hormonal, dado que o estrogênio produzido pelo ovário tem um papel fundamental na prevenção de diversas doenças como: osteoporose, artrite, doenças cardiovasculares, depressão e ansiedade, parkinsonismo, dentre outros (SORIA et al., 2015). Um aspecto que merece destaque diante deste contexto é a função sexual da mulher ooforectomizada. As pessoas acometidas e, muitas vezes, os médicos, subestimam a extensão do interesse sexual nas neste grupo de pacientes.

Sem terapia hormonal, mulheres com menos de 40 anos que retiraram ambos ovários, tem uma menopausa precoce, perdem parte do desejo sexual, tem seu psi-

cológico abalado e um risco de morte aumentado em 70% comparado com mulheres sem problemas nos ovários. Mulheres que retiraram apenas um ovário ou apenas parte dos ovários podem não ter risco aumentado para disfunções sexuais, mesmo sem terapia hormonal. Porém a terapia hormonal também tem seus riscos e efeitos colaterais, e cada paciente deve ter tratamento individualizado (ROCCA et al., 2008).

O estudo sobre o ciclo da resposta sexual humana só teve início em 1966 com Masters e Johnson e depois modificada por Kaplan, representando a base para atual classificação de disfunção sexual feminina (LIMA et al., 2010). Conceitua-se disfunção sexual como o comprometimento através de bloqueio ou inibição em qualquer das fases do ciclo de resposta sexual e as causas determinantes desses distúrbios podem estar ligadas a própria estrutura orgânica do indivíduo ou a influências psicoculturais, que mutilem ou distorçam a funcionalidade sexual (BASSON, 2010). No entanto, para cada mulher individualmente haverá uma definição específica do que é uma função sexual normal, com base na sua cultura, na sua história de vida, nas suas experiências sexuais anteriores e na sua própria estrutura biológica (ABDO et al, 2002; PINTO NETO et al, 2013).

Sendo assim, observa-se que a retirada cirúrgica dos ovários propicia redução abrupta dos níveis de estradiol e testosterona séricos. As repercussões imediatas e mais intensas são as ondas de calor, que acometem 90% das mulheres ooforectomizadas, diferentemente dos 50% observados naquelas com menopausa natural. Porém, o grande declínio do estradiol (80%) ocorre no primeiro ano após a menopausa, mantendo-se estável após isso, e está diretamente relacionado com sintomas vasomotores, urogenitais, insônia, alterações do humor e sentimentos negativos (LIMA et al., 2010).

A atrofia urogenital pode caracterizar-se por desconforto, prurido e dor local (15%), dispareunia (38%) e secura vulvovaginal (75%). A presença de receptores de estrogênio no trato geniturinário, demonstra que o hipoestrogenismo pode ser responsável pela atrofia. Desse modo, a diminuição de estrogênio circulante com a ooforectomia leva a uma diminuição da produção de secreções pelas glândulas vestibulares com consequente redução da lubrificação e alteração da sensação genital, além da diminuição da espessura do epitélio vaginal e diminuição do fluxo vascular com palidez da mucosa. Com a persistência do quadro, podemos observar um quadro de irritação vaginal e dispareunia, podendo afetar todos os domínios da função sexual (BACHMANN e NEVADUNSKY, 2000).

Em relação aos níveis de androgênios, sabe-se que, com a parada da atividade ovariana, há diminuição da androgênese. Com isso, a produção adrenal e a conversão periférica passam a ser a principal fonte de testosterona. Sabe-se ainda que 30% dessas mulheres apresentam desinteresse sexual e que sintomas como diminuição da libido, reduções no bem-estar, alterações de humor, falta de motivação e fadiga persistentes, não justificáveis por doenças psiquiátricas ou orgânicas podem estar relacionados a deficiência relativa de androgênios na mulher (BACHMANN e OZA, 2006).

O mecanismo pelo qual os esteroides sexuais influenciam a sexualidade não

está estabelecido. Estrogênio e testosterona estão presentes no hipotálamo, área pré-óptica e substância negra do cérebro feminino e, curiosamente, a distribuição da testosterona no sistema nervoso central humano corresponde às áreas de maior atividade da aromatase no cérebro de animais, sugerindo uma possível participação central indireta dos androgênios. Sendo assim, embora possam contribuir fatores culturais, psicológicos, afetivos e orgânicos, muitas pesquisas destacam a importância da deficiência dos androgênios para a sexualidade feminina e, principalmente, pela descrição de melhora em diversos parâmetros da função sexual após a administração de testosterona (LEÃO et al., 2005). Porém, a reposição androgênica por longo tempo ainda não foi aprovada por agências regulatórias como o FDA (SORIA et al, 2015).

Ressalte-se ainda que a mulher não costuma apresentar queixa sexual de forma espontânea. Quando interrogada pelo profissional de saúde, descreve a disfunção que a incomoda e a respectiva repercussão na sua vida e na vida do casal. Em um estudo conduzido no Brasil, 4.753 ginecologistas responderam que a queixa de diminuição do desejo sexual estava entre os principais motivos de procura por consultas em seus consultórios (LARA et al., 2008). Sendo assim, é evidente a necessidade de se investigar a atividade sexual dessas pacientes bem como preparar o profissional de saúde para o conhecimento e manejo técnico dos problemas que envolvem questões sexuais, tendo em vista que estes profissionais recebem treinamento insuficiente na sua formação (LEIS et al., 2013; RUFINO e MONTEIRO, 2013).

Sendo assim, conclui-se que mulheres ooforectomizada sofrem alterações hormonais, bem como influência de fatores físicos, psicológicos, sociais e relativos ao parceiro que a torna mais vulnerável ao aparecimento de disfunções sexuais. Diante disso, é importante o conhecimento desses fatores e de suas repercussões na função sexual da mulher nesse período, para que lhe seja fornecida melhor assistência, proporcionando-lhe maior conforto e bem-estar nesta fase de sua vida.

REFERÊNCIAS

ABDO CHN, MOREIRA JUNIOR ED, OLIVEIRA JUNIOR WM, FITTIPALDI JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. Rev. Bras Med; 2002; 59(4): 250-7.

BACHMAN G, OZA D. Female androgen insufficiency. ObstetGynecol Clin North Am. 2006

BACHMANN GA, NEVADUNSKY NS. Diagnosis and treatment of atrophic vaginitis. Am Fam Physician. 2000;61: 3090-6.

LARA LAS, SILVA ACJSR, ROMÃO APMS, JUNQUEIRA FRR. Abordagem das disfunções sexuais femininas. Rev. Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(6):312-21.

LEÃO LMCSM, DUARTE MPC, FARIAS MLF. Female androgen insufficiency and potential risks of therapeutic replacement. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005; 49(2): 205-216.

LEIS L, BUSSO CE, ANTUNES JÚNIOR N, TOGNOTTI E, TSO LO, BUSSO NE. Avaliação da sexualidade em mulheres inférteis. Rerod Clim; 2013; 27(3):86-90.

LIMA SMRR, SILVA HFSS, POSTIGO S, AOKI T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. Arq. Med Hosp. Fac. Ciênc. Med Santa Casa São Paulo; 2010; 55(1): 1-6.

ROCCA WA et al. Long-term risk of depressive and anxiety symptoms after early bilateral oophorectomy. Menopause, v. 15, n. 6, 2008.

RUFINO AC, MADEIRO A, GIRÃO MJBC. Sexuality education in Brazilian medical schools. J Sex Med; 2014; 11:1110-1117.

SALIMENA AMO, SOUZA IEO. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia: uma contribuição da enfermagem para a integralidade da assistência ginecológica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 637-644,2008.

SMELTZER SC, BARE BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2004.

SORIA HLZ et al. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015.

Capítulo

07

Imunidade e hipogonadismo hipergonadotrofico

Carolina Matter de Souza LIMA
Marizon da Costa Armstrong JUNIOR

As gônadas humanas são reguladas através de um sistema hierárquico e sequencial de interação entre substratos hormonais, receptores específicos e retroalimentação: o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Logo, uma falha em qualquer dessas etapas implica em uma disfunção da atividade glandular dessas gônadas. O hipogonadismo é a falha da produção hormonal pelos ovários (estrógeno e progesterona) e testículos (andrógenos). É classificado quanto aos níveis de gonadotrofinas produzidas pela hipófise (Hormônio Folículo Estimulante [FSH] e Hormônio Luteinizante [LH]) em Hipogonadotrófico quando a deficiência na produção hormonal ovariana/testicular é consequência de um mau funcionamento central (Hipotálamo-Hipófise) resultando em baixos níveis dessas gonadotrofinas e Hipergonadotrófico quando a falha é na própria gônada e, portanto, cursando com elevados níveis de FSH e LH.

Hipogonadismo hipergonadotrófico feminino e doenças autoimunes

A falência ovariana prematura (FOP) é definida como a associação de amenorreia, deficiência de esteroides sexuais e níveis elevados de gonadotrofinas séricas antes dos 40 anos de idade que se manifesta por anovulação, infertilidade e resulta em importante impacto psicológico.

Apresenta uma incidência de 1 para 100 mulheres antes dos 40 anos e 1 para 1000 mulheres antes dos 20 anos.

Na literatura médica também é denominada de amenorreia hipergonadotrófica, menopausa precoce ou climatério precoce, todavia a noção de “condição permanente” atribuída a FOP e sua sinonímia não representa a atual abrangência do conceito que a envolve; evidências de função ovariana intermitente, inclusive com registro de gestações espontâneas após a confirmação diagnóstica de FOP, sugerem uma adequação na nomenclatura para insuficiência ovariana prematura (IOP).

A associação da IOP com doenças autoimunes é bem conhecida e ocorre em 4 a 30% dos casos.

A etiopatogenia da autoimunidade atribuída à IOP é baseada em três pontos: presença de anticorpos antiovarianos (AAO), evidências histológicas de ooforite linfocítica e concomitância com outros distúrbios autoimunes.

Anticorpos antiovarianos

São descritos anticorpos antiovarianos (anticélulas produtoras de hormônio esteroide, antigonadotrofinas e seus receptores, antizona pelúcida, antioócito, anticorpo lúteo, anticardiolipina e anticorpos antinucleares) em 3 a 66% de mulheres com IOP. Não se sabe ao certo o quanto estes AAO são patogênicos ou se são secundários à liberação de antígenos após dano celular.

A multiplicidade dos autoantígenos suspeitos e anticorpos relacionados ilustra a variedade do processo patológico na gênese do acometimento ovariano.

Atualmente, não há um marcador sérico válido que isoladamente comprove o diagnóstico de IOP autoimune.

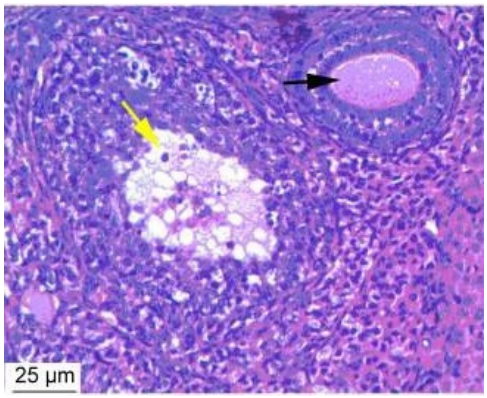
Ooforite linfocítica

Existem evidências histopatológicas do acometimento ovariano autoimune em 9,1-11% das amostras de biópsias ovarianas pertencentes a mulheres com cariótipos normais e com amenorreia hipergonadotrófica. Raramente são identificadas em pacientes sem doença de Addison. O sinal característico da ooforite autoimune é a identificação da infiltração celular dos folículos por macrófagos, células natural killer, linfócitos T, células plasmáticas e linfócitos. O quadro histológico específico é poupador de folículos primários e envolvimento dos folículos em desenvolvimento pela infiltração linfocitária das células da teca.

Embora a depleção folicular seja o estágio final dessa condição autoimune, as amostras histológicas dos tecidos ovarianos revelam os folículos em desenvolvimento em tamanhos variados na maioria das mulheres. Esta observação suporta o possível efeito positivo dos agentes imunossupressores na restauração das funções ovarianas.

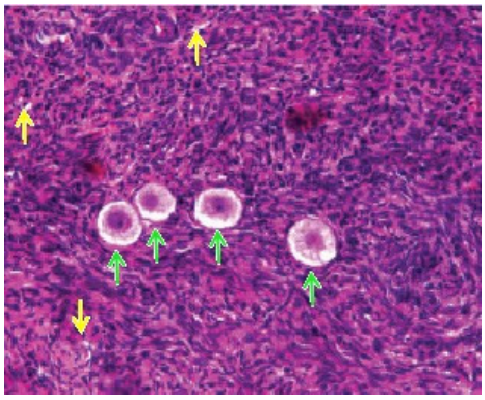
As figuras 1 e 2 representam, respectivamente, o desenvolvimento folicular normal e a ooforite autoimune.

Figura 1 – Desenvolvimento folicular normal



Nota: Desenvolvimento normal de folículos primários (seta preta) e folículos secundários (seta amarela)
Fonte: Adaptado de Hong F; Wang L, 2018

Figura 2 – Ooforite autoimune



Nota: Folículos primários são poupados pela inflamação (setas verdes); Apoptose das células da granulosa (setas amarelas)
Fonte: Adaptado de Varras M et al., 2013

Associação com outras doenças autoimunes

O ovário é um alvo comum de doenças autoimunes tanto sistêmicas como órgão específica. Cerca de 10% a 55% das mulheres com IOF apresentam distúrbios autoimunes associados.

A doença autoimune da tireoide é a alteração mais frequente associada a IOP (14% a 60%) seguida pela doença de Addison (DA) em 2% a 20% dos casos, presença de anticorpos anticélulas parietais (4%), diabetes mellitus tipo 1 (2%) e miastenia gravis ou positividade para anticorpos antirreceptores de acetilcolina (2%).

A associação de duas ou mais doenças endócrinas autoimunes com ou sem a presença de outras doenças autoimunes não endocrinológicas é denominada de síndrome poliglandular autoimune (SPA) e apresenta dois principais tipos: a SPA tipo 1 e a SPA tipo 2, uma divisão em tipo 3 e 4, derivadas da SPA tipo 2, também é descrita na literatura, entretanto sem atribuir vantagem à prática clínica.

A SPA tipo 1 é caracterizada por uma doença autossômica recessiva no gene regulador autoimune (AIRE1), é reconhecida na 1ª década de vida e para seu diagnóstico necessita de 2 dos 3 componentes: doença de Addison (insuficiência suprarrenal), candidíase mucocutânea crônica ou hipoparatiroidismo idiopático. Já a SPA tipo 2 é uma doença mais prevalente em mulheres, na proporção de 3:1, poligênica com padrão de transmissão semelhante ao autossômico dominante, com penetrância incompleta; envolve os genes HLA-DR3, HLA-DR4, MIC-A, PTPN22 e CTLA-4. É diagnosticada na presença de insuficiência adrenocortical primária autoimune, ou seja, DA, em associação com uma das outras duas manifestações clínicas principais: disfunção tiroidiana autoimune (Síndrome de Schmidt) e/ou diabetes mellitus tipo 1 (Síndrome de Carpenter).

A IOP está presente em 17% a 72% dos casos de SPA tipo 1 e em 4% a 25% dos casos de SPA tipo 2

Associações com doenças autoimunes não endócrinas, como púrpura trombocitopênica idiopática, vitiligo, alopecia, anemia perniciosa, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren, hepatite crônica ativa, anemia autoimune hemolítica, doença de Crohn e artrite reumatoide, também são conhecidas (Quadro 1).

Quadro 1 - Doenças autoimunes associadas

Alopecia
Anemia (hemolítica e primária)
Doença de Crohn
Hepatite crônica
Diabetes mellitus
Doença de Addison
Hipoparatireoidismo
Hipofisite
Púrpura trombocitopênica
Artrite reumatoide juvenil
Ceratoconjuntivite
Síndrome de mal absorção
Miastenia gravis
Cirrose biliar primária
Imunoglobulinopatias
Lúpus Eritematoso Sistêmico
Doença de Graves
Tireoidite
Vitiligo

Fonte: Adaptado do Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica

Manejo clínico

Atuando sobre os sintomas climatéricos, a cognição, a fertilidade e ainda nas saúdes cardiovascular, óssea e mental, a conduta clínica adequada na mulher com IOP visa a prolongar a expectativa de vida sem desconsiderar sua qualidade.

Em recente publicação a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) revisou, baseando em evidências, o tratamento da IOP. Foram adotados os graus de recomendação, em virtude dos tipos de evidências, dispostos no Quadro 2.

Quadro 2 - Interpretação dos graus de recomendação para a avaliação inicial e manejo de mulheres com IOP

Grau de Recomendação	Tipo de Evidência
A	Metanálise, revisão sistemática ou múltiplos ECRs (alta qualidade) Metanálise, revisão sistemática ou múltiplos ECRs (moderada qualidade)
B	ECR único, grande estudo não randomizado, caso-controle ou estudos de coorte (alta qualidade)
C	ECR único, grande estudo não randomizado, caso-controle ou estudos de coorte (moderada qualidade)
D	Estudos não analíticos, relatos de casos ou séries de casos (qualidade alta ou moderada)
E	Opinião de especialistas

Nota: ECR – Ensaio Clínico Randomizado
Fonte: Adaptado do ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency, 2016

Enfatizando que o manejo adequado depende de um diagnóstico preciso o primeiro questionamento foi *"Quais investigações devem ser realizadas para diagnóstico de IOP?"* e apresentou como resposta:

• Critérios diagnósticos: (a) oligo/amenorreia por pelo menos 4 meses e (b) nível elevado de FSH (> 25 UI/L) aferido em duas ocasiões com intervalo superior a 4 semanas. [E]

Ampliando o enfoque sobre o diagnóstico, os questionamentos "*Quais são as causas conhecidas da IOP e como devem ser investigadas?" e "Com que frequência os testes de autoanticorpos devem ser repetidos?"* apresentaram como respostas, em relação a IOP autoimune:

• A pesquisa de anticorpo anti-21 hidroxilase (ou alternativamente outros anticorpos adrenocorticais [AAC] como anticorpos anti-17β-hidroxilase, anti-P450scc e anti-3β-hidroxiesteroide desidrogenase) deve ser considerada em mulheres com IOP de causa desconhecida (idiopática) ou se houver suspeita de um distúrbio imunológico; [C]

• Encaminhar os pacientes portadores de IOP com um teste positivo de anti-21 hidroxilase/AAC a um endocrinologista para testar a função adrenal e descartar a possibilidade de doença de Addison; [C]

• O rastreamento de anticorpos da tireoide (anti-Tireoperoxidase [anti-TPO]) deve ser realizado em mulheres com IOP de causa desconhecida ou se houver suspeita de uma doença imunológica; [C]

• Em mulheres com um teste anti-TPO positivo, o Hormônio Tireoestimulante (TSH) deve ser medido anualmente; [C]

• Não há evidências suficientes para recomendar a triagem rotineira de diabetes mellitus na IOP; [D]

• Não há indicação de rastreamento de infecção em mulheres com IOP; [D]

• Se os anticorpos anti-21 hidroxilase/AAC e anti-TPO forem negativos em mulheres com IOP, não há indicação para novo teste; a menos que sinais ou sintomas dessas doenças endócrinas se desenvolvam. [C]

No tópico consequências da IOP os questionamentos "Quais são as consequências da IOP para a fertilidade, saúde óssea, sistema cardiovascular, bem-estar psicológico, sexualidade, função neurológica e qualidade de vida?" foram respondidos assim:

• As mulheres com IOP devem ser informadas que existe uma pequena chance de gravidez espontânea, mas devem ser aconselhadas a usar contraceptivos se quiserem evitar a gravidez; [E]

• IOP está associada à redução da densidade mineral óssea (DMO); [B]

• É muito provável que a DMO reduzida indique que a IOP está associada a um risco aumentado de fratura, embora não haja evidências adequadas; [E]

• As mulheres com IOP têm um risco aumentado de doença cardiovascular e devem ser aconselhadas sobre os fatores de risco influenciados por mudanças comportamentais (tabagismo, atividade física resistida e manutenção do peso); [B]

• Um diagnóstico de IOP tem um impacto negativo, porém significativo, no bem-estar psicológico e na qualidade de vida; [D]

• Deve-se questionar rotineiramente sobre o bem-estar sexual e a função sexual em mulheres com IOP; [E]

• O possível efeito prejudicial sobre a cognição deve ser discutido no planejamento da histerectomia e/ou ooforectomia com idade inferior a 50 anos, especialmente por razões profiláticas. [D]

Quanto ao tratamento o guideline apresentou como perguntas orientadoras: "Quais intervenções na fertilidade são efetivas?", *"Quais a opções de tratamento para ganho e proteção óssea?", "A reposição de estrogênio é cardioprotetora?", "Quais as opções de manejo para qualidade de vida diminuída, sexualidade e função neurológica associadas a IOP?"* e *"Quais as indicações, os riscos e as opções de terapia hormonal (TH) na IOP"* e as soluções foram:

• Não há intervenções confiáveis em aumentar a atividade ovariana e as taxas de concepção natural na IOP; [A]

• A doação de ovócitos é a opção estabelecida para fertilidade em mulheres com IOP; [C]

• Orientar que a doação de ovócitos provenientes de irmãs acarreta um risco maior de cancelamento do ciclo; [C]

• Mulheres com IOP estabelecida já perderam a oportunidade de preservação da fertilidade; [E]

• As gestações oriundas de ovodoação são consideradas de alto risco, principalmente por aumento da incidência de pré-eclâmpsia e devem ter sua pressão arterial, função renal e função tireoidiana avaliadas antes da concepção; [C]

• Manutenção da ingestão adequada de cálcio e vitamina D na dieta e quando necessário suplementá-los; [C]

• A reposição de estrogênio é recomendada para manutenção da saúde óssea e prevenção da osteoporose; é plausível que reduza o risco de fraturas; [C]

• A pílula contraceptiva oral combinada pode ser apropriada para algumas mulheres, todavia os efeitos sobre a DMO são menos favoráveis; [C]

• Outros tratamentos farmacológicos, incluindo bifosfonatos, só devem ser considerados com aconselhamento de um especialista em osteoporose. Atenção especial se aplica às mulheres que desejam engravidar (efeito de longo prazo); [C]

• Apesar da inexistência de estudos longitudinais, a TH com início precoce é fortemente recomendada em mulheres com IOP objetivando controlar o risco futuro de doença cardiovascular e deve-se mantê-la pelo menos até a idade média da menopausa natural; [C]

• Intervenções psicológicas e de estilo de vida, como a terapia cognitivo-comportamental, devem ser acessíveis às mulheres com IOP; [B]

• A reposição adequada de estrogênio é considerada um ponto de partida para normalizar a função sexual. Pode ser necessário estrogênio local para tratar a dispareunia; [C]

• As mulheres com IOP devem receber aconselhamento adequado sobre a possibilidade de usar a suplementação de testosterona para que possam fazer uma escolha informada, sabendo que a eficácia e a segurança a longo prazo são desconhecidas; [B]

• Se a terapia com andrógenos for iniciada, o efeito do tratamento deve ser avaliado após 3-6 meses e deve ser limitado a 24 meses; [E]

• Apesar de TH sistêmica aparentemente adequada, mulheres com IOP podem apresentar sintomas geniturinários, nessa situação os estrogênios tópicos podem ser associados à TH sistêmica; [D]

• Os lubrificantes são úteis para o tratamento do desconforto vaginal e dispareunia para mulheres que não usam TH; [C]

• A terapia estrogênica com intuito de reduzir o possível risco de comprometimento cognitivo deve ser considerada em mulheres com IOP, pelo menos até a idade média da menopausa natural; [C]

• Mulheres com IOP devem ser informadas que a TH não tem elevado o risco de câncer de mama antes da menopausa natural; [D]

• O progestógeno deve ser administrado em associação à terapia estrogênica, afim de proteger o endométrio em mulheres com útero intacto; [B]

• O 17-βestradiol é preferido ao etinilestradiol ou estrogênios equinos conjugados para TH estrogênica; [C]

• As mulheres devem ser informadas que, embora possa haver vantagens em favor da progesterona natural micronizada, a evidência mais forte de proteção endometrial é com o tratamento oral combinado e cíclico; [E]

• A preferência da mulher pela via e pelo método de administração de cada componente da TH deve ser considerada durante a prescrição, bem como as necessidades contraceptivas; [E]

No Quadro 3 encontra-se o resumo da indução de puberdade proposto pela ESHRE.

Quadro 3 - Terapia de substituição estrogênica na adolescência

Idade (anos)	Sugestões Idade-Específica	Preparação/Dose/Comentário
12 – 13	Sem desenvolvimento espontâneo e FSH elevado, iniciar dose baixa de estrogênios.	17β-estradiol (E2) E2 transdérmico: 6,25 mg/dia via patch E2 oral micronizado: 5 mg/kg/dia ou 0,25 mg/dia
12,5 – 15	Aumentar gradualmente a dose de E2 no intervalo de 6 a 12 meses em 2 a 3 anos até a dose de adulto.	E2 Transdérmico: 12,5; 25; 37,5; 50; 75; 100mg/dia (Dose de adulto: 100–200 mg/dia) E2 Oral: 5; 7,5; 10; 15mg/kg/dia (Dose de adulto: 2– 4 mg/dia)
14 – 16	Iniciar progestógeno cíclico após 2 anos de E2 ou quando ocorrer a menarca	Progesterona oral micronizada 100–200mg/dia ou Didrogesterona 5-10mg/dia durante 12-14 dias/mês

Fonte: Adaptado do ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency, 2016

Perspectiva atual e objetivos futuros

Enquanto o uso de imunossupressores, transplante de células tronco, preservação tecidual ovariana, autotransplante ovariano, melatonina e DHEA são ainda perspectivas futuras para ampliar o arsenal terapêutico nas IOPs, o manejo clínico oportuno e integrativo, suporte psicológico, abordagem para fertilidade, prevenção/tratamento de doenças associadas (autoimunes) ou decorrentes do próprio hipoestrogenismo e, principalmente, da terapia hormonal, permanece como a pedra angular no tratamento dessa condição clínica devastadora para as mulheres que ainda se encontram em idade reprodutiva.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

ALI MOHAMED, M. S. A new strategy and system for the ex vivo ovary perfusion and cryopreservation: An innovation. International Journal of Reproductive BioMedicine, v. 15, n. 6, p. 323–330, 1 jul. 2017.

ASSUMPÇÃO, C. R. L. DE. Falência ovariana precoce. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 58, n. 2, p. 132–143, mar. 2014.

EBRAHIMI, M.; AKBARI ASBAGH, F. Pathogenesis and causes of premature ovarian failure: an update. International Journal of Fertility & Sterility, v. 5, n. 2, p. 54–65, jul. 2011.

EBRAHIMI, M.; AKBARI ASBAGH, F. The role of autoimmunity in premature ovarian failure. Iranian Journal of Reproductive Medicine, v. 13, n. 8, p. 461–472, ago. 2015.

ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. Human Reproduction, v. 31, n. 5, p. 926–937, maio 2016.

GOUVEIA, S. et al. Síndrome poliglandular autoimune tipo 2: caracterização clínico-laboratorial e recomendações de abordagem e seguimento. p. 14, 2010.

HONG, F.; WANG, L. Nanosized titanium dioxide-induced premature ovarian failure is associated with abnormalities in serum parameters in female mice. International Journal of Nanomedicine, v. Volume 13, p. 2543–2549, abr. 2018.

JANKOWSKA, K. Premature ovarian failure. Menopausal Review, v. 2, p. 51–56, 2017.
SAIF, A.; ASSEM, M. Premature ovarian failure could be an alarming sign of polyglandular autoimmune dysfunction. Endocrine Regulations, v. 51, n. 2, p. 114–116, 25 abr. 2017.

SOBRAC, Sociedade Brasileira de Climatério. Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica. São Paulo: Segmento, 2003.

TORREALDAY, S.; KODAMAN, P.; PAL, L. Premature Ovarian Insufficiency - an update on recent advances in understanding and management. F1000Research, v. 6, p. 2069, 29 nov. 2017.

VARRAS, M. et al. Autoimmune oophoritis: Clinical presentation of an unusual clinical entity. OA Case Reports, v. 2, n. 1, jan. 2013.

VILODRE, L. C. et al. Falência ovariana prematura: aspectos atuais. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 51, n. 6, p. 920–929, ago. 2007.

WU, C. et al. Tracing and Characterizing the Development of Transplanted Female Germline Stem Cells In Vivo. Molecular Therapy, v. 25, n. 6, p. 1408–1419, jun. 2017

Capítulo

08

Bruna Maria de Moura SOARES

Genitália externa em mulheres ooforectomizadas

Anatomia da genitália externa

Os órgãos genitais externos da mulher são denominados, em conjunto, de pudendo feminino, ou vulva. Deste fazem parte o monte do púbis, lábios maior e menor, vestíbulo da vagina, bulbo do vestíbulo, óstio vaginal, glândula vestibular maior, glândulas vestibulares menores, clitóris e uretra feminina (DÂNGELO, FATTINI, 2005).

O monte do púbis é uma elevação mediana, anterior à sínfise púbica e constituída principalmente de tecido adiposo, que se continua posteriormente com duas pregas proeminentes, os lábios maiores do pudendo. Apresenta pelos espessos após a puberdade, com distribuição característica, que também cobrem a superfície externa dos lábios maiores do pudendo. Os lábios maiores são duas pregas cutâneas, alongadas anteroposteriormente, que se estendem do monte do púbis ao períneo e delimitam entre si a fenda, a rima do pudendo. Na face lateral a pele é pigmentada e, após a puberdade, coberta de pelos. Já as faces mediais dos lábios maiores são róseas, úmidas, lisas e glabras.

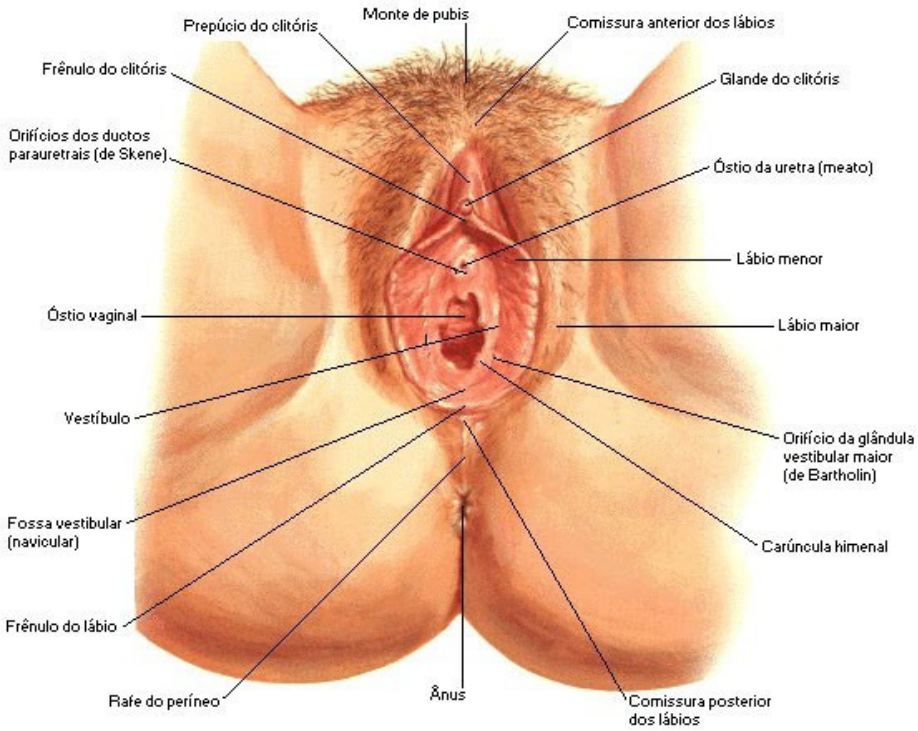
Os lábios menores correspondem a duas pequenas pregas cutâneas, localizadas medialmente aos lábios maiores. A pele que os recobre é lisa, úmida e vermelha. Ficam escondidos pelos lábios maiores, exceto nas crianças e idosos, quando os lábios maiores contêm menos tecido adiposo e consequentemente menos volume. Cada lábio menor apresenta abundante tecido conjuntivo elástico, sem gordura, com fascículo de células musculares e numerosas veias calibrosas, o que lhe confere, no conjunto, as características de tecido erétil: na excitação sexual os lábios menores tornam-se túrgidos. O espaço entre os lábios menores é o vestíbulo da vagina, onde se apresentam o óstio externo da uretra, o óstio da vagina, o hímen (quando presente) e os orifícios dos ductos das glândulas vestibulares.

O clitóris é homologo do pênis ou, mais exatamente, dos corpos cavernosos. Possui duas extremidades fixadas ao ísquio e ao púbis, os ramos do clitóris, que depois se juntam formando o corpo do clitóris, e este termina por uma dilatação, a glande do clitóris. O clitóris é uma estrutura rudimentar quando comparado ao pênis e apenas a glande do clitóris é visível, no local onde se fundem anteriormente os lábios menores. O clitóris e, mais particularmente sua glande, é estrutura extremamente sensível e ligada à excitabilidade sexual feminina. O bulbo do vestíbulo é formado por duas massas pares de tecido erétil, alongadas e dispostas como uma

ferradura ao redor do óstio da vagina. Não são visíveis na superfície porque estão profundamente situadas, recobertas que são pelos músculos bulboesponjosos. São os homólogos rudimentares do bulbo do pênis e porção adjacente do corpo esponjoso. Quando cheios de sangue, dilatam-se e, desta forma, proporcionam maior contato entre o pênis e o orifício da vagina.

Glândulas vestibulares maiores são em número de duas, situadas profundamente e nas proximidades do vestíbulo da vagina, onde se abrem seus ductos. Durante o coito são compridas e secretam um muco, que serve para lubrificar a porção inferior da vagina. As glândulas vestibulares menores, em número variável, têm seus minúsculos ductos se abrindo no vestíbulo, entre os óstios da uretra e da vagina. De modo geral, a glândulas da pele da região do vestíbulo e as glândulas da mucosa da vagina produzem secreção nos momentos preparatórios e durante o coito, visando a tornar as estruturas úmidas e propícias à relação sexual.

Figura 1. Períneo e órgãos genitais externos – sexo feminino



Fonte: Lâmina 354 A – NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000

Hipogonadismo hipergonadotrófico: efeitos da ooforectomia na genitália externa

A ooforectomia bilateral costuma ser oferecida juntamente à histerectomia ou a outras cirurgias intra-abdominais como forma de prevenir o câncer de ovário e cirurgias subsequentes por doença ovariana benigna, e, ainda, como tratamento

para dor pélvica crônica e endometriose sintomática (AVERETTE, NGUYEN, 1994; NAMNOUM et al., 1995).

A ooforectomia efetuada tanto no estágio da transição menopausal como no da pós-menopausa acarreta expressivo comprometimento endócrino. Fisiologicamente, durante o processo do envelhecimento ovariano, observa-se queda progressiva na população de folículos, redundando em 20.000 folículos em torno dos 37 aos 38 anos. A partir daí, apesar do comprometimento funcional da gônada, a esteroidogênese ainda se mantém preservada por um período, até a população alcançar 1.000 folículos, quando o ovário cessa a produção estrogênica, instalando-se, então, a menopausa (AOKI, RIBEIRO, GHI, 2008).

Após a menopausa, o ovário ainda persiste como um órgão endócrino ativo, pois mesmo sem a síntese folicular do estradiol, o estroma ovariano continua a produzir testosterona e androstenediona, que, nos tecidos periféricos (gordura e músculos), sob ação da aromatase, são convertidos em estrogênios (estrona). Dessa forma, no estágio da pós-menopausa, apesar da redução dos níveis do estradiol sérico, os androgênios e, especialmente, a testosterona mostram-se dentro da faixa da normalidade (VERMEULEN, 1998; OVERLIE, 1999). Interessante estudo confirmou a fisiologia acima descrita, mostrando que mulheres ooforectomizadas após a menopausa exibem redução de 40 a 50% na estrona sérica, decorrente da ausência de androgênios ovarianos e, portanto, diferente dos valores normais da estrona nas mulheres com ovários preservados nesse período (LAUGHLIN, 2000).

Com esses dados da fisiologia ovariana após a menopausa, torna-se claro compreender as repercussões endócrinas da ooforectomia bilateral: a retirada cirúrgica dos ovários propicia redução abrupta dos níveis de estradiol e testosterona séricos, tanto na transição como na pós-menopausa. As repercussões imediatas e mais intensas são as ondas de calor, que acometem 90% das mulheres ooforectomizadas, diferentemente dos 50% observados naquelas com menopausa natural. A atrofia cutaneomucosa (pele e urogenital) se instala em médio prazo, bem como outras manifestações decorrentes da queda da testosterona, como distúrbios do humor, queda da libido e redução da energia, que comprometem ainda mais a saúde da mulher (OLDENHAVE, 1993). O hipogonadismo hipergonadotrófico provocado pela ooforectomia pode resultar ainda em distúrbios da cognição, doenças psiquiátricas, osteoporose, e acréscimo nas taxas de doenças cardiovasculares, sendo esta a principal causa de morte na pós-menopausa (ROCCA et al., 2007; MOSCUCCI, CLARKE, 2007).

As manifestações clínicas em relação à instalação do hipoestrogenismo se faz de forma diferente nas mulheres, na dependência de diversos fatores – produção basal de estrogênio pelas suprarrenais e ovários, conversão periférica, obesidade, uso de medicamentos, frequência sexual, sensibilidade individual às oscilações hormonais, fatores psicoemocionais, alimentação, etc. Em relação ao tecido (mucosa) que reveste o aparelho geniturinário, a maioria das mulheres após a menopausa apresenta algum grau de adelgaçamento, diminuição de lubrificação e maior fragilidade nas relações sexuais. Sintomas como disúria, síndrome uretral, urgência miccional, infecções urinárias, dor e ardor ao coito também são manifestações pre-

sentes (BRASIL, 2008).

Nos órgãos genitais externos as alterações regressivas são especialmente marcantes. Nos grandes lábios há diminuição do colágeno, observando-se perda da turgência, diminuição da espessura da pele e da secreção das glândulas sebáceas e sudoríparas. Apresentam ainda redução do tecido elástico e do tecido gorduroso subcutâneo tornando-se menor e com enrugamento da epiderme. Os pelos pubianos são escassos e mais finos. Os pequenos lábios tornam-se proeminentes e as glândulas de Bartholin atrofiam. O clitóris é normal, podendo às vezes estar discretamente aumentado, em face dos níveis elevados de androgênios que provêm do estroma ovariano e da suprarrenal. A parede vaginal apresenta epitélio fino, pálido, ressecado e até algumas vezes inflamado (vaginite atrófica). A retração do introito vaginal é mais intensa quando a paciente não tem atividade sexual ou esta é esporádica, o que pode gerar intensa dispareunia e até sangramento. Sintomas como prurido, irritação, ardência também estão presentes e interferem negativamente no funcionamento sexual da mulher menopausada (FLEURY, 2004; BULCÃO et al., 2004; FEBRASGO, 2010; DEDICAÇÃO, 2012).

O estado hipoestrogênico ainda está associado com o afinamento da mucosa uretral, mudanças na pressão de fechamento com diminuição do tônus do esfíncter uretral e mudanças no ângulo uretrovesical, alterações fisiológicas essas que contribuem para a ocorrência de infecção urinária de repetição e incontinência urinária (SCHNEIDER, 2007; KHAZALI, HILLARD, 2009; CODY et al, 2009; FEBRASGO, 2010)

Os sintomas urogenitais decorrentes do hipoestrogenismo revertem rapidamente com a reposição hormonal, quer sistêmica, quer tópica, sendo a reposta tanto mais rápida quanto maior a potência do fármaco. A estrogenioterapia produz uma melhora clínica da incontinência urinária e dos sintomas genitais, apesar de ainda se discutir esse efeito. Estudos com Vitamina D, tem demonstrado melhora na regulação e crescimento do epitélio escamoso vaginal, essa podendo ser uma alternativa futura para o tratamento não-hormonal de sintomas urogenitais (FEBRASGO, 2010).

Em relação ao exame físico deve-se proceder à inspeção cuidadosa da vulva com atenção para a ocorrência de ardor, alterações do trofismo, coloração ou adelgaçamento da pele e mucosa. Na inspeção dinâmica são comuns as distopias, com prolapsos genitais nos mais variados graus e naturezas, acompanhados ou não de roturas perineais, sendo um bom momento para indicação cirúrgica quando necessário e/ou orientação da necessidade de realizar exercícios para recuperação da tonicidade muscular da pelve. A inspeção da vulva deve ser realizada rotineiramente uma vez ao ano, durante o exame físico e caso haja anormalidades, deve-se proceder à genitoscopia e à biópsia (BRASIL, 2008).

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

AOKI, T.; RIBEIRO, A. L.; GHI, J. M. A. Ooforectomia durante cirurgia pélvica para doenças benignas em mulheres na perimenopausa. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(2):51-4

AVERETTE, H. E.; NGUYEN, H. N. The role of prophylactic oophorectomy in cancer prevention. Gynecol Oncol. 1994;55(3 Pt 2):S38-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9).

BULCÃO, C. B, et al. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. Ciências Cognição. 2004;1:54-75.

CODY, J. D, et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD001405.

DÂNGELO, J. G.; FATTINI, C. A. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 2005.

DEDICAÇÃO, A. C. Dor, qualidade de vida e depressão em mulheres climatéricas, adscritas a uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. São Carlos, 2012.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Climatério, 2010.

FLEURY, H. J. Sexualidade: Menopausa e Andropausa. Rev Bras Psicodrama. 2004;12(2):85-98.

KHAZALI, S.; HILLARD, T. The postmenopausal bladder. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine. 2009;19(6):147-51.

LAUGHLIN, G. A. et al. Hysterectomy, oophorectomy, and endogenous sex hormone levels in older women: the Rancho Bernardo Study. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85(2):645-51.

MOSCUCCI, O.; CLARKE, A. Prophylatic oophorectomy: a historical perspective. J Epidemiol Commun Health. 2007;61(3):182-4.

NAMNOUM, A. B. et al. Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. Fertil Steril. 1995;64(5):898-902.

NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

OLDENHAVE, A. et al. Hysterectomized women with ovarian conservation report more severe climacteric complaints than do normal climacteric women of similar age. Am J Obstet Gynecol. 1993;168 (3 Pt 1):765-71.

OVERLIE I. et al. The endocrine transition around menopause--a five years prospective study with profiles of gonadotropines, estrogens, androgens and SHBG among healthy women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78(7):642-7.

SCHNEIDER, H. P. G. Issues relating to quality of life in postmenopausal women and their measurement. In: Lobo RA, editor. Treatment of the Postmenopausal Woman. Basic and Clinical Aspects. 3rd ed. London: Elsevier; 2007. p. 639-54.

VERMEULEN, A. Plasma androgens in women. J Reprod Med. 1998;43(8 Suppl):725-33.

Capítulo

09

A mama hipoestrogênica

Dillyane Carvalho de LIMA

Muitos estudos mostram os potencias benefícios da realização da ooforectomia como medida profilática para a redução do câncer de mama e ovário, principalmente nas populações de risco com mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. E, embora a medicina ainda apresente muitas controvérsias para a realização da ooforectomia durante ou após a histerectomia devido ao expressivo comprometimento endócrino, essa medida profilática é altamente recomendada apesar de pouco praticada.

A maioria dos tumores mamários são hormônio dependentes e as portadoras de mutação gênica BRCA1 e BRCA2 possuem 80% de risco de câncer de mama. Estudos mostram que a ooforectomia bilateral profilática indicada antes dos 50 anos pode aumentar os benefícios da prevenção dos cânceres de mama e ovário e a redução do número de futuras ooforectomias. Propiciando uma redução do risco para esta neoplasia pela metade, enquanto a mastectomia profilática reduz o risco do agravo mamário em 90% e a ooforectomia o faz em 50% (ALDRIGHI; RIBEIRO; AOKI, 2008; ALDRIGHI; WOLF; SOUZA et al., 2009).

Um estudo realizado com mulheres de elevado risco para o desenvolvimento de câncer de mama e/ou ovário (presença de mutação no gene supressor tumoral BRCA1) e que foram submetidas à ooforectomia redutora de risco bilateral, observou-se que, no período de seguimento de cinco anos, aquelas submetidas ao procedimento cirúrgico apresentaram redução significativa no risco de câncer de mama em detrimento ao grupo controle (HR=0,55 com IC95%: 0,36 a 0,85)33. Outro estudo com tempo de seguimento de seis anos, demonstrou que a realização da ooforectomia bilateral esteve associada tanto à redução do câncer de mama quanto de ovário para pacientes BRCA1 e/ou BRCA2 positivas (AMB, 2016).

A mama é formada por uma quantidade variável de tecidos adiposo, conjuntivo e epitelial, que compõem a sua densidade radiológica. Na mamografia observam-se duas densidades: a densidade de gordura, que reflete a quantidade de tecido adiposo e a densidade de água, que reflete o conteúdo de tecidos conjuntivo e glandular da mama (SIQUEIRA et al, 2004).

Com a chegada da menopausa, há uma involução no epitélio glandular e no tecido acinolobular que se tornam atróficos e são substituídos por células adiposas. Essa involução é progressiva, porém não uniforme, pois algumas mulheres mantêm um padrão mamográfico denso com predomínio de tecido fibroglandular. Essa densidade radiológica elevada assume importância, pois é considerada por alguns

como um dos fatores de risco independentes para câncer de mama (RAMOS; KEMP; SILVA, 2006).

A menopausa cirúrgica está associada a um declínio considerável da qualidade de vida decorrente da diminuição dos níveis de estrogênio. No entanto, de maneira geral, estudos têm demonstrado que a realização da salpingo-ooforectomia redutora de risco bilateral em mulheres portadoras de mutação BRCA1 e/ou BRCA2 determinam impacto na redução do risco de câncer de mama e ovário (AMB, 2016).

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. M; RIBEIRO, A. L.; AOKI, T. Ooforectomia durante cirurgia pélvica para doenças benignas em mulheres na perimenopausa. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.30, n.2, p.51-54.2008.

ALDRIGHI, J.M.; WOLFF, L.P; SOUZA, M.A. Ooforectomia profilática na histerectomia por agravo uterino benigno: evidências atuais. Rev. Assoc. Med. Bras. v.55, n.3, p.236-237.2009.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). BRCA1 e BRCA2 em câncer de mama. 2016. Disponível em: <http://amb.org.br/diretrizes/_DIRETRIZES/brca1-e-brca2-em--cancer-demama/files/assets/basic-html/page-1.html>. Acessado em 17/12/2017.

RAMOS, E. H. M.; KEMP, C.; SILVA, I. D. C. G. Associação entre os polimorfismos HaeIII e MspI do gene para o receptor alfa de estrogênio e densidade mamográfica em mulheres após a menopausa. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2006; 28(10): 581-89.

SIQUEIRA, R. F. C. B. et al. Fatores associados à densidade mamográfica de mulheres na pós-menopausa. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004, vol.26, n.1, pp.45-52.

Capítulo

10

Ooforectomia e suas repercussões no metabolismo ósseo

Carla Larissa Monteiro Ramos PAZ
Wallace Rodrigues de H. MIRANDA

Os efeitos dos esteroides sexuais femininos têm múltiplas funções no organismo e a privação desses hormônios resultam em distúrbios endócrinos e funcionais, tais como, disfunção sexual, perda da libido, maior risco de osteoporose e doenças cardíacas, níveis alterados de lipoproteínas e o ganho ponderal (NETO et al., 2006).

O ovário é uma das principais fontes de produção e liberação dos esteroides femininos, a perda da sua função pode ocorrer por diversas formas: por procedimento cirúrgico (ooforectomia), radioterapia e quimioterapia, além de, quadros infecciosos pélvicos graves com o comprometimento funcional dos ovários (NETO et al., 2006).

A deficiência estrogênica é o principal fator de risco para osteoporose. O osso é um tecido dinâmico que passa por um processo contínuo de formação e reabsorção, suas células estão sob ação de múltiplos fatores locais e sistêmicos que controlam o processo de remodelação, tais como fatores físicos e hormonais. Um desequilíbrio no processo de remodelação causará perda de massa óssea associada à deterioração microarquitetural do esqueleto resultando em um aumento da fragilidade óssea e risco de fraturas (PEREIRA, 2011).

A OMS (Organização mundial de saúde) define osteoporose como uma doença osteometabólica caracterizada por diminuição da massa óssea e alteração na microarquitetura do tecido ósseo, levando ao aumento da fragilidade óssea e do risco de fratura. É a doença osteometabólica mais prevalente no mundo, atinge ambos os sexos e todas as raças e sua prevalência aumenta à medida que a população envelhece. É considerada um problema de saúde pública por causa dos resultados potencialmente devastadores das fraturas.

O estrogênio tem um importante papel na remodelação fisiológica normal, assim, sua deficiência resulta em um desequilíbrio de remodelação, e consequentemente, no aumento substancial do turnover ósseo com predomínio da reabsorção óssea sobre a formação. Esse desequilíbrio pode levar à perda progressiva de osso trabecular, em parte por causa do aumento da osteoclastogênese. E todo esse processo é regulado pelo aumento de citocinas pró-inflamatórias osteoclastogênicas, como a interleucina-1 (IL-1) e o fator de necrose tumoral β (TNF-β), que são regulados negativamente pelo estrogênio. O hipoestrogenismo também reduz a produção de fator de crescimento transformante β (acelerador do apoptose de osteoclastos), aumentando, assim, a sobrevida dos osteoclastos (FERNANDES, 2016).

Embora a deficiência de estrogênio seja a principal causa de osteoporose, existem outras condições que podem estar associadas ao hipoestrogenismo e contribuir para diminuição da resistência óssea na população feminina e por esse motivo também devem ser detectadas durante a avaliação dessas mulher, são elas: doenças do aparelho digestivo (gastrites, pancreatites, doenças hepáticas, etilismo, enterocolopatias crônicas); cirurgias (gastrectomia, gastroplastia, derivação jejuno-ileal); doenças inflamatórias crônicas (espondiloartropatias soronegativas, artrite reumatoide, esclerose sistêmica, Lúpus eritematoso sistêmico, psoríase disseminada, epidermólise bolhosa, pênfigo foliáceo, grande queimado); endocrinopatias (hipogonadismo, síndrome de Tunner, disgenesia gonadal, distúrbios da hipófise, tireoidopatias, hiperparatireoidismo primário e secundário, diabetes, síndrome de Cushing, doença de Addison);

E ainda doenças hematológicas (mastocistose, anemia crônica, talassemias, leucoses); doenças infecciosas (osteomielites, hanseníase, sífilis, paracoccidioidomicose); osteoporose por desuso ou imobilização prolongada (recolhimento em leito por períodos crônicos, imobilizações ortopédicas) e osteoporose induzida pro fármacos (glicocorticosteroide intramuscular ou oral por mais de 3 meses, heparina, lítio, anticonvulsivantes, agonistas da morfina, retinoides, agentes citostáticos, inibidores da aromatase, alumínio, medroxiprogesterona intramuscular) (BUTTROS et al., 2011; FERNANDES, 2016; POLONI, 2015).

A sua principal consequência clínica é fratura osteoporótica, que ocorre principalmente em colo de fêmur, vértebra e punho (NETO et al, 2006). Nas populações caucasianas, cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens com mais de 50 anos terão uma fratura por fragilidade ao longo do restante de suas vidas, e, na população em geral, o risco de uma mulher com 50 anos ou mais apresentar fratura ao longo da vida é de mais de 40% (BUTTROS, 2011; FERNANDES, 2016).

Em 1994, a OMS, desenvolveu um critério diagnóstico de osteoporose baseado nas medições da densidade mineral óssea (DMO) da coluna e do quadril por meio do dual energy x-ray absorptiometry (DEXA), que são reportados em T-score, expresso em unidades de desvio padrão (DP). Este score é baseado em indivíduos do mesmo sexo, raça e etnia, comparando a DMO de mulheres na pós-menopausa com as de adultos jovens entre 20 – 29 anos (BUTTROS et al,2011; FERNANDES,2016). Desta forma, osteoporose é definida por uma DMO na coluna lombar ou fêmur proximal que seja igual ou inferior a -2,5 desvios-padrão abaixo da DMO média de uma população de referência composta por adultos jovens. Através deste método diagnóstico, em 2000, criou-se um novo conceito de osteoporose sendo considerada atualmente como uma desordem esquelética caracterizada por resistência óssea comprometida predispondo a um risco aumentado de fratura, reconhecendo que a resistência óssea é uma função tanto da "quantidade óssea" (DMO) como da "qualidade óssea" (microarquitetura óssea, taxa de remodelação, grau de mineralização e normalidade da matriz óssea) (BUTTROS, 2011; FERNANDES, 2016).

Pode-se citar alguns estudos que mostram a relação da função ovariana no processo de desmineralização óssea, dentre eles o estudo de Modesto e colaboradores, realizado em 1996, cujo objetivo era avaliar os efeitos da falência ovariana

prematura sobre a densidade mineral óssea, para isso, estudaram três grupos de mulheres: Grupo I composto por 45 mulheres que se submeteram à histerectomia e ooforectomia bilateral antes dos 40 anos; Grupo II por 22 pacientes que tiveram menopausa precoce antes dos 40 anos de idade; e Grupo III por 29 mulheres que foram submetidas à histerectomia com ovários preservados antes dos 40 anos.

Os grupos I e II apresentaram valores de DMO semelhantes entre si e menores quando comparados ao grupo III. Assim, os autores concluíram que a menopausa precoce está associada a uma menor densidade mineral óssea e que o déficit total de massa óssea é semelhante nas pacientes que tiveram menopausa prematura cirúrgica (ooforectomia bilateral), bem como nas que sofreram menopausa precoce natural.

Este mesmo grupo realizou outro trabalho, também em 1996, no qual avaliaram os efeitos da ooforectomia bilateral e da histerectomia com preservação de um ou ambos os ovários sobre a massa óssea. Neste trabalho as pacientes ooforectomizadas apresentaram menor densidade óssea que as demais e que tanto a ooforectomia unilateral quanto a preservação ovariana bilateral não geraram uma redução significativa da massa óssea, quando comparadas a mulheres normais de mesma faixa etária.

Outro estudo realizado por Hobeika et al. em 2000, avaliou a densidade mineral óssea de mulheres na pós-menopausa com antecedente cirúrgico de histerectomia com conservação ovariana bilateral, realizada no menacme, comparadas a um grupo de mulheres com menopausa natural não histerectomizadas. Foram incluídas 30 mulheres que tinham sido submetidas à histerectomia e 102 mulheres no grupo de menopausadas naturalmente. Os resultados deste estudo sugeriram que a histerectomia com conservação ovariana bilateral, realizada em mulheres no menacme, não parece ocasionar redução adicional da massa óssea, quando avaliadas na pós-menopausa.

Yoshida et al. , em 2011, observaram que após 6 anos da ooforectomia, a perda óssea é quase o dobro quando comparado com a perda óssea da mulher com menopausa natural. Além disso, Lindsay R., em 1987, comprovou que a terapia estrogênica iniciada 3 anos após a ooforectomia é capaz de restaurar os níveis de densidade mineral óssea aos níveis pré-operatórios. Quando iniciada 6 anos após a ooforectomia, é capaz de parar a perda de massa óssea, porém não é capaz de restaurar aos níveis pré-operatórios.

Já Netto et al. em 2006 descreveram os efeitos da ovariectomia (OVT) experimental no metabolismo ósseo e no ganho ponderal de ratas Wistar adultas. As ratas foram divididas em dois grupos: G1 que foram submetidas à ovariectomia bilateral e o G2 que foram submetidas à uma falsa castração. Após 30 dias, foi coletado sangue para dosagem de estrogênio sérico e após 60 dias os animais foram sacrificados para a realização das análises séricas e ósseas. O consumo de ração e o ganho de peso foram monitorados duas e uma vez por semana, respectivamente. As ratas OVT apresentaram médias estatisticamente maiores ($p<0,05$) para o consumo de dieta, ganho de peso e atividade sérica da fosfatase alcalina e, menores ($p<0,05$) para concentração de estrogênio sérico, conteúdo de cálcio, radiodensidade e li-

mite proporcional ósseo quando comparadas às ratas sham-operadas. Ademais, as ratas OVT apresentaram fêmures com superfície com fossas de reabsorção visivelmente profundas, confirmando que ratas ovariectomizadas são um bom modelo de estudo de osteoporose em mulheres na pós-menopausa.

Estes estudos reforçam a importância de uma abordagem diagnóstica e de avaliação do risco de fratura para as pacientes submetidas à ooforectomia bilateral, o que envolve uma anamnese detalhada e mensuração da densidade mineral óssea, visto que, o hipoestrogenismo é um importante fator de risco para diminuição da densidade óssea e consequentemente maior risco de fraturas.

REFERÊNCIAS

BUTTROS, D.A.B et al. Fatores de risco para osteoporose em mulheres na pós-menopausa do sudeste brasileiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2011; 33(6):295-302.

FERNANDES, C.E.; POMPEI, L.M.; Endocrinologia feminina. Cap. 45, p.715-755. Barueri, SP: Manole,2016.

FILHO, J.M. et al. Efeito da menopausa precoce sobre os valores da densidade mineral óssea em coluna lombar e fêmur proximal. Arq. Bras. Endocrinol Metabol; 40(1): 35-8, mar. 1996.

FILHO, J.M et al. Efeito da ooforectomia e histerectomia sobre a densidade mineral óssea / Effect of oophorectomy and hysterectomy on bone mineral density. Rev. Bras. Ginecol. Obstet; 18(2): 123-8, mar. 1996.

HOBEIKA, J.D. et al. Densidade Mineral Óssea de Mulheres na Pós-menopausa com e sem Antecedente de Histerectomia com Conservação Ovariana Bilateral. RBGO - v. 22, nº 8, 2000.

LINDSAY R. The menopause: sex steroids and osteoporosis. Clin Obstet Gynecol. 1987; 30(4):847– 859.

NETO, C.N.; FRANCO, M.; CUNHA, M.S.; MIYASAKA, C.K. Efeitos da ovariectomia experimental no metabolismo ósseo de ratas Wistar adultas: um modelo para estudo da osteoporose. Rev. Cie. méd. biol., Salvador, v. 5, n. 3, p. 231-238, set./dez. 2006.

PEREIRA, E.C.S. Estudo longitudinal, dos efeitos da deficiência estrogênica sobre o fêmur de ratas. São José dos Campos, SP, 2011. Dissertação (Mestrado em biopatologia bucal) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista, 2011.

POLONI, P.F. et al. Prevalência da baixa densidade mineral óssea e em mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015; 37(1):30-5.

YOSHIDA T, TAKAHASHI K, YAMATANI H, TAKATA K, KURACHI H. Impact of surgical menopause on lipid and bone metabolism. Climacteric. 2011; 14:445–452.

Capítulo

11

Cláudia Cardinalle Lima TEIXEIRA

Alterações osteomusculares do hipogonadismo hipergonadotrófico

O hipogonadismo feminino pode ser caracterizado quando os ovários produzem quantidades inadequadas ou não produz hormônios como o estrogênio e a progesterona. Pode ser classificada em dois tipos, o primário e secundário.

Quando ocorre por problemas nos ovários, acometidos por alguma doença e com isso passam a apresentar falha na produção de hormônios, é chamado hipogonadismo hipergonadotrófico ou primário, consiste na ocorrência de amenorreia, hipoestrogenismo e níveis elevados de gonadotrofinas antes dos 40 anos; por outro lado, o secundário ou hipogonadismo hipogonadotrófico, é aquele onde a falha acontece a nível de hipotálamo-hipófise.

A falência ovariana prematura, responsável por 2 a 3% das causas de infertilidade feminina, é uma condição heterogênea cuja etiologia permanece indeterminada na maioria dos casos.

Como ocorre a falta de hormônios, principalmente o estrogênio – hormônio protetor do coração e dos ossos- aumenta-se o risco de doenças cardiovasculares e osteoporose, além de câncer de mama; infartos; alterações no humor; perda de massa muscular. A principal complicação do hipogonadismo é a infertilidade.

Densidade mineral óssea (dmo)

A massa óssea é determinada principalmente por três fatores: herança genética, estímulos mecânicos e agentes humorais (hormônios, vitaminas e minerais). A falta de estrogênio pode afetar a homeostase óssea, fazendo predominar a reabsorção, pelo aumento da atividade dos osteoclastos. Os ossos ficam, também, mais sensíveis ao hormônio das paratireoides (PTH), resultando em maior catabolismo. Parece ser, ainda, o hipoestrogenismo responsável pela diminuição da di-hidroxilação da vitamina D ao nível renal (o que diminui a absorção intestinal de cálcio) e pela redução da quantidade de calcitonina liberada pela tiroide.

Assim, mulheres que ficam carentes de estrogênio podem apresentar densidade óssea diminuída (osteopenia). Em casos extremos e/ou pequenos traumas ocorre a redução da resistência e maior risco de fratura espontânea, caracterizando, então, a osteoporose, que é uma doença esquelética sistêmica caracterizada por deterio-

ração na qualidade óssea. Dessa forma, os locais mais comuns de fratura são coluna vertebral, quadril e região distal do antebraço e proximal do úmero.

A osteoporose afeta 1 em cada 3 mulheres acima de 50 anos. Alguns estudos sugerem que metade das mulheres na pós-menopausa terá alguma fratura osteoporótica ao longo da vida.

A densitometria óssea é o método não invasivo de melhor acurácia para a determinação da densidade mineral óssea (DMO), que é o melhor preditor isolado do risco de fraturas. O diagnóstico de osteopenia e osteoporose é definido pela The World Organization (WHO) de acordo com o número de desvios-padrão em comparação com o adulto jovem do mesmo sexo (T-escore). A Densidade Mineral Óssea dos pacientes com osteoporose deve ser comparada também com a população da mesma idade e sexo (Z-escore), e um escore menor que -1,5 é considerado muito abaixo do esperado, indicando necessidade de avaliação para causas secundárias.

O exercício físico é também um importante protetor dos ossos. Preserva a massa óssea tanto por ação direta do impacto sobre o esqueleto, como por ação indireta, pelo aumento da força muscular. Tende a ser a massa óssea proporcional à força muscular, pois a maior tração, exercida por músculos mais fortes, serve de estímulo à mineralização dos ossos.

Alterações musculares

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) são um grupo de músculos de controle voluntário, em forma de rede que se localizam na porção inferior da bacia, especificamente entre as coxas e tem a função de sustentar os órgãos internos, função esfincteriana e sexual. Os MAP originam-se no osso púbico (localizado na região baixa do abdômen) e nas paredes laterais dos ossos da bacia e se dirigem para o cóccix (um osso localizado na fenda que separa as nádegas, a ponta do cóccix pode ser palpada no final da fenda interglútea).

Como qualquer outro músculo do corpo, a chamada musculatura do assoalho pélvico pode ir acumulando lesões e enfraquecer progressivamente, deixando de responder à sua função ao longo do tempo. Entre as causas da disfunção do assoalho pélvico, também estão alguns tipos de cirurgia ginecológica, que podem acabar lesionando a musculatura da região.

O assoalho pélvico é dependente do estrogênio, o hormônio sexual feminino. Ao entrar na menopausa, a produção desse hormônio começa a diminuir naturalmente, até zerar. Com isso, a musculatura do assoalho pélvico tende a enfraquecer. O assoalho pélvico torna-se mais delgado, seco e menos elástico tornando-se mais suscetível a irritações.

Receptores de estrogênio são encontrados na vagina, na bexiga, na uretra e nos músculos do assoalho pélvico, por isso o déficit de estrogênio na menopausa pode estarrelacionado ao surgimento de problemas urogenitais, como a incontinência urinária além do atrofia e diminuição da vascularização dos músculos dessa região.

Doenças cardiovasculares

Os mecanismos celulares e/ou moleculares pelos quais ocorre maior incidência de hipertensão arterial em mulheres após a menopausa ainda não são claros. Uma variedade de fatores parece contribuir para a elevação de pressão arterial na menopausa, entre os quais podemos citar: deficiência de estrogênio, aumento do estresse oxidativo, disfunção endotelial, elevação da atividade do sistema renina--angiotensina, elevação nos níveis plasmáticos de testosterona, alterações no perfil lipídico e aumento no ganho de peso, caracterizando um importante problema de saúde pública e aumento de demanda para os serviços de saúde.

Acredita-se que a deficiência de estrógenos, alterações do perfil lipídico, ganho de peso e sedentarismo sejam os principais fatores associados à maior prevalência de hipertensão arterial em mulheres na menopausa quando comparadas àquelas na pré-menopausa.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

AUGUST, Phyllis; OPARIL, Suzanne. Hypertension in women. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. v. 84. n. 06, p. 1862-1866. 1999 Disponível em: <http://jcem.endojournals.org/content/84/6/1862.full.pdf+html>. Acessado em: 21/11/2017.

CURIEL, M. D. Fisiopatología de la osteoporosis postmenopáusica. In: Palacios S. Climaterio y menopausia. Madrid: Mirpal, 1993:119-28.

CASTRO, J. A. S. Osteoporose na menopausa: conceitos e conduta preventiva. In: Almeida AB. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993:145-152.

FEBRASGO. Efeito dos hormônios e alterações no metabolismo ósseo e esqueleto. In: Climatério: Manual de Orientação, 1995:37-43.

JORDAN, Alexander N. et al. Pedometer indices for weekly physical activity recommendations in postmenopausal women. Medicine & Science in Sports & Exercise, v.37, n. 9, p. 1627- 1630, 2005.

SILVEIRA, G. G. G. A mulher climatérica. Rev. Bras. Med Esporte_Vol. 3, Nº4–Out/Dez, 1997.

RIGGS, B.L.; MELTON, L.J. Medical progress: involutional osteoporosis. N Engl J Med 1986; 314:167-86.

SUCKLING, Jane; LETHABY, Anne; KENNEDY Ray. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane database of systematic reviews, v.4, CD001500, 2006. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/resolve/doi?-DOI=10.1002/14651858.CD001500>. Acessado em: 22/11/2017.

TADDEI, Stefano et al. Menopause is associated with endothelial dysfunction in women. Hypertension. Hypertension, v. 28, n. 4, p. 576- 582, 1996. Disponível em:<http://hyper.ahajournals.org/content/28/4/576.full>. Acessado em: 20/11/2017.

TINELLI, Andrea et al. Urinary incontinence in postmenopausal period: clinical and pharmacological treatments. Minerva Ginecologica, v. 57, n. 6, p. 593-609, 2005.

Capítulo

12

Considerações orofaciais após ooforectomia

Luciana Ângela Soares MAIA
Maria do Perpétuo Socorro Santana Martins COSTA

A deficiência de estrogênio é uma condição sistêmica caracterizada por um desequilíbrio entre os processos de formação/absorção óssea, podendo ser causada pela ovariectomia e durante a menopausa (VICO et al., 1992). Uma de suas consequências é a osteoporose que consiste numa doença sistêmica caracterizada pela redução da massa óssea devido à deterioração da microarquitetura do osso, com consequente aumento da fragilidade e susceptibilidade à fratura (CUMMINGS; MELTON, 2002; NIH, 2001).

O estrogênio possui um importante papel no controle do metabolismo ósseo regulando a expressão de proteínas como a osteoprotegerina (WANG et al., 2008; LABBAR et al., 2009a), receptor ativador de NF-Kappa B ligante (JABBAR et al., 2009b) e citocinas pró-inflamatórias (SHU et al., 2009; ZHOU et al., 2009a). A sua deficiência causa a liberação de citocinas, como a interleucina 6 e fator de necrose tumoral alfa, que possuem um papel destrutivo ao tecido ósseo, bem como estão relacionadas à patogênese da osteoporose (ZHOU et al., 2009b).

O estudo de Gualberto Júnior (2010) mostrou que a ovariectomia promoveu um impacto direto sobre o osso alveolar, com aumento significante da perda óssea na área de furca, sugerindo que a progressão da doença periodontal induzida é acelerada em situações de deficiência de estrógeno.

Alterações orofaciais nas mulheres em idade senil tais como perda de altura óssea, diminuição da densidade mineral óssea, reabsorção óssea alveolar após a extração de dentes, redução no volume de osso trabecular e aumento da perda do número de dentes podem estar associadas à deficiência de estrógeno (BURG et al., 2006; LUVIZUTO et al., 2010).

Devido às variações hormonais, as mulheres tendem a desenvolver alterações no periodonto e no fluxo salivar, quadro que pode agravar-se pela presença de inflamação gengival preexistente induzida por biofilme e cálculo, além da possibilidade de existência de osteoporose nos ossos maxilares (LIMA, 2009).

A diminuição dos estrogênios séricos promove maior perda óssea trabecular do que cortical. Pesquisadores encontraram, por meio da tomografia computadorizada quantitativa periférica feita em mulheres com fraturas no período pós-menopausa, um afinamento no osso cortical e uma diminuição do volume do osso esponjoso, que apresentou menos trabéculas e maior espaçamento. Enquanto isso, outros estudos apontam que a osteoporose da mandíbula pode estar associada à doença

periodontal e à perda dentária após a menopausa. (NETTO, 2002; ALDRIGHI et al., 2002).

Considerando a diferença etiológica entre periodontite e osteoporose pós-menopausa, além da perda óssea, ambas compartilham várias características. Devido aos receptores de estrógeno serem expressos em células ósseas e imunes, surgiu a hipótese de que a deficiência de estrogênio poderia influenciar na remodelação óssea em sítios com processos inflamatórios, uma vez que as células do ligamento periodontal manifestam receptores específicos para estrogênios (LOPES et al., 2008).

Lindhe (2010) afirma que a periodontite produz fatores que destroem os suportes colagenosos do dente, podendo levar à perda de osso alveolar. Segundo o autor, alguns fatores de risco sistêmico como tabagismo, diabetes, dieta e variação de níveis hormonais, afetam o nível ósseo sistêmico. A periodontite tem sido apontada como uma manifestação precoce de osteopenia generalizada e dessa forma a osteoporose seria considerada um indicador de risco ao invés de um fator de risco para a doença.

Poucos estudos descrevem o efeito da deficiência de estrogênio pós-menopausa nas estruturas da mandíbula e particularmente na região que envolve a ATM. O estrogênio em concentrações fisiológicas possui participação importante na remodelação da articulação temporomandibular, desempenhando papel essencial para manter normal o volume ósseo da cartilagem da cabeça da mandíbula (YASUOKA et al., 2000). Uma quantidade excessiva desse hormônio predispõe às disfunções temporomandibulares e sua deficiência leva a um aumento da atividade das unidades de remodelação óssea, com consequente aumento do desequilíbrio da remodelação dessa estrutura óssea (ABUBAKER et al., 1996).

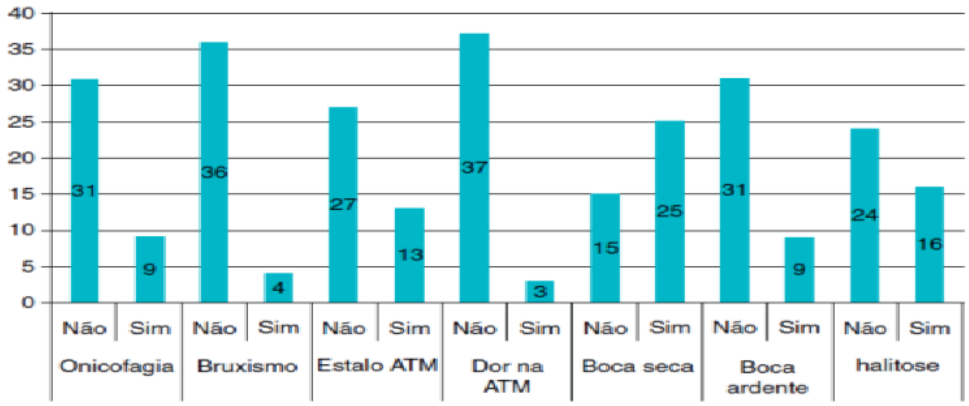
Com base no efeito de proteção do estrogênio no tecido ósseo, a terapia de reposição hormonal atualmente permanece entre os tratamentos mais utilizados para os sintomas da menopausa e prevenção da osteoporose (RODAN, 2000; BURG, 2006).

No que se refere à saúde bucal e a esse ciclo vital da mulher, outras alterações têm sido relatadas na literatura, como boca seca e a síndrome da boca ardente (SBA), sendo esta última caracterizada por dor do tipo queimação na cavidade oral, principalmente nas bordas laterais e na ponta da língua, que acomete geralmente mulheres na faixa entre 40 e 60 anos (SPECIALI, 2008).

Segundo Tarkkila et al. (2001), pacientes com ardor na boca muitas vezes não apresentam ferimento que possa justificar o sintoma. A xerostomia pode agravar a sensação de ardência e também é uma das consequências das alterações hormonais. Com a idade ou o envelhecimento ocorre perda linear de células acinosas e diminuição da produção de saliva, que leva ao ressecamento bucal e, consequentemente, diminui a proteção da cavidade bucal, que fica suscetível a doenças como cárie e doença periodontal.

Um estudo de Moraes et al. (2013) com 40 mulheres menopausadas (menopausa fisiológica ou menopausa cirúrgica) constatou que mais de 50% das examinadas relataram sensação de boca seca e 22,5% confirmaram o quadro da síndrome da boca ardente (figura 1).

Figura 1: Mulheres atendidas no ambulatório de saúde da mulher da Santa Casa de Belém/PA, segundo hábitos parafuncionais e sintomatologia referida (2011).



Fonte: Moraes e cols. (2013) com adaptações

As alterações da cavidade oral têm etiologias multivariadas que, quando interligadas ao ciclo vital da mulher, podem refletir em precárias situações de saúde geral e bucal, com destaque para a alta prevalência de osteoporose, doença periodontal e perda dentária. Portanto, é fundamental conhecer as condições relacionadas à saúde bucal da mulher durante essa fase do seu ciclo de vida para uma melhor tomada de decisão acerca de tratamentos e intervenções nessas pacientes.

REFERÊNCIAS

ABUBAKER, A. O. et al. Effects of sex hormones on protein and collagen content of the temporomandibular joint disc of the rat. J. Oral. Maxillofac. Surg. v.54, p.721, 1996.

ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S., ALDRIGHI, A. P. S. Alterações sistêmicas no climatério. Ver. Bras. Med. 2002; 59: 15–21.

BURG, M. A.; FRASER, K.; GUI, S.; GRANT, K.; KOSCH S. G.; NIERENBERG, B. et al. Treatment of menopausal symptoms in family medicine settings following the Women's Health Initiative Findings. J. Am. Board. Fam. Med. 2006; 19:122–31.

CUMMING, S. R.; MELTON, L. J. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fracture. Lancet. 359 (9319). 2002. 1761-7.

GUALBERTO JÚNIOR, Erivan Clementino. Efeitos do laser e da terapia fotodinâmica no tratamento periodontal de ratas ovariectomizadas, com ou sem reposição hormonal: estudo histomorfométrico e imunoistoquímico. Dissertação. Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2010.

JABBAR, S.; DRURY, J.; FORDHAM, J. N.; DATTA, H. K.; FRANCIS, R. M.; TUCK, S. P. Osteoprotegerin, RANKL and bone turnover in postmenopausal osteoporosis. J. Clin. Pathol. 2011. 64: 354-7.

LIMA, S. M. R. R.; BOTOGOSKI, S. R. Menopausa – O que você precisa saber: abordagem prática e atual do período do climatério. São Paulo, Atheneu. 2009.

LINDHE, J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LOPES, F. F.; LOUREIRO, F. H. F.; PEREIRA, A. F. V.; PEREIRA, A. L. A.; ALVES, C. M. C. Associação entre osteoporose e doença periodontal em mulheres na pós-menopausa. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30: 379–83, doi.org/10.1590/S0100-72032008000800002.

LUVIZUTO, E. R.; DIAS, S. M.; QUEIROZ, T. P.; OKAMOTO, T.; GARCIA I. R. Jr; OKAMOTO, R., et al. Osteocalcin immunolabeling during the alveolar healing process in ovariectomized rats treated with estrogen or raloxifene. Bone 46. 2010. 1021–1029.

MORAES, Tatiana Garcia de; ARANTES, Diandra Costa; NASCIMENTO, Liliane Silva do; CORREA, Adriano Maia. Prevalência de doença periodontal em mulheres menopausadas atendidas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Rev. Reprod. Clim. 2013; 28(2): 61-67.

NETTO, J. C. R. Mulheres no climatério: nível de informações, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica. Dissertação. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA. 2001. 14; 285: 785-95.

RODAN, G. A.; MARTIN, T. J. Therapeutic approaches to bone diseases. Science. 2000; 289: 1508–14.

SHU, L.; GUAN, S. M.; FU, S. M.; GUO, T.; CAO, M.; DING, Y. Estrogen Modulates Cytokin Expression in Human Periodontal Ligament Cells. J. Dent. Res. 2008. 87:142-147.

SPECIALI, J. G.; STUGINSKI-BARBOSA, J. Burning mouth syndrome. Curr. Pain. Headache Rep. 2008; 12: 279–84.

TARKKILA, L.; LINNA, M.; TIITINEN, A.; LINDQVIST, C.; MEURMAN, J. H. Oral symptoms at menopause-the role of hormone replacement therapy. Oral Surg. Oral Med. Oral Radiol. Endod. 2001; 92: 276–80.

VICO, L.; PRALLET, B.; CHAPPARD, D.; PALLOT-PRADES, B.; PUPIER, R.; ALEXANDRE, C. Contributions of chronological age, age at menarche and menopause and of anthropometric parameters to axial and peripheral bone densities. Osteoporos Int. 1992. 2: 153-158.

WANG, Y.L.; FEI, L. S.; JIN, C. X.; LIU, S. Y. Effect of estrogen-deficiency on expression of osteoprotegerin in alveolar bone: experiment with rats with periodontitis. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2008. 88: 1715-8.

YASUOKA, T. et al. Effect of estrogen replacement on temporomandibular joint remodeling in ovariectomized rats. J. Oral Maxillofac. Surg. v.58, p.189-196, 2000.

ZHOU, Y.; FU, Y.; LI, J. P., QI, L. Y. The role of estrogen in osteogenetic cytokine expression in human periodontal ligament cells. Int. J. Periodontics Restorative Dent. 2009. 29:507-513.

Capítulo
13

O hipogonadismo e sua relação com o sistema nervoso: algumas considerações

Nayanna da Silva Oliveira de MELO
Kelson James ALMEIDA

O hipogonadismo, cujo sinônimo é deficiência gonadotrófica, é uma patologia na qual as gônadas (testículos e ovários) não produzem quantidades adequadas de hormônios sexuais ou gonadais (testosterona, progesterona, estradiol e outros).

Pode ser decorrente de uma falência gonadal primária (hipergonadotrófico) ou secundária a alterações hipotalâmico-hipofisárias (hipogonadotrófico) congênitas ou adquiridas. As formas de apresentação da patologia variam desde a ausência da instalação da puberdade ao desenvolvimento incompleto da mesma (BARBOSA et al., 2017).

O desenvolvimento normal da puberdade depende da secreção e ação adequada do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH). O GnRH é produzido por um pequeno número de neurônios secretores situados no hipotálamo ventromedial. O GnRH controla a secreção hipofisária das gonadotrofinas, hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), que estimulam a esteroidogênese e a gametogênese nas gônadas, acarretando o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a capacidade reprodutiva (TUSSET et al., 2011).

Na presença do hipogonadismo hipogonadotrófico, observa-se, na segunda ou terceira décadas de vida, em pacientes do sexo masculino, testículos de tamanho reduzido para a idade, micropênis e escassez de pelos corporais. Nas mulheres observa-se amenorreia primária, desenvolvimento mamário parcial ou ausente e ultrassonografia pélvica com volume uterino e ovariano reduzido para a idade (TUSSET et al., 2011).

Esse retardo puberal está associado a distúrbios psicossociais severos (depressão, comportamento agressivo, baixa autoestima, desenvolvimento escolar precário, reclusão social) que estão associados a baixa velocidade do crescimento, ausência de caracteres sexuais secundários, modificações na imagem corporal e redução da densidade óssea final (BARBOSA et al., 2017).

Assim, os hormônios gonadais exercem influências sobre as funções cognitivo-emocionais originadas no sistema nervoso central (SNC). A testosterona endógena melhora o humor e diminui a irritabilidade, todavia a administração de esteroide anabólico-androgênico em indivíduos sadios, conforme descrito em estudo prospectivo, pode gerar sintomas de humor positivos (euforia, aumento da energia e excitação sexual) e humor negativos (irritabilidade, mudanças de humor, sentimen-

tos violentos, raiva e hostilidade) (SADOCK; RUIZ, 2017). Em mulheres histerectomizadas, sem demência, com baixos níveis de testosterona, a reposição hormonal foi associada com melhora da função cognitiva.

O estrogênio tem efeitos na sensibilidade do receptor de dopamina. Existem evidências de que a administração de estrogênio reduz o acometimento cognitivo na demência do tipo Alzheimer em mulheres na pós-menopausa. Tem, também, a função de elevação do humor e aumento da sensibilidade à serotonina. Em mulheres ooforectomizadas observa-se reduções significativas de locais de ligação de imipramina tritiada que mede de maneira indireta a captação de serotonina pré-sináptica. A grande maioria dos transtornos do humor decorre de um desbalanço na função serotoninérgica das alças fronto-límbicas. Assim, a associação desses hormônios com a serotonina é relevante para a mudança do humor nos transtornos do humor pré-menstrual e pós-parto (SADOCK; RUIZ, 2017).

Embora os autores não sugiram aumento na incidência de transtornos depressivos maiores, a falta do estrogênio está associada à preocupação, fadiga, crises de choro, oscilações de humor, redução da capacidade de lidar com o estresse e diminuição da libido (SADOCK; RUIZ, 2017).

Por outro lado, estudo clínico realizado com 200 homens adultos (média de idade de 48 anos) com níveis de testosterona limítrofes reconheceu prevalência de depressão e sintomas depressivos em 56% dos indivíduos e 25% fazendo uso de antidepressivos. Os sintomas comuns foram disfunção erétil, diminuição da libido, baixa energia e distúrbios do sono (WESTLEY et al., 2015).

Corrobora com esse estudo, outra pesquisa randomizada, realizado na China, onde foram selecionados pacientes com deficiência de testosterona e que apresentavam meia idade. Sabe-se que os níveis de testosterona diminuem com a idade (hipogonadismo tardio), portanto o grupo ativo de tratamento com o hormônio apresentou melhora do bem-estar psicológico, em relação ao grupo controle. Desse modo, os resultados evidenciam a necessidade de avaliação do estado hormonal em homens com transtorno do humor de meia idade (XIAO-WEI et al., 2012).

A terapia de reposição hormonal (HRT) é eficaz para melhoria desses sintomas, porém sua utilização deve ser bem avaliada clínica e laboratorialmente, a partir de cada caso analisado (se hipogonadismo precoce ou tardio) pois evidencias também demonstram que medicamentos que combinam estrogênio com progesterona levam a aumentos na incidência de câncer de mama, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e eventos pró-trombóticos em mulheres na menopausa (SADOCK; RUIZ, 2017).

Alguns estudos apontam para uma possível correlação entre a Terapia de Reposição de Testosterona (TRT) e o desenvolvimento de câncer de mama, embora as evidências não sejam fortes. Outros sustentam a hipótese de que a TRT não resulta em alterações na histologia prostática, porém ainda não há dados disponíveis que mostrem segurança prostática com TRT a longo prazo (DOHLE et al., 2017).

Conclui-se que o hipogonadismo em suas diversas manifestações, tanto no sexo masculino como no feminino, acarreta prejuízos psicossociais que podem manifes-

tar-se por alterações no humor até quadros depressivos graves. Este capítulo, longe se encerrar uma discussão, deve incitar para novas elucidações acerca das relações entre o hipogonadismo e o SNC.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BARBOSA, L.L. et al. Novas Facetas na Terapia de Reposição Androgênica durante a Infância e Adolescência. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, 2017.

DOHLE, G.R. et al. Diretrizes para o hipogonadismo masculino. Tradução: Sociedade Brasileira de Urologia, 2017.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.; RUIZ, P. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida. 11ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2017.

TUSSET, C. et al. Aspectos clínicos e moleculares do hipogonadismo hipogonadotrófico isolado congênito. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 55, n. 8, 2011.

WESTLEY, C.J. et al. High Rates of Depressive Symptoms among Men Referred for Borderline Testosterone levels, MEDLINE, v. 12, n. 8, 2015.

XIAO-WEI, Z. et al. Androgen replacement therapy improves psychological distress and health-related quality of life in patients with late-onset hypogonadism in the Chinese population, MEDLINE, v. 125, n. 21, 2012

HUANG, G. et al. Effects of testosterone administration on cognitive function in hysterectomized women with low testosterone levels: a dose-response randomized trial. J Endocrinol Invest., v. 38, n.4, 2015.

Capítulo

14

Doenças neurodegenerativas associadas ao hipogonadismo hipergonatrófico

Damila Rufino de Holanda e SILVA
Kelson James ALMEIDA

Menopausa e Climatério

A menopausa é definida pela Organização Mundial da Saúde como a cessação permanente da menstruação, consequente à perda da função folicular ovariana ou à retirada cirúrgica dos ovários (ooforectomia ou ovariectomia). A idade média para ocorrência da menopausa natural gira em torno de 50 anos (BRASIL, 2008).

O climatério é definido como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo (menacme) e o não reprodutivo (senectude). É caracterizado por alterações metabólicas e hormonais, que podem trazer mudanças no contexto psicossocial (BRASIL, 2008).

Com a instalação da menopausa ocorrem variadas alterações na estrutura e na função ovariana, com gradativa diminuição da produção estrogênica e consequente aumento das gonadotrofinas hipofisárias, caracterizando um estado de hipogonadismo hipergonadotrófico. Dos aproximadamente dois milhões de folículos primordiais ovarianos que nascem com a menina e dos quais existem em média quatrocentos mil na ocasião da puberdade, somente algumas centenas ainda a acompanham no climatério e os demais evoluem contínua e permanentemente para a atresia (SPRITZER, 2007).

Em mulheres submetidas a histerectomia, a instalação da menopausa ocorre artificialmente, embora os ovários mantenham seu funcionamento. Já nas situações de ooforectomia bilateral, a menopausa pode ser acompanhada das manifestações clínicas do hipoestrogenismo, ocorrendo com mais frequência e intensidade do que na menopausa natural (BRASIL, 2008).

As mudanças hormonais que acompanham a menopausa, principalmente a diminuição nos níveis de estrogênio, têm grande impacto fisiológico. A deficiência estrogênica tem sido implicada com sintomas vasomotores, atrofia urogenital, declínio cognitivo, assim como a um aumento no risco de doenças crônico-degenerativas, como a aterosclerose e doença cardiovascular, osteoporose e doença de Alzheimer (SPRITZER, 2007).

Doenças Neurodegenerativas

Doenças neurodegenerativas são doenças em que ocorre a destruição progressiva e irreversível de neurônios, as células responsáveis pelas funções do Sistema

Nervoso. Quando isso acontece, dependendo da doença, gradativamente o paciente perde suas funções motoras, fisiológicas e/ou sua capacidade cognitiva. Elas podem cursar com síndrome demencial como manifestação clínica principal, com síndrome demencial associada a distúrbios do movimento ou exclusivamente com distúrbios do movimento. As principais doenças neurodegenerativas são: doença de Alzheimer (DA), demência com corpos de Lewy, degeneração lobar frontotemporal, doença de Parkinson, paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal e Coreia de Huntington (ARAÚJO, 2010).

As demências são resultantes de uma série de componentes genéticos e ambientais, que variam com o tempo, idade e cada indivíduo acometido. Existe uma cascata de eventos fisiopatológicos que atuam diretamente no âmbito molecular, cujo resultante é na maioria das vezes, o depósito de uma proteína que lesa o sistema nervoso central (SNC). Por exemplo, a doença de Alzheimer que é a forma demencial com maior prevalência na sociedade tem sua gênese do depósito de proteína beta-amiloide e geração de agregados de proteína Tau (ARAÚJO, 2010).

A cognição é o resultado do processamento cortical que gera determinados comportamentos. Vários neurotransmissores estão implicados no acometimento cognitivo como serotonina, noradrenalina e dopamina. Porém, a manifestação clínica depende mais da topografia do cérebro lesada do que do resultante neurotransmissor que está em falta ou excesso. Mesmo assim, os estrogênios atuam em várias áreas cerebrais. O estrogênio exerce ações neuroprotetora, neurotrófica, de proteção contra o estresse oxidativo, contra a hipoglicemia e contra o dano causado pela proteína amiloide; também estimula a produção de fatores de crescimento neural, aumenta a concentração e número de receptores dos neurotransmissores (serotonina, dopamina e norepinefrina), além de melhorar a perfusão cerebral (efeito vasodilatador similar ao que ocorre nas artérias coronárias) e de exercer importante ação anti-inflamatória (ALDRIGHI, 2001).

De acordo com a literatura, os efeitos neuroprotetores dos estrógenos residem principalmente em sua ação antioxidante, defensiva e preservadora de neurônios. Os estrógenos demonstram possuir um efeito antioxidante contra diversas substâncias geradoras de radicais livres em vários tecidos e tipos celulares.

A deficiência estrogênica pode contribuir para a redução da velocidade do processamento cerebral, induz à instalação de distúrbios do humor. A reposição de estrogênios ativa áreas cerebrais envolvidas na memória verbal e não-verbal. Os estudos observacionais e epidemiológicos demonstram que os esteroides sexuais são cruciais nos processos de desenvolvimento e envelhecimento de regiões do cérebro afetadas na doença de Alzheimer e afetam as regiões controladoras do humor e da cognição (ROSA E SILVA, 2006). Entretanto, estudos clínicos sugerem que não houve benefícios da reposição de estrogênios na melhora da cognição em pacientes no climatério. Entretanto, os estudos analisados incluíram amostra pequena de pacientes e não avaliaram todos os domínios cognitivos do cérebro em uma bateria neuropsicológica formal (GORENSTEIN, 2011)

A cognição é composta de múltiplos domínios cognitivos, como atenção, funções executivas, memória, gnosias, praxias, função visuoespascial e linguagem. Durante o processo de envelhecimento, ocorre piora da função cognitiva, que pode ser observada por meio da diminuição da memória, da atenção, do desempenho das habilidades motoras e da capacidade de visão espacial. O declínio da função cognitiva interfere no desempenho funcional ou ocupacional e nas atividades sociais das pessoas. Cerca de 60% das mulheres no período perimenopáusico apresentam piora da memória, com dificuldades de lembrar palavras, números, esquecer eventos e atos praticados, sendo muito frequentes as queixas de dificuldade de concentração. Em geral, elas atribuem essas alterações a estresse, problemas de saúde e idade e poucas as relacionam às alterações hormonais próprias daquele período da vida.

Terapia de reposição hormonal (TRH) iniciada após os 60 anos de idade não melhora a memória. O estrógeno parece possuir diferentes efeitos no cérebro dependentes da idade da paciente, idade no início da reposição, tipo de menopausa (natural ou induzida) e tipo de reposição utilizada. A TRH não está indicada para a prevenção primária ou secundária de demência. Em pacientes com demência vascular associada a múltiplos acidentes vasculares encefálicos, a reposição hormonal pode desencadear piora nos escores cognitivos (PARDINI, 2014).

Por fim, em vários outros estudos, verificou-se que TRH, com estrógenos isolados ou associados a progestágeno, não tem nenhum benefício na função cognitiva e na prevenção de demência de pacientes no climatério, sendo ambas as abordagens provavelmente deletérias (FUCH, 2009).

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

ARAÚJO, C.L.O. & Nicoli, J.S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. Revista Kairós Gerontologia, 13(1), 231-44, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa. Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p

DESTEFANI, Afrânio Côgo. Papel da ovariectomia no aparecimento de sinais histopatológicos associados ao Mal de Alzheimer em camundongos APOE KNOCKOUT. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2015.

GORENSTEIN, C. et al., Estrogen replacement therapy and cognitive functions in healthy postmenopausal women: a randomized trial. Arch Womens Ment Health. v. 14, n. 5, 363-73, 2011.

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. Arq. Bras. Endocrinol Metab, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 172-181, Mar. 2014.

ROSA E SILVA, Ana Carolina J. S.; SA, Marcos Felipe Silva de. Efeitos dos esteroides sexuais sobre o humor e a cognição. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 33, n. 2, p. 60-67, 2006.

SPRITZER, Poli Mara; WENDER, Maria Celeste Osório. Terapia hormonal na menopausa: quando não usar. Arq. Bras. Endocrinol Metab, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1058-1063, Oct. 2007

Capítulo

15

O trato digestivo, ovariectomia e considerações fisiopatológicas

Djalma Ribeiro COSTA
Ericka Maria Cardoso SOARES
Karoline Dantas de MORAIS
Paula Rejanny da Costa SANTOS

Menopausa, ovariectomia e microbiota intestinal

Choi et al. (2017) estudaram a microbiota intestinal de ratas ovariectomizadas em comparação com aquelas submetidas à dieta rica em gordura, partindo do problema que em mulheres após a menopausa existe uma maior prevalência de obesidade.

Eles descobriram que havia a mesma estrutura de microbioma intestinal entre ratas com obesidade induzida por ovariectomia e por dieta rica em gorduras, porém o Bifidobacterium animalis foi observado exclusivamente em ratas ovariectomizadas. As bifidobacterias são gêneros de cepas muito utilizadas como probióticos e seus benefícios na prevenção e tratamento de doenças de vários órgãos e sistemas, entre as quais destacam-se doenças periodontais e colite pseudomembranosa, já foram descritos na literatura.

Outro achado interessante para os autores é que, quando a dieta das ratas ovariectomizadas fora enriquecida de gordura, Dorea sp., Akkermansia muciniphila, e Desulfovibrio sp. passaram a ser observadas. Concluindo, então, que a única diferença existente está no tipo de bactéria que habita a microbiota intestinal.

Menopausa, ovariectomia, fitoestrógenos, esteatose hepática

Zheng et al. (2017) investigaram os efeitos combinatórios da dieta rica em isoflavonas (ISO) e exercícios físicos sobre a massa gorda e sobre o metabolismo lipídico em camundongos ovariectomizados (OVX). Eles descobriram que o exercício físico exclusivo reduziu a massa gorda visceral, o tamanho dos adipócitos e a leptina sérica no grupo não ovariectomizado e antagonizou o aumento destes parâmetros no grupo OVX exclusivo.

A combinação ISO e OVX reduziu os níveis de triglicerídeos. Notaram também que, no grupo OVX, os exercícios estimularam a expressão dos genes de síntese de ácidos graxos (SREBP-1c e FAS) em tecido adiposo, músculo sóleo e fígado e a expressão de genes associados com a oxidação de ácido graxo (PPARγ e PGC-1α) em tecido adiposo. Enquanto que ISO estimulou a expressão de SREBP-1c e FAS no músculo sóleo e PGC-1α no tecido adiposo. Ou seja, as evidências em experimentos laboratoriais sugerem que os exercícios parecem ter mais benefício do que a ISO,

Tópicos em Ooforectomia: Abordagem Multiprofissional para a Atenção Básica

porém a sua combinação pode ter efeitos superiores na prevenção de obesidade na menopausa.

Panneerselvam et al. (2016) puderam demonstrar em modelos experimentais a melhora da esteatose hepática em ratas ovariectomizadas, além do benefício na redução da hipertrigliceridemia com a dieta a base de isoflavonas.

Oliveira et al. (2016) estudaram a associação do uso de agonistas de receptor de ácido biliar farnesoide X (FXR) e TGR5 intitulados INT747 e INT777 para o tratamento de obesidade e de esteato-hepatopatia não alcoólica em ratas ooforectomizadas obesas e perceberam que houve melhora nos parâmetros laboratoriais (colesterol e triglicerídeo hepáticos), sendo o aumento no gasto energético e a expressão gênica potenciais mecanismos.

Em ratas ovariectomizadas obesas tratadas com gastrectomia em manga, observou-se melhora do metabolismo com resolução de esteatose hepática e de parâmetros laboratoriais (tolerância a glicose, trigliceridemia e transaminases) (LAWSON et al., 2017).

Portanto, em modelos experimentais, os autores constataram que existem mudanças no microbioma intestinal com repercussões metabólicas hepáticas e séricas que podem ser atenuadas ou tratadas com fitoterápicos e tratamento de obesidade (mudança de estilo de vida e cirurgia).

Ovariectomia e funções do trato gastrointestinal

O hipoestrogenismo decorrente da menopausa ou da ovariectomia bilateral aumenta os níveis séricos de citocinas pró-inflamatórias, incluindo o fator de necrose tumoral (TNF-α), interleucina 1b (IL-1b), IL-8 e IL-6, além do ativador do receptor da citocina osteoclastogênica do ligante do fator nuclear-κB (RANKL).

No trato gastrointestinal está associado com diminuição da absorção de cálcio e mudanças na permeabilidade intestinal o que sugere que esta deficiência tenha efeitos diretos sobre a permeabilidade intestinal.

Collins et al. (2017) estudaram os efeitos da OVX em ratas (in vivo e ex vivo) sobre a permeabilidade e a expressão gênica em duodeno, jejuno, íleo e cólon em 1, 4 e 8 semanas de pós-operatório. Entre seus resultados, identificaram que houve um aumento global na permeabilidade intestinal e que as maiores mudanças dinâmicas ocorreram no íleo. A análise de expressão gênica por qPCR revelou efeitos da OVX sobre as zonula occludens e a expressão gênica inflamatória elevada. Estabeleceram uma associação temporal e regionalizada. A expressão ileal e colônica de ocludina (proteína da zonula occludens) se correlacionou com a expressão de TNF e IL-1, o que Braniste et al. (2009) e Li et al. (2016) já haviam demonstrado haver uma expressão diminuída no hipoestrogenismo, isto é, quanto maior a expressão de TNF e IL-1, menor a expressão de ocludina.

Logo, existem evidências em modelos experimentais de que o hipoestrogenismo está associado a um estado inflamatório intestinal associado com o aumento de

permeabilidade, o que em outros termos, significa risco aumentado de doenças inflamatórias e infecciosas de intestino, de órgãos adjacentes e de todo o organismo.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BRANISTE, Viorica et al. Oestradiol decreases colonic permeability through oestrogen receptor β-mediated up-regulation of occludin and junctional adhesion molecule-A in epithelial cells. The Journal of Physiology, [S.I.], v. 587, n. 13, p.3317-3328, 30 jun. 2009. Wiley-Blackwell. http://dx.doi.org/10.1113/jphysiol.2009.169300.

CHOI, Sungmi et al. Difference in the gut microbiome between ovariectomy-induced obesity and diet-induced obesity. J. Microbiol. Biotechnol., Seoul, v. 8, n. 27, p.1-31, Nov. 2017.

COLLINS, Fraser L. et al. Temporal and regional intestinal changes in permeability, tight junction, and cytokine gene expression following ovariectomy-induced estrogen deficiency. Physiological Reports, [S.I.], v. 5, n. 9, p.1-22, May 2017. Wiley-Blackwell. http://dx.doi.org/10.14814/phy2.13263.

LAWSON, William J. et al. Vertical sleeve gastrectomy improves indices of metabolic disease in rodent model of surgical menopause. Menopause, [S.I.], v. 24, n. 4, p.426-436, abr. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/gme.0000000000000764.

LI, Jau-yi et al. Sex steroid deficiency–associated bone loss is microbiota dependent and prevented by probiotics. Journal of Clinical Investigation, [S.I.], v. 126, n. 6, p.2049-2063, 25 abr. 2016. American Society for Clinical Investigation. http://dx.doi.org/10.1172/jci86062.

OLIVEIRA, Monique C. de et al. Bile acid receptor agonists INT747 and INT777 decrease oestrogen deficiency-related postmenopausal obesity and hepatic steatosis in mice. Biochimica Et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease, [S.I.], v. 1862, n. 11, p.2054-2062, Nov. 2016. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.bbadis.2016.07.012.

PANNEERSELVAM, Sankar et al. Soy isoflavones (Glycine max) ameliorate hypertriglyceridemia and hepatic steatosis in high fat-fed ovariectomized Wistar rats (an experimental model of postmenopausal obesity). The Journal of Nutritional Biochemistry, [S.I.], v. 38, p.57-69, Dec. 2016. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.jnutbio.2016.08.007.

ZHENG, Wenya et al. Combinatory effects of phytoestrogens and exercise on body fat mass and lipid metabolism in ovariectomized female rats. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology, [S.I], v. 17, n. 0960-0760, p.30327-30328, Nov. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsbmb.2017.11.002.

Capítulo

16

Doenças dos cólons e reto no contexto da ooforectomia

Djalma Ribeiro COSTA
Jeany Borges e Silva RIBEIRO
Karoline Dantas de MORAIS

Dentro do espectro das doenças que acometem os ovários e os cólons sincrônica e metacronicamente estão a endometriose, o adenocarcinoma colônico esporádico, a síndrome de Lynch, a polipose associada a MUTYH e outras doenças hereditárias associadas com o câncer de ovário ou com o câncer de cólon. Neoplasias de outros sítios também podem acometer os cólons e ovários, a exemplo, do carcinoma de células renais e o câncer gástrico.

A ooforectomia pode ser realizada nessas condições por razões oncológicas, mas há descrições na literatura de ooforectomia realizada por causas acidentais ou incidentais.

Endometriose

A endometriose definida como a presença de glândulas ou estroma endometrial fora do útero acomete 20% das mulheres em idade reprodutiva e pode acometer qualquer parte do trato gastrointestinal. Esta apresentação é responsável por 3,7 a 35% dos casos de endometriose. Muitas são oligossintomáticas, porém em alguns casos pode ocorrer obstrução intestinal como a manifestação mais grave. O papel da colonoscopia é controverso e alguns autores sugerem a magnificação com cromoendoscopia como alternativa para aumentar sua acurácia diagnóstica (CHENE, 2016; MATHIAS-GUIU, 2017; PALLA, 2017; TOMIGUSHI, 2017).

Estima-se que 0,5 a 1% dos casos de endometriose evolua com câncer de ovário do tipo adenocarcinoma endometrioide ou de células claras. Uma minoria destes casos está associada com a síndrome de Lynch (CHENE, 2016; MATHIAS-GUIU, 2017; PALLA, 2017; TOMIGUSHI, 2017).

Tumores intestinais associados com endometriose representam uma transformação maligna de endometriose gastrointestinal. Aproximadamente 50 casos foram relatados na literatura. A maioria em mulheres de 30 a 60 anos, sendo o uso de hormônios exógenos e a obesidade os principais fatores de risco primários para a transformação maligna de lesões endometrióticas. Costumam simular adenocarcinoma colônico primário, porém possui um painel imuno-histoquímico característico (CK7, CK20, CDX2, CD10, ER e PR) (CHENE, 2016; MATHIAS-GUIU, 2017; PALLA, 2017; TOMIGUSHI, 2017).

O tratamento de endometriose é, em geral, clínico com o uso de hormônios (anticoncepcionais orais isolados ou associados, inibidores do GnRH, DIU com hormônio ou inibidores da aromatase). Estes tratamentos podem não servir em casos de neoplasia associada à endometriose ou em casos de complicações cirúrgicas. Nestes outros casos, a ooforectomia uni ou bilateral e a colectomia segmentar ou radical são factíveis, a depender da extensão da doença ou de sua complicação benigna ou maligna. A ligadura tubária isolada provou-se eficaz em reduzir em 50% a chance de câncer de ovário associado a endometriose. O lugar da ligadura e mesmo da salpingectomia em caso de endometriose não está bem estabelecido (CHENE, 2016; MATHIAS-GUIU, 2017; PALLA, 2017; TOMIGUSHI, 2017).

Síndrome de Lynch

A síndrome de Lynch (SL) ou Câncer de cólon não polipose hereditário (CCNPH) é designação aplicada às famílias com mutação no gene MMR ou perda de expressão do gene MSH2 devido à deleção do gene EPCAM. Contrariando a segunda nomenclatura, os afetados podem desenvolver pólipos adenomatosos. Os pacientes com esta síndrome desenvolvem adenoma colorretal antes dos 50 anos de idade com habituais características de pior prognóstico (padrão viloso e displasia de alto grau). Este aspecto de apresentação faz com que a evolução para câncer seja mais rápida (cerca de 35 meses em comparação com os 10 a 15 anos da forma de apresentação esporádica do câncer de cólon) (BRANDÂO, 2015; GIARDIELLO, 2014; SIEH, 2013; WELLS, 2017).

Os portadores de SL tem o risco aumentado para vários cânceres extracolônicos. O risco de câncer de ovário é 1,6x maior que na população geral. A linhagem tumoral ovariana é o adenocarcinoma (BRANDÂO, 2015; GIARDIELLO, 2014; SIEH, 2013; WELLS, 2017).

Não existe um papel estabelecido para a colectomia profilática no paciente com SL assintomática, porém a histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral já está bem estabelecido e recomendado a mulheres com prole definida. Uma situação que pode ocorrer é de realizar-se ressecção eletiva de câncer colorretal e a histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral (BRANDÂO, 2015; GIARDIELLO, 2014; SIEH, 2013; WELLS, 2017).

Existem evidências de que a salpingectomia isolada, isto é, sem a ooforectomia seja eficaz tanto em reduzir o risco de câncer de ovário quanto de evitar menopausa precoce, porém argumenta-se que certos casos de câncer de ovário na SL sejam intrínsecos ao ovário, não havendo benefício da salpingectomia isolada (BRANDÂO, 2015; GIARDIELLO, 2014; SIEH, 2013; WELLS, 2017) .

Polipose associada ao Mutyh

A polipose associado ao MUTYH (MAP) é a única síndrome de polipose autossômica recessiva e é causada por mutações bialélicas no gene MUTYH. Seus critérios diagnósticos não estão bem-estabelecidos e, por isso, é difícil seu diagnóstico.

Suas características clínicas variam bastante. Pólipos adenomatosos e serrados são comuns nesta síndrome. Os portadores de MAP têm várias manifestações extracolônicas e elevado risco de câncer de ovário. Não se descreve na literatura médica disponível a realização de salpingo-ooforectomia profilática para esta síndrome (BRANDÂO, 2015; GIARDIELLO, 2014; SIEH, 2013; WELLS, 2017).

Ooforectomias acidental e incidental

A colonoscopia virtual ou a videocolonoscopia são métodos propedêuticos popularizados na Coloproctologia. Devido à facilidade de muitos serviços na realização destes exames, incidentes tem sido cada vez mais descrito na literatura.

Shimazaki et al. (2016) descreveram dois casos raros de metástase ovariana sincrônica de câncer colorretal que foram diagnosticados *a priori* por colonoscopia virtual num caso e no outro por videocolonoscopia associados a outros exames de imagem. Ambas as pacientes foram tratadas com cirurgia citorredutora.

Fusaroli et al. (2008) descreveram um caso de ruptura de tumor de ovário (tumor fibrotecal) seguido de hemoperitôneo após a realização de uma colonoscopia sob sedação profunda. A paciente foi submetida a ooforectomia esquerda em uma laparotomia de emergência.

Jeen et al. (2003) descreveram um caso de uma mulher de 47 anos de idade que evoluiu com actinomicose pélvica devido a DIU colocado 10 anos antes e retirado 4 meses antes de ter ido à emergência com dores em abdome inferior. Realizou colonoscopia que demonstrou processo inflamatório intenso com espessamento de mucosa circunferencial de sigmoide. Em tomografia de pelve, observou-se abscesso tubo-ovariano. A paciente foi submetida à histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral e sigmoidectomia. Em exame anatomopatológico foi feito o diagnóstico definitivo de actinomicose.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BRANDÃO, CATARINA; LAGE, JORGE. Management of Patients with Hereditary Colorectal Cancer Syndromes. GE Portuguese Journal of Gastroenterology, [S.I.], v. 22, n. 5, p.204-212, set. 2015. S. Karger AG. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpge.2015.06.003.

CHENE, G. et al. L'endométriose est-elle une lésion pré-cancéreuse? Perspectives et implications cliniques. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, [S.I.], v. 44, n. 2, p.106-112, fev. 2016. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.01.001.

CHENE, G. et al. Tu-be or not tu-be: That is the question. About serous ovarian carcinogenesis. Critical Reviews in Oncology/hematology, [S.I.], v. 88, n. 1, p.134-143, out. 2013. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2013.03.004.

FUSAROLI, PIETRO et al. Ovarian tumor rupture causing massive hemoperitoneum: an unusual complication of colonoscopy. Gastrointestinal Endoscopy, [S.l.], v. 67, n. 7, p.1177-1178, jun. 2008. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2007.12.045.

GIARDIELLO, FRANCIS M. et al. Guidelines on Genetic Evaluation and Management of Lynch Syndrome: A Consensus Statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology, [S.l.], v. 147, n. 2, p.502-526, ago. 2014. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2014.04.001.

JEEN, YOON-TAE et al. Pelvic actinomycosis. Gastrointestinal Endoscopy, [S.l.], v. 57, n. 2, p.236-237, fev. 2003. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1067/mge.2003.8.

MATIAS-GUIU, XAVIER; STEWART, COLIN JR. Endometriosis-associated ovarian neoplasia. Pathology, [S.l.], p.30384-30387, Dec. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.pathol.2017.10.006.

PALLA, VIKTORIA-VARVARA et al. Endometrioid adenocarcinoma arising from colon endometriosis. Sage Open Medical Case Reports, [S.l.], v. 5, p.1-4, Dec. 2017. SAGE Publications. http://dx.doi.org/10.1177/2050313x17745204.

SIEH, WEIVA et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer subtypes: a pooled analysis of case-control studies. International Journal of Epidemiology, [S.l.], v. 42, n. 2, p.579-589, abr. 2013. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt042.

SHIMAZAKI, JIRO et al. Synchronous ovarian metastasis from colorectal cancer: A report of two cases. Oncology Letters, [S.l.], p.257-261, 11 May 2016. Spandidos Publications. http://dx.doi.org/10.3892/ol.2016.4553.

TOMIGUCHI, JUN et al. Preoperative Diagnosis of Intestinal Endometriosis by Magnifying Colonoscopy and Target Biopsy. Case Reports in Gastroenterology, [S.l.], v. 11, n. 2, p.494-499, 23 ago. 2017. S. Karger AG. http://dx.doi.org/10.1159/000475751.

VERCELLINI, P. et al. The 'incessant menstruation' hypothesis: a mechanistic ovarian cancer model with implications for prevention. Human Reproduction, [S.l.], v. 26, n. 9, p.2262-2273, 30 jun. 2011. Oxford University Press (OUP). http://dx.doi.org/10.1093/humrep/der211.

WELLS, KATERINA; WISE, PAUL E. Hereditary Colorectal Cancer Syndromes. Surgical Clinics of North America, [S.l.], v. 97, n. 3, p.605-625, jun. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2017.01.009

Capítulo

17

Ooforectomia - considerações urológicas

Djalma Ribeiro COSTA

Relações entre a ooforectomia e a bexiga

Sabe-se que em mulheres menopausadas a ocorrência de sintomas do trato urinário inferior de armazenamento e esvaziamento aumentam. Tratamentos com anticolinérgicos são especialmente administrados a essa população, crendo-se que a via de sinalização muscarínica seja responsável em parte por esses sintomas.

Liang et al (2002) conseguiram demonstrar que não existem diferenças na sinalização muscarínica vesical entre ratas ooforectomizadas e controles.

Outras vias têm sido estudadas, sendo a principal a dos hormônios sexuais femininos e masculinos no trato urinário inferior.

Tanidir et al. (2011) estudaram os efeitos da reposição de testosterona (T) com ou sem estrogênio (E) sobre a histomorfologia e a contratilidade vesicais em ratas Sprague-Dawley® ooforectomizadas após nove semanas do procedimento. Notaram que no grupo da ooforectomia sem reposição hormonal houvera mais lesão urotelial, infiltração celular inflamatória, aumento de fibras colágenas e atrofia muscular em comparação com o grupo controle (sem ooforectomia). Perceberam melhoras no achados histomorfológicos tanto na reposição de testosterona quanto na reposição de estrógeno, porém a associação T+E obteve benefícios maiores que o tratamento isolado. Por outro lado, enquanto E reduzira as contrações involuntárias do detrusor, a testosterona aumentava-as. A associação E+T no grupo de reposição isolada de T reduzira a ocorrência de contrações involuntárias. Assim, os autores concluíram que tanto a testosterona quanto o estrógeno reduziram os efeitos da ooforectomia sobre a histomorfologia vesical, o E restaura a contratilidade normal da bexiga e a T, somente, aumente a ocorrência de contrações involuntárias do detrusor.

Chen et al. (2016) estudaram 36 camundongos fêmeas virgens randomizadas em três grupos (o grupo controle de cirurgia simulada, o grupo submetido à ooforectomia (OVX) e o grupo submetido à OVX e reposição de estradiol (E2)). Eles estudaram a função vesical através da cistometria e a expressão da proteína da Zonula Occludens-2 associada à junção celular (ZO-2) após oito semanas do procedimento. O intervalo miccional foi estudado sob anestesia, seguindo-se da realização da cistectomia para análise proteômica. Imuno-histoquímica e Western blot foram aplicados para confirmar a localização e o nível da expressão de ZO-2.

Seguindo aquele protocolo, eles identificaram que camundongos fêmeos sub-

metidos à OVX demonstraram menor intervalo miccional. Quando se associava o E2 à OVX, estes intervalos aumentavam significativamente. Observaram também que a reposição de E2 revertera a espessura das camadas do urotélio. Quanto à expressão de ZO-2, percebeu-se que foi o achado mais afetado pela OVX. A imuno-histoquímica e o Western blot confirmaram a hipoexpressão de ZO-2 na bexiga do grupo OVX. Sua expressão aumentou significativamente no grupo OVX+E2 em relação ao grupo OVX. Portanto, a comunicação intercelular e o trofismo do detrusor estão prejudicados no grupo OVX, e isto é atenuado quando se associa com E2.

Outros mecanismos foram sugeridos e demonstrados para o adoecimento e tratamento da bexiga em ratas ooforectomizadas. Destacam-se a hipoperfusão e hipóxia vesical descritos por Parekh et al. (2004), a importância da inibição da via da Rho-quinase para controle das contrações involuntárias em ratas ooforectomizadas descrita por Wróbel e Rechberger (2016), o efeito maléfico da progesterona sobre os achados urodinâmicos de bexigas de ratas ooforectomizadas segundo Patra et al. (2009) e o efeito do estrogênio sobre os receptores beta-3 vesicais para tratar hiperatividade detrusora em ratas ooforectomizadas como um possível tratamento descrito por Matsubara et al. (2002).

Relações entre a ooforectomia e a uretra

A incontinência urinária de esforço (IUE) é frequentemente observada em mulheres após a menopausa.

Diante deste fato, Cheng e Groat (2010) estudaram o efeito da ooforectomia sobre a atividade do rabdoesfíncter de ratas anestesiadas e Kitta et al. (2011) estudaram em ratas nulíparas Sprague-Dawley o efeito da ooforectomia e da reposição estrogênica nos mecanismos de continência uretral.

Cheng e Groat realizaram a cistometria transvesical e a eletromiografia do rabdoesfíncter de ratas Sprague-Dawley® submetidas a OVX com ou sem E2 em relação ao controle normal. Eles perceberam que houve aumento no resíduo miccional e uma redução do tempo de silenciamento de unidades de potencial motor do rabdoesfíncter durante a micção, sendo este último de modo progressivo. A reposição de E2 em sua amostra foi capaz de reverter os efeitos da OVX. Ou seja, a OVX aumenta a atividade do rabdoesfíncter durante a micção, levando a um quadro de obstrução infravesical por incoordenação detrusor-esfincteriana com consequente resíduo miccional.

Kitta et al. (2011) mediram a amplitude da resposta uretral durante o esforço, a pressão uretral de base e a pressão de perda ao esforço. Eles encontraram uma amplitude de resposta uretral ao esforço significantemente diminuída após 3 e 6 semanas de OVX. A pressão uretral de base foi significantemente diminuída na sexta semana de OVX. Após a reposição de estrogênio a pressão uretral de base aumentou, porém não ocorreu o mesmo com a amplitude de resposta uretral ao esforço. A reposição de estrogênio diminuiu a incidência de IUE a 25%. Testes in vitro revelaram um aumento significante na complacência uretral média e uma redução na tensão muscular tipo beta nas uretras proximal e média após seis semanas de OVX.

Portanto, os autores concluíram haver um benefício parcial no tratamento de IUE com a reposição de estrogênio, porque este aumenta o tônus e a tensão na uretra media e proximal na fase de armazenamento em modelos experiementais.

Dmitrieva (2007) estudou o efeito da ooforectomia sobre a expressão de alfa-1 receptores na bexiga, conseguindo comprovar que a OVX aumenta a expressão desses receptores na bexiga aumentando as contrações vesical involuntárias. Sabe-se que em humanos a expressão destes receptores ocorre no colo vesical, podendo relacionar-se com sintomas obstrutivos em condições patológicas.

Riszk et al. (2005) demonstraram que a reposição de estrogênio aumentava a vascularização subepitelial uretral em ratas ooforectomizadas, o que pode auxiliar na continência pelo mecanismo de coaptação mucosa.

Lin et al (2010) estudaram os efeitos do parto distócico sobre a uretra e por conseguinte sobre a função uretral e conseguiram demonstrar que o parto distócico ativa a expressão da elastina uretral via sinalização TGFβ1 e que o estrógeno tem impacto negativo sobre a continência e sobre a integridade do tecido uretral através de um modelo de estudo em ratas prenhes, sob distensão vesical e ooforectomizadas. Esta informação é de interesse científico porque se sabe que a paridade, a gravidez e a menopausa são fatores de risco para IUE. Seus achados corroboram dados epidemiológicos que associam o estrogênio com a exacerbação de incontinência urinária.

Os achados de Lin et al. (2010) acima estão de acordo com um outro trabalho seu em que comprova o efeito negativo do estrogênio sobre a elastogênese ao se ligar com o receptor Smad2/3 ativando-o e, por consequência, inibe o elemento resposta do TGFβ1 em células do músculo liso de ratas adultas.

Ning et al. (2010) demonstraram que esse efeito negativo do estrógeno é mediado pela via da Rho-quinase de modo dose dependente e que quanto maior a dose de estrógeno menor é a atividade da via da Rho-quinase, podendo assim atenuar a continência urinária. Ou seja, as evidências demonstram que os efeitos benéficos e maléficos do estrogênio parecem ser dose dependente.

Li et al (2012), diferentemente de outros autores, explorou uma alternativa diferente da hormonioterapia através do estudo dos efeitos da injeção periuretral de células tronco derivadas do tecido adiposo (ADSC) sobre a continência uretral de ratas ooforectomizadas com incontinência associada ao parto e conseguiram demonstrar bons desfechos estatisticamente significantes.

Considerações finais

Existem cada vez mais evidências de que a ooforectomia ou o hipogonadismo é importante causa de adoecimento do trato urinário inferior. Evidências científicas mostram que a reposição hormonal é a melhor alternativa para o controle de suas consequências, porém não é a única via de controle dos sintomas. Mais estudos são necessários, principalmente em seres humanos, para poder inferir sobre os reais benefícios da hormonioterapia para o trato urinário.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

CHEN, Huey-yi et al. A promising protein responsible for overactive bladder in ovariectomized mice. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, [S.I.], v. 56, n. 2, p.196-203, abr. 2017. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2016.11.006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+promising+protein+responsible+for+overactive+bladder+in+ovariectomized+mice>. Acesso em: 28 nov. 2017.

CHENG, Chen-li; GROAT, William C. de. Effect of Ovariectomy on External Urethral Sphincter Activity in Anesthetized Female Rats. The Journal of Urology, [S.I.], v. 186, n. 1, p.334-340, Jul. 2011. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2011.03.035. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Effect+of+Ovariectomy+on+External+Urethral+Sphincter+Activity+in+Anesthetized+Female+Rats>. Acesso em: 28 nov. 2017.

DMITRIEVA, Natalia. Increased α1-Adrenergic Activity in the Rat Bladder by Depletion of Ovarian Hormones. The Journal of Urology, [S.I.], v. 178, n. 6, p.2677-2682, dez. 2007. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2007.07.119. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Increased+1-Adrenergic+Activity+in+the+Rat+Bladder+by+Depletion+of+Ovarian+Hormones>. Acesso em: 28 nov. 2017.

KITTA, Takeya et al. Effects of Ovariectomy and Estrogen Replacement on the Urethral Continence Reflex During Sneezing in Rats. The Journal of Urology, [S.I.], v. 186, n. 4, p.1517-1523, out. 2011. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2011.05.045. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Effects+of+Ovariectomy+and+Estrogen+Replacement+on+the+Urethral+Continence+Reflex+During+Sneezing+in+Rats>. Acesso em: 28 nov. 2017.

LI, Guang-yong et al. Activation of VEGF and ERK1/2 and Improvement of Urethral Function by Adipose-derived Stem Cells in a Rat Stress Urinary Incontinence Model. Urology, [S.I.], v. 80, n. 4, p.953-953, out. 2012. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2012.05.030. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Activation+of+VEGF+and+ERK1/2+and+Improvement+of+Urethral+Function+by+Adipose-derived+Stem+Cells+in+a+Rat+Stress+Urinary+Incontinence+Model>. Acesso em: 28 nov. 2017.

LIANG W, AFSHAR K, STOTHERS L, LAHER I. The influence of ovariectomy and estrogen replacement on voiding patterns and detrusor muscarinic receptor affinity in the rat. Life Sci. 2002 Jun 7;71(3):351-62. PubMed PMID: 12034352.

LIN, Guiting et al. Effects of Birth Trauma and Estrogen on Urethral Elastic Fibers and Elastin Expression. Urology, [S.I.], v. 76, n. 4, p.1018.e8-1018.e13, out. 2010. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2010.02.055. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Effects+of+Birth+Trauma+and+Estrogen+on+Urethral+Elastic+Fibers+and+Elastin+Expression>. Acesso em: 28 nov. 2017.

LIN, Guiting et al. Estrogen Attenuates TGF-β1 Induced Elastogenesis in Rat Urethral Smooth Muscle Cells by Inhibiting Smad Response Elements. The Journal of Urology, [S.I.], v. 193, n. 6, p.2131-2137, jun. 2015. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2014.12.085. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Estrogen+Attenuates+TGF-b1+Induced+Elastogenesis+in+Rat+Urethral+Smooth+Muscle>. Acesso em: 28 nov. 2017.

MATSUBARA S et al. Estrogen levels influence beta-3-adrenoceptor-mediated relaxation of the female rat detrusor muscle. Urology. 2002 Apr;59(4):621-5. PubMed PMID: 11927339.

NING, Nongxiu et al. Effects of Estrogen, Raloxifene, and Levormeloxifene on the Expression of Rho-kinase Signaling Molecules in Urethral Smooth Muscle Cells. Urology, [S.I.], v. 76, n. 6, p.1517-1517, dez. 2010. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2010.07.470. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=effects of estrogen, raloxifene, and levormeloxifene on the expression of rho-kinase signaling molecules in urethral smooth muscle cells&cmd=correctspelling>. Acesso em: 28 nov. 2017.

PAREKH, Mitesh H. et al. Effects of castration on female rabbit bladder physiology and morphology. Urology, [S.I.], v. 64, n. 5, p.1048-1051, nov. 2004. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.014.

PATRA, Phani B.; THORNELOE, Kevin S.; LAPING, Nicholas J. Effect of Estrogen and Progesterone on Urodynamics in the Conscious Rat. Urology, [S.I.], v. 74, n. 2, p.463-466, ago. 2009. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2008.12.046. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19573897>. Acesso em: 28 nov. 2017.

RIZK, Diaa E. et al. Estrogen and ghrelin increase number of submucosal urethral and anal canal blood vessels in ovariectomized rats. Urology, [S.I.], v. 66, n. 6, p.1343-1348, dez. 2005. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2005.06.113. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=ESTROGEN+AND+GHRELIN+INCREASE+NUMBER+OF+SUBMUCOSAL+URETHRAL+AND+ANAL+CANAL+BLOOD+VESSELS+IN+OVARIECTOMIZED+RATS>. Acesso em: 28 nov. 2017.

TANIDIR, Yiloren; ERCAN, Feriha; TARCAN, Tufan. Exogenous Testosterone and Estrogen Affect Bladder Tissue Contractility and Histomorphology Differently in Rat Ovariectomy Model. The Journal of Sexual Medicine, [S.I.], v. 8, n. 6, p.1626-1637, jun. 2011. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02227.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Exogenous+testosterone+and+estrogen+affect+bladder+tissue+contractility+and+histomorphology+differently+in+rat+ovariectomy+model>. Acesso em: 28 nov. 2017.

WRÓBEL, Andrzej; RECHBERGER, Tomasz. Ovariectomy May Induce Detrusor Overactivity in Rats: The Therapeutic Role of Rho Kinase Inhibition. Urology, [S.I.], v. 93, p.225-225, Jul. 2016. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2016.03.007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ovariectomy+May+Induce+Detrusor+Overactivity+in+Rats:+The+Therapeutic+Role+of+Rho+Kinase+Inhibition>. Acesso em: 28 nov. 2017.

Capítulo

18

Danilo Fonseca REIS E SILVA
Sabas Carlos VIEIRA

Ooforectomia e câncer

Salpingo-ooforectomia no contexto oncológico

A salpingo-ooforectomia bilateral (SOB) é um procedimento cirúrgico que pode ser realizado para tratar câncer ginecológico – endométrio, ovário e colo de útero- ou também para prevenir o surgimento de tumores malignos ginecológicos ou até na mama em pacientes com risco hereditário aumentado – profilaxia primária redutora de risco (BEREK, 2010; NCCN, 2017). Em pacientes jovens este procedimento está associado a piora da qualidade de vida pela queda dos níveis de estrogênios. A reposição hormonal pode ser realizada em pacientes com câncer de ovário e do colo do útero, porém em pacientes com câncer de endométrio está contraindicada.

Salpingo-ooforectomia terapêutica

É um procedimento necessário como terapêutica em neoplasias malignas do endométrio, colo do útero e ovário. A ooforectomia é a remoção cirúrgica de um (ooforectomia unilateral) ou dos ovários (ooforectomia bilateral). O procedimento pode ser feito de forma isolada em pacientes oncológicos, mas geralmente é feito em combinação com outro procedimento cirúrgico, a histerectomia radical, além da retirada das tubas, que é chamada de salpingectomia. Um exemplo disto é a salpingo-ooforectomia bilateral, a remoção de ovários e ambas as tubas uterinas, o que associada a histerectomia radical, omentectomia, linfonodectomia pélvica e para-aórtica constituem a chamada cirurgia estadiadora. Esta cirurgia é o padrão para o tratamento de diversas neoplasias malignas ginecológicas, exceto em estádios muito iniciais em que se deseja a preservação da fertilidade, de forma que um ou ambos os ovários podem ser poupados, a depender da localização e tamanho do tumor. Quando as neoplásicas ginecológicas são diagnosticadas em estádios localmente avançados a ressecção de todos os implantes peritoneais e viscerais pode ser realizada, sobretudo em câncer de ovário, este procedimento é chamado citorredução. A citorredução completa aumenta as chances de cura com a quimioterapia que é administrada após a cirurgia(adjuvante) (SINGH, 2016; NCCN, 2017). A dificuldade no manejo de tumores ovarianos encontra-se no diagnóstico dife-rencial entre tumores de origem primária ou metastática, devido ao prognóstico e tratamento consideravelmente distintos.

A dificuldade no manejo de tumores ovarianos encontra-se no diagnóstico diferencial entre tumores de origem primária ou metastática, devido ao prognóstico e tratamento consideravelmente distintos. A ooforectomia em caso de lesões metastáticas para o ovário deve ser considerada, em virtude da reduzida sensibilidade à quimioterapia neste cenário. Por sua vez, tumores primários malignos de ovários são preferencialmente tratados com cirurgias mais extensas, como citorredução, uma vez que há necessidade do estadiamento cirúrgico (SAL, 2016).

A associação entre história clínica do paciente, exame físico, dosagem de CA-125, exames de imagem, bem como amostra histológica com avaliação imunoistoquímica podem ser necessários para o diagnóstico definitivo (WATSON, 2011).

Em mulheres com suspeita de lesões anexiais, tanto a ultrassonografia (avaliação da presença de excrescências papilares, de septos irregulares e espessos, de nódulos murais e ascite) e ressonância magnética (RM) são altamente sensíveis para a identificação de lesões malignas. Pacientes com estes achados radiológicos devem ser referenciados para um serviço terciário especializado, pois o prognóstico do câncer de ovário está diretamente relacionado com a realização de uma cirurgia oncológica adequada (GUERRIERO, 2010; VEENA, 2010).

Salpingo-ooforectomia redutora de risco

A salpingo-ooforectomia bilateral redutora de risco é uma opção importante para diminuir o risco de câncer epitelial de ovário e de tubas em mulheres com maior probabilidade de desenvolver essa malignidade por alterações genéticas hereditárias. Outras medidas preventivas e medidas de vigilância estão disponíveis, mas são de eficácia limitada na redução das altas taxas de mortalidade por câncer (BEREK, 2010; NCCN, 2017).

Mulheres com mutação de BRCA1 e BRCA 2 têm um risco aumentado para o desenvolvimento de câncer de mama e de ovário até os setenta anos de idade, de forma que a taxa cumulativa de incidência varia entre 47% - 66% e 40%-57%, respectivamente BAYRAKTAR, 2017; NCCN, 2017).

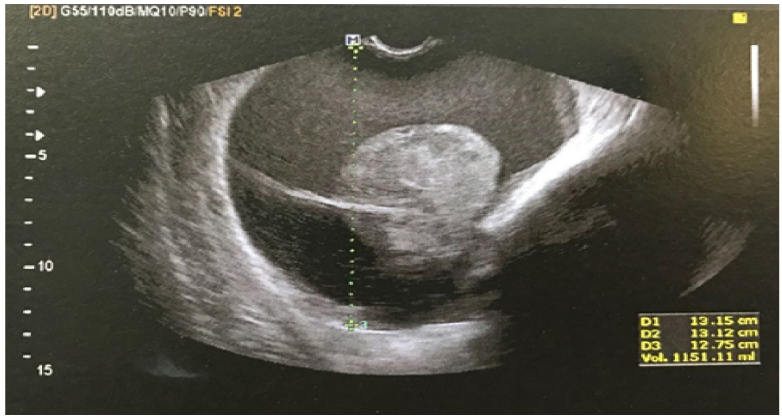
Dados emergentes sugerem que alguns tumores malignos do ovário, particularmente em mulheres com mutações genéticas de BRCA, são iniciados nas tubas, portanto, a cirurgia de redução de risco deve incluir a remoção bilateral dos tubos e os ovários (KURMAN, 2010).

A SOB deve ser oferecida aos 40 anos de idade para portadoras de mutação BRCA 1 e aos 45 anos de idade para portadoras de mutação do BRCA2 por diminuir a incidência e a mortalidade por câncer de mama e ovário (NCCN, 2017).

Métodos como ultrassonografia transvaginal ou dosagem de CA-125 séricos não se mostraram eficaz para detecção precoce de malignidades ovarianas e como estratégia preventiva para redução de mortalidade. Além disso, o pior prognóstico que costuma ocorrer em neoplasias malignas de ovário corrobora

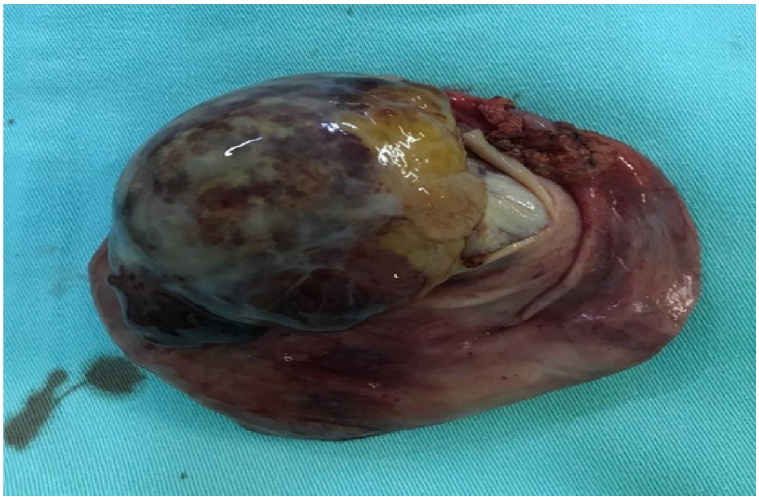
para a realização da SOB após prole estabelecida em pacientes com mutação de BRCA1 e BRCA2. Uma metanálise com 10 estudos de portadores de mutação BRCA1/2 mostrou redução de risco de 80% (REBBECK, 2009). A SOB também reduz risco para câncer de mama, 56% e 43% para BRCA 1 e 2, respectivamente, quando realizada antes dos 50 anos. A recomendação é a realização de SOB entre 35-40 anos para portadores BRCA 1, e 40-45 anos para portadoras de mutação em BRCA (EISEN, 2005).

Figura 1: Lesão intracística sólida no ovário.
Resultado de anatomopatológico foi tumor de células da granulosa



Fonte: Os autores, 2018.

Figura 2. Tumor maligno de ovário. Lesão vegetante intracística.

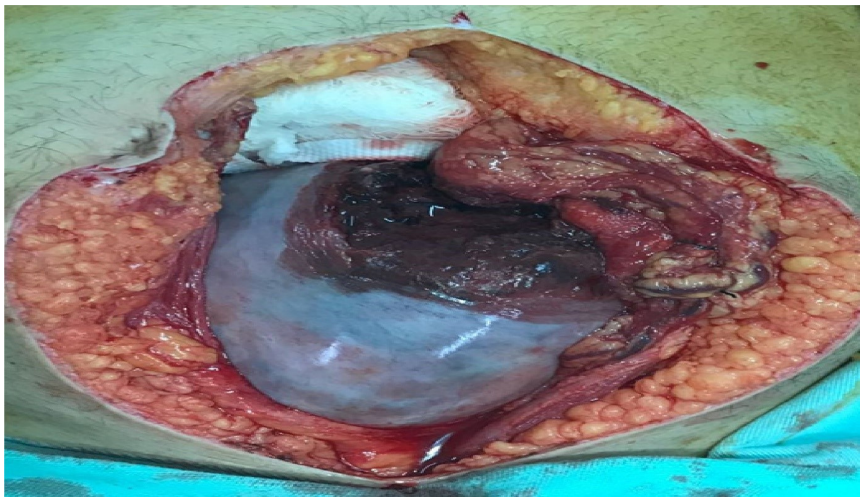


Fonte: Os autores, 2018.

Figura 3. Câncer de ovário com implantes em cápsula e em peritônio.

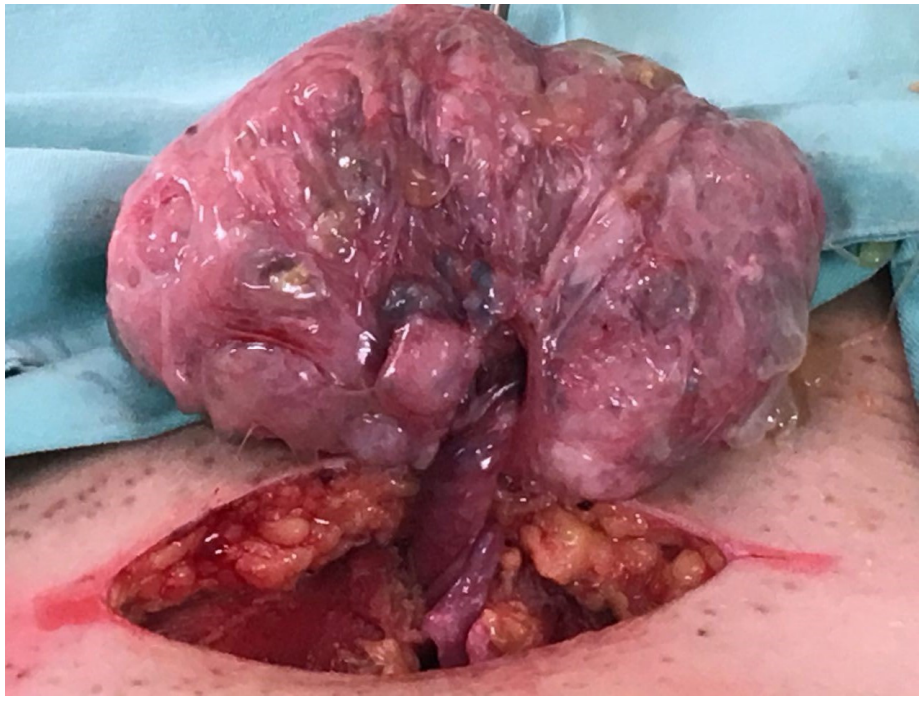
Fonte: Os autores, 2018.

Figura 2. Tumor maligno de ovário. Lesão vegetante intracística.



Fonte: Os autores, 2018.

Figura 5. Carcinoma mucinoso do ovário.



Fonte: Os autores, 2018.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BAYRAKTAR, S., ARUN, B. BRCA mutation genetic testin implications in United States. The Breast. v.31, p. 224-23, 2017.

BEREK JS, CHALAS E, EDELSON M, et al. Prophylactic and risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy: recommendations based on risk of ovarian cancer. Obstet Gynecol. v.116, p.733, 2010.

EISEN A, et al. Breast Cancer risk following bilateral oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: an international case-control study. J Clin Oncol. v.23, p.7491-7496, 2005.

GUERRIERO S et al. Transvaginal Color Doppler Imaging in the Detection of Ovarian Cancer in a Large Study Population. International Journal of Gynecological Cancer. v.20, n.5, p.781-786, 2010.

KURMAN RJ, SHIH IEM. The origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer: a proposed unifying theory. Am J Surg Pathol. v.34, p.433, 2010.
NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). NCCN Guidelines. Breast

Cancer Risk Reduction. Assessment: Bilateral Salpingo-oophorectomy, 2018. Disponível em: https://www.nccn.org. MS7-MS9. Acessado em agosto, 2018.

REBBECK TR, et al. Meta-analysis of risk reduction estimates associated with risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst. v.101, p.80-88, 2009.

SINGH N, GILKS CB, HIRSCHOWITZ L, et al. Primary site assignment in tuboovarian high-grade serous carcinoma: Consensus statement on unifying practice worldwide. Gynecol Oncol. v.141, p.195, 2016.

SAL V et al. Surgical Treatment of Metastatic Ovarian Tumors from Extragenital Primary Sites. International Journal of Gynecological Cancer. v.26, n.4, p.688-696, 2016.

WATSON R et al Yield and performance characteristics of endoscopic ultrasound--guided fine needle aspiration for diagnosing upper GI tract stromal tumors. Dig Dis Sci. v.56,p.1757, 2011.

VEENA R I, SUSANNA I L. MRI, CT, and PET/CT for Ovarian Cancer Detection and Adnexal Lesion Characterization. American Journal of Roentgenology.v.194, p.311-321, 2010.

Capítulo

19

Manifestações otorrinolaringológicas em mulheres ooforectomizadas

Alexandra Kolontai de Sousa OLIVEIRA

Existem inúmeros estudos demonstrando alterações nasais, laríngeas, cócleo-vestibulares e influências no sono e na gravidade da apneia do sono em mulheres no climatério, que apresentam hipogonadismo semelhante a pacientes ooforectomizadas.

Nas últimas décadas, têm sido realizados estudos a respeito da influência dos hormônios ovarianos na fisiologia nasal. Em estudos de Caruso et al. (2001) e Di Spiezio Sardo et al. (2005), observou-se que o estrógeno e a progesterona agem como protetores da função olfatória, assim, uma diminuição nas taxas desses hormônios pode reduzir a capacidade do indivíduo de sentir e reconhecer odores. Sabe-se que o estrógeno atua na estimulação da mucosa nasal fazendo com que os índices de maturação das células nasais epiteliais alcancem melhores aspectos tróficos, além de aumentar o fluxo nasal, estimula a secreção glandular e a vasodilatação, diminuindo o limiar olfativo.

Em um estudo de Costa (2014), avaliou-se os receptores de estrogênio (RE) alfa e beta na mucosa das conchas nasais inferiores de indivíduos normais. Todos os casos estudados apresentaram receptores de estrogênio alfa e beta, predominantemente RE-beta.

Em outro estudo, foi comprovado que a deficiência de estrogênio afeta as membranas das mucosas da vagina, da uretra, do *trigonum* da bexiga, cavidade oral, nariz, faringe, laringe e olhos. Assim, podem-se justificar que a falta de estrogênio gera sintomas nasais como ressecamento, congestão e alteração de olfato em pacientes na pós-menopausa e foi-se visto a correlação entre ressecamento vaginal e nasal.

Por suas múltiplas atuações no organismo, as alterações hormonais que ocorrem durante o ciclo menstrual, gestação e menopausa podem resultar em comprometimento da homeostase dos fluídos labirínticos, pois influem diretamente em processos enzimáticos e na atuação de neurotransmissores. Essas alterações podem ser assintomáticas ou clinicamente referidas como vertigens, instabilidade, zumbidos, plenitude auricular, hipoacusia ou algiacusia. Embora existam evidências clínicas e experimentais da ação dos hormônios ovarianos sobre a função labiríntica, os sintomas não guardam relação imediata com os valores sorológicos absolutos de estrógeno e progesterona, mesmo que só ocorram quando estes estejam elevados.

Além de altos níveis individuais, deve existir alguma proporção entre os dois hormônios para que esses sintomas apareçam. Novamente, há a possibilidade de a sintomatologia ser devida a alterações metabólicas resultantes da ação dos hormônios. Sabemos que, no hipogonadismo, existe influência no metabolismo de triglicérides e variação da afinidade dos receptores da insulina, levando à hiperinsulinemia na presença de estrógeno e progesterona, condições altamente favoráveis ao aparecimento de sintomatologia cócleo-vestibular.

A insônia é o distúrbio de sono mais frequente na pós-menopausa, em decorrência de alterações hormonais, estados depressivos relacionados a este período da vida, fogachos e/ou à nictúria. Estudos polissonográficos registraram importantes mudanças neste período. No entanto, os resultados destes estudos não conseguem especificar se as alterações no sono eram devidas ao envelhecimento, que por si já alteraria a sua qualidade, ou ao estado menopausal. De qualquer forma, verifica-se menor eficiência do sono na pós-menopausa. As mulheres nessa fase apresentam maior latência para o sono, dificuldade de manutenção do sono e, portanto, mais insônia quando comparadas àquelas na pré-menopausa.

Shaver e Zenk (2000) relatam que os distúrbios do sono no climatério estão relacionados a sintomas como ondas de calor e transpiração, os quais ocorrem, em geral, simultaneamente. A alta prevalência de apneia estaria relacionada, possivelmente, à deficiência hormonal, à distribuição de gordura de modo mais androgênica após a menopausa e à proporção de gordura no pescoço. Na pós-menopausa, ocorre maior prevalência de distúrbios do sono, como insônia e apneia, com piora da qualidade do sono. Desse modo, por constituir importante problema de saúde pública, os distúrbios do sono devem ser bem avaliados, tratados e acompanhados nessas pacientes com hipogonadismo.

Rubin & Brookler (1991) relatam que após a menopausa ocorrem mudanças na voz, decorrentes do impacto do hipoestrogenismo sobre a laringe e que foram confirmadas pelos esfregaços das pregas vocais que se mostraram atróficos e semelhantes àqueles do colo uterino. Esse último estudo, realizado em 100 mulheres após a menopausa, constatou expressivas alterações laríngeas e vocais. Os principais sintomas são a fadiga vocal e a redução da intensidade e da frequência fundamental.

As manifestações otorrinolaringológicas nas pacientes em climatério, menopausa, hipogonádicas ou bilateralmente ooforectomizadas merecem atenção especial para o diagnóstico e adequada condução a fim de garantir uma melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BAKER A, SIMPSON S, DAWSON D. Sleep disruption and mood changes associated with menopause. J Psychosom Res. 1997;43(4):359-69.

BITTAR, RSM. Estudo morfofuncional da cóclea sob a ação do estrógeno e progesterona em cobaias albinas. São Paulo, 1994. 51p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

BOULET MJ, ODDENS BJ. Female voice changes around and after the menopause – an initial investigation. Maturitas 1996:23:15-21

CAMPOS HH, BITTENCOURT LRA, HAIDAR MA, TUFIK S, BARACAT EC. Distúrbios do sono no climatério. Femina. 2005;33(11):815-20.

CARUSO S, GRILLO C, AGNELLO C, MAIOLINO L, INTELISANO G, SERRA A. A prospective study evidencing rhinomanometric and olfac¬tometric outcomes in women taking oral contraceptives. Hum Reprod. 2001; 16:2288-94.

COKSUER H, OZCURA F, OGHAN F, HALILOGLU B, COKSUER C. Ef¬fects of estradiol-drospirenone on ocular and nasal functions in postmenopausal women. Climacteric. 2011; 14:482-7.

COSTA HO, CASTRO NETO NP, ROSSI LM, MILLAS I, COELHO F, SILVA L. Influence of estradiol administration on estrogen receptors of nasal mucosa: an experimental study on guinea pigs. Braz J Otorhinolaryngol. 2014; 80:18–23.

DANIELL HW. Estrogen prevention of recurrent epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1995; 121:354.

DI SPIEZIO SARDO A, DI CARLO C, GUIDA M, NAPPI C. Olfacto¬metric and rhinomanometric outcomes in post-menopausal women treated with hormone therapy: a prospective study. Hum Reprod. 2005; 20:1748; author reply 1749.

LINDHOLM P, VILKMAN E, RAUDASKOSKI T, SUVANTO-LUUKKONEN E, KAUPPILA A. The effect of postmenopause and postmenopousal HRT on measured voice and vocal symptons. Maturitas 1997; 28:47-53.

GOMEZ, M. V. S. G.; CAOVILLA, H. H.; GANANÇA, M. M. Tonturas pré-menstruais: avaliação otoneurológica. Femina, 21; 437-44, 1993.

LUND VJ, PREZIOSI P, HERCBERG S, HAMOIR M, DUBREUIL C, PESSEY JJ, et al. Yearly incidence of rhinitis, nasal bleeding, and other nasal symptoms in mature women. Rhinology. 2006; 44:26-31.

NAPPI C, DI SPIEZIO SARDO A, GUERRA G, CARLO C DI, BIFULCO G, ACUNZO G, et al. Comparison of intranasal and transdermal estradiol on nasal mucosa in postmenopausal women. Menopause. 2004; 11:447-55.

RUBIN, W.; BROOKLER, K. H. Dizziness: etiologic approach to management. New York Thieme Medical Publishers, 1991.

SHAVER JL, ZENK SN. Sleep disturbance in menopause. J Womens Health Gend Based Med. 2000;9(2):109-18.

SHIN C, LEE S, LEE T, SHIN K, YI H, KIMM K, et al. Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women. Psychiatry Clin Neurosci. 2005;59(4):395-402

Capítulo

20

Ooforectomia como tratamento preditivo em menores de 15 anos

Daniel Josivan de SOUSA
Fernanda Moura BORGES
Flavia Raymme Soares e SILVA
Marilene de Sousa OLIVEIRA
Malvina Thaís Pacheco RODRIGUES

A ooforectomia, remoção cirúrgica uni ou bilateral dos ovários, é um procedimento de média complexidade e apresenta potencial curativo ou paliativo. Quando bilateral é frequentemente realizada com a histerectomia como um procedimento profilático usado para prevenir câncer de ovário e de mama, tumores ovarianos benignos, além de ser indicada muitas vezes como tratamento para dor pélvica, síndrome pré-menstrual e endometriose (GONÇALVES, RAMOS, SOARES, OLIVEIRA, 2015).

A ausência de esteroides sexuais ovarianos consequentes à ooforectomia tem associação com função sexual diminuída, alteração de saúde mental, risco aumentado de fraturas e de mortalidade por outras causas, como doença coronariana (GONÇALVES, RAMOS, SOARES, OLIVEIRA, 2015).

Em relação aos antecedentes clínicos, observa-se que as neoplasias ovarianas apresentam uma ampla variedade de características histológicas sendo classificadas em três grupos principais: tumores epiteliais, germinativos e estromais. Em adultos, os carcinomas epiteliais respondem por 90% de todos os cânceres ovarianos. Já em crianças, o câncer mais prevalente é o de células germinativas, sendo responsáveis por 3% dos cânceres pediátricos, predominando na faixa etária inferior a 15 anos (BERNARDO et. al., 2018).

Em um estudo de 18 casos de tumores ovarianos em crianças realizado no Marrocos, mostrou que a idade mediana dos pacientes eletivos a ooforectomia foi de 11,2 anos (variação de 2-15 anos), sendo que nenhum tumor foi detectado no período pré-natal, quatro tumores apresentaram antes dos 8 anos de idade e 1 deste era maligno. A maioria foi detectado após 8 anos de idade e a malignidade estava presente em 43% (JAMA et al, 2011).

A incidência estimada de neoplasias de ovários na infância é de 2,6 casos por 100.000 meninas por ano e os tumores ovarianos malignos são responsáveis por aproximadamente 1% de todas as malignidades pediátricas (ESKANDER et. al, 2011; JAMA et al 2011; ABID et. al, 2017). Portanto, o diagnóstico e terapêutica de tumores ovarianos na primeira infância são pouco frequentes e a maioria dos tumores são cistos funcionais ou tumores benignos.

Deste modo, o tratamento de tumores ovarianos em crianças e adolescentes deve ser avaliado criteriosamente, visando uma intervenção adequada para o tratamento da lesão e a preservação máxima do potencial reprodutivo (MADENCI, et. al. 2016).

Tópicos em Ooforectomia: Abordagem Multiprofissional para a Atenção Básica

Diante da suspeita de um tumor ovariano, o primeiro passo é obter o histórico familiar e pessoal, com informações detalhadas sobre a puberdade, a idade da menarca e as características da primeira menstruação. Além disso, qualquer febre recente, fadiga ou perda de peso deve ser observada. Os sintomas podem seguir um curso crônico de dor ou peso mal definidos, com ou sem massa palpável. Em outros casos, pode haver dor aguda abdominal podendo ou não ser acompanhada por sinais gastrointestinais, como náuseas e vômitos, ou sinais urinários, como polaciúria e disúria (CARTAULTA et. al, 2012).

A malignidade da lesão ovariana é rara e de difícil detecção, e na maioria das vezes identificada apenas após a realização da ooforectomia. Já nos casos de lesões benignas, o tratamento pode ser baseado na cirurgia poupadora de ovário. Entretanto, é possível identificar altas proporções de ooforectomia em lesões benignas (OUE, et. al. 2015; MADENCI, et. al., 2016).

Assim, a decisão de realização de cirurgia oncológica ou cirurgia preservadora da fertilidade deve ser baseada nas diretrizes de estadiamento cirúrgico para tumores ovarianos malignos pediátricos, na detecção precoce da lesão através de marcadores séricos, histopatologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e em uma discussão individualizada envolvendo o cirurgião, o paciente e a família (MADENCI, et. al., 2016; HAO WU, et. al. 2017; MADENCI[1], et. al, 2016; OUE, et. al. 2015).

Conclui-se, que a ooforectomia em crianças e adolescentes é uma decisão terapêutica que deve envolver a família e uma equipe multiprofissional, haja vista as consequências que a remoção ovariana traz a vida da paciente; outrossim, o correto diagnóstico e estadiamento promoverá a preservação do ovário sempre que possível.

REFERÊNCIAS

ABID, I. Et al. Ovarian masses in pediatric patients: a multicenter study of 98 surgical cases in Tunisia. Gynecol. Endocrinol. v. 34, n. 3, p. 243-247. 2017.

AMMOR A, et al. Tumores ovarianos em crianças: uma revisão de 18 casos. Afr J Paediatr Surg, 2012; 9: 231-6

CARTAULT, A. et al. Ovarian cysts in prepubertal girls. Endocr. Dev. v.22, p.101-111.2012.

BERNARDO, G.P. et al. Ovarian carcinoma in children: a case report. Amadeus Internac. Multidisc. Journal. v.2, n. 4, p. 36 – 40, 2018

ESKANDER, R.N., et al. A retrospective review of the effect of surgeon specialty on the management of 190 benign and malignant pediatric and adolescent adnexal masses. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. v. 24, n .2, p. 282–5. 2011.

GONÇALVES, T. A. P.; RAMOS, C. H. V.; SOARES, L. C.; OLIVEIRA, M. A. P. Ooforectomia e risco de diabetes. Reprodução & Climatério. v. 30, n. 3, p. 140–147, 2015.

JAMA F.E., et al. Ovarian tumors in children and adolescents – a clinical study of 52 patients in a university hospital. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. v. 24 p. 25–28. 2011.

HAO WU, M.D. Tumor de células granulosas juvenis do ovário: Um estudo clínico–psicológico. Rev. de Genec. Ped. e Adolesc. v. 30, n. 1, p. 138 – 143, 2017.

MADENCI, A.L. et. al. Má adesão às diretrizes de estadiamento para crianças com tumores malignos de ovários. Jornal de Cirurgia Pediatrica. v. 51, n. 9, p. 1513 -1517.

MADENCI, A. L. et al. Estratificação de risco pré-operatório de crianças com tumores de ovário. Journal of Pediatric Surgery, v.15, n. 9, p. 1507-1512, 2016.

TROTMAN, G.E.; CHEUNG, H.; TEFERA, E.A.; DAROLIA, R.; E GOMEZ-LOBO, V. Taxa de Ooforectomia por Indicações Benignas em um Hospital Infantil: Influência de um Ginecologista. Jornal de Gineco. Ped. e Adolec. v.30, n. 2, p. 234-238, 2017.

OUE, T. et al. Tratamento e preservação ovariana em crianças com tumores ovarianos. Journal of Pediatric Surgery, v. 50, n. 12, p. 2116-2118, 2015.

TROTMAN, G.E. et al. Rate of Oophorectomy for Benign Indications in a Children's Hospital: Influence of a Gynecologist. J Pediatr Adolesc Gynecol. v. 30, n. 2, p. 234-238, 2017.

Capítulo

21

Bruno Pinheiro FALCÃO
Débora Sara Neves LIMA
Ivo Lima VIANA
Jhan Waquim NETO
Lucas Guilherme Mota de SOUSA

Ooforectomia na infância

A ooforectomia, que consiste na remoção cirúrgica da gônada feminina, é um procedimento mutilante e deve ser evitado sempre que possível. Em crianças, que necessitarão das funções reprodutiva e hormonal do ovário por um período ainda maior quando comparado às mulheres adultas, as indicações devem ser ainda mais restritas e deve ser substituída por alternativas terapêuticas conservadoras sempre que o caso permitir (COHEN, HALLER, 1992; HERNONETAL, 2009).

As indicações clássicas para a ooforectomia na população pediátrica são os tumores ovarianos e as torções da gônada feminina. Os tumores de ovário são raros na criança, com uma incidência anual não ultrapassando 1 a 2% do total dos tumores em idades inferiores aos 15 anos. A grande maioria (mais de 80%) são formas benignas, cuja apresentação é habitualmente cística, com predomínio dos cistos funcionais, denominados foliculares (SHEYE, SOUTEYRAND, 1986; COHEN, HALLER, 1992; LIAPI, EVAIN-BRION 1987).

Dentre os tumores ovarianos diagnosticados na infância, o mais comum é o teratoma maduro, que assim como os demais tumores benignos, pode ser tratado com a ressecção tumoral, poupando o parênquima ovariano saudável (GRAPIN-DAGORNO; CHABAUD, 2008).Os tumores malignos representam cerca de 10 a 15% do total de tumores ovarianos na menina e o tumor maligno mais comum nessa faixa etária é o disgerminoma. A ooforectomia é indispensável nos casos de malignidade.

O diagnóstico dos tumores ovarianos na infância ocorre, muitas vezes, a partir de um quadro de abdome agudo cirúrgico, com presença de torção do anexo, rotura ou hemorragia tumoral e obstrução intestinal por compressão extrínseca. O início insidioso, com identificação de um abaulamento abdominal é menos frequente, mas orienta a investigação radiológica. A presença de calcificações, septos, espessamento de parede, bordos irregulares, mudança do aspecto ecográfico ovariano em observações seriadas e aumento rápido e progressivo da lesão sugere o diagnóstico, indicando terapêutica cirúrgica (ANDERSON, BEIERLE, CHEN, 2014). Nessa etapa os marcadores tumorais também podem contribuir para o diagnóstico diferencial das lesões ovarianas e servir como controle pós-tratamento.

Desde 2010, o tratamento dos cistos ovarianos passou a ser menos invasivo. Recomenda-se o acompanhamento ambulatorial e quando necessário, cirurgias conservadoras. A gonadectomia fica restrita aos casos suspeitos de doença maligna. Antes dessa década, a escolha terapêutica era comumente a ooforectomia

para todos os casos (AYDINET, 2017). Estudos observaram uma redução na taxa de gonadectomias de 83% para 64% entre 2001 e 2012 (PAPICET, 2014). Outro estudo relatou taxa de ooforectomia de 58% em 155 crianças e adolescentes com cistos ovarianos atendidas em um hospital infantil entre 1991 e 2007, das quais 83% apresentaram histopatologia benigna ou normal, concluindo a necessidade da abordagem conservadora para maior preservação ovariana em crianças (HERNO-NETAL, 2009).

O tratamento expectante consiste no acompanhamento seriado do cisto ovariano por ecografia, uma vez que 90% dos cistos desaparecem espontaneamente, mantendo a vigilância até o completo desaparecimento do cisto. Em caso de persistência após três meses ou de cisto com diâmetro superior a 5 cm se torna necessária intervenção cirúrgica para exploração da cavidade abdominal, verificação das condições do ovário, do peritônio e do líquido peritoneal (GRAPIN-DAGORNO; CHABAUD, 2008). Não havendo sinais de malignidade, o tratamento conservador é a regra: com a evacuação do fluido do cisto ou a cistectomia.

Oitenta por cento das torções de ovário em crianças são ligadas a massas ovarianas, dentre elas a mais frequente é o cisto de ovário. Outras lesões associadas à torção são os teratomas benignos, os cistos paratubários e os cistoadenomas (AYDINET, 2017). A benignidade do cisto e o diâmetro maior que 4 cm facilita a torção, sendo o tratamento cirúrgico considerado urgente para avaliar o estágio de isquemia. Em caso de lesão cística, semelhantemente ao indicado nos pacientes com apresentação insidiosa, alguns autores recomendam o esvaziamento do cisto como a melhor opção terapêutica frente à cistectomia, no intuito de preservar o parênquima ovariano (LIANGET, 2018). Na presença de massa sólida, sem sinais de malignidade, a indicação é a excisão da massa, preservando o restante do ovário, uma vez que a maioria das torções tem relação com tumores benignos.

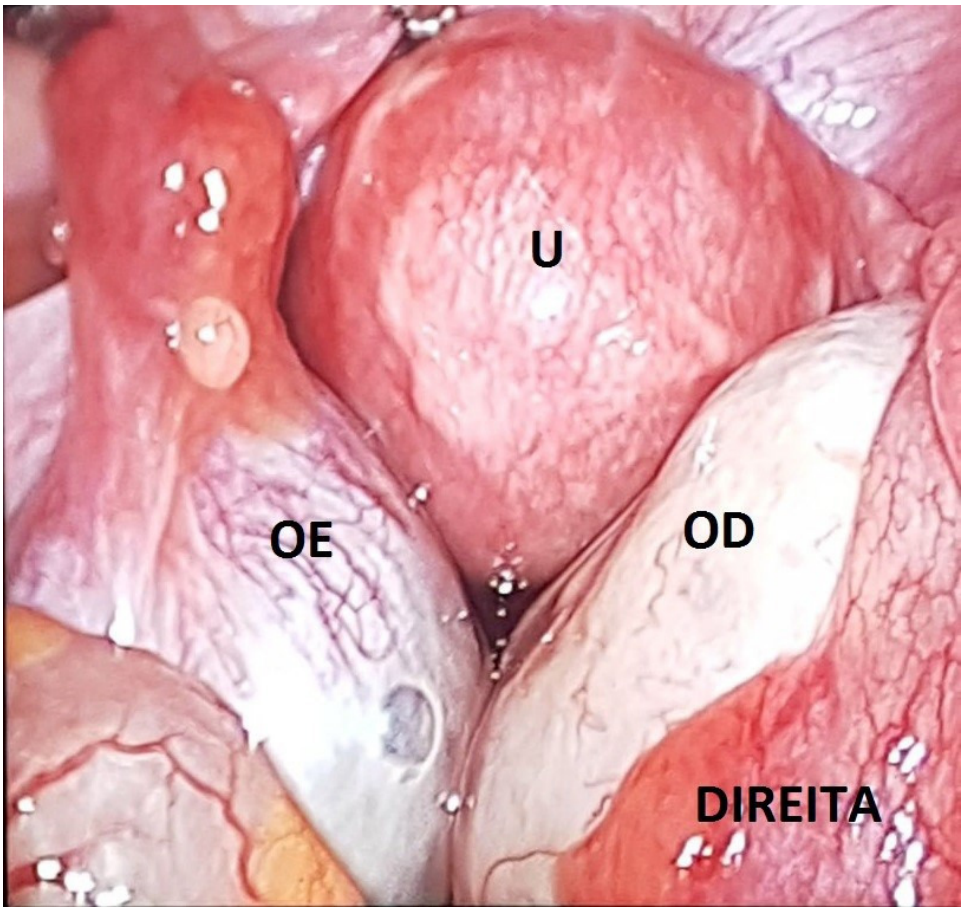
A ooforectomia na infância pode ser realizada por laparotomia ou laparoscopia. A cirurgia minimamente invasiva tem sido preferida no paciente pediátrico, com vantagens bem estabelecidas, como menor tempo de recuperação, menor formação de aderências e melhor resultado estético (ANDERSON, BEIERLE, CHEN, 2014). O umbigo é o local de entrada preferido para a cirurgia ginecológica laparoscópica e a anatomia da criança deve ser levada em consideração ao decidir qual técnica de entrada laparoscópica utilizar, uma vez que embora raros, existem relatos de lesões vasculares maiores pela agulha de Veress[5] em pacientes pediátricos (CHAN, 2017; MONTERO, TELLADO, RIOS, 2001).

Estudo recente, no entanto, sugere que o uso de minilaparotomia (incisão abdominal de 3 a 5 cm) em pacientes pediátricos e adolescentes permite a drenagem e a excisão de cistos ovarianos benignos maiores, com tempo de permanência hospitalar e recuperação comparável à cirurgia laparoscópica (TROTMAN, FOLEY, TAYLOR, 2017).

[5] Dispositivo utilizado para perfuração da cavidade abdominal através de ferida operatória com preservação de peritônio e aponeuroses e sua finalidade é a confecção de pneumoperitônio antes da introdução dos trocartes para evitar acidentes de punção e abrir o campo operatório laparoscópico.

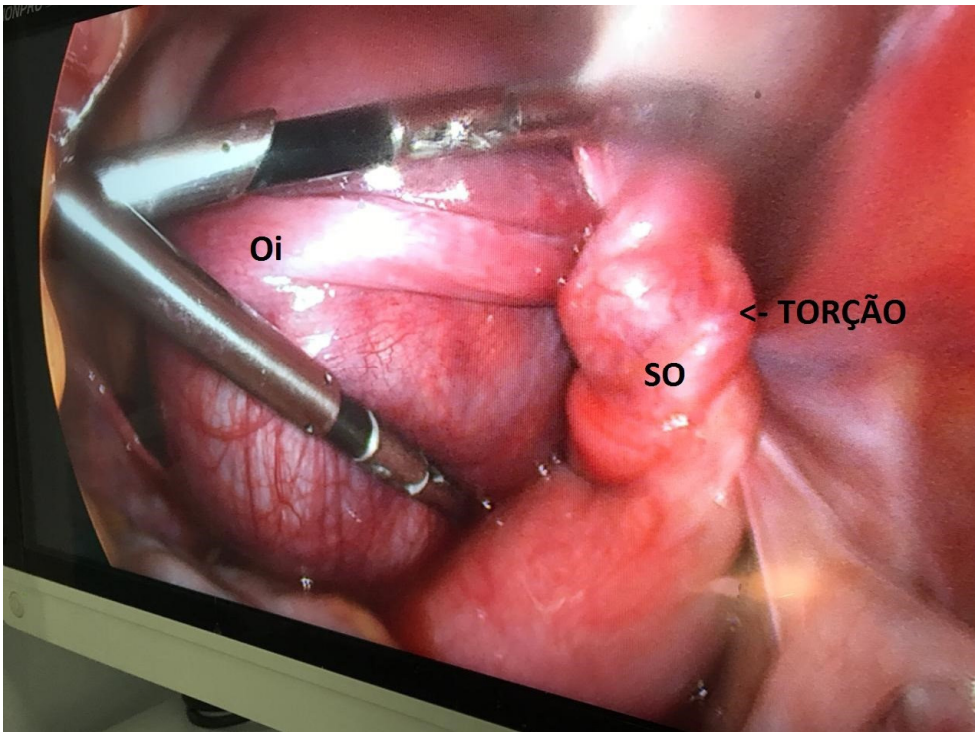
Além da ooforectomia, o tratamento radioterápico e quimioterápico para pacientes pediátricos com tumores de ovário malignos pode ser bem agressivo e acarretar uma infertilidade iatrogênica. Técnicas para suprimir a consequente infertilidade ganham espaço, como a criopreservação do tecido ovariano (CTO). Vários questionamentos acompanham a confiabilidade da CTO, além das questões éticas envolvidas na retirada, armazenamento e reintrodução do tecido ovariano em crianças. Atualmente, a CTO é carente de pesquisas e exemplos práticos para uma confirmação positiva da técnica. Dada a incerteza da extensão dos riscos e benefícios, somada à dificuldade de prever melhorias futuras, é de real importância que as pacientes e os pais sejam bem informados e aconselhados antes de tomar decisões (ABBAS, 2016; BROECKE, 2001; WALKER, 2018).

Figura 1. Imagem videolaparoscópica em escolar com cistos ovarianos bilaterais hiperfuncionantes. Submetida a marsupialização bilateral. Legenda: OD é ovário direito; OE, ovário esquerdo; e, U, útero.



Fonte: Imagens gentilmente cedidas por Dr. Ivo Lima Viana, 2018

Figura 2. Imagem videolaparoscópica de escolar com isquemia ovariana (Oi) por torção de ligamento suspensor do ovário (SO).



Fonte: Imagem gentilmente cedida por Dr. Ivo Lima Viana, 2018

REFERÊNCIAS

ABBAS, Paulette I. et al. Ovarian-Sparing Surgery in Pediatric Benign Ovarian Tumors. North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology, Houston, v. 29, n. 5, p.506-510, out. 2016.

Anderson SA, Beierle EA, Chen MK. Role of laparoscopy in the prevention and in the treatment of adhesions. Semin Pediatr Surg 2014; 23:353e6.

AUBARD, Yves et al. Ovarian tissue cryopreservation and gynecologic: a review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, Dupuytren, p.5-14, 20 abr. 2000.

AYDIN, BanuKucukemre et al. Evaluation and Treatment Results of Ovarian Cysts in Childhood and Adolescence: A Multicenter, Retrospective Study of 100 Patients. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, [S.I.], v. 30, n. 4, p.449-455, ago. 2017.

BROECKE, Rudy van Den et al. Ovarian tissue cryopreservation: therapeutic prospects and ethical reflections. Reproductive Biomedicine Online Webpaper, Brussels, v. 3, n. 3, p.179-184, 18 set. 2001.

Chan HS, Torre-LE. Surgical Considerations and challenges in the pediatric and adolescent gynecologic patient.

C. LIAPI, D. EVAIN-BRION: Diagnosis of Ovarian Follicular Cysts in Young Girls. Acta Paediatr Scand 1987; 76: 91-6.

Esposito C, Ascione G, Garipoli V, et al. Complications of pediatric laparoscopic surgery. Surg Endosc 1997; 11:655e7.

GRAPIN-DAGORNO, C.; CHABAUD, M. Kystes et tumeurs de l'ovaire avant la puberté: aspects chirurgicaux. Archives de Pédiatrie, [S.I.], v. 15, n. 5, p.786-788, jun. 2008.

H. COHEN, J. HALLER: Ovarian Cysts Are Common in Premenarchal Girls. Am J Roentg, 1992; 81: 89-91.

HERNON, M et al. The histology and management of ovarian cysts found in children and adolescents presenting to a children's hospital from 1991 to 2007: a call for more paediatric gynaecologists. Bjog: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, [S.I.], v. 117, n. 2, p.181-184, 10 dez. 2009.

LIANG, Peiliet al. Treatment Approach and Prognosis of Pediatric and Adolescent Non epitelial Malignant Ovarian Tumors: A Retrospective Prognosis Analysis. Journal Of Pediatric and Adolescent Gynecology, [S.I.], v. 31, n. 3, p.304-310, jun. 2018.
Montero M, Tellado MG, Rios J, et al. Aortic injury during diagnostic pediatric laparoscopy. Surg Endosc. 2001; 15:519.

TROTMAN G, Foley C, Taylor J, et al. Postoperative outcomes among pediatric and adolescent patients undergoing minilaparotomic laparoscopy in the management of adnexal lesions. J Pediatr Adolesc Gynecol 2017.

Th. SHEYE, Ph. SOUTEYRAND: Kystes bénins de l'ovaire. Pédiatr 1986; 27: 185-9.
Papic, Jonathan C. et al. Management of Neonatal Ovarian Cysts and its Effect on Ovarian Preservation. Journal of Pediatric Surgery, [S.I.], v. 49, n. 6, p.990-994, jun.2014.

WALKER, Sarah K. et al. Management of pediatric ovarian torsion: evidence of follicular development after ovarian preservation. Surgery, Iowa City, v. 163, n. 3, p.547-552, mar. 2018.

Capítulo

22

Bruno Pinheiro FALCÃO
Gustavo Magalhães de A. e VASCONCELOS
Idna Karime de Sousa SILVA
Ivo Lima VIANA
Robson David de Araújo LIAL

Ooforectomia na adolescência

A ooforectomia nas doenças ovarianas tem sido motivo de discussão como conduta terapêutica na faixa pediátrica, desde o nascimento até antes dos 18 anos de idade. Entre as etiologias elencadas na adolescência, destacam-se as lesões ovarianas e a torção ovariana, uma vez que diagnósticos relacionados a síndromes genéticas e a alterações descobertas no período gestacional são normalmente, tratadas na infância (AYDIN, 2017).

Podemos dividir as lesões ovarianas em não-neoplásicas e neoplásicas. Na adolescência, destacam-se os cistos ovarianos como o principal diagnóstico não-neoplásico. Entre as neoplasias, os teratomas e adenomas representam os mais incidentes tumores benignos, enquanto os tumores de pequenas células e da granulosa são as principais lesões malignas (LIANG, 2018).

Dados globais apontam uma taxa de 2,6 casos anuais de tumores ovarianos para cada 100.000 crianças e adolescentes, incidência inferior à encontrada na população adulta. A prevalência de tumores ovarianos benignos e malignos mostra-se superior na adolescência quando comparada à infância, fato que corrobora à maior taxa de ooforectomia encontrada nas adolescentes. Acredita-se que o início da maturidade folicular e o aumento na liberação de hormônios gonadais sejam os responsáveis pela estimulação das massas. Os tumores ovarianos malignos correspondem a 1% dos cânceres pediátricos e representam 10 a 20% de todas as neoplasias ovarianas (CASS, 2001; LIANG,2018).

A associação entre uma faixa etária de transição física, hormonal e psicológica e uma apresentação insidiosa da doença, com sintomatologia inespecífica, pode levar ao diagnóstico tardio das lesões tumorais ovarianas nas adolescentes. As manifestações clínicas mais comuns são o surgimento de uma massa pélvica; a dor abdominal aguda, que pode ser confundida com a apendicite aguda; o sangramento vaginal e a irregularidade menstrual. Encontra-se também, em menor grau, sinais de disfunção gonadal, como os sintomas de hirsutismo, puberdade precoce e masculinização (ZHAI, 2012; AYDIN, 2017).

O acompanhamento dos marcadores tumorais antes e após o procedimento cirúrgico é fundamental para as adolescentes com suspeita de neoplasias ovarianas. Os marcadores auxiliam no estabelecimento etiológico do tumor e na observação da progressão da doença, bem como servem de marcadores pós-operatórios do sucesso da operação. Certos marcadores possuem especificidade para determinados

tumores, como é o caso da α-fetoproteína para tumores do saco vitelínico e o β-HCG para disgerminomas (GUEDES, 2007; ALI, 2018).

Diagnosticar tumores ovarianos na pediatria apresenta alto grau de dificuldade, uma vez que os sintomas são inespecíficos e os achados de imagens variados. Alguns estudos, porém, destacam características radiológicas que merecem atenção para esse diagnóstico. É possível caracterizar tipicamente tumores de células germinativas benignas ou malignas pela presença de gordura e/ou calcificações. Hipervascularização tumoral, tumor maior que 12 cm e/ou ascite volumosa são critérios de imagem que predizem malignidade. Como exame de primeira linha, a ultrassonografia pode ser suficiente para o diagnóstico, contudo a ressonância nuclear magnética também pode ser necessária para programação cirúrgica e deve ser realizada com contraste (PÉROUX, 2015).

Uma vez que as lesões ovarianas são raras em adolescentes, não há muitas evidências para orientar o tratamento. Sabe-se que esse tipo de tratamento em adolescentes pode variar bastante. Tradicionalmente, realiza-se a ooforectomia unilateral por laparotomia. Apesar desse procedimento ser adequado em neoplasias malignas, percebe-se um crescimento de técnicas menos invasivas para as neoplasias benignas, seja pela via de acesso, através da laparoscopia, seja pela preservação parcial do ovário (BERGER-CHEN, 2012).

A laparoscopia é considerada a via de acesso padrão-ouro para tratar lesões ovarianas benignas em adolescentes. Geralmente é considerada um procedimento seguro e normalmente há uma correspondência entre o diagnóstico operatório e o anatomopatológico. Nesse sentido, passou-se a tentar desenvolver métodos cada vez menos invasivos. Surgiu a laparoscopia “single-port”, que se utiliza de apenas uma incisão para colocar o instrumental cirúrgico. Ela tem sido relatada como praticável e eficaz no tratamento de massas ovarianas benignas. Supõe-se um menor risco de lesão vascular ou visceral pela colocação do trocáter, menor taxa de herniação e melhor resultado estético (LITZ, 2014; TAKEDA, 2014).

Entre as técnicas conhecidas como preservadoras de ovário, tem-se a ooforectomia parcial, a cistectomia, a salpingectomia, a enucleação tumoral, a destorção e a ooforopexia (suspensão e fixação de um ou mais ovários à parede abdominal antes da radioterapia). Comprovou-se a diminuição da dor, tanto em intensidade quanto em duração, em pacientes submetidas a essas medidas. Nesse sentido, estudos mostram que a cistectomia conservadora do ovário é uma opção segura para adolescentes com lesões císticas e deve ser a cirurgia de escolha quando viável tecnicamente. No entanto, pesquisas mostram um aumento de irregularidades menstruais pós-cirúrgicas nos casos em que não foi realizada ooforectomia (ROSSI; ZHAI, 2012).

A ooforectomia unilateral ainda mantém uma fertilidade relativamente normal em comparação às mulheres submetidas a cirurgias preservadoras do ovário. De fato, há uma diminuição na idade reprodutiva após a retirada de um ovário devido à diminuição de folículos primários (limitados desde o nascimento) e um relativo aumento do FSH (hormônio folículo estimulante), mas não na fertilidade da mulher (ZHAI, 2012; LIANG, 2018).

É importante citar que a escolha da técnica cirúrgica também depende do profissional responsável, pois tanto cirurgiões pediátricos quanto ginecologistas são responsáveis pela condução de adolescentes com lesões ovarianas. A literatura mostra uma tendência menos conservadora dos cirurgiões, enquanto os ginecologistas buscam estratégias para preservar o ovário acometido de forma menos invasiva. Acredita-se que essa situação seja reflexo da formação de cada especialista, por um lado visando a resolução completa da doença e por outro, a manutenção da fertilidade e produção hormonal (ROSSI, 2012).

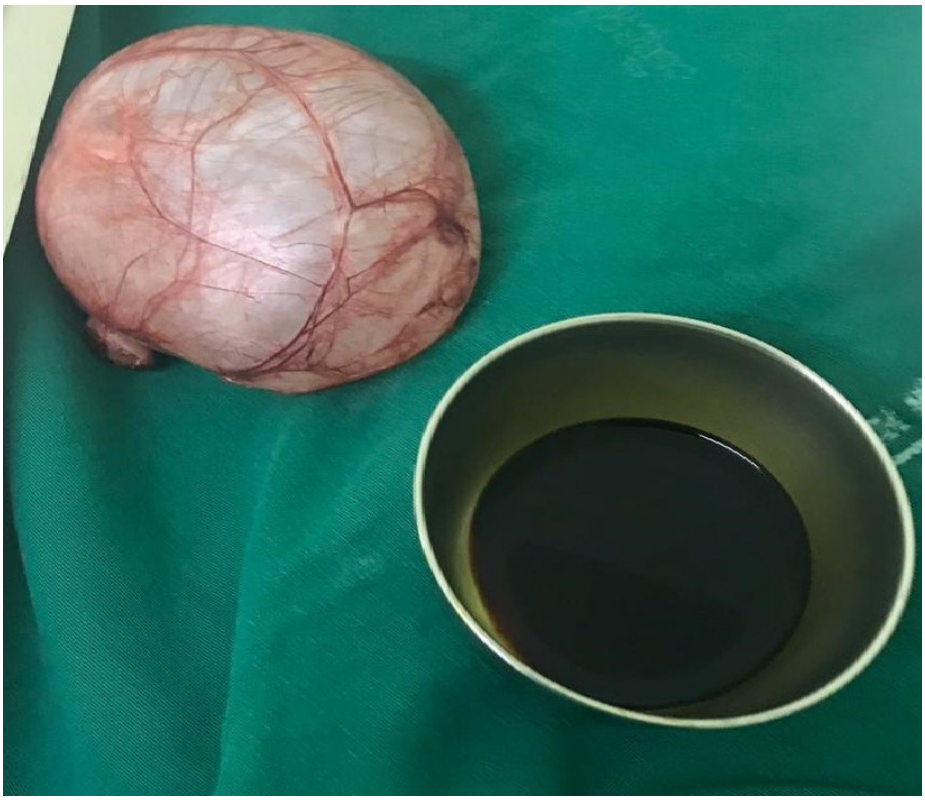
Portanto, as indicações atuais são para a preservação do ovário sempre que for viável. No caso, tumores malignos são as principais indicações para excisão do ovário e/ou outras estruturas anexiais, mas o estadiamento completo com ressecção do tumor deve ser pensado como primeira escolha de tratamento, assim como o acompanhamento com marcadores tumorais e ultrassonografia. Postula-se o uso da quimioterapia adjuvante no tratamento para melhora do prognóstico e diminuição das chances de recidiva (ALI, 2018).

Nesse contexto, a criopreservação de embriões é o método estabelecido pelo Comitê de Ética da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine) para preservação da fertilidade. No entanto, em pacientes com câncer que necessitam iniciar a quimioterapia imediatamente já existe uma alternativa, a criopreservação de tecido ovariano. Um método que visa à preservação funcional ovariana, pela preservação dos folículos primordiais. Apesar de já haver relatos descrevendo resultados positivos em crianças e adolescentes, ainda é um procedimento não comprovado cientificamente e de caráter experimental em crianças e mulheres jovens, necessitando, portanto, de mais pesquisas para sua liberação (DONNEZ, 2010; BROECKE, 2001).

As torções de ovário representam, juntamente com os tumores ovarianos, as principais etiologias associadas a tratamento cirúrgico em adolescentes do sexo feminino. Com uma prevalência de 0,02% das adolescentes e 4,9 casos em cada 100.000 meninas até os 18 anos, também apresentam um quadro clínico inespecífico: dores abdominais, náuseas, vômitos, febre e leucocitose. Taquicardia mostra-se mais prevalente em crianças do que em adolescentes. Para diagnosticar a torção no ovário, além dos aspectos clínicos citados, normalmente apenas a ultrassonografia é suficiente (ROSSI, 2012; TROTMAN, 2017).

Muito se questiona o uso da ooforectomia para o tratamento das torções ovarianas. Defendia-se classicamente essa técnica pelos possíveis sítios de malignidade, principalmente quando as torções eram causadas por grandes massas ovarianas (67%), e pela possibilidade de tromboembolismo. Além disso, a ooforectomia foi eleita historicamente como cirurgia de escolha para esses casos devido à percepção macroscópica de dano irreversível em ovários submetidos à isquemia, mesmo que momentânea. No entanto, pesquisas dos últimos 15 anos não encontraram relação entre o uso de cirurgias conservadoras (ou preservadores do ovário) e a piora do prognóstico, defendendo a destorção e preservação de todo ovário que não tenha sofrido necrose (WALLACE,2014).

Figura 1. Cisto ovariano volumoso e sintomático em adolescente.



Imagens cedidas gentilmente pelo Dr Ivo Lima Viana, 2018.

REFERÊNCIAS

ALI, A., et al. Clinicopathological pattern and outcome of pediatric malignant ovarian germ cell tumors: South Egypt Cancer Institute experience. Journal of Pediatric Surgery, Volume 53, p837–840, 2018.

AYDIN, B. K., et al. Evaluation and Treatment Results of Ovarian Cysts in Childhood and Adolescence: A Multicenter, Retrospective Study of 100 Patients. J Pediatr Adolesc Gynecology. Volume 30, p 449-455, 2017.

BERGER-CHEN, Sloane et al. Access to conservative surgical therapy for adolescents with benign ovarian masses. Obstetrics & Gynecology, v. 119, n. 2, p. 270-275, 2012.

BROECKE, R. Ovarian tissue cryopreservation: therapeutic prospects and ethical reflections. Reproductive BioMedicine Online webpaper, vol 3, No 3, p. 179-184, 2001.

CASS, D. L., et al. Surgery for Ovarian Masses in Infants, Children, and Adolescents: 102 Consecutive Patients Treated in a 15-Year Period. Journal of Pediatric Surgery, Volume 36, No 5, p 693-699, 2001.

DONNEZ, Jacques et al. Ovarian tissue cryopreservation and transplantation in cancer patients. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, v. 24, n. 1, p. 87-100, 2010.

GUEDES, R., et al. Cistadenoma ovárico gigante en adolescente. An Pediatr (Barc).66:87-106, 2007

LIANG, P., et al. Treatment Approach and Prognosis of Pediatric and Adolescent Nonepithelial Malignant Ovarian Tumors: A Retrospective Prognosis Analysis. Journal Pediatric and Adolescent Gynecology. Volume 31, p 304-310, 2018

LITZ, Cristen; DANIELSON, Paul D.; CHANDLER, Nicole M. Single incision laparoscopic surgery for pediatric adnexal pathology. Journal of Pediatric Surgery, v. 49, n. 7, p. 1156-1158, 2014.

PÉROUX, E. et al. Ovarian tumors in children and adolescents: a series of 41 cases. Diagnostic and Interventional Imaging, v. 96, n. 3, p. 273-282, 2015.

ROSSI, B. V., et al. The Clinical Presentation and Surgical Management of Adnexal Torsion in the Pediatric and Adolescent Population. Journal Pediatric and Adolescent Gynecology. Volume 25, p 109-113, 2012.

TAKEDA, Akihiro; IMOTO, Sanae; NAKAMURA, Hiromi. Management of pediatric and adolescent adnexal masses by gasless laparoendoscopic single-site surgery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, v. 181, p. 66-71, 2014.

TROTMAN, Gylynthia E. et al. Rate of oophorectomy for benign indications in a children's hospital: influence of a gynecologist. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, v. 30, n. 2, p. 234-238, 2017.

WALLACE, W. et al. Fertility preservation for girls and young women with cancer: population-based validation of criteria for ovarian tissue cryopreservation. The Lancet Oncology, Volume 15, Issue 10, p. 1129-1136, 2014.

Zhai, A., et al. Assessing gonadal function after childhood ovarian surgery. Journal of Pediatric Surgery. Volume 47, p 1272-1279, 2012.

Capítulo
23

José Rodrigo Bezerra SOUSA
Leonardo Lima CAMPELO
Sthênio Vieira FARIAS
Ursulino Martins NEIVA

Anestesia e ooforectomia

A consulta pré-operatória para anestesia pediátrica e adulta tem importância vital no processo de avaliação da condição clínica do paciente e visa definir os riscos e elegibilidade da anestesia e cirurgia, com informações essenciais para a tomada de decisões a partir de anamnese e exame físico. Estes visam complementar o planejamento da anestesia, bem como a necessidade de medicação pré-anestésica e preparo não farmacológico.

É uma responsabilidade intransferível do anestesiologista e a partir dessa avaliação é possível definir o estado físico do paciente, os riscos anestésico e cirúrgico, necessidade de solicitação de exames complementares, tratamento ou preparo especial, favorecendo o planejamento perioperatório baseado no uso apropriado dos recursos hospitalares e programação das atividades cirúrgicas de acordo com as características clínicas do mesmo *(onde será o pós-operatório? Haverá necessidade de leito de unidade de terapia intensiva? Haverá necessidade de coleta de exames durante e após a cirurgia?).*

A avaliação completa das vias aéreas, sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso e do estado de hidratação deve ser realizada antes de qualquer procedimento com anestesia, constando da ficha de avaliação pré-anestésica (Figura 1) e solicitação de assinatura do termo de consentimento informado através do qual todos os riscos inerentes são explicados ao paciente ou a seu responsável (Figura 2).

Figura 1. Ficha de avaliação anestésica.7

Hospital Universitário

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 – TERESINA-PI

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: _____ Prontuário: _____

Idade: _____ Gênero: ☐ M ☐ F Data da Avaliação: _____

Cirurgia proposta: _____ Cirurgião: _____ Data da Cirurgia: _____

Peso: ___Kg	Altura: ____cm	DUM: _____	FC: ___bpm	PA: ___x___mmHg	Tax: ___ºC

ANTECEDENTES PESSOAIS E ANESTÉSICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES	Hipertensão☐ Diabetes☐ Coronariopatia☐ Alergias☐ Hipertermia Maligna☐
CARDIOVASC.	Nenhum☐ Hipertensão☐ Arritmia☐ Sopro☐ Valvopatia☐ Angina☐ Infarto☐ Insuf. Cardíaca☐
RESPIRATÓRIO	Nenhum☐ Secreção☐ Tosse☐ Febre☐ Dispnéia☐ Asma☐ Pneumonia☐ DPOC☐
NEUROLÓGICO	Nenhum☐ Ansiedade☐ Depressão☐ Cefaléia☐ Epilepsia☐ Neuropatias☐ Déficit☐ AVC☐
METABÓLITO	Nenhum☐ Diabetes☐ Perda Ponderal☐ Obesidade☐ Tireoidopatia☐ Gravidez☐
DIGESTIVO	Nenhum☐ Náusea/vômito☐ Gastrite/Úlcera☐ Cirrose☐ Sangramento☐ Diarréia☐
ORTOPÉDICO	Nenhum☐ Hérnia de disco☐ Escoliose☐ Fratura☐ Fixação na Coluna☐ Lombociatalgia☐
RENAL	Nenhum☐ Infeccção☐ Cálculos☐ Oligúria☐ Poliúria☐ Insuf renal☐
HEMATOLOGIA	Nenhum☐ Anemia☐ Sangramentos☐ Hemofilia☐ Transfusões anteriores☐ Test. de Jeová☐
ALERGIAS	Nenhum☐ Medicação☐ Alimentos☐ Edema Glote☐ Broncoespasmo☐ Látex☐ PCR☐ Quais:
DOENÇAS	Hepatite (A☐ B☐ C☐ D☐) HIV☐ Tuberculose☐ Chagas☐ Outras☐ Quais:
VÍCIOS	Nenhum☐ Tabagismo☐ Etilismo☐ Drogas Ilícitas☐ Quais:
CIRURGIAS PRÉVIAS	Não☐ Sim☐ Quais:
ANESTESIAS ANTERIORES	Não☐ Sim☐ Quais: Raquianestesia ☐ Peridural☐ Bloqueio Periférico☐ Geral☐ Local☐
MEDICAÇÕES EM USO	Não☐ Sim☐ Quais:

EXAME FÍSICO

Estado Geral:_____
AC:_____
AP:_____

Prótese dentária móvel: Não ☐ Sim ☐

Consentimentos: Assinados ☐

Mallampatti I☐ II☐ III☐ IV☐

Distância tireo-mento: >6,0cm☐ < 6,0cm☐

Distância esterno-mento: >12,5cm☐ <12,5cm☐

Abertura oral: >3cm☐ < 3cm☐

EXAMES LABORATORIAIS

Nenhum ☐ Hb____ Ht____ Plaquetas_____ TAP____ INR____ TTPA____ Na____ K____
Ca_____ Ur____ Cr____ Glicemia____

ECG Não tem☐ Normal☐ Alterado☐

Raio-X de tórax Não tem☐ Normal☐ Alterado ☐

ECO

Avaliação de Especialista:

P I☐ II☐ III☐ IV☐ V☐ VI☐ E☐ | Jejum a partir de: ____h

CONDUTA: Apto no momento☐ Não apto☐ Aguardo exames☐

ORIENTAÇÃO:

_____
Médico Anestesiologista

Fonte: Gentilmente cedido pelo serviço de anestesiologia do Hospital Universitário da UFPI, 2018.

Figura 2. Termo de consentimento livre e esclarecido.

Hospital Universitário

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 – TERESINA-PI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

1. Autorizo anestesiologista do corpo clínico do Hospital Universitário - UFPI a executar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável o seguinte procedimento anestésico: _____
2. A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
3. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Universitário - UFPI para ser alcançado o melhor resultado.
4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ **Paciente** ☐ **Responsável**

Nome legível:_____
Assinatura:_____
RG: _____ Grau de Parentesco: _____

Teresina-PI, _____ de _____ de_____

Deve ser preenchido pelo Médico

Expliquei todo o procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____ CRM: _____
Assinatura: _____

Teresina-PI, _____ de _____ de_____

Fonte: Gentilmente cedido pelo serviço de anestesiologia do Hospital Universitário da UFPI, 2018.

O exame físico deve levar em conta o desenvolvimento motor, cognitivo, da linguagem e social conforme a idade do paciente. Deve-se sempre respeitar o seu direito de privacidade e intimidade, bem como sua autonomia, evitando-se expô-lo a situações constrangedoras. Esta etapa da avaliação anestésica é importante, pois detalhes biopsicossociais, que podem tornar proibitivo ou conflitante a assistência, poderão ser percebidos e prontamente assistidos.

Em crianças menores de um ano, deve ser flexível, visando aproveitar os períodos nos quais a criança está sonolenta ou quieta para realizar ausculta dos pulmões e coração no colo dos pais. Resultados melhores podem ser alcançados com um discurso confortante, um sorriso e o uso de brinquedos ou outras distrações.

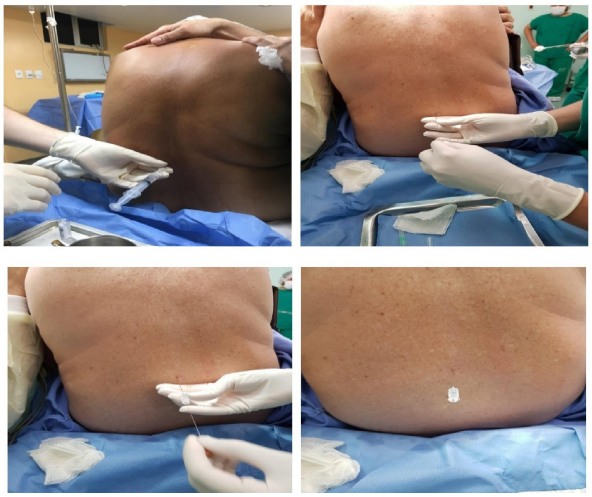
Crianças de dois a cinco anos podem ser ativas, curiosas ou tímidas e menos cooperativas e a avaliação neurológica e musculoesquelética pode ser feita enquanto a criança está brincando e andando. A redução da ansiedade pode ser alcançada com uma demonstração do uso de instrumentos de ausculta, por exemplo, nos pais ou em um brinquedo que a tranquilize.

Fornecer explicações simples das fases de avaliação a crianças pré-escolares é sempre útil. Convidá-los a contar, explicar as cores, falar sobre sua atividade favorita e externalizar sua aprovação é estratégia útil durante a avaliação.

Geralmente, os pacientes em idade escolar cooperam de bom grado durante exame e apreciam as informações a respeito de como e por que dos procedimentos. Adolescentes podem manifestar receio sobre seu corpo em desenvolvimento e, nesses casos, a escolha de realizar o exame físico junto aos pais pertence aos pacientes.

Adultos costumam ser mais colaborativos e compreensivos, exceto em condições de vulnerabilidade psicossocial, cujos cuidados são individualizados (Figura 3).

Figura 3. Raquianestesia em mulher para a realização de cirurgia pélvica (ooforectomia).



Fonte: Os autores, 2018.

Informações sobre o peso atual, alergias, cirurgias prévias, hemotransfusões prévias, conhecimento do procedimento e dos riscos cirúrgicos ao qual será submetido ou sujeito, medicamentos em uso, complicações cirúrgicas prévias, história familiar de doenças crônicas e suas comorbilidades devem ser prontamente obtidas.

Todo e qualquer procedimento cirúrgico depende da avaliação do anestesiologista, fazendo-se necessário que toda mulher que for submetida a ooforectomia passe em ambulatório ou consultório de consulta pré-anestésica com um profissional anestesiologista.

LEITURAS SUGERIDAS

Mangia, G., Patti, C., Presutti, P., Astuto, M., & Ingelmo, P. M. (2016). Preoperative evaluation in pediatric anesthesia, 27 (Supl 2), 11–20. https://doi.org/10.5935/2238-3182.20170014

Rodrigues Neder Issa M, Faria Campos Isoni N, Marinho Soares A, Lourenço Fernandes M. Avaliação Pré-Anestésica e Redução dos custos do Preparo Pré-Operatório. Rev Bras Anestesiol. 2011 vol: 61 (1) pp: 60-71

Capítulo

24

Naiguel Castelo Branco SILVA
Glauber Castelo Branco SILVA

A menopausa no uso de medicamentos

Denomina-se menopausa o período em que a mulher cessa sua capacidade de desenvolvimento do ciclo menstrual, geralmente acometida entre 45 e 60 anos de idade, podendo variar muitas das vezes, de acordo com o estado de saúde e nível de atividade física das mulheres. Sua condição é fixada principalmente por alterações fisiológicas nas glândulas ovarianas, nas quais proporciona redução gradativa da produção de estrogênio, hormônio essencial no processo de maturação do óvulo. Ademais, em consequência desta ocorrência, são esperadas outras alterações endócrinas capazes de desencadear sinais e sintomas específicos, com manifestações clínicas de curto, médio e longo prazo.

Dentre as manifestações supracitadas, destacam-se distúrbios neurovegetativos como: sintomas vasomotores, calafrios, a insônia ou sono agitado, vertigens, parestesias, diminuição da memória e fadiga, que muitas vezes são relacionados a etiologias diversas ao climatério. Também sintomas neuropsíquicos: como labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa de autoestima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Alterações urogenitais, como distopias e incontinências urinárias, distúrbios metabólicos: alterações do metabolismo lipídico e do metabolismo ósseo.

Diante dos sinais e sintomas apresentados na fase climatérica e de menopausa, medidas profiláticas e de tratamento são sugeridas pelos profissionais da saúde. Entre essas medidas, a reposição hormonal e a utilização de medicamentos, no qual o profissional da saúde habilitado, tem a responsabilidade de atentar para quais fármacos, doses e por quanto tempo estes podem ser administrados de forma benéfica ao quadro, pois a utilização indiscriminada e de forma aleatória podem interferir de forma direta ou indireta na ampliação dos efeitos indesejáveis.

Mulheres hipercolesterêmicas e com dislipidemia, ao adentrarem no período da menopausa, podem ter estes distúrbios metabólicos potencializados, pela redução do estrogênio, devendo-se portanto rever, através de exames clínicos e laboratoriais, a necessidade de reajuste de doses ou combinação de fármacos para estas alterações, como as estatinas, sequestradores de ácidos biliares e outros, caso já utilizem, atentando para a possibilidade de reposição do estrogênio, para fins de evitar danos cardiovasculares ou até mesmo doses maiores de antilipêmicos, considerando-se, porém, todos os riscos para esta decisão.

O uso de corticosteroides deve ser usado de forma a considerar o período da menopausa, uma vez que os mesmos alteram, dentre várias ações, o metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas, acentuando manifestações da síndrome metabólica e efeitos cardiovasculares, havendo o cuidado para escolha do corticosteroide, correlacionando sua potência anti-inflamatória e de retenção do sódio, além do que promovem classicamente redução numérica e funcionalmente dos osteoblastos, consequentemente causando desiquilíbrio na remodelação óssea e pela própria redução na produção de estrogênios e também androgênios, podendo precipitar a osteopenia ou agravar.

Os corticosteroides também são associados a alterações no humor, excitabilidade cerebral e comportamento, para tanto, conforme a intensidade das queixas relacionadas ao SNC no período da menopausa, considerar a dose e tempo de uso, de forma eficaz e a causar menores transtornos do sono e cognitivos também.

O uso de fármacos para tratamento da depressão e ansiedade, bem como outros transtornos, devem ser escolhidos de forma a verificar o surgimento de outros sintomas associados a menopausa, existindo a possibilidade de decisão de medicamentos que melhor se adeque ao transtorno sem no entanto afetar de forma crítica a obesidade, haja vista a possibilidade do ganho de peso considerável a depender de qual composto a ser usado, bem como ajuste ou alteração de antidepressivos e ansiolíticos, devido as mudanças dos sinais e sintomas promovidos pelo período da menopausa no SNC.

No caso de reposição hormonal, é necessário a atenção para as interações medicamentosas, como por exemplo a levotiroxina, que é a forma sintética do hormônio tiroidiano levotiroxina (T4), para uso no tratamento de várias patologias tiroidianas, que no sangue, se liga a proteína transportadora (TGB), sendo que o estrogênio aumenta sua produção, interferindo para que levotiroxina siga para tecido alvo.

Para uso de antibióticos, deve-se atentar para redução dos estrogênios, no caso de contraceptivos orais, ou por alterações na flora bacteriana ou por indução enzimática hepática.

Para a avaliação farmacoterapêutica, sugere-se o raciocínio: sem o estrogênio, quais os sinais, sintomas e manifestações podem surgir na menopausa? Detectando-os, quais fármacos podem potencializar esses efeitos indesejáveis provocados pela redução do estrogênio? A reposição hormonal (considerando os riscos) evitaria o uso de certos fármacos? E havendo a reposição hormonal, quais interações medicamentosas podem existir?

Assim, a análise fisiológica da menopausa, e sua evolução, permitirá uma escolha do fármaco ideal, assim como ajuste de doses e tempo de uso ou até mesmo utilização ou não, havendo alternativas à minimização dos efeitos apresentados no período da menopausa.

LEITURAS SUGERIDAS

ANTUNES, Susana; MARCELINO, Ofélia; AGUIAR, Tereza. Fisiopatologia da menopausa. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v. 19, n. 4, p. 353-7, 2003.

BACHMANN, Kenneth. A.; LEWIS, Jeffrey. D.; FULLER, Matthew. A.; BONFIGLIO, Mark. F. Interações Medicamentosas: apresentando um guia completo dos substratos, indutores e inibidores de enzimas do citocromo P450. São Paulo. 2. Ed. Manole, 2006.

BITENCOURT, Cláudia Coelho de et al. Vida da Mulher no Climatério: Um mapeamento das alterações manifestadas. 2011.

CUNHA, Daniela Silva da. Obesidade e outras alterações metabólicas na menopausa. Intervenção nutricional. 2012.

DE DOMENICO, Danielle et al. Correlação entre obesidade e menopausa. RBONE--Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 2, n. 9, 2012.

ESTRATÉGICAS, Programáticas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília (DF), 2008.

DIEZ, Amanda Carla dos Santos Beltramini et al. Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério. Revista Mineira de Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 166-174, 2010.

FERREIRA, Isabel Cristina Carqueijeiro; SILVA, Samara Santos; DE ALMEIDA, Renata Santiago. Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicologicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 19, n. 2, 2015.

GALLON, Carin WeiriCh. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. CEP, v. 95070, p. 560, 2012.

MIRANDA, Mariza Abreu et al. Uso etnomedicinal do chá de Morus nigra L. no tratamento dos sintomas do climatério de mulheres de Muriaé, Minas Gerais, Brasil. HU Revista, v. 36, n. 1, 2010.

OLIVEIRA BERNI, Neiva Iolanda de; HECKER LUZ, Maria; KOHLRAUSCH, Sheila Cristina. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 3, 2007.

SANTOS, Livia Matavelli et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. Revista APS, v. 10, n. 1, p. 20-26, 2007.

VELOSO, Laurimary Caminha; MARANHÃO, Regimara Maria Soares; LOPES, Vandelice Maria Lima Verde. Alterações biopsicossociais na mulher climatérica: uma revisão bibliográfica. Revista Interdisciplinar, v. 6, n. 3, p. 187-194, 2013.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 305-312, 2009.

Capítulo

25

Hormonioterapia na mulher ooforectomizada

Anaíde Rosa de Carvalho Nascimento PINHEIRO
Cláudia Cardinalle Lima TEIXEIRA

O uso da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) é imprescindível nos casos de menopausa de origem cirúrgica ou provocada por quimioterapia, em virtude da intensidade dos sintomas, decorrentes da supressão estrogênica. Além disto, a menopausa precoce consequente da cirurgia é indicação precisa de TRH, pois essas mulheres apresentam risco quatro vezes maior de desenvolver doenças cardíacas e sete vezes maior de desenvolver osteoporose (KRAHE, 2001).

Indicações, drogas, posologias e vias de administração para a hormonioterapia devem ser avaliadas individualmente, para que se possa beneficiar ao máximo as pacientes com um mínimo de efeitos adversos (WENDER et al, 2014).

É possível continuar com a terapia hormonal até cerca dos anos 50 anos, ou seja, a idade média da menopausa natural. Em mulheres mais velhas, o tratamento com estrogênio a longo prazo tem sido associado a um risco aumentado de doenças cardiovasculares e câncer de mama. Em mulheres jovens com falência ovariana prematura, no entanto, os benefícios da terapia de reposição hormonal geralmente superam os riscos potenciais (WENDER et al,2014).

Na aplicação medicamentosa, é importante seguir as orientações do médico durante o tratamento, ingerir apenas a quantidade prescrita e manter a regularidade no uso dos remédios. Doses em horários aleatórios podem comprometer o efeito das drogas e, inclusive, gerar complicações.

Algumas condições podem contraindicar a reposição hormonal. São elas: gestação, sangramento uterino anormal não investigado, distúrbio tromboembólico ativo, tromboflebite ativa, neoplasia estrogênio-dependente, doença hepática aguda, entre outras (PARDINI, 2014).

É essencial entender que a ausência de alguns hormônios pode acarretar o mau funcionamento de áreas saudáveis do organismo, podendo surgir sintomas como ondas de calor, disfunções sexuais, ressecamento vaginal, perda da libido, alterações nos níveis de gordura no sangue e ganho de peso. Sendo assim, o ideal é que a terapia hormonal tenha ação sistêmica, ou seja, age em todo o corpo, porém a intensidade dos sintomas é que determinará o melhor tipo de terapia para cada paciente (WEHBA et al, 1995).

Independentemente de qual terapia escolhida, é fundamental que a paciente tente manter sua rotina habitual evitando esforços exagerados.

Realizar uma atividade física leve pelo menos três vezes por semana e sob orientação de um profissional, pode colaborar para o bem-estar geral. As relações não são contraindicadas durante o tratamento. Pelo contrário, mantê-las como hábito melhora a autoestima e auxilia a superar os desafios de combate à doença (WENDER et al, 2014).uperar os desafios de combate à doença.

Tratamento com estrogênio

O uso de estrogênios tópicos por via vaginal pode melhorar sintomas de atrofia vaginal e incontinência em mulheres na pós menopausa ou mulheres ooforectomizadas (WENDER et al, 2014). Os estrógenos melhoram a integridade da mucosa vaginal e têm efeito benéfico na sensibilidade vaginal, vasocongestão e secreções (THIEL, 2008). Com isso, melhora os sintomas irritativos como ressecamento, prurido, dispareunia, sintomas urinários e modificações da microbiota vaginal. Além disso, há evidência sugerindo ação profilática contra infecções urinárias de repetição. A melhora dos sintomas geralmente ocorre após poucas semanas de uso, mas algumas mulheres necessitam de um mínimo de 12 semanas para se obter um bom resultado (WENDER et al, 2014).

O uso do estrogênio tópico vaginal em pequenas doses tem sido considerado de risco reduzido, pois produz baixas doses de níveis séricos, sendo, em geral, mais baixos que os produzidos pela própria menopausa. Não existem ensaios que mostrem a segurança do uso por mais de 12 meses, contudo não há limite de tempo de uso estabelecido (WENDER et al, 2014).

Tem-se no mercado alguns cremes vaginais com composição diferente de estrogênio. Os cremes vaginais de estrogênio equino conjugado (CEE) contêm 0,625mg do composto por grama de creme. Recomenda-se a dose de 0,5- 2,0g, uma vez ao dia por 21 dias consecutivos, seguidos de 07 dias sem uso ou 0,5g duas vezes por semana. Os cremes contendo 0,1mg de estradiol por grama de creme são recomendados na dose de 2-4g diárias por 1-2 semanas seguida de redução gradual para metade da dose em 1-2semanas e depois 1g uma a três vezes por semana como manutenção (LINDAHL, 2014).

Uma alternativa é o uso de cremes ou óvulos de promestrieno, um análogo do estradiol, no qual absorção sistêmica é menor que 1% (CASTRO e BUELVAS, 2014). Em estudo multicêntrico foi avaliada a tolerabilidade do promestrieno na vaginite atrófica em 607 mulheres menopausadas que foram tratadas com a administração diária de cápsulas vaginais com 10mg de promestrieno por 20 dias consecutivos. Observou-se que houve melhora dos sintomas presentes ao final do tratamento, demonstrando que o promestrieno tem boa eficácia como agente antiatrófico, além de boa tolerabilidade (SALIM E FERBNANDES, 1993).

Para ajudar a prevenir a osteoporose e aliviar o calor e outros sintomas de deficiência de estrogênio, é importante substituir o estrogênio produzido pelos ovários. Geralmente, os estrogênios são prescritos juntamente com outro hormônio: a progesterona.

Adicionando a progesterona proporciona-se a proteção do revestimento do útero (endométrio) por mudanças pré-cancerosas (hiperplasias), que podem ser causadas pelo estímulo estrogênico, quando este é administrado isolado (WEHBA et al, 1995).

A combinação de hormônios pode causar sangramento vaginal semelhante a menstruação, mas não o restabelecimento da função ovariana. É possível tomar estrogênios em forma de pílula, géis, um emplastro adesivo aplicado a pele ou um anel vaginal que você poderá ser substituído a cada três meses (PARDINI, 2014).

Testosterona

Até o presente momento, a reposição androgênica tem sido feita empiricamente, inclusive no Brasil, uma vez que não existem androgênios aprovados pelo FDA para tratamento da disfunção sexual feminina, muito embora, na prática observa-se inúmeras prescrições visando tratamento dessa queixa. Preconiza-se a terapia com testosterona, associando-a ou não ao estrogênio. Muitos têm mostrado eficácia em relação aos sintomas de disfunção sexual, sintomas vasomotores e aumento na densidade mineral óssea e força muscular. Na dose adequada de 300 mcg diários de testosterona, são relatados poucos efeitos colaterais, mas estes podem estar associados a acne, ganho de peso, aumento de pelos faciais, piora do perfil lipídico, alterações na função hepática e mais raramente mudanças no timbre da voz e clitoromegalia (LEAO et al,2005; FONSECA et al, 2010).

Fitoestrógenos tópicos

Para otimizar o efeito do fitoterápico é importante que ao iniciar o tratamento a mulher tenha sua função digestória e metabólica avaliada e que sejam corrigidos quaisquer problemas que venham a interferir na digestão, absorção ou metabolismo do mesmo.

A substituição da TH por um fitoterápico não deve ocorrer de forma abrupta, ao contrário, na fase de transição as duas poderão estar associadas. A substituição da TH para o uso de fitoestrógenos deve ser gradativa, com introdução imediata da dose máxima do fitoterápico e a retirada gradual dos hormônios (ANDREOTTI et al, 2014).

Moduladores Seletivos do Receptor de Estrogênio (SERMS)

Os SERMS são grupo de substâncias que agem através do receptor de estrogênio e podem ser agonistas ou antagonistas de acordo com o órgão em que agem. Um importante SERM que vem sendo estudado é o ospemifeno, pois é administrado por via oral e é efetivo para tratamento de secura vaginal e dispareunia consequente a atrofia vulvovaginal. Estudos mostram que 60mg/dia de ospemifeno é eficaz e seguro, pois melhora os sintomas de atrofia vulvovaginal e não se relaciona ao desenvolvimento de sangramento vaginal, hiperplasia ou câncer endometrial (CASTRO e BUELVAS, 2014).

REFERÊNCIAS

ANDREOTTI JDB, et al. Vaginal microbiota in postmenopausal women with vaginal isoflavones. Arq. Med Hosp. Fac. Ciênc. Med Santa Casa São Paulo. 2014; 59(3):110-116.

CASTRO AM, BUELVAS KP. Manejo de la atrofia vulvovaginal posmenopáusica. Rev. Chil. Obstet Ginecol.; 2014; 79(6).

FONSECA PH, SCAPANELLI A, AIOK T, ALDRIGUI IM. Deficiência androgênica na mulher. Rev. Assoc. Med Bras.; 2010; 56(5): 579-82.

KOHEK, M. B. F.; LATRONICO, A. C. O papel dos receptores de gonadotrofinas na reprodução feminina. Arq. Bras. Endocrinol Metab. vol. 45 nº 4 agosto 2001.

KRAHE, C.; GUARAGNA, K. B. A. A terapia de reposição hormonal no climatério. In: Almeida AB. Climatério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993:167-171.

LEÃO LMCSM, DUARTE MPC, FARIAS MLF. Female androgen insufficiency and potential risks of therapeutic replacement. Arq. Bras Endocrinol Metab. 2005; 49(2): 205-216.

LINDAHL SH. Reviewing the options for local estrogen treatment of vaginal atrophy. International Journal of Women's Health; 2014: 6 307-312.

PARDINI, D. Terapia de Reposição Hormonal na Menopausa. Arq. Bras Endocrinol Metab. 2014;58/2

SALIM W, FERBNANDES CE. Clinical evaluation of efficacy and tolerability of promestriene in menopause women with vaginal atrophy. J Bras. Ginecol.; jun. 1993; 103(6):219-24.

THIEL R, THIEL M, PALMA P. Urologia feminina e medicina sexual: o que os médicos precisam saber. Prática Hospitalar ;2008; 56

WEHBA, S.; FERNANDES, C.E.; ALDRIGHI, J, M. Estrogênios e seus receptores: farmacologia, indicações e contraindicações. In: Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R. Menopausa. São Paulo: Rocca, 1995:287-94.

WENDER MCO, POMPEI LM, FERNANDES CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa - Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC). São Paulo: Leitura Médica, 2014.

Capítulo

26

Gildenise Monteiro RABELO
Gisele Bezerra da SILVA
Lis Cardoso Marinho MEDEIROS

Ooforectomia e fitoterapia

A redução dos níveis estrogênicos pode ocorrer de forma natural, durante o climatério, que segundo Brasil (2016) corresponde ao período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da vida da mulher, ou pode vir a acontecer após uma ooforectomia bilateral. Em ambos os casos algumas mulheres passam por esta redução dos níveis estrogênicos sem queixas, no entanto, em outros casos podem apresentar sintomas diversos e de intensidade variável.

A fitoterapia tem se mostrado como uma importante opção terapêutica no climatério, podendo ser utilizada com ou sem associação à terapia hormonal, sua aplicação estende-se às mulheres ooforectomizadas principalmente no tratamento da sintomatologia associada.

O ministério da saúde recomenda o uso de fitoterápicos como alternativa ao tratamento hormonal, para isso, enfatiza que usuários e profissionais certifiquem-se da qualidade e segurança dos mesmos antes de sua utilização. Suas indicações, posologia e características farmacológicas são descritas no Memento Fitoterápico de 2016.

A fitoterapia como alternativa à terapia hormonal (TH)

As reações adversas já conhecidas da terapia hormonal, suas contraindicações bem como a sua associação como fator de risco para algumas neoplasias têm popularizado alternativas terapêuticas à Terapia Hormonal na população feminina, com destaque para o uso de substâncias naturais presentes em plantas, muitas delas comestíveis, conhecidas como fito-hormônios. Os fito-hormônios utilizados para tratamento dos efeitos do hipoestrogenismo recebem o nome de fitoestrógenos.

Os fitoestrógenos são substâncias naturais presentes em mais de 300 plantas, destacando-se as sementes da soja (Glycine max L.), da linhaça (Linum usitatissimum L.), do girassol (Helianthus annuus L.), entre outros. Possuem semelhança com os estrógenos endógenos. Esta característica confere-lhes um bom custo benefício sendo utilizadas para o tratamento dos sintomas do climatério como terapia principal ou associada.

Indicações do uso de fitoterápicos, preparo do organismo e cuidados para início do tratamento fitoterápico

A literatura aponta como possíveis indicações ao uso de fitoestrógenos o desejo da mulher em não tomar hormônios, opção do profissional, intolerância da mulher para o tratamento hormonal convencional ou quando esta for contraindicada, pacientes idosas ou manutenção de tratamento.

Para otimizar o efeito do fitoterápico é importante que ao iniciar o tratamento a mulher tenha sua função digestória e metabólica avaliada e que sejam corrigidos quaisquer problemas que venham a interferir na digestão, absorção ou metabolismo do mesmo.

A substituição da Terapia Hormonal por um fitoterápico não deve ocorrer de forma abrupta, ao contrário, na fase de transição as duas poderão estar associadas. A substituição da Terapia Hormonal para o uso de fitoestrógenos deve ser gradativa, com introdução imediata da dose máxima do fitoterápico e a retirada gradual dos hormônios.

Plantas com substâncias que ajudam no climatério

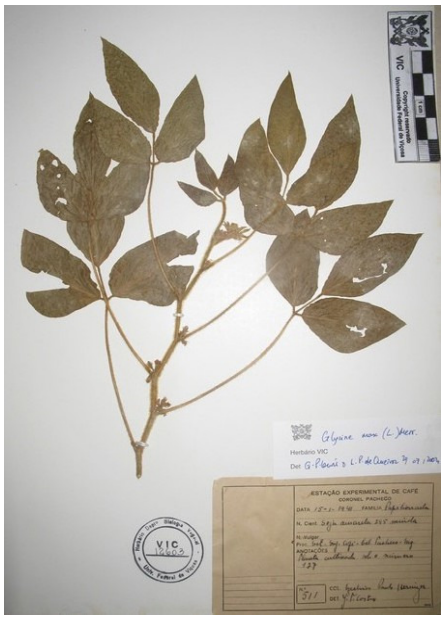
A seguir destacam-se três plantas que apresentam fitoestrógenos. Suas características farmacológicas encontram-se descritas no Memento Fitoterápico de 2016. Estas apresentam uso bastante difundido, sobretudo para tratamento dos sintomas vasomotores do climatério.

Actaea racemosa
Nome popular: Cimicifuga racemosa

RB00323263
RANUNCULACEAE Cimicifuga racemosa Nutt.
Determinador: Sem determinador
E.U.A., Georgia. Murray Co.: Cohutta Wildlife Management Area. East of Cisco on GA hwy 2. Rich, mesic, deciduous woods. Roadside.
N. C. Coile, 3709
27/06/1983

Indicação terapêutica: alívio dos sintomas do climatério como rubores, fogachos, transpiração excessiva, palpitações, alterações de humor, ansiedade e depressão.
Contraindicações: hipersensibilidade, gestantes e insuficiência hepática.
Cuidados adicionais: as pacientes devem ser alertadas quanto aos sinais e sintomas sugestivos de insuficiência hepática, como astenia, inapetência, icterícia cutânea ou de esclerótica, epigastralgia acompanhada de náusea ou vômito ou colúria, no surgimento de qualquer um destes sinais ou sintomas o uso do fitoterápico deve ser interrompido.

Glycine max
Nome popular: soja



Herbário da Universidade Federal de Viçosa - VIC
Universidade Federal de Viçosa
Plantae Papilionoideae
Glycine max (L.) Merr.. Det: Queiroz, L.P. de; Lewis, G.P. 20/07/2004
VIC 12603 Coleta: Heringer, E.P. 511 15/01/1941.
Loc: Est. Exp. de Café, Coronel Pacheco, Minas Gerais, Brasil
Coord munic: [lat: -21.5877990722656 long: -43.2655982971191 err: ±10350 WGS84]
Notas: Planta cultivada sob nº 127.
Tipo de registro: espécime preservado

Indicação terapêutica: como coadjuvante no alívio dos sintomas vasomotores do climatério tais como ondas de calor e sudorese.
Contraindicações: menores de 12 anos e hipersensibilidade.
Cuidados adicionais: a ingestão de Glycine max pode ocasionar reação cruzada com amendoim.

Trifolium pratense
Nome popular: trevo vermelho

ICN00026019
FABACEAE/FABOIDEAE Trifolium pratense L.
Determinador: Boldrini, I I em s.d.
Brasil, Rio Grande do Sul, Maquin.
Baptista, LRM, s.n.
09/02/1973
Indicação terapêutica: alívio dos sintomas da menopausa (principalmente fogachos), mastalgia e síndrome pré-menstrual.
Contraindicações: menores de 12 anos, hipersensibilidade, gravidez, lactação e em casos de doenças hormonais associadas ao efeito potencial dos hormônios, como endometriose e miomas uterinos.

As três plantas a seguir, embora não possuam fitoestrógenos foram incluídas neste capítulo por seu emprego como terapia coadjuvante nos sintomas de ansiedade, depressão, fadiga e insônia intensificados em mulheres durante o climatério e menopausa.

Hypericum perforatum
Nome popular:
Erva de São João/ hipérico

MBM204667
HYPERICACEAE Hypericum perforatum var. angustifolium (DC.) A. Fr hl
Determinador: Schinini, A. em s.d.
Spain.
Schinini, A., 31140
s.d.

Indicação terapêutica: tratamento de estados depressivos leves a moderados.
Contraindicações: menores de 06 anos, hipersensibilidade e alergia, estados depressivos graves, lactantes.
Cuidados adicionais: evitar exposição ao sol ou aos raios ultravioletas, principalmente sem proteção, devido ao seu efeito fotossensibilizante.

Valeriana officinalis
Nome popular: Valeriana

Herbário INPA - INPA
Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia, INPA
Plantae Dicotyledon Dipsacales Valerianaceae
Valeriana officinalis L.
INPA 149560 Coleta: Plowman, T 14454
28/05/1987.
Loc: Illinois. Chicago. 3311 North Seeley Ave. EUA
Tipo de registro: espécime preservado

Indicação terapêutica: sedativo moderado, hipnótico e no tratamento dos distúrbios do sono associados à ansiedade.
Contraindicações: menores de 12 anos, gestantes, lactantes, hipersensibilidade e alergia.

Melissa officinalis
Nome popular: Melissa

ASE0035807
LAMIACEAE Melissa officinalis L.
Determinador: Andrade, RS em 05/01/2016
Brasil, Sergipe, Aracaju. Unidade de Saúde Manoel de Souza Pereira
Andrade, RS, 62
25/09/2015

Indicação terapêutica: alívio da ansiedade, insônia e algumas desordens como cólicas intestinais, flatulências, dispepsia, além de outras indicações, principalmente quando associada à Valeriana.

Contraindicações: gestantes, portadores de glaucoma, portadores de hipertireoidismo, hipersensibilidade e alergia.

Indicações do uso de fitoterápicos, preparo do organismo e cuidados para início do tratamento fitoterápico

Embora os fitoterápicos possuam origem natural, não estão isentos de contraindicações e efeitos colaterais, os mesmos também apresentam interações com uma terapia que já esteja em andamento, podendo potencializar, diminuir ou inibir o efeito dos medicamentos sintéticos.

No entanto, quando utilizados na dosagem correta, causam poucos efeitos colaterais e maioria destes efeitos deve-se grande parte a alterações resultantes do processo de preparo, conservação e armazenamento.

Por estes motivos os pacientes devem cerificar-se da qualidade dos produtos adquiridos dando preferência a aquisição feita em farmácias e ervanarias e sempre conferindo as informações contidas no rótulo, sobretudo aquelas referentes à classificação botânica.

Sua prescrição deve ser feita por um profissional habilitado, sua posologia e duração do tratamento devem ser individualizadas para cada paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Memento Fitoterápico – Farmacopeia Brasileira. 1ª ed. Brasília, 2016. 115p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.230 p.

FLIZIKOWSKI, J. B.; SILVA, J. M. A eficácia de fitoestrógenos como instrumento de terapia na reposição hormonal em mulheres no climatério. Rev. Infarma. Conselho Federal de Farmácia. v.21, nº 7/8, p.03-08. 2009. Disponível em: < file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/133-494-1-PB%20(1).pdf > . Acesso em 12 nov. 2017.

GIORNO, C. D. et al. Efeitos do Trifolium pratense nos sintomas climatéricos e sexuais na pós-menopausa. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 56, n. 5, p. 558-562, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500017&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 11 nov. 2017.

NASCIMENTO, SALES E CAYANA. Riscos Associados Ao Uso De Fitoterápicos. III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Campina Grande. 2017.

SA, I. M. “Fito-hormônios”: ciência e natureza no tratamento do climatério. Physis, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1503-1522, 2012. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400013&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 12 nov. 2017.

SANTOS-SA, Danielle et al. Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 52, n. 6, p. 413-418, Dez 2006 . Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000600021&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 09 Set. 2018.

ZANETTE, V. C. et al. Prevalência do uso da fitoterapia para alívio de sintomas apresentados em pacientes climatéricas. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 40, n. 1, p. 12-17. 2011. Disponível em: < http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/840.pdf > . Acesso em 11 nov. 2017.

Capítulo

27

Fisioterapia e hipogonadismo hipergonadotrófico

Gilberto Portela SILVA
Daniella Veras e SILVA

Manejo das comorbidades

A A ooforectomia bilateral, realizada de maneira profilática ou terapêutica, impacta a qualidade de vida da mulher, uma vez que a perda da produção de estrógenos altera funcionalmente e estruturalmente os mais diversos tecidos (PARENTE et al., 2009). Muitos estudos já demonstraram que estes hormônios possuem propriedades muito importantes para a homeostase, como: osteoproteção (COMPSTON, 2001; WOLFF, 2014; PACIFICI, 1996), cardioproteção (CIGNARELLA, 2010; CASTARDO-DE-PAULA et al., 2017), condroproteção (ROMAN-BLAS et al., 2009), neuroproteção (GARCIA-SEGURA, 2001), ação anti-inflamatória (VEGETO, 2008) e antialodinia (VACCA et al., 2016). Além de uma forte influência na comunicação neuroimune (BROWN et al., 2010) e uma ação espécie-específica sobre a ação locomotora durante o ciclo circadiano (JUÁREZ-TAPIA et al., 2017).

O declínio hormonal no pós-ooforectomia traz, portanto, um contexto de risco para diversas condições, como: osteoporose, osteoartrite, doenças cardiovasculares e obesidade (PARENTE et al., 2009).

Além disso, ooforectomia bilateral antes da menopausa natural associa-se com risco aumentado para desenvolvimento de demência. Medidas preventivas têm sido propostas para reduzir o risco de afecções mais prevalentes em mulheres com idade mais avançada, como: doenças cerebrovasculares, doença de Alzheimer e danos cognitivos relacionados à idade. Tais medidas incluem: controle dos fatores de risco vasculares, exercício físico contínuo e estilo de vida saudável nos anos que antecedem a senilidade (DAVEY, 2017).

A Fisioterapia tem um papel importante no manejo das comorbidades e na promoção de funcionalidade e qualidade de vida da mulher com declínio da função ovariana. Cinesioterapia tem se mostrado benéfica na sintomatologia climatérica (LISBOA et al., 2015).

A prescrição do exercício deve ser realizada por profissional com profundo conhecimento da biomecânica e da fisiopatologia neuroendócrina e locomotora. Em pessoas sedentárias, com longo período de desuso, e com deficiência de estrógeno, o exercício pode ter um efeito deletério sobre o tecido ósseo; o que chama atenção para o status do estrógeno durante a elaboração de um programa

de um programa de reabilitação (YARROW et al., 2012).

Modelos experimentais demonstraram maiores benefícios na biomecânica e na microestrutura óssea através da aplicação terapêutica do exercício associado ao uso de drogas que reduzem a perda de massa óssea quando comparado o uso isolado destes medicamentos (SHIMANO et al., 2014). Num outro experimento, reposição hormonal associada ao exercício resistido melhorou o status inflamatório e reduziu a massa corporal de ratos (RODRIGUES et al., 2017).

Para este grupo de indivíduos o risco cardiovascular é sempre uma questão importante, pois tem forte associação com mortalidade (PARENTE et al., 2009). Já foi demonstrado que estrógeno aumenta a biodisponibilidade do óxido nítrico (NO), tendo, portanto, um papel protetor (CASTARDO-DE-PAULA et al., 2017).

Já entre histerectomizadas, independente do status de ooforectomia, tem-se encontrado incidência maior de hipertensão, diabetes, obesidade e hipercolesterolemia (HOWARD et al., 2015).

Além disso, mulheres com níveis hormonais ovarianos reduzidos parecem estar pré-dispostas a desenvolver obesidade e resistência à insulina. Estudos apontam envolvimento da disfunção mitocondrial no músculo esquelético na patogênese destes eventos (CAVALCANTI-DE-ALBUQUERQUE et al., 2014). Portanto um programa orientado de estilo de vida saudável é imperativo para mulheres em tais circunstâncias.

De acordo com a I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular (2013), o exercício deve ser prescrito levando em consideração o tipo (aeróbico, resistido ou de flexibilidade), a modalidade (caminhada, corrida, bicicleta, dança) e a intensidade. O exercício aeróbico deve ser feito ao menos 5 vezes na semana, em sessões de, no mínimo, 30 minutos para efetivamente reduzir eventos cardiovasculares e controlar os fatores de risco. Recomenda-se mais de 150 minutos de exercícios semanais com intensidade, de um modo geral, moderada. Indivíduos mais ativos, após avaliação adequada, podem utilizar níveis de intensidade maiores e com duração de ao menos 20 minutos, três vezes por semana.

Nos últimos anos, tem aumentado o interesse da terapia por vibração no manejo da osteoporose, melhorando a qualidade do tecido ósseo e do calo ósseo (BUTEZZLOFF et al., 2015). O uso da plataforma vibratória também tem demonstrado bons resultados na consolidação óssea de ratas ovariectomizadas (BUTEZZLOFF, 2015). A terapia por vibração associada à contração isométrica máxima também apontou melhoria na densidade óssea. (CALENDO, 2014).

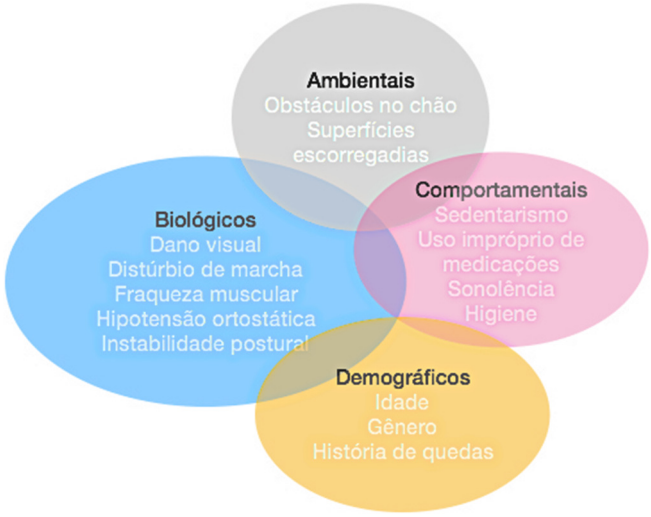
Um outro estudo sugere benefícios com o uso da eletroacupuntura inibindo a perda óssea subcondral (ZHOU et al., 2016). Um outro modelo experimental analisou os efeitos do treinamento de ratas com osteopenia induzida por ovariectomia com 20 pulos diários, 5 dias na semana, durante 12 semanas e encontraram mudanças favoráveis na densidade mineral óssea (OKUBO et al., 2017).

O uso do ultrassom pulsado de baixa intensidade demonstrou melhorar a neoformação óssea e a integração óssea de implante em ratas ovariectomizadas (ZHOU et al., 2016).

Exercícios resistidos beneficiam tanto a saúde cardiovascular quanto osteomuscular. Recomenda-se realizá-los ao menos duas vezes por semana em intensidade moderada com carga que permita executá-los em 8 a 15 repetições por série (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Dada a fragilidade óssea secundária ao hipogonadismo, a prevenção de quedas sempre deve fazer parte de um programa terapêutico. Os fatores de risco, tais como: ambientais, biológicos, demográficos e comportamentais, devem ser reconhecidos e avaliados. A figura 19.1 elenca a interação entre estes fatores de risco de quedas (RAJAGOPALAN et al.,2017).

Figura 19.1 – Fatores de risco para queda.



Fonte: adaptado de Rajagopalan et al., 2017

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BROWN, C.M. et al. Production of proinflammatory cytokines and chemokines during neuroinflammation: novel roles for estrogen receptors alpha and beta. Endocrinology. v.151, p.4916–4925, 2010.

BUTEZLOFF, M.M. Consolidação óssea após fratura diafisária do fêmur em ratas com e sem osteoporose e tratadas com terapia por vibração. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Aplicadas ao Aparelho Locomotor) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BUTEZLOFF, M.M. et al. Whole-body vibration improves fracture healing and bone quality in rats with ovariectomy-induced osteoporosis. Acta Cirúrgica Bras. v. 30 (11), 2015.

CALENDO, L.R., TAEYMANS, J., ROGAN, S. Does muscle activation during whole--body vibration induce bone density improvement in postmenopausal women? A systematic review. Sportverletz Sportschaden. v. 28 (3): 125-31, 2014.

CASTARDO-DE-PAULA, J.C. et al. Cardiovascular risk and the effect of nitric oxide synthase inhibition in female rats: the role of estrogen. Exp Gerontol. v. 97, p. 38-48, 2017.

CAVALCANTI-DE-ALBUQUERQUE, J.P.A et al. Role of estrogen on skeletal muscle mitochondrial function in ovariectomized rats: a time course study in different fiber types. J Appl Physiol. 2014.

CIGNARELLA, A., KRATZ, M., BOLEGO C. Emerging role of estrogen in the control of cardiometabolic disease. Trends. Pharmacol. Sci. v. 31 (4), p.183-189, 2010.

COMPSTON, J.E. Sex steroids and bone. Physiol Rev. v.81, p.419-447, 2001.

DAVEY, D.A. Prevention of Alzheimer's disease, cerebrovascular disease and dementia in women: the case for menopause hormone therapy. Neurodegener. Dis. Manag. 10.2217/nmt-2016-0044, 2017

GARCIA-SEGURA, L.M., AZCOITIA, I., DONCARLOS, L.L. Neuroprotection by estradiol. Prog. Neurobiol. v.63, p. 29–60, 2001.

HOWARD, B.V. Risk of cardiovascular disease by hysterectomy status, with and without oophorectomy: the women's health initiative observational study. Circulation. Março. 2005. http://circ.ahajournals.org/. Acesso em: 14 nov 2017

JUÁREZ-TAPIA et al. Ovariectomy influences the circadian rhythm of locomotor activity and the photic phase shifts in the volcano mouse. Physiology & Behaviour. v. 182, p. 77-85, 2017.

LISBOA, L.L. et al. Kinesiotherapy effect on quality of life, sexual function and climacteric symptoms in women with fibromyalgia. Rev Bras Reumatol. 55(3):2019-15, 2015.

PACIFICI, R. Estrogen, cytokines, and pathogenesis of postmenopausal osteoporosis. Journal of Bone and Mineral Research, vol. 11, no. 8, pp. 1043–1051, 1996.

PARENTE, R.C.M. et al. Quando fazer ooforectomia profilática com base em evidências, não em suposições. Femina, Rio de Janeiro, v.37, n.10, p. 527-533, out. 2009.

OKUBO, R. et al. Jumping exercise preserves bone mineral density and mechanical properties in osteopenic ovariectomized rats even following established osteopenia. Osteoporosis International. v. 28, n.4, p. 1461-1471, 2017.

RAJAGOPALAN, R. et al. Fall prediction and prevention systems: recent trends, challenges, and future research directions. Sensors. Basel, Switzerland. v. 17, p. 2509, 2017.

RODRIGUES, M.F.C. et al. Effects of resistance training and estrogen replacement on adipose tissue inflammation in ovariectomized rats. Appl Physiol Nutr Metab. v. 42, p. 605-612, 2017.

ROMAN-BLAS, J.A. et al. Osteoarthritis associated with estrogen deficiency. Arthritis Res Ther. V.11. p. 241, 2009.

SHIMANO, R.C. et al. Biomechanical and microstructural benefits of physical exercise associated with risedronate in bones of ovariectomized rats. Microscopy research and technique.77, p.431-438, 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz em cardiologia do esporte e do exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Arq. Bras. Cardiol. v.100 (1supl 2), p.1-41, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. v.101, n.6, supl. 2, 2013.

VACCA, V. et al. 17 Beta-estradiol counteracts neuropathic pain: a behavioural, immunohistochemical, and proteomic investigation on sex-related differences in mice. Sci Rep. 6, 18980, 2016

VEGETO, E., BENEDUSI, V., MAGGI, A. Estrogen antiinflammatory activity in brain: a therapeutic opportunity for menopause and neurodegenerative diseases. Front. Neuroendocrinol. v.29, p. 507–519, 2008.

YARROW, J.F. et al. A rehabilitation exercise program induces severe bone mineral deficits in estrogen-deficient rats after extended disuse. Menopause: the journal of the North American Menopause Society, v.19, n.11, p. 1267-1276, 2012.

WOLFF, R.B. Effects of hyperprolactinemia and ovariectomy on the tibial epiphyseal growth plate and bone formation in mice. Rev. Bras. de Gin e Obst. v.36, n.8, p. 359-366, 2014

ZHOU, H. et al. Effects of low-intensity pulsed ultrasound on implant osseointegration in ovariectomized rats. J Ultrasound Med. v. 35 (4), 747-54, 2016.

Capítulo

28

Assistência psicológica a mulheres ooforectomizadas

Graziela da Cruz SAMPAIO

O ooforectomia ou ovariectomia é processo cirúrgico de retirada dos ovários, que traz transformações de impacto na vida da mulher e dos seus familiares. Alguns pontos importantes serão citados para que haja uma compreensão inicial dos aspectos emocionais relacionados à ooforectomia. A ooforectomia bilateral é frequentemente oferecida com a histerectomia como um procedimento profilático usado para prevenir câncer de ovário, câncer de mama, tumores ovarianos benignos, além de ser indicado muitas vezes como tratamento para dor pélvica, síndrome pré-menstrual e endometriose. A retirada cirúrgica dos ovários propicia redução abrupta dos níveis de estradiol e testosterona séricos, e reduz o androgênio em 40%, tanto na transição como na pós-menopausa (BRASIL, 2008).

Do ponto de vista biológico, os estrogênios podem desempenhar uma ação moduladora sobre os neurotransmissores cerebrais, especialmente a serotonina, relacionadas ao humor. A diminuição do estrogênio poderia influenciar os níveis de serotonina, podendo relacionar-se a um aumento dos casos de depressão durante o climatério, em mulheres predispostas. A ausência de esteroides sexuais ovarianos consequentes à ooforectomia tem associação com: função sexual diminuída, alteração de saúde mental, como por exemplo, distúrbios do humor, e ainda a redução da energia que comprometem bem-estar da mulher. E ainda ao declínio da função cognitiva e sobre a maior prevalência de doenças psiquiátricas, um estudo recente constatou maior risco de distúrbios cognitivos, demência e doença de Parkinson. Desse modo, mulheres relatam alterações físicas, psíquicas e sexuais após a retirada dos ovários (BRASIL, 2008).

Importante reiterar que na menopausa, também ocorre a interrupção fisiológica dos ciclos menstruais devido ao fim da secreção hormonal dos ovários. Sendo assim, esse período constitui uma marca biológica e será imbuído de significantes psicossociais, o que terá especial significado nas mulheres, como o declínio da capacidade reprodutiva. Para a Organização Mundial de Saúde (1996), a menopausa é a fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva e os ovários deixam de funcionar e a produção de esteroides e peptídeo hormonal diminui e consequentemente se produzem no organismo diversas mudanças fisiológicas e psicológicas. Quando se aproxima da menopausa, muitas mulheres experimentam certos sintomas, como: sensações repentinas de calor que passam pelo corpo devido à expansão dos vasos sanguíneos, queimação e prurido vaginal; infecções urinárias e vaginais; disfunção urinária causada por estreitamento dos tecidos; lentidão na

excitação sexual; dor durante a relação sexual devido ao adelgaçamento dos tecidos vaginais e lubrificação inadequada; dores articulares ou musculares, dores de cabeça, insônia e fadiga. (FERREIRA et al 2013)

Sintomas neuropsíquicos compreendem a labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa de autoestima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Esses sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto em algum período do climatério em intensidade variável. Outras causas de distúrbios de humor incluem: distúrbios da tireoide, efeitos colaterais de medicamentos e fontes de estresse cotidianas. Em relação aos fatores ambientais, fatores extrínsecos como estilo de vida (atividade física, dieta e tabagismo) podem influenciar diretamente os sintomas na perimenopausa. Tudo isso sugere uma vulnerabilidade às mudanças hormonais em algumas mulheres (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que as mudanças físicas, mentais e sexuais que caracterizam o não funcionamento dos ovários, exigem que a paciente mobilize recursos psicossociais para adaptar-se e administrar o estresse e todas estas mudanças advindas.

Estratégias de enfrentamento

A mulher para enfrentar a situação estressora precisa adaptar-se às circunstâncias estressantes interagindo com o organismo e o ambiente, o que equivale ao coping como "conjunto de estratégias para lidar com uma ameaça iminente"; "processo de mobilização emocional, comportamental, e cognitiva, visando adaptação a situações que mudam a cada etapa da doença"; constituindo-se um processo contínuo da interação do indivíduo com o contexto, buscando seu bem-estar (VIERA, 2016)

Esse conceito centraliza-se nos acontecimentos ao longo da vida das pessoas, que se refere às perdas, dificuldades, fatos inesperados, tragédias, ajustando-se ao seu impacto (ZAKIR,2003).

O coping constitui um processo de mudanças cognitivas e esforços comportamentais para manusear demandas externas e/ou internas que são avaliadas com os recursos de cada indivíduo. Essa definição enfatiza a noção de enfrentamento como processo. Portanto, o enfrentamento não pode ser visto como uma resposta única dada por uma pessoa ou ação singular em determinado momento, mas deve ser compreendido como um conjunto de respostas que ocorre ao longo de um período, durante o qual o ambiente e a pessoa se influenciam mutuamente. Por ser um processo dinâmico, este se modifica com as avaliações e reavaliações feitas constantemente sobre o evento (FOLKMAN,1984).

Qualquer empenho em lidar com o estressor é uma resposta de coping, independentemente do sucesso ou do fracasso. No que diz respeito às suas funções, pode ser classificado em coping centrado no problema e coping centrado na emoção. As funções do coping permitem alterar as relações indivíduo-ambiente mediante o controle da situação geradora do estresse (quando centrado no problema) ou modular a resposta emocional (quando centrado na emoção). O enfrentamento centrado

no problema se dirige às situações de possível mudança, enquanto o coping centrado na emoção está associado a situações imutáveis. Assim, as estratégias de coping são ações decisórias, sejam orgânicas ou não, que emitem uma resposta ao agente estressor (FOLKMAN,1984).

Nesse sentido, o enfrentamento consiste nas respostas que surgem com base em situações estressoras e tem a função de modificar o contexto no qual as respostas de estresse estão apresentadas. Logo, a resposta de coping pode afetar o estresse, bem como a interação entre o estresse, e suas estratégias de coping envolvem processos intensos e longos que dependerão da resposta individual às várias situações vivenciadas (ZAKIR, 2003).

Neste contexto, o objetivo da psicologia é minimizar o risco de disfuncionalidade no sistema pessoal e familiar, pela ressignificação e pela elaboração da situação, favorecendo a qualidade de vida das pessoas envolvidas no processo. O profissional psicólogo auxilia no desenvolvimento e/ou potencializa os recursos de enfrentamento diante das alterações físicas e mentais, desmistificando e transformando a relação da mulher com seu corpo, visando melhor qualidade de vida (VIERA, 2016).

A qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito a fim de estado subjetivo de saúde, é centrada na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente (CORREIA, 2013).

Desse modo, o termo “qualidade de vida” inclui uma maior variedade potencial de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, não se limitando a sua condição de saúde e as intervenções médicas (FLECK et al ,1999).

São estratégias de enfrentamento que podem ajudar as mulheres a encarar as dificuldades do cotidiano: o apoio, encorajamento por parte dos familiares, amigos e profissionais de saúde e reconhecimento dos problemas. E ainda mais (NAMS, 2012):

• Alimentação saudável (dieta com pouca gordura, sódio, açúcar refinado, álcool e cafeína);

• A prática de exercícios físicos cotidianamente;

• Encontrar ou renovar programas criativos ou atividades que satisfaçam as necessidades mentais e espirituais;

• Aproveitar as atividades de cuidado pessoal, como massagem, pedicuro ou banhos relaxantes;

• Experimentar técnicas de redução de estresse e relaxamento, como respirações profundas e meditação;

• Sono regular;

• Sorrir o máximo que puder;

• Participar de atividades prazerosas;

• Socializar com familiares e amigos.

É importante ressaltar a necessidade de realizar uma avaliar o estado psicológico da paciente, como: a história patológica pregressa e as informações sobre o nível atual de ansiedade, depressão, tendências suicidas e o grau de incapacidade funcional ajudam a identificar os pacientes que necessitam de um apoio psicológico mais específico, como a psicoterapia.

Considerações finais

O tratamento de mulheres em consequência da falta de secreção hormonal dos ovários envolve tratamentos médicos e psicológicos. Considera-se que é problema físico que desencadeia uma sintomatologia psicológica, por existir uma forte interação entre ambos como, por exemplo, as alterações psicológicas podem ser reflexo de um efeito colateral de medicamentos, podem ser um sintoma de outros problemas médicos ou podem ser resultado de depressão ou ansiedade clínica desencadeada pela disfunção hormonal. Como os níveis hormonais estão irregulares, os medicamentos hormonais como contraceptivos de baixa dose ou TH podem ajudar a estabilizar o humor (NAMS, 2012).

Sendo necessário um acompanhamento de uma equipe de profissionais multidisciplinar para a realização dos tratamentos adequados. Considerando que as intervenções em psicológicas obtêm cada vez mais resultados importantes na redução do estresse, no enfrentamento da sintomatologia e na melhora da qualidade de vida das pessoas que se relacionam direta ou indiretamente como pacientes, familiares e equipe de saúde (BRITO et al, 2012).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9)

BRITO CMM, Lourenção MIP, Bazan MSM, Mellik O, Santos PP, Imamura M et al. Câncer de mama: reabilitação. Rev Acta Fisiátrica [Internet] 2012 disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrize s11/cancer_de_mama_reabilitacao.pdf

CORRÊA CSL, GUERRA MR, LEITE ICG. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: Uma revisão sistemática da literatura. Femina. Maio/junho 2013. vol. 4. nº 3, Juiz de Fora (MG).

FERREIRA, V. N., CHINELATO, R. S. C., CASTRO, M. R., & FERREIRA, M. E. C. Menopausa: marco biopsicossocial do Envelhecimento Feminino. Psicologia & Sociedade, 2013. 25(2)

FLECK MPA, LEAL OF, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, ET AL. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):19-28

FOLKMAN S, Lazarus R. Estresse, appraisal, and coping. Nova York: Springer;1984.
NAMS/Sociedade Norte-Americana de Menopausa. Prática Clínica na Menopausa: Um Guia Médico (7ª edição), 2012. EUA.

P.W. SIRI, H.N. GINSBERG. Ovariectomy leads to increased insulin resistance in human apolipoprotein b transgenic mice lacking brown adipose tissue. Metabolism., 52 (2003), pp. 659-661

W.H. Parker et al. Long-term Mortality Associated with Oophorectomy versus Ovarian Conservation in the Nurses, Health Study. Obstetrics and gynecology., 121 (2013), pp. 709-716.

V.L. JACOBY, D. GRADY, G.F. SAWAYA. Oophorectomy as a risk factor for coronary heart disease. J Obstet Gynecol., 200 (2009) 140 e 141-149.

VIERA, SABAS CARLOS. Oncologia básica para profissionais de saúde. EDUFPI, 2016.

ZAKIR NS. Mecanismos de coping. In Lipp MN. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Capítulo

29

Medicina e espiritualidade: uma abordagem humanística às mulheres após ooforectomia bilateral

Djalma Ribeiro COSTA

Modelos experimentais demonstraram a importância dos hormônios sexuais femininos na função normal do sistema nervoso central e no equilíbrio dos sentimentos. Estudos demonstraram igualmente que mulheres hipogonádicas após cirurgia de ooforectomia bilateral ou após a menopausa são mais propensas a transtornos do humor, principalmente quando o câncer é o motivo da realização da gonadectomia (COLLARIS, 2010; SAYAKHOT, 2011).

O atual modelo 'biopsicossocioambiental' não se tem mostrado amplo o suficiente para descrever o espectro de abordagem holística na promoção de saúde nos diversos contextos do processo do adoecer e da manutenção de um organismo saudável. Nisto, insere-se a crescente demanda de tratamentos psiquiátricos farmacológicos e de psicoterapia prolongada no tratamento de mulheres idosas com transtorno do humor, visando o alívio dos sintomas e, amiúde, a prevenção e posvenção do suicídio (LEE, 2016; SALGADO; COLASANTE, 2017).

O início da Revolução Industrial no século XVIII favoreceu a rápida ascensão do modelo cartesiano no desenvolvimento dos saberes a partir do século XIX. Este modelo cartesiano, apesar de ter possibilitado vários avanços na medicina, sua especialização e superespecialização, distanciou paulatinamente o médico do seu paciente através das tecnologias implementadas nas ciências biomédicas em detrimento dos princípios semiotécnicos clássicos descritos pela escola hipocrática que tinha no 'tocar', 'ouvir' e 'sentir' o paciente como o meio para compreensão do 'equilíbrio de seus humores' (SALGADO, 2017).

No século XX, em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou saúde e divulgou na carta de princípios de 1948, como "o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social", remetendo-se à qualidade de vida. Em 1995, a OMS criou o Grupo de Qualidade de Vida o qual desenvolveu o instrumento WHOQOL-100 que consiste em cem perguntas referentes a 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SALGADO, 2017).

Em 1998, devido a críticas da amplitude da definição de saúde da OMS de natureza técnica e política, a junta executiva da OMS, em sua 101ª sessão, adotou a resolução EB101.R2 que inclui o seguinte texto: "Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não

meramente a ausência de doença ou enfermidade". Apesar disso, em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia da OMS, decidiu-se por manter o assunto em contínua revisão, persistindo oficialmente a definição de 1946 (SALGADO, 2017).

Nesse contexto, de amplo bem-estar, a medicina ocidental procurou resgatar desde o século passado, o tratamento humanístico nos modelos tradicionais orientais (Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayurvédica), no modelo vitalista de promoção da saúde resistente na Alemanha dos séculos XVII e XVIII influenciada e sustentada por Leibniz e da qual nasceu Samuel Hahnemann, o fundador da homeopatia, e no modelo do homem integral de Carl Gustav Jung através do qual este define uma das dimensões do homem atual, o *Homo Religiosus*[6] (HALL, 2003, JUNG, 2000). Sua implicação nas políticas públicas em saúde resultou, no Brasil, na política nacional de humanização, na política nacional de promoção da saúde e a aprovação de modelos de tratamento médico alternativo no SUS (acupuntura, fitoterapia, homeopatia, constelação familiar, biomagnetismo através do passe, entre outros).

Uma vez que o homem é dotado de capacidades psíquicas que o fazem transcender seus limites físicos, seja nas artes, na literatura, na engenharia, na manufatura, nas relações sociais, na empatia aos seus semelhantes, ele se faz por si só espiritualista[7], havendo, por conseguinte, uma necessidade transcultural de compartilhar o processo de saúde-doença com o que se chama atualmente 'espiritualidade', ou seja, sua relação com Deus (EVANS, 1973; IANDOLI, 2017; JUNG, 2000).

A 'Medicina e Espiritualidade' é uma área do saber nova nas grades curriculares de universidades nos Estados Unidos ou no Brasil e tem por pioneirismo Harold Koening da Universidade de Duke. Visa uma anamnese dirigida às relações do indivíduo com a religião, sua capacidade de abstração-atenção-tenacidade, sua resiliência frente às dificuldades durante sua vida ou o aumento de sua capacidade de enfrentamento da dor (coping), sua fé e perseverança, sua capacidade de manter pensamentos positivos e de alimentar posturas saudáveis e colaborativas aos tratamentos tradicionais, sua aceitação de mudanças no estilo de vida alimentar, sexual, conjugal, familiar e laboral (DIAS, 2017; SERAFIM, 2016).

---

[6] Ver Capítulo 1 sobre dimensões do homem atual.

[7] Espiritualismo no contexto do Homo Religiosus, em cuja definição o homem sempre necessitou da criação de símbolos para interpretar-se a si mesmo e ao seu mundo exterior. Isto é consoante à definição do modelo do homem integral em Carl Gustav Jung, para o qual toda a estrutura psíquica advém de um inconsciente coletivo, seguido por um inconsciente pessoal e o mundo exterior (o consciente). A relação entre estes níveis se dá através dos arquéticos e das imagens arquetípicas referentes à Mãe, ao Pai, à Criança, ao Velho Sábio, ao Sagrado, à Morte, ao Ego, ao Self, ao Anima/Animus, ao Mago e outros que são primitivos e comuns a os homens segundo prova Carl Gustav Jung.

Estudos sobre o poder da fé e da bondade na manutenção do equilíbrio dos sentimentos[8] e no tratamento de doenças psiquiátricas ou orgânicas têm sido promissores. Vários autores ou revistas especializadas têm investigado sua relação com a saúde neuroendócrina, psicológica e imunológica, uma vez que se acredita estarem intrinsecamente relacionados, ou seja, estando um compartimento deprimido, todos os outros também deprimiriam, justificando-se assim por que indivíduos mais resilientes sobrevivem mais que aqueles que não o são (GALVÃO, 2017).

Essa 'nova' abordagem do paciente pode ser chamada de 'modelo biopsicossocioambiental e espiritual' e visa confluir todos os avanços dos modelos cartesiano e biopsicossocioambiental numa medicina para o novo milênio baseada em evidências e inclui a espiritualidade como elemento importante na busca de equilíbrio holístico do ser.

Este novo modelo explicativo permite expandir os cuidados com as mulheres ooforectomizadas, entender suas nuances particulares e promover o equilíbrio de seus sentimentos para prevenir ou tratar doenças da mente, do corpo e da alma.

[8] Faz referência à Teoria das Funções e Tipos Psicológicos em Carl Gustav Jung. Este descreve quatro funções psicológicas: o Pensamento, o Sentimento, a Sensação e a Intuição. Divide-as em dois grupos: as de percepção (sensação e intuição) e as de julgamento (pensamento e sentimento). Assume duas atitudes para as funções do indivíduo: a introversão e a extroversão. De modo resumido, Carl G. Jung descreve que as energias psíquicas e, consequentemente, do organismo possuem relações intrínsecas com esta psicofisiologia descrita anteriormente, definindo atitudes resilientes ou resistentes que poderão repercutir de modo estruturante ou dramático no desfecho das diversas enfermidades que acometem os indivíduos.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

COLLARIS, RON; SIDHU, KIREN; CHAN, JOE M. Prospective follow-up of changes in menopausal complaints and hormone status after surgical menopause in a Malaysian population. Menopause, [S.I.], v. 17, n. 2, p.351-358, mar. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e-3181bcd6f8.

DIAS, ANELISE LUDERER. Visão espírita integral: o que muda na conduta do médico? In: SALGADO, Márcia Regina Colasante. Saúde Integral: Uma interação entre ciência e espiritualidade. 2. ed. São Paulo: Ame-brasil Editora, 2017. Cap. 4. p. 108-117.

DURGANTE, CARLOS EDUARDO ACCIOLY. As necessidades espirituais dos idosos. In: SALGADO, Márcia Regina Colasante. Saúde Integral: Uma interação entre ciência e espiritualidade. 2. ed. São Paulo: Ame-brasil Editora, 2017. Cap. 10. p. 264-275.

EVANS, R. Entrevistas com Jung e as Reações de Ernest Jones. Rio de janeiro: el-dorado, 1973.

GALVÃO, LUCIANA DE LIMA. Imunidade e Espiritualidade: de Janeway, retornando a Jesus. In: SALGADO, Márcia Regina Colasante. Saúde Integral: Uma interação entre ciência e espiritualidade. 2. ed. São Paulo: Ame-brasil Editora, 2017. Cap. 5. p. 120-169.

HALL, C.S; Nordby, V.J. Introdução à Psicologia Junguiana. Ed. Cultrix, SP, 2003

IANDOLI JR, DÉCIO. A crença em Deus e sua repercussão a saúde. In: SALGADO, Márcia Regina Colasante. Saúde Integral: Uma interação entre ciência e espiritualidade. 2. ed. São Paulo: Ame-brasil Editora, 2017. Cap. 3. p. 92-105.

JUNG, C.G. Vida Simbólica Vol. I, Vozes, 2ª Ed., Petrópolis, RJ, 2000a.

JUNG, C.G. Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo, Vozes, Petrópolis, RJ, 2000b.

JUNG, C.G. Natureza da Psique, Vozes, Petrópolis, RJ, 2000c

LEE, JI-YOON ET AL. Suicidal ideation among postmenopausal women on hormone replacement therapy: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V) from 2010 to 2012. Journal of Affective Disorders, [S.I.], v. 189, p.214-219, Jan. 2016. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.068.

NEUMANN, E. História da Origem da Consciência, São Paulo: Cultrix Editora, 1995

SALGADO, MÁRCIA REGINA COLASANTE. A evolução do conceito de saúde. In: SALGADO, Márcia Regina Colasante. Saúde Integral: Uma inter.ação entre ciência e espiritualidade. 2. ed. São Paulo: Ame-brasil Editora, 2017. Cap. 1. p. 54-82.

SAYAKHOT, PADAPHET ET AL. Potential adverse impact of ovariectomy on physical and psychological function of younger women with breast cancer. Menopause, [S.l.], v. 18, n. 7, p.786-793, Jul. 2011. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e318204af9d.

SERAFIM, ALEXANDRE. Disciplina de espiritualidade na graduação médica: do projeto à realidade. In: SILVA, Arthur Fernandes da et al. Uma nova medicina para o novo milênio: A humanização do ensino médico. São Paulo: Ame Editora, 2016. Cap. 24. p. 412-422.

ZANETTI, GUILHERME CIA. Humanizar: A arte do encontro consigo mesmo e com o outro. In: SILVA, Arthur Fernandes da et al. Uma nova medicina para o novo milênio: A humanização do ensino médico. São Paulo: Ame Editora, 2016. Cap. 8. p. 161-166.

Capítulo

30

Judicialização da saúde

Amanda Costa PINHEIRO
Williams Cardec da SILVA

O direito a saúde foi reconhecido pela comunidade internacional através da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. No Brasil com a carta magna de 1988, este direito passou por intensa evidência sendo elencado como um direito social, além disso, definiu-se que as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada e constituiriam um sistema único e organizado.

O artigo 198 da constituição federal de 1988 caracterizou como diretrizes deste sistema único de saúde a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade, garantindo ainda o financiamento através de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Ademais, com a lei 8080/1990 destacaram-se as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e logo após com a lei 8.142/1990 determinou-se a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, garantindo o funcionamento do sistema já definido na Carta Magna de 1988.

Ocorre que a saúde pública no Brasil não passou da fase de criação para a de financiamento de forma automática, plenamente transparente e uníssona, ocorrendo carência de recursos financeiros e consequentemente a busca da garantia deste direito social teve seus meandros definidos na esfera judicial.

Para o renomado Jurista José Afonso da Silva, a saúde é um direito público subjetivo, representando uma prerrogativa jurídica que se mostra indispensável, sendo indissociável do direito fundamental à vida.

Diante disto o direito à saúde infere o direito à vida, este definido pela constituição federal de 1988 como cláusula pétrea, em que é incabível a deliberação de proposta de emenda tendente a aboli-lo. Isso garante o pilar de sustentação do processo de judicialização na área da saúde em nosso ordenamento.

Nos anos 1990, com a tentativa de garantir a dispensação por via judicial de medicamentos para tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), iniciaram-se os debates sobre a assistência farmacêutica no SUS. O plano nacional de medicamentos encontra-se dentro das prerrogativas do SUS conforme definido

no artigo 200 da constituição federal de 1988, e tem sido intensamente questionado, dada a evolução de tecnologias na área de saúde, sendo vetor indubitável de demandas judiciais.

É cediço que diversos enfoques ganharam os olhares do poder judiciário, desde condutas dos profissionais de saúde até a falta de assistência relativa a insumos para garantir o adequado funcionamento do SUS.

O direito à saúde vai além do conceito de acesso aos estabelecimentos de saúde, inclui uma gama de fatores que podem ajudar a levar a uma vida saudável. Assim, a norma constitucional impõe ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população e que mantenham o acesso a ele universal e igualitário.

As demandas judiciais têm sido deferidas sem considerar as políticas públicas de saúde, os princípios e normas do SUS, como exemplo o deferimento a favor do fornecimento de medicamentos não padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o que, por um lado, representa o exercício efetivo de cidadania por parte da população brasileira e, por outro, representa um ponto de tensão perante os elaboradores e executores dessa política no Brasil, que precisam conciliar parcos recursos com a crescente demanda judicial.

A elaboração e implementação de políticas públicas de saúde objetivam melhorar as condições de vida da população e atenuar as desigualdades sociais (equidade). As políticas de saúde necessitam, para isso, ser operacionalizadas coletivamente. Por extensão, se juízes deferirem as ordens para o fornecimento de medicamentos como forma de garantir os direitos dos indivíduos de modo generalizado é possível levar ao colapso da política nacional de assistência farmacêutica do SUS. Com isso, decisões por ora garantidoras do direito de um podem prejudicar a consecução de existência-subsistência dos direitos da coletividade, visto que o orçamento público é exaurível.

A teoria de reserva do possível mostra-se protetor para garantir que os limites da satisfação dos direitos fundamentais sejam a capacidade orçamentária do Estado. Nesse contexto, o mínimo existencial põe em relevo a necessidade de garantia do Estado dos direitos insculpidos no texto constitucional.

Em evidência, ainda, encontram-se as diversas fontes de querelas judiciais relativas aos profissionais de saúde, some-se a isso a falta de estrutura referente a insumos causando repercussões as mais variadas na condução dos pacientes-usuários-utentes do SUS.

A escassez de leitos de unidade de terapia intensiva pôs mais uma vez o financiamento do SUS em destaque, ferindo frontalmente o direito à saúde e consequentemente à vida.

Assim os diversos segmentos da área de saúde passam pelo crivo do poder judiciário, o que é antecipado pela Carta Magna de 1988 em seu artigo 5º, inciso XXXV afirmando que a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito, devendo as políticas públicas voltadas para a saúde serem priorizadas.

REFERÊNCIAS E LEITURAS SUGERIDAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS,2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

CHIEFFI AL, BARATA RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849, ago., 2009

SILVA, Jose Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo, 19º Ed., Malheiros, 2001.

PANDOLFO, Mércia, DELDUQUE, Maria Célia e AMARAL, Rita Goreti. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. Revista De Salud Pública · Vol 14 (2), abril 2012.

PEPE, VERA LÚCIA EDAIS et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2405-2414. ISSN 1413-8123. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500015.

VERBICARO, LOIANE PRADO et al. A necessidade de parâmetros para a efetivação do direito à saúde: a judicialização do acesso ao hormônio do crescimento no estado do Pará. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v.17 n.3, p. 185-211, nov. 2016. /fev. 2017. DOI: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127784.

POS
FÁ
CIO

Aprendi...

"Diante de tantas coisas que tenho feito, paro raramente para reconhecer em mim mesmo o quanto fiz". Assim me soam as experiências de minha vida. Parece-me necessário documentar para que, de fato, possa-o notar.

Empós esta tão laboriosa, educativa e colaborativa obra, sinto-me ter logrado através de profissionais, colegas e, sobretudo, amigos unidos numa causa comum a realização de um feito que ficará em nossos históricos pessoais e profissionais.

Tão anelada quanto útil, esta obra reuniu renomes nas várias profissões das Ciências das Saúde, Sociais e Humanas. Professores de universidades cispiauienses e sulriograndense deixaram aqui suas colaborações através de textos breves, intuitivos, atualizados e consoantes às necessidades da Saúde Pública em nosso Estado.

Sou muito grato a todos que participaram, que deram seu voto de confiança, que creram na sua viabilidade. Agradecimentos especiais à minha turma de mestrado em saúde da mulher e aos professores do programa, porquanto sem eles nada disto seria possível.

Enfim, eu aprendi que sem amigos estamos sós, sem companheiros lutamos sós e sem determinação não conseguimos concluir uma missão. Logo, tenho amigos, companheiros e determinação.

Obrigado.

Djalma Ribeiro Costa

Teresina, 28 de janeiro de 2019.

PMPSM
Programa de Mestrado Profissional
em Saúde da Mulher

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

UFPI
1971

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

NUEPES