

ISSN 1413-2087

Reprodução & Climatério

Volume 26 • Número 3
Julho/Setembro 2011

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana
Sociedade Brasileira do Climatério
Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina

Compromisso com o tratamento da infertilidade



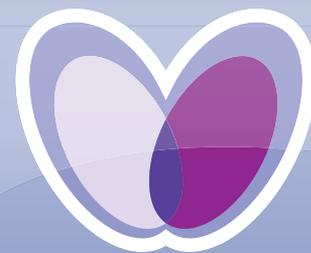
A **MSD**, uma nova empresa resultante da união de duas companhias farmacêuticas tradicionais, a Schering-Plough e a Merck Sharp & Dohme, é líder mundial em tratamentos para a Saúde da Mulher.

Os esforços em pesquisa de novos medicamentos na área da fertilidade reforçam
nosso compromisso de ajudar as mulheres a realizar o sonho de ser mãe:
celebramos o nascimento de mais de 1.000.000 de crianças com os nossos produtos.



NOVIDADE!

Seu novo ambiente de Atualização,
Consulta e Debate Científico



Portal da
Fertilidade



- Artigos Científicos
- Artigos Comentados
- Aulas livres
- Casos Clínicos
- Entrevistas
- Eventos

Apoio



Elaborados por renomados especialistas
em Reprodução Assistida.

Um portal interativo onde você pode emitir sua opinião,
enviar materiais científicos e debater com os colegas.

Participe!

www.portaldafertilidade.com.br

FALE FERRING
0800 772 4656

Laboratórios Ferring - Brasil

Pça. São Marcos, 624 - 1º andar - 05455-050
São Paulo - Brasil - PABX - 55 11 3024.7500
70.060.021 - F/003/Dez/10



promensil®

Trifolium pratense L.

Extrato seco

PROMOVE O ALÍVIO DOS SINTOMAS VASOMOTORES DO CLIMATÉRIO ²

O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NÃO HORMONAL É INDICADO PARA MULHERES: ¹

COM RESPOSTA INSATISFATÓRIA NA TH

COM REAÇÕES ADVERSAS NA TH

QUE NÃO DESEJAM A TH

COM CONTRAINDICAÇÃO A TH



Apresentação: embalagem contendo 30 comprimidos revestidos de 100 mg de *Trifolium pratense* L. (extrato seco a 40%) que fornece 40 mg de isoflavonas.



Posologia: 1 comprimido uma vez ao dia.

Promensil® (*Trifolium pratense* L.). **Apresentação:** comprimido revestido - embalagem contendo 30 comprimidos. **Indicação:** Promensil® é um fitomedicamento que atua no alívio dos sintomas vasomotores da menopausa. **Contra-indicações:** uso em lactantes, grávidas e pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Interações medicamentosas:** o uso concomitante com tamoxifeno pode causar diminuição da eficácia do tamoxifeno e com anticoagulantes, agentes trombolíticos e heparina de baixo peso molecular pode causar aumento de sangramento. Além disso, a associação com contraceptivos, contendo estrogênio, pode alterar a eficácia contraceptiva, por inibição competitiva da isoflavona. **Reações adversas:** alterações gastrointestinais como dor de estômago, enjoos e diarreia; leve sangramento gengival ou nasal ou reações de hipersensibilidade, como erupção, urticária e coceira na pele. **Posologia:** tomar um comprimido de 100 mg (40 mg isoflavonas totais) uma vez ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada de acordo com a avaliação médica dos sintomas clínicos. **M.S:** 1.0390.0179 **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br.

Referências Bibliográficas: (1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério e menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192p. (2) Bula do produto.

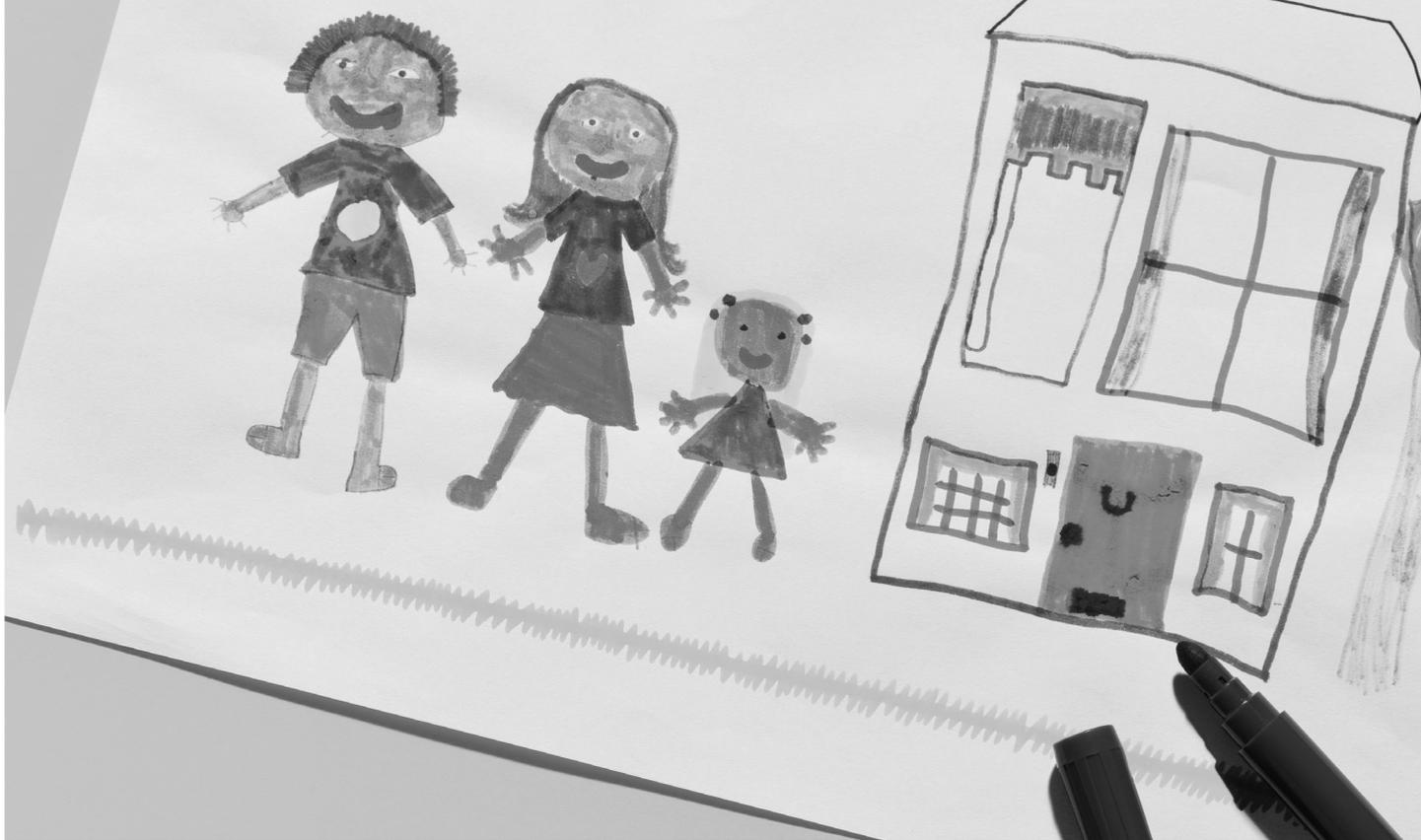
CONTRAINDICAÇÕES: USO EM LACTANTES, GRÁVIDAS E PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER UM DOS COMPONENTES DA FÓRMULA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O USO CONCOMITANTE COM ANTICOAGULANTES, AGENTES TROMBOLÍTICOS E HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR PODE CAUSAR AUMENTO DE SANGRAMENTO, E COM TAMOXIFENO E CONTRACEPTIVOS COM ESTROGÊNIO PODE REDUZIR A EFICÁCIA.



SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

FQM
Farmoquímica

*Veja a
obra de arte
que fizemos
juntos.*



Você. Nós. Somos os pais da fertilidade

Fertilidade.

Merck Serono

Merck Serono é uma divisão da Merck.

MERCK

SAC Merck Serono: 0800.113320

Anúncio veiculado em Janeiro de 2011.

Reprodução & Climatério

A revista REPRODUÇÃO & CLIMATÉRIO, anteriormente denominada REPRODUÇÃO, é órgão oficial de divulgação da SBRH, SOBARGE e SOBRAC. Está registrada sob nº ISSN 1413-2087, e indexada no Index Medicus Latino Americano. Sua distribuição se faz a todos os sócios das sociedades participantes e aos principais serviços universitários da América Latina.

Editores

Jefferson Drezett

Leopoldo Tso

Waldemar Naves do Amaral

Editores Anteriores

Araken Irerê Pinto

Nelson Vitielo

Marcos Felipe Silva de Sá

Dirceu Mendes Pereira

Nilson Donadio

Rui Alberto Ferriani

Edmund Chada Baracat

Nilson Roberto de Melo

Mario Cavagna

Newton Eduardo Busso

Conselho Editorial

Aarão Mendes Pinto Neto, Campinas, SP

Lucas Vianna Machado, Belo Horizonte, MG

Alberto Soares Pereira Filho, Rio de Janeiro, RJ

Marco Aurélio Albernaz, Goiânia, GO

Alkindar Soares, Rio de Janeiro, RJ

Marcos Felipe Silva de Sá, Ribeirão Preto, SP

Almir Antonio Urbanetz, Curitiba, PR

Maria Celeste Osório Wender, Porto Alegre, RS

Álvaro Petracco, Porto Alegre, RS

Maria Yolanda Makuch, Campinas, SP

Anaglória Pontes, Botucatu, SP

Mario Cavagna, São Paulo, SP

Angela Maggio da Fonseca, São Paulo, SP

Marta Finotti, Goiânia, GO

Aroldo Fernando Camargos, Belo Horizonte, MG

Maurício Simões Abrão, São Paulo, SP

Artur Dzik, São Paulo, SP

Newton Eduardo Busso, São Paulo, SP

César Eduardo Fernandes, São Paulo, SP

Nilson Roberto de Melo, São Paulo, SP

Edmund Chada Baracat, São Paulo, SP

Polimara Spritzer, Porto Alegre, RS

Elsimar Metzger Coutinho, Salvador, BA

Ricardo Baruffi, Ribeirão Preto, SP

Fernando Freitas, Porto Alegre, RS

Ricardo Melo Marinho, Belo Horizonte, MG

Gilberto Costa Freitas, São Paulo, SP

Rogério Bonassi Machado, São Paulo, SP

Hans Wolfgang Halbe, São Paulo, SP

Ronald Bossemeyer, Santa Maria, RS

Hugo Maia Filho, Salvador, BA

Rosaly Rulli Costa, Brasília, DF

João Carlos Mantese, São Paulo, SP

Rui Alberto Ferriani, Ribeirão Preto, SP

José Carlos de Lima, Recife, PE

Sebastião Freitas de Medeiros, Cuiabá, MT

José Mendes Aldrighi, São Paulo, SP

Selmo Geber, Belo Horizonte, MG

Juliano Augusto Brum Scheffer, Belo Horizonte, MG

Conselho Editorial Internacional

Cesare Aragona, Roma, Italia

Paolo E. Levi Setti, Milão, Italia

Gian Benedetto Melis, Cagliari, Italia

Diagramação, revisão e projeto gráfico

Zeppelini Editorial Ltda.

Rua Bela Cintra, 178 - Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP 01415-000

Tel.(11)2978-6686

www.zeppelini.com.br



SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA
SBRH

Sociedade Brasileira de Reprodução Humana

Av. Jandira, 257 conj. 146 — CEP: 04080-001 — São Paulo - SP

Tel.: (11) 5055-6494 / 5055-2438

E-mail: sbrh@sbrh.org.br Site: www.sbrh.org.br

Diretoria Biênio 2011-2012

Presidente

Artur Dzik

1º Vice-Presidente

Dirceu Henrique Mendes Pereira

2º Vice-Presidente

Cláudio Barros Leal Ribeiro

Secretário Executivo

João Pedro Junqueira Caetano

Secretário Adjunto

Vinicius Medina Lopes

Tesoureiro Geral

Gilberto da Costa Freitas

Tesoureiro Adjunto

Adriana Cristine Arent

Diretor Científico

Waldemar Naves do Amaral

Presidente do Conselho de Delegados

Luiz Augusto Antonio Batista

DELEGADOS SBRH – BIÊNIO 2011/2012

AC - Julio Eduardo Gomes Pereira

AL - Marco Antonio Torres Cavalcanti

AP - Carlos Glenny Valente Pó

AM - Marcel Heibel

BA - Genevieve Marina Coelho

CE - Sebastião Evangelista Torquato Filho

DF - Frederico José Silva Correa

ES - Jules White Soares Sousa

GO - Zelma Bernardes Costa

MA - Palmério de Brito Pacheco

MT - José Aldair Kotecki

MS - Suely de Souza Resende

MG - Rivia Mara Lamaita

PA - Arivaldo José Conceição Meireles

PB - Eduardo Borges da Fonseca

PR - Vivian Ferreira do Amaral

PE - Altina Castelo Branco Almeida Barros

PI - André Luiz Eigenheer da Costa

RJ - Isaac Moise Yadid

RN - Sonia Maria de Medeiros Barreto

RS - Isabel Cristina Amaral de Almeida

RO - José Hiran da Silva Gallo

RR - Tomas Segundo Espinosa Hurtado

SC - Kazue Harada Ribeiro

SP (interior) - Paula Andrea de Albuquerque S. Navarro

SÃO PAULO (capital) - Nilka Fernandes Donadio

SE - George Hamilton Caldas Silveira

TO - Alessandra Schiavinato Bianchini Daud

Editorial

- 70 União homoafetiva e reprodução assistida: o que pode ser feito?
Homo-affective union and assisted reproduction: what can be done?
Mario Cavagna

Atualização

- 71 Abordagens atuais para a recuperação da perda óssea em portadoras de osteoporose
Current approaches to recovery from bone loss in patients with osteoporosis
Gisela Rodrigues da Silva Sasso, Rinaldo Florencio da Silva, Manuel de Jesus Simões
- 77 Chlamydia trachomatis em reprodução humana - aspectos clínicos e laboratoriais
Chlamydia trachomatis in human reproduction - clinical and laboratorial points
Fabiana Carmo Approbato, Mario Silva Approbat, Rodopiano Florêncio,
Mônica Canêdo Silva Maia, Tatiana Moreira da Silva, Waldemar Naves do Amaral

Artigos originais

- 85 Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres
Grounds to legally interrupt pregnancy resulting of rape and effects of abortion on women daily relations
Jefferson Drezett, Daniela Pedroso, Luiz Henrique Gebrim, Maria Laura Matias, Hugo Macedo Júnior, Luiz Carlos de Abreu
- 92 Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária
Quality of life from the perspective of menopausal women with urinary incontinence
Giovanna Valéria Belo Cordeiro, Maria Bethânia da Costa Chein, Sinara Marques dos Santos, Luciane Maria Oliveira Brito
- 97 Representações sobre qualidade de vida de mulheres com hemiparesia
Representations about quality of life of women with hemiparesis
Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais, Ednalva Maciel Neves, Zeni Carvalho Lamy,
Sinara Marques dos Santos, Patrícia Consorte Gomes Ferraz, Luciane Maria Oliveira Brito

Instruções aos autores

A Revista Reprodução & Climatério publica artigos originais, artigos de atualização, opiniões, breves comunicações, relatos de caso e cartas ao editor (no máximo 500 palavras), na área de Medicina Reprodutiva, Climatério, Ginecologia Endócrina e Sexualidade. São aceitos artigos em português, espanhol ou inglês.

Os originais devem ser encaminhados para a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH), aos cuidados do editor, exclusivamente por correio eletrônico (sbrh@terra.com.br). Eles devem ser escritos em folha A4, com espaço duplo entre as linhas e margens de 3 cm em páginas numeradas. A fonte a ser utilizada é a Times New Roman, tamanho 12.

Os originais devem ser preparados na seguinte seqüência:

Página de rosto: título do trabalho em português e inglês (o título não deverá ser colocado em negrito ou caixa alta); título conciso (de duas a quatro palavras, para constar no alto da página); nome completo dos autores; nome da(s) instituição(s) onde o trabalho foi desenvolvido; nome, endereço e e-mail do autor para correspondência.

Resumo: deverá conter, no máximo, 200 palavras e, no caso de artigos originais, apresentar Objetivo, Material e métodos, Resultados, Conclusões e Palavras-chave. Evitar abreviações e referências bibliográficas. Para artigos de atualização, comunicações breves, opiniões e relatos de casos, não é necessário que o Resumo seja estruturado.

Abstract: versão fiel do inglês do texto do Resumo, acompanhado de Keywords.

Texto do trabalho: se for um artigo original, deverá obrigatoriamente conter Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão e Referências bibliográficas; outros tipos de artigo podem apresentar estrutura variável. As abreviações devem ser restritas e sempre definidas na primeira aparição no texto. Eventuais Tabelas deverão ser numeradas em algarismos arábicos, com título explicativo do conteúdo. Não devem ser colocados traços verticais, e os traços horizontais são limitados a um acima da tabela e um ao final. Figuras e Gráficos devem ser limitados ao estritamente necessário e também serão numerados em algarismos arábicos, com legenda explicativa. Tabelas, Figuras e Gráficos devem ser enviados em páginas separadas.

Referências bibliográficas: devem obedecer às normas de Vancouver. Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos no site: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Numere as referências por ordem de entrada no trabalho e use estes números para as citações no texto. Todos os autores devem ser citados, exceto se houver mais de seis, quando os seis primeiros são seguidos pela expressão latina "et al". Observe alguns exemplos de citações:

Artigos em periódicos:

Nahas EAP, Pontes A, Nahas Neto J, Traiman P, Luca L, Abbade J. Efeitos da atividade física e da tibolona sobre a densidade mineral óssea em mulheres na pós-menopausa. *Reprod Clim.* 2001;16(1):47-52.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation

of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002;935(1-2):40-6.

Volume com suplemento:

Géraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* 2002;42(Suppl 2):S93-9.

Livros:

Norman LJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management.* 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Material eletrônico:

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999 [Internet]. Brasília (DF): INCA; c2003. [citado 2008 Mai 16]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/atlas/docs/represent_espac_UTERO.pdf

Cabar FR, Nomura RMY, Costa LCV, Alves EA, Zugaib M. Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [periódico na Internet]. 2004 Out [citado 2005 Mar 19]; 26(9):[cerca de 15 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900006&lng=pt&nrm=iso&tling=pt

Kremer LCM, Caron HN. Anthracycline cardiotoxicity in children [perspective]. *N Engl J Med* [serial on the Internet]. 2004 Jul [cited 2004 Sep 29];351(2):[about 2 p.]. Available from: <http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>

Cartas e editoriais:

Kremer J. Yardsticks for successful donor insemination [letter]. *Fertil Steril.* 1991;55:1203-4. *Cancer in South Africa* [editorial]. *S Afr Med J.* 1994;84:15.

Os manuscritos serão avaliados pelo Conselho Editorial da Revista Reprodução & Climatério, podendo ser recusados, aceitos sem correções ou aceitos com sugestões de correções – neste último caso, são reencaminhados aos autores. Após aceitação definitiva, deverá ser redigida uma carta assinada por todos os autores, mencionando que o manuscrito não foi publicado anteriormente e concordando com a publicação e a transferência de copyright para Revista Reprodução & Climatério. Os editores reservam-se o direito de fazer alterações gramaticais e estruturais que julgarem necessárias.

Abordagens atuais para a recuperação da perda óssea em portadoras de osteoporose

Current approaches to recovery from bone loss in patients with osteoporosis

Gisela Rodrigues da Silva Sasso¹, Rinaldo Florencio da Silva¹, Manuel de Jesus Simões¹



Gisela Rodrigues da Silva Sasso graduou-se como Tecnóloga pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM) em 2002, obteve o título de Especialista em Biologia da Reprodução e do Desenvolvimento pela UNIFESP-EPM em 2004 e o título de Mestre em Ciências pela UNIFESP-EPM em 2011. Atualmente é doutoranda regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Morfologia e Genética da UNIFESP-EPM, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Sergio Cerri e co-orientação do Prof. Dr. Eduardo Katchburian e Prof. Dr. Manuel de Jesus Simões. Tem experiência na área de Morfologia, com ênfase em Histologia, Biologia da Reprodução e do Desenvolvimento e Anatomia, atuando principalmente nos seguintes temas: tecidos mineralizados, desenvolvimento da cavidade oral e articulação temporomandibular. Como colaboradora, filiada ao Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia (MIP) da UNIFESP/EPM, participa de pesquisas sobre T. cruzi e Malária.

Resumo

Fraturas osteoporóticas constituem um grave problema de saúde pública, e sua prevenção é fundamental. As medidas preventivas incluem modificações no estilo de vida, nos hábitos nutricionais e na prática de exercícios. A terapia estrogênica ainda é muito usada no tratamento da osteoporose após a menopausa. Porém, seus efeitos adversos limitam o seu uso. Os moduladores seletivos do receptor estrogênico (SERMs) são uma nova classe de medicamentos que foram desenvolvidos com o objetivo de manter os efeitos benéficos da terapia hormonal, porém sem seus efeitos adversos, sendo o raloxifeno, o mais usado contra a perda. Para mulheres na pós-menopausa ou àqueles pacientes muito idosos que não podem fazer exercícios físicos, muitos trabalhos têm demonstrado que a vibração mecânica de baixa intensidade tem sido considerada uma alternativa não-medicamentosa e não-invasiva no tratamento e/ou prevenção da osteoporose. Os mecanismos de ação da vibração mecânica de baixa intensidade ainda são pouco conhecidos.

Unitermos: Osteoporose; Estrogênios; Moduladores Seletivos de Receptor Estrogênico; Atividade Motora; Vibração.

Abstract

Osteoporotic fractures are a public health problem and their prevention is an important issue. Prevention of osteoporosis requires changes in life style, in healthy eating habits, as well as in physical exercises. Estrogen therapy is still very used in the treatment of osteoporosis after menopause. However, its adverse effects limit its use. Selective estrogen receptor modulators are a new class of drugs developed to maintain the beneficial effects of the hormone replacement therapy, but without its adverse effects, and raloxifen is the most used selective estrogen receptor modulator to prevent and treat postmenopausal osteoporosis. Thus, the demand for alternatives for the treatment postmenopausal bone loss has increased. Low-magnitude mechanical vibration has been proposed as noninvasive and nonpharmacological alternative for prevention of osteoporosis of elderly people who are unable to practice regular physical exercises. However, the action mechanisms of low-magnitude mechanical vibration are not fully understood.

Uniterms: Osteoporosis; Estrogens; Selective Estrogen Receptor Modulators; Motor Activity; Vibration.

Trabalho realizado no Departamento de Morfologia e Genética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Departamento de Morfologia e Genética da Disciplina de Histologia e Biologia Estrutural da UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Gisela Rodrigues da Silva Sasso – Rua Botucatu, 740 – Vila Clementino – CEP 04023-900 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: gisela.morf@epm.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

O indicador sociodemográfico prospectivo para o Brasil, de 1991 a 2030, refere que: “em face do continuado declínio da fecundidade e do aumento da longevidade de sua população, o país caminha rapidamente rumo a um padrão etário cada vez mais envelhecido, o que, seguramente, implicará em avaliações permanentes das políticas sociais voltadas para o atendimento das demandas de um contingente de adultos e idosos que cresce velozmente”¹.

O envelhecimento da população brasileira reflete-se nos mais de 16 milhões de brasileiros com idade acima de 60 anos, com projeção para ultrapassar os 50 milhões em 2050. Consequentemente, aumentam-se as chances de ocorrência de doenças relacionadas ao envelhecimento da população, como a osteoporose²⁻⁴.

Diferenças raciais e genéticas, antropométricas, socioculturais e econômicas, nutricionais e de outros hábitos de vida, assim como a utilização de recursos públicos de saúde em diversos países do mundo, contribuem para explicar as divergências na incidência e prevalência da osteoporose^{5,6}.

Um levantamento realizado na América Latina estimou incidência de osteoporose vertebral de 12 a 18% e no fêmur proximal de 8 a 22% em amostra randômica de 1.922 mulheres, com idade acima de 50 anos⁷.

No Brasil, durante um ano, foram diagnosticados 129.611 casos de osteoporose no sistema privado de saúde, sendo a incidência de 4,99% em fraturas de fêmur na população feminina^{8,9}.

A prevenção da osteoporose pode ser primária, que é a da perda óssea; secundária, no qual a progressão da perda óssea é inibida para evitar o desenvolvimento de fraturas; e terciária, em que os pacientes existentes com fraturas prevalentes são tratados para evitar fraturas subsequentes^{6,10}.

Este artigo fará uma abordagem para a recuperação da perda óssea em portadoras de osteoporose.

Osteoporose

A osteoporose é uma doença esquelética estreitamente relacionada ao envelhecimento, caracterizada pela diminuição da massa óssea e deterioração crônica e progressiva da microarquitetura do tecido ósseo, levando ao aumento da fragilidade óssea e, conseqüentemente, ao maior risco para fraturas¹¹⁻¹⁵.

Relata-se que um terço das pessoas com 65 anos ou mais de idade cai, pelo menos uma vez, a cada ano^{16,17}. Segundo esses autores, as quedas são as mais comuns causas de lesões para pessoas com essa idade ou mais idosas, podendo resultar em internação e morte. Em 2050, haverá, aproximadamente, 15 milhões de idosos com 80 anos ou mais^{3,9}. Dessa forma, o número de

pessoas propensas a desenvolver osteoporose e, provavelmente, sofrer fraturas, deverá aumentar⁴.

Devido à ausência de sintomas, as pessoas podem perder massa óssea durante anos, mas só percebem a existência da doença na ocorrência de episódios mórbidos mais graves (fraturas). Por esse motivo, alguns autores e associações médicas a tem como uma ‘doença silenciosa’^{12,18}.

Outros fatores, além da idade, contribuem para a o desenvolvimento da osteoporose, tais como: genética, estilo de vida, tabagismo, baixa ingestão de cálcio e menopausa^{5,6}. Também desperta interesse saber que o conteúdo de proteína morfogenética óssea (BMPs) na matriz óssea diminui com a idade, e que esse declínio segue um curso de tempo similar ao da perda de densidade óssea. Algumas evidências também sugerem que, em certas formas de osteoporose, a autoimunidade às BMPs pode ser responsável pela redução da formação óssea¹⁹.

Após alcançar seu pico de mineralização, que foi atingido na fase adulta, a massa óssea inicia seu declínio, equivalente de 0,3 a 0,5% ao ano, processo que ocorre durante toda a vida devido ao desequilíbrio na remodelação óssea. Os ossos perdem tanto a sua matriz colágena, quanto o conteúdo mineral^{20,21}.

A avaliação óssea, por meio do conteúdo mineral ósseo (CMO) e densidade mineral óssea (DMO), é largamente utilizada, em que o CMO é considerado mais sensível, pois avalia não apenas o conteúdo mineral ósseo, mas também a força e o volume do tecido ósseo²². A diferença entre o valor atual da DMO e a média teórica do pico de massa óssea (PMO) de jovens adultas saudáveis forma a base do diagnóstico da osteoporose. Assim, a osteoporose é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por um valor de DMO ≤ -2.5 DP (Tabela 1)^{12,23}.

A fisiopatologia da osteoporose parece envolver uma hiperatividade dos osteoclastos, formando cavidades de reabsorção profundas e anormais, concomitante a uma menor atividade dos osteoblastos, levando à reposição incompleta dessas cavidades e à conseqüente fragilidade óssea^{10,24}.

A formação da matriz orgânica é muito importante para a qualidade do osso, tal como tamanho, forma e integridade das fibras colágenas^{15,25}.

Sipos et al.⁶ e Bowman e Spangler¹⁰ sugerem que a osteoporose pode ser classificada em dois tipos, de acordo com sua origem e época em que se manifesta: primária e secundária. A osteoporose primária é classificada em tipos I e II, em que a osteoporose primária tipo I está relacionada à deficiência dos estrogênios e incide mais sobre os ossos trabeculares, predominantemente corpos vertebrais e parte distal do rádio. Já a osteoporose do tipo II ou senil está relacionada com a idade e incide sobre os ossos corticais e trabeculares, principalmente do quadril. Em relação à osteoporose secundária, esta geralmente resulta da ingestão de

medicamentos ou de doenças, tais como a síndrome de Cushing e o mieloma múltiplo^{6,24}.

Na mulher, a perda mais acentuada de massa óssea está associada à insuficiência dos estrogênios⁴. Esta perda está associada à elevada reabsorção óssea, causada pelo aumento do número de osteoclastos, direcionado pelo aumento de citocinas que regulam a formação dos osteoclastos: RANK (receptor para fator de ativação nuclear – KB), TNF- α (fator de necrose tumoral – α), IL-1 (interleucina – 1), IL-6, IL-11, M-CSF (fator estimulante de colônia de macrófago), entre outros^{4,25}. A queda drástica na produção de estrógenos, por ocasião da menopausa, ocorre simultaneamente com uma reduzida absorção de cálcio, uma menor produção de calcitonina e um aumento da reabsorção óssea²⁶. Ribeiro et al.²⁷ relatam que ratas castradas apresentam hiperatividade das paratireoides, em que os níveis de PTH aumentados levam ao aumento do processo de reabsorção óssea pelos osteócitos, por um processo denominado osteólise osteocítica.

Alguns estudos têm mostrado que a suplementação de cálcio com vitamina D não reduz o risco de fraturas, mas aumenta a DMO de mulheres na pós-menopausa^{28,29}. Ao mesmo tempo, a intervenção farmacológica não comprova sucesso expressivo no tratamento da perda óssea³⁰.

Estrogênios

Dentre os fatores sistêmicos, os estrogênios são hormônios bem conhecidos por exercerem função inibitória sobre a reabsorção óssea²⁶, porém, o exato mecanismo de ação desses nos tecidos esqueléticos permanece distante do entendimento⁶. Assim como Peel e Eastell³¹, muitos outros autores defendem a terapia de reposição hormonal como o meio mais efetivo de prevenção contra a osteoporose. Embora a maneira pela qual os estrogênios atuem ainda não seja totalmente conhecida, a teoria mais aceita é a de que podem atuar inibindo a ação dos osteoclastos. Embora os efeitos positivos da reposição hormonal na manutenção e no ganho da DMO em mulheres na pós-menopausa e em ratas ooforectomizadas tenham sido bem documentados, alguns autores ainda levantam controvérsias sobre sua utilização³². Uma das possíveis contraindicações desse tipo de tratamento é sua correlação com a incidência do câncer, principalmente o de mama^{33,34}.

Moduladores seletivos do receptor estrogênico

Os moduladores seletivos do receptor estrogênico (SERMs) são uma nova classe de medicamentos que foram desenvolvidos com ação agonista e antagonista na dependência do tecido-alvo, com o objetivo de manter os efeitos benéficos da terapia

Tabela 1 – Classificação do T Score de massa óssea, de acordo com a Organização Mundial de Saúde²³

Normal	DMO $\geq -1,0$ DP
Osteopenia	DMO $> -2,5$ DP e $< -1,0$ DP
Osteoporose	DMO $\leq -2,5$ DP
Osteoporose severa	DMO $\leq -2,5$ DP com fratura

DP desvio padrão; DMO: densidade mineral óssea.

hormonal sobre o tecido ósseo e cardiovascular. Tais compostos produzem mudanças estruturais diferentes nos receptores estrogênicos alfa e beta, que são definitivamente responsáveis pelo estímulo ou repressão da atividade de transcrição de genes dos estrogênios^{35,36}. Os mais conhecidos são o tamoxifeno e o raloxifeno^{35,36}.

Atualmente, o raloxifeno é o SERM mais usado na prevenção e no tratamento da osteoporose na pós-menopausa, exercendo efeito estrogênico nos ossos e no metabolismo de lipídios³⁷.

Exercícios Físicos

Como acontece com qualquer outra doença crônica, a prevenção das fraturas osteoporóticas é atualmente foco de muita pesquisa e debate. As medidas preventivas incluem modificações no estilo de vida, nos hábitos nutricionais e na prática de exercícios físicos^{38,39}, bem como administração de agentes farmacológicos, como, por exemplo, a reposição hormonal (estrogênios)^{5,26}.

Sabe-se que, sob influência da gravidade, o tecido ósseo sofre maior ou menor deformação, de acordo com a intensidade da vida diária, e que a imobilização prolongada provoca perda de massa óssea. Porém, sabe-se que a prática de exercícios físicos promove aumento de massa óssea^{16,38}. Além disso, a literatura sugere que os exercícios que implicam no transporte do próprio peso podem reduzir a perda da massa óssea. Há evidências sobre os benefícios da atividade física regular na prevenção e no tratamento da osteoporose, assim como na diminuição dos riscos na incidência de quedas na população de idosos^{16,40}.

A influência positiva da prática de exercícios sobre a DMO seria fruto da transmissão de cargas mecânicas ao esqueleto, associando a força gravitacional e a tensão muscular nos sítios da inserção tendinosa^{16,38}. Para esses autores, a atividade física poderia contribuir na prevenção de fraturas resultantes da osteoporose, de duas formas: aumentando a força do osso por meio da otimização da DMO; pelo aumento da força muscular nos membros inferiores, o que reduz potencialmente os riscos de quedas, mas chamam a atenção para o fato de que não se deve esquecer que, quando realizadas por indivíduos não-atletas, as alterações ósseas em resposta ao exercício são relativamente modestas e ocorrem lentamente.

Em relação à sobrecarga de treinamento suficiente para promover aumento da DMO, dois parâmetros principais podem ser manipulados: magnitude da carga (intensidade/peso) e número de estímulos ou a frequência (repetições/volume)⁴¹. Fundamentalmente, a sobrecarga necessária para um incremento na taxa de mineralização óssea deve ser superior àquela associada às atividades cotidianas. Há uma intensidade de treinamento considerada ótima para prevenção e terapia da osteoporose, porém, é difícil de ser definida, devido à escassez de dados sobre a quantificação da carga para cada um dos diferentes locais do esqueleto durante as várias atividades físicas possíveis²⁴.

Como atividade considerada eficaz, pode-se mencionar os exercícios que promovam impactos, como a ginástica olímpica, a ginástica aeróbica de alto impacto; desportos, como o voleibol e o basquetebol ou mesmo pular corda^{24,41}. Entretanto, Clapp e Little⁴², a partir dos resultados de estudos da DMO em mulheres atletas na amenorreia, são categóricos ao afirmar que o exercício, por si só, não pode compensar os efeitos da deficiência dos estrogênios.

Vibração Mecânica

Para mulheres na pós-menopausa ou àqueles pacientes muito idosos, que não podem fazer exercícios físicos, muitos trabalhos têm demonstrado que a vibração mecânica, um tipo de estímulo mecânico não-fisiológico, tem sido utilizada como alternativa não-invasiva e não-medicamentosa no tratamento e/ou prevenção da osteoporose⁴³⁻⁴⁵.

Fukada e Yasuda⁴⁶ demonstraram o fenômeno da piezoelectricidade, preconizando que um material exposto a cargas mecânicas transforma a energia mecânica em energia elétrica. Sendo assim, muitos pesquisadores têm estudado a influência do estímulo mecânico sobre o metabolismo ósseo^{44,47,48}, no qual as vibrações de baixa magnitude e alta frequência produzem resposta osteogênica por mecanismos diretos no osso⁴⁴.

Trabalhos na literatura científica demonstram respostas positivas no aumento de força e potência muscular, equilíbrio corporal e competência mecânica dos ossos com o uso de plataformas vibratórias no campo da Geriatria, aplicando-as nas terapias contra a osteoporose⁴⁹⁻⁵². Flieger et al.⁵³ avaliaram os efeitos preventivos da vibração sobre o osso de ratas ooforectomizadas como modelo de osteoporose na pós-menopausa. Os autores observaram, nesse estudo, que a vibração mecânica preservou a DMO do grupo vibrado. Outros trabalhos observaram um efeito anabólico sobre o osso de ratas ooforectomizadas, sob diferentes frequências e intensidades de vibração mecânica^{47,48}.

Os mecanismos, pelos quais um estímulo mecânico se converte em biológico, são controversos. Alguns autores consideram

o papel importante que os músculos têm na manutenção do osso. Em consequência, a vibração de alta magnitude fortalece os ossos por meio da obtenção de fortes contrações musculares. Em ratos, tais vibrações foram capazes de prevenir, em parte, a perda óssea⁵³. Porém, sabe-se também que os osteócitos são estimulados pelas alterações da tensão do fluido (*fluid flow*) no interior das lacunas e dos canalículos.

Esse fluido é rico em proteoglicanos e auxilia na regulação do metabolismo ósseo. O osteócito recebe a tensão por meio dos receptores mecanosensores da sua membrana celular e responde liberando moléculas mensageiras como IGF-1 e prostaglandinas dentro do fluido, que, por sua vez, estimulam a produção e a diferenciação de osteoblastos na matriz óssea^{54,55}.

Muitas pesquisas sobre vibração mecânica têm sido feitas com o intuito de estabelecer a melhor frequência, a intensidade e o tempo de utilização mais adequado para a prevenção e/ou tratamento da osteoporose. A literatura é bastante controversa, mas bons resultados foram obtidos com a vibração de baixa intensidade (com valores entre 0,3 e 0,6 g) e alta frequência (com valores entre 30 e 45 Hz)^{43,50,51}.

Efeitos da vibração mecânica também foram avaliados em casos de osteopenia. Rubin et al.⁴⁴ verificaram atividade anabólica no osso pela submissão à estimulação mecânica. Verificou-se, também, por Ruan et al.⁵⁶, que a estimulação mecânica aumentou a formação óssea, primeiramente, aumentando a porcentagem da superfície mineralizada, indicando que a vibração recrutou, inicialmente, osteoblastos adicionais, em lugar de aumentar o nível de atividade dos osteoblastos já existentes.

A vibração mecânica de baixa intensidade tem sido considerada uma alternativa não-medicamentosa e não-invasiva no tratamento contra a osteoporose, porém, seus efeitos sobre os constituintes do tecido ósseo ainda não estão totalmente elucidados.

Conclusão

A osteoporose é um problema de saúde pública, que tende a ser cada vez mais frequente em vista do aumento da expectativa de vida e, como consequência, no número de pessoas idosas. Por essa razão, é preciso que as condições e os estilos de vida da população sejam melhorados, com foco especial na prevenção da perda óssea. Além disso, pesquisas por novas modalidades terapêuticas contra a osteoporose precisam ser ampliadas.

Agradecimentos

Agradecemos ao Professor Doutor Eduardo Katchburian, Professor Titular da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pela revisão do abstract e do texto em geral.

Referências bibliográficas

1. IBGE. Indicadores Sociodemográficos Prospectivos para o Brasil 1991-2030 IBGE de 2006. [cited 2012 Jan 17]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf
2. Papaléo-Neto M, Carvalho-Filho ET. Geriatria: Fundamentos Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.
3. Pinto Neto A, Soares A, Urbanetz A, Souza ACA, Ferrari AE, Ferrari M, et al. Consenso brasileiro de osteoporose. Rev Bras Reumatol. 2002;42(6):343-54.
4. Faloni APS, Cerri OS. Mecanismos celulares e moleculares do estrógeno na reabsorção óssea. Rev Odontol UNESP. 2007;36(2):181-8.
5. Ralston JC. Osteoporosis. BMJ. 1997;315(7106):469-72.
6. Sipos W, Pietschmann P, Rauner M, Schindl K, Patsch J. Pathophysiology of osteoporosis. Wien Med Wochenschr. 2009;159(9-10):230-4.
7. Clark P, Lavielle P, Franco-Marina F, Ramirez E, Salmeron J, Kanis JA, et al. Incidence rates and life-time risk of hip fractures in Mexicans over 50 years of age: a population-based study. Osteoporos Int. 2005;16(12):2025-30.
8. Araújo DV, Oliveira JA, Bracco OL. Custo da fratura osteoporótica de fêmur no sistema suplementar de saúde brasileiro. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005;48(6):897-901.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
10. Bowman MA, Spangler JG. Osteoporosis in women. Prim Care. 1997;24(1):27-36.
11. Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. Am J Med. 1993;94(6):646-50.
12. Garnero P, Delmas PD. Osteoporosis. Endocrinol Metabol Clin North Am. 1997;26(4):913-36.
13. Carvalho CMRG, Fonseca CCC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário. Cad Saúde Pública. 2004;20(3):710-26.
14. Christiansen BA, Silva MJ. The effect of Varying Magnitudes of Whole-Body Vibration on Several Skeletal Sites in Mice. Ann Bio Eng. 2006;34(7):1149-56.
15. McCormick RK. Osteoporosis: integrating biomarkers and other diagnostic correlates into the management of bone fragility. Altern Med Rev. 2007;12(2):113-45.
16. Henderson NK, White CP, Eisman JA. The roles of exercise and fall reduction in the prevention of osteoporosis. Endocrinol Metabol Clin North Am. 1998;27(2):369-87.
17. Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomized controlled trials. Br J Sports Med. 2000;34(1):7-17.
18. National Institute of Health – NIH. Osteoporosis: Prevention, Diagnosis & Therapy. NIH Consensus Statement. 2000;17(1):1-45.
19. Comarck DH. Ham Histologia. 9 - ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1991.
20. Prior JC, Barr SI, Chow R, Faulkner RA. Prevention and management of osteoporosis: consensus statements from the Scientific Advisory Board of the Osteoporosis Society of Canada. Physical activity as therapy for osteoporosis. CMAJ. 1996;155(7):940-4.
21. Wiggins DL, Wiggins ME. The female athlete. Clin Sports Med. 1997;16(4):593-612.
22. Anderson JJ. Calcium, phosphorus and human bone development. J Nutr. 1996;126(4 Suppl):1153S-8S.
23. WHO. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1994.
24. Geraldles AAR. Exercício como estratégia de prevenção e tratamento da osteoporose. Rev Bras Fisiol Exerc. 2003;2:1-28.
25. Raisz LG. Clinical Practice. Screening for osteoporosis. N Engl J Med. 2005;353(2):164-71.
26. Manolagas SC, Kousteni S. Perspective: nonreproductive sites of action of reproductive hormones. Endocrinology. 2001;142(6):2200-4.
27. Ribeiro AF, Serakides R, Ocarino NM, Nunes VA. Efeito da associação hipotireoidismo-castração no osso e nas paratireóides de ratas adultas. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2004;48(4):525-34.
28. Jackson RD, LaCroix AZ, Gass M, Wallace RB, Robbins J, Lewis CE, et al. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of fractures. N Engl J Med. 2006;354(7):669-83.
29. Finkelstein JS. Calcium plus vitam D for postmenopausal women – bone appétit? N Engl J Med. 2006; 354(7):750-2.
30. Babraj JA, Smith K, Cuthbertson DJ, Rickhuss P, Dorling JS, Rennie MJ. Human bone collagen synthesis is a rapid, nutritionally modulated process. J Bone Miner Res. 2005;20(6):930-7.
31. Peel N, Eastell R. ABC of Rheumatology: Osteoporosis. BMJ. 1995;310(6985):989-92.
32. Abe T, Chow JW, Lean JM, Chambers TJ. Estrogen does not restore bone lost after ovariectomy in the rat. J Bone Miner Res. 1993;8(7):831-8.
33. Adami HO, Pearson I. Hormone replacement therapy and breast cancer. A remaining controversy? JAMA. 1995;274(2):178-9.

34. Northrup C. Menopause. *Prim Care*. 1997;24(4):921-48.
35. Díez-Perez A. Selective Estrogen Receptor Modulators (SERMs). *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50(4):720-34.
36. Petti DA, Hotta EH, Ferraz CMG, Cymbalista D, Pinheiro JRV, D'Angelo LF, et al. SERMs: Raloxifeno e tamoxifeno. *An Paul Med Cir*. 2000;127(4):284-7.
37. Meunier PJ, Vignot E, Garnero P, Confavreux E, Paris E, Liu-Leage S, et al. Treatment of postmenopausal women with osteoporosis or low bone density with raloxifene. Raloxifene Study Group. *Osteoporos Int*. 1999;10(4):330-6.
38. Prince RL, Smith M, Dick IM, Price RI, Webb PG, Henderson NK, et al. Prevention of osteoporosis. A comparative study of exercise, calcium supplementation, and hormone-replacement therapy. *N Engl J Med*. 1991;325(17):1189-95.
39. Tenório AS, Alves SB, Bezerra AL, Souza GML, Castanho MTJA, Tashiro T, et al. Efeito do treinamento físico sobre o tecido ósseo e a concentração sérica de cálcio em camundongos fêmeas ovariectomizadas. *Acta Cir Bras*. 2005;20(4):280-3.
40. Zazula FC, Pereira MAS. Fisiopatologia da osteoporose e o exercício físico como medida preventiva. *Arq ciencias saúde UNIPAR*. 2003;7(3):269-75.
41. Taaffe DR, Robinson TL, Snow CM, Marcus R. High-impact exercises promotes bone gain in well-trained female athletes. *J Bone Miner Res*. 1997;12(2):255-60.
42. Clapp JF, Little KD. The interaction between regular exercise and selected aspects of women's health. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173(1):2-9.
43. Verschueren SM, Roelants M, Delecluse C, Swinnen S, Vanderschueren D, Boonen S. Effect of 6-month whole body vibration training on hip density, muscle strength, and postural control in postmenopausal women: a randomized controlled pilot study. *J Bone Miner Res*. 2004;19(3):352-9.
44. Rubin C, Recker R, Cullen D, Ryaby J, McCabe J, McLeod K. Prevention of postmenopausal bone loss by a low-magnitude, high-frequency mechanical stimuli: a clinical trial assessing compliance, efficacy, and safety. *J Bone Miner Res*. 2004;19(3):343-51.
45. Sehmisch S, Galal R, Kolios L, Tezval M, Dullin C, Zimmer S, et al. Effects of low-magnitude, high-frequency mechanical stimulation in the rat osteopenia model. *Osteoporos Int*. 2009;20(12):1999-2008.
46. Fukada E, Yasuda I. On the piezoelectric effect of bone. *J Phys Soc Japan*. 1957;12(10):1158-62.
47. Judex S, Lei X, Han D, Rubin C. Low-magnitude mechanical signals that stimulate bone formation in the ovariectomized rat are dependent on the applied frequency but not on the strain magnitude. *J Biomech*. 2007;40(6):1333-9.
48. Rubinacci A, Marenzana M, Cavani F, Colasante F, Villa I, Willnecker J, et al. Ovariectomy sensitizes rat cortical bone to whole-body vibration. *Calcif Tissue Int*. 2008;82(4):316-26.
49. Rubin C, Judex S, Qin YX. Low-level mechanical signals and their potential as a non-pharmacological intervention for osteoporosis. *Age Ageing*. 2006;35(Suppl 2):32-6.
50. Rittweger J, Beller G, Felsenberg D. Acute physiological effects of exhaustive whole-body vibration exercise in man. *Clin Physiol*. 2000;20(2):134-42.
51. Torvinen S, Kannu P, Sievänen H, Järvinen TA, Pasanen M, Kontulainen S, et al. Effect of a vibration exposure on muscular performance and body balance. Randomized cross-over study. *Clin Physiol Funct Imaging*. 2002;22(2):145-52.
52. Oliveira ML, Bergamaschi C, Silva O, Nonaka K, Wang C, Carvalho A, et al. Mechanical vibration preserves bone structure in rats treated with glucocorticoids. *Bone*. 2010;46(6):1516-21.
53. Flieger J, Karachalios T, Khaldi L, Raptou P, Lyritis G. Mechanical stimulation in the form of vibration prevents postmenopausal bone loss in ovariectomized rats. *Calcif Tissue Int*. 1998;63(6):510-4.
54. Gusmão CVC, Pauli JR, Alves JM, Velloso LA, Saad MJA, Belangero WD. A influência do estímulo mecânico na expressão da quinase de adesão focal no osso in vivo. *Rev Materia*. 2007;12(3):470-9.
55. You L, Temiyasathit S, Lee P, Kim CH, Tummala P, Yao W, et al. Osteocytes as mechanosensors in the inhibition of bone resorption due to mechanical loading. *Bone*. 2008;42(1):172-9.
56. Ruan XY, Jin FY, Liu YI, Peng ZL, Sun YG. Effects of vibration therapy on bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *Chin Med J*. 2008;121(13):1155-8.

Recebido em: 01/12/2011

Aprovado para publicação em: 20/12/2011

Chlamydia trachomatis em reprodução humana - aspectos clínicos e laboratoriais

Chlamydia trachomatis in human reproduction - clinical and laboratorial points

Fabiana Carmo Approbato¹, Mario Silva Approbat², Rodopiano Florêncio³, Mônica Canêdo Silva Maia⁴, Tatiana Moreira da Silva¹, Waldemar Naves do Amaral⁵



Fabiana Carmo Approbato é biomédica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiânia (PUC-GO). Cursa mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG), subárea Reprodução Humana. Trabalha na In Vitro Brasil, filial Goiânia.

Resumo

A *Chlamydia trachomatis* é fator etiológico mais comum de doenças sexualmente transmissíveis, constituindo problema de saúde pública universal. Em casais, a infecção é frequentemente assintomática e sexualmente transmitida. Em homens, causa uretrite não gonocócica, conjuntivite e inflamação das articulações podem ocorrer. Em mulheres, as complicações graves podem resultar em salpingite aguda e doença inflamatória pélvica, cujas consequências incluem dor pélvica crônica, gravidez ectópica e infertilidade. Entre mulheres adolescentes, a taxa de incidência pode chegar a 30%. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o custo para tratar pacientes com doença inflamatória pélvica pode atingir US\$ 10 bilhões anuais. A infecção urogenital por *C. trachomatis* tem alta morbidade com estimativa de 89 milhões de novos casos anuais. Sexarca precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, mais que um parceiro sexual nos últimos 90 dias, solteira, não uso de preservativo e desconhecimento de doenças sexualmente transmissíveis são fatores importantes. Poucos serviços públicos oferecem diagnóstico desse patógeno. Nos privados, pesquisa-se *C. trachomatis* se há sintomas ou quando um parceiro relata a bactéria. A pesquisa da *C. trachomatis* não faz parte da rotina da maioria dos médicos que atendem doenças sexualmente transmissíveis, exceto nos serviços de reprodução humana. Recomenda-se o uso de antibiótico profilático prévio à histerossalpingografia para pacientes com tubas dilatadas, história de doença inflamatória pélvica ou dano tubário.

Unitermos: *Chlamydia trachomatis*; Doenças sexualmente transmissíveis; Infertilidade; Infecções por clamídia.

Abstract

The *Chlamydia trachomatis* is the most common sexually transmitted disease factor and is an universal public health problem. For couples, the infection is frequently asymptomatic, and sexually transmitted. In men it causes non gonococcus urethritis, conjunctivitis and joint inflammation. In women, serious complications can occur, like acute salpingitis, pelvic inflammatory disease that has consequences like chronic pelvic pain, ectopic pregnancy and infertility. The incidence in teenagers is as high as 30%. According to World Health Organization, the treatment cost for pelvic inflammatory disease can reach US\$ 10 billion annually. The *C. trachomatis* urogenital infection has high morbidity as is estimated to have annually 89 millions of new cases events. Precocious first sexual relation, multiple sexual partners, more than one sexual partner in last 90 days, single, non condom use and ignorance about sexually transmitted diseases are relevant factors. There are little public services that offer diagnosis for these bacteria. At private services, generally search is done in symptomatic cases or one partner has *C. trachomatis*. The *C. trachomatis* screening is not routine at most doctor's offices, except Human Reproduction Services. There are prophylactic recommendation antibiotics previous to hysterosalpingography to patients with hydrosalpinx, pelvic inflammatory disease or tubal infection disease.

Uniterms: Chlamydia trachomatis; Sexually transmitted diseases; Infertility; Chlamydia infections.

Trabalho realizado no Laboratório de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e Mãter Clínica de Ginecologia e Obstetrícia, Goiânia (GO), Brasil.

¹ Mestranda do Laboratório de Reprodução Humana da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

² Doutor pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil; Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

³ Doutor pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

⁴ Doutoranda do Laboratório de Reprodução do Hospital das Clínicas da UFG – Goiânia (GO), Brasil

⁵ Professor Adjunto Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Fabiana Carmo Approbato – Laboratório de Reprodução Humana – Avenida 5a Radial, 131, apto 103 – Setor Pedro Ludovico – CEP 74823-030 – Goiânia (GO), Brasil – E-mail: fabianapprobato@gmail.com

Introdução

A *Chlamydia trachomatis* é fator etiológico mais comum de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) do que qualquer outro patógeno bacteriano, tornando essa infecção um enorme problema de saúde pública em todo o mundo.

Em homens e mulheres, a infecção é frequentemente assintomática e silenciosa. A bactéria é transmitida de um parceiro a outro, durante a relação sexual. Nos homens, *C. trachomatis* é a causa mais comum de uretrite não gonocócica (também chamada de uretrites não específicas). Conjuntivite (que não progride para cegueira) e inflamação das articulações podem ocorrer. Homens com infecção assintomática servem como reservatórios da doença, disseminando a infecção, os quais raramente sofrem problemas de saúde a longo prazo. As mulheres, entretanto, têm alto risco de complicações graves. A infecção por *C. trachomatis* pode resultar em salpingite aguda e doença inflamatória pélvica (DIP), cujas consequências a longo prazo incluem dor pélvica crônica, gravidez ectópica e infertilidade.

A contaminação das mãos com corrimento genital pode levar a uma infecção na conjuntiva após contato com os olhos. Bebês nascidos de mães com infecção do trato genital frequentemente apresentam infecção ocular por *C. trachomatis* dentro de 1 semana de nascimento (clamídia “oftalmia neonatal”), podendo posteriormente desenvolver pneumonia. Vários estudos têm estimado que ocorram cerca de 4 a 5 milhões de novos casos de infecção por *C. trachomatis* a cada ano nos Estados Unidos. Entre mulheres adolescentes urbanas, a taxa de incidência pode ser tão alta quanto 30%. O custo para tratar e cuidar de pacientes com DIP pode atingir US\$ 10 bilhões anuais¹.

A infecção por *C. trachomatis* difunde-se exponencialmente, particularmente entre jovens e adolescentes sexualmente ativos. A infecção ocorre em homens e mulheres, mas tem consequências mais graves para as mulheres^{2,3}.

A infecção urogenital por *C. trachomatis* é considerada a maior causa de morbidade entre indivíduos sexualmente ativos, com estimativa de 89 milhões de novos casos ocorrendo anualmente em todo o mundo, sendo que indivíduos não tratados servem como reservatório para a transmissão da infecção aos parceiros sexuais⁴.

O início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, ter tido mais que um parceiro sexual nos últimos 90 dias, ser solteira, não usar preservativos nas relações sexuais e falta de conhecimento sobre as DST são fatores comportamentais importantes que se associam à infecção por *C. trachomatis*⁵.

Poucos serviços públicos oferecem a pesquisa desse patógeno. Nos serviços privados, normalmente se pesquisa *Chlamydia* quando há sintomas ou quando um dos parceiros sexuais relata a presença da bactéria. Mesmo nessas situações, a pesquisa de *C. trachomatis* ainda não faz parte da rotina da maioria dos médicos que atendem DSTs, exceto nos serviços de reprodução humana⁶.

O rastreamento laboratorial de rotina para as DSTs comuns é indicado para adolescentes em atividade sexual. A Agência Federal Americana e Organizações Profissionais (*Guidelines* clínicas para adolescentes sexualmente ativos) faz recomendações para o rastreamento da *C. trachomatis*. Ele deve ser de rotina (anual) para *C. trachomatis* em todas as mulheres sexualmente ativas com idade ≤ 25 anos⁷. Há evidência insuficiente para recomendar rastreamento de rotina em homens jovens sexualmente ativos, com base em possibilidade, eficácia e custo-eficácia. Entretanto o rastreamento de homens jovens sexualmente ativos deveria ser considerado quando associado com alta prevalência de *C. trachomatis* (por exemplo: clínica de adolescentes, correccionais e clínicas de doenças sexualmente ativas)^{7,8}.

Relevância

A infecção por *C. trachomatis* é considerada a mais prevalente DST bacteriana em todo mundo, pois, quando não tratada, a infecção pode provocar sequelas nas mulheres, como obstrução tubária e gravidez ectópica.

Na atualidade, é solicitada para a maioria das pacientes com queixa de infertilidade a sorologia isolada para *C. trachomatis* que detecta apenas a cicatriz sorológica. Assim, as pacientes podem não ter mais a presença da bactéria e estar recebendo antibióticos sem necessidade.

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), no *guideline* sobre profilaxia com antibióticos em procedimentos ginecológicos⁹, recomenda o uso de antibiótico profilático prévio à histerossalpingografia (HSG) para pacientes com tubas dilatadas, história de DIP ou dano tubário. Essa conduta demonstra a preocupação desse colégio com a possibilidade de a bactéria permanecer após infecção primária e disseminar pelo abdômen após a HSG.

Histórico

O tracoma, doença ocular causada pela *Chlamydia trachomatis*, é conhecido desde 1500 AC. Em 1907, haviam sido descritas por Halberstaedter e Von Prowazek inclusões citoplasmáticas em células raspadas da conjuntiva de pacientes com tracoma. Também esses autores identificaram inclusões citoplasmáticas em material proveniente da conjuntiva de orangotangos inoculados com tracoma humano¹⁰. As primeiras suspeitas de que pudessem ocorrer infecções por *C. trachomatis* no trato genital feminino datam de 1910¹⁰. Em 1911, Halberstaedter e Von Prowazek associaram essas inclusões citoplasmáticas à uretrite não gonocócica¹¹.

Na década de 1930, foram relacionadas ao linfogranuloma venéreo (LGV). A partir da década de 1980, quando se estabeleceu o papel desses agentes na etiologia da salpingite aguda, houve notável incremento da importância atribuída a esses micro-organismos, principalmente que desses estados infecciosos

podem advir numerosas sequelas³. Em 1933, Findlay relacionou *C. trachomatis* ao LGV e, em 1957, foi relatado o primeiro isolamento de *Chlamydia trachomatis* em material inoculado em ovos embrionados de galinha. Foi somente a partir de 1965 que o isolamento da *C. trachomatis* passou a ser mais utilizado, com a padronização do método de isolamento em cultura celular por Gordon e Quan. Esse método substituiu as técnicas de isolamento em animais de laboratório e em ovos embrionados de galinha¹⁰.

As infecções por *C. trachomatis* são relatadas desde a Antiguidade, tendo sido encontrados relatos na China Antiga e no Egito¹². Doenças e cegueira com complicação por essa bactéria são descritos desde o século XVII. Na Europa, o tracoma, complicação ocular desenvolvida pela *C. trachomatis*, tornou-se altamente prevalente durante as guerras napoleônicas, entre civis e militares, levando um grande número de pessoas à cegueira¹³.

Com a colonização americana, o tracoma se espalhou por esse continente e, na segunda metade do século XIX, já era encontrado no mundo todo. A epidemiologia da *C. trachomatis* foi descrita décadas antes do isolamento dessa bactéria. Halberstaedter e Prowasek, entre os anos 1909 e 1911, descreveram o mesmo padrão citológico em infecções oculares não gonocócicas e em secreções do trato genital de mães que geraram crianças infectadas.

A doença foi introduzida no Brasil, a partir do século XVIII, no Nordeste, onde se estabeleceram os primeiros focos de tracoma no país, sendo o mais famoso o foco do Cariri, no sul do Ceará. Os focos de São Paulo e Rio Grande do Sul, que surgiram

com o aumento da imigração europeia para esses dois Estados, a partir da segunda metade XIX, também contribuíram para a disseminação da doença no país¹¹.

Biologia celular

No início, as clamídias foram consideradas grandes vírus ou Rickettsia, em razão de seu pequeno tamanho e ao parasitismo intracelular obrigatório. Na microscopia óptica comum é possível identificar os corpúsculos de *Gamma-Miyagawa*. A natureza bacteriana desse micro-organismo foi caracterizada por apresentar membrana celular externa semelhante à de outras bactérias Gram-negativas e por ter DNA, RNA e ribossomos procarióticos típicos em seu ciclo de desenvolvimento¹⁴.

As clamídias dependem do aparato energético da célula hospedeira, porque não possuem um sistema de produção de energia para o desenvolvimento de seu ciclo biológico. Devido às características peculiares da sua biologia, são classificadas em uma ordem própria, uma família, um único gênero e três espécies¹⁰ (Figura 1).

A. C. trachomatis é uma bactéria intracelular, Gram-negativa, obrigatória e sexualmente transmissível, com um ciclo de desenvolvimento complexo e um período de latência longo (>30 dias), que infecta células epiteliais humanas do trato genital e ocular, sendo, assim, responsável por uma vasta variedade de desordens celulares, incluindo lesões cervicais uterinas¹⁵ (Figura 2 e Tabela 1).

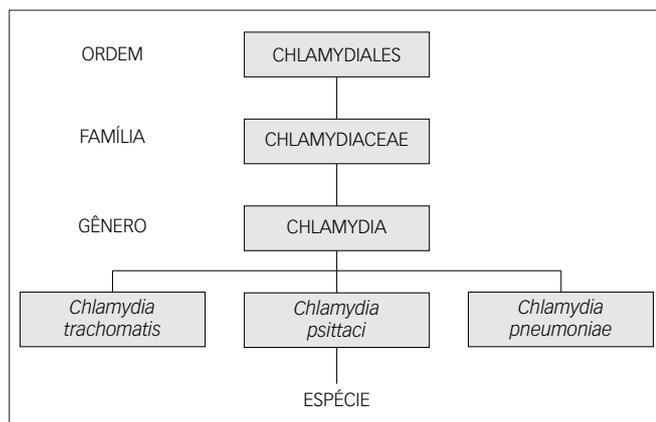


Figura 1 – Classificação das clamídias. Diagnóstico laboratorial da clamídia. Brasil, 1997.

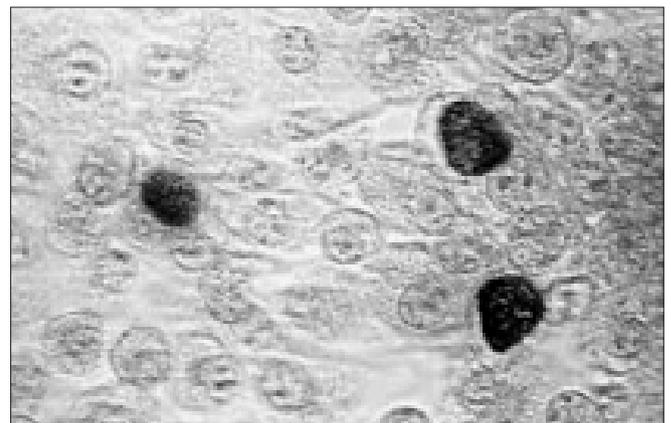


Figura 2 – *Chlamydia trachomatis*. Corpúsculos de inclusão (marrom) em cultura celular de McCoy, 470 x 307.

Tabela 1 – Doenças provocadas por *Chlamydia trachomatis*¹⁶

Sorotipos	Sexo	Síndrome
A, B, Ba, C	Ambos	Tracoma, conjuntivite, queratite e uretrite
D, E, F, G, H, I, J e K	Mulher	Uretrite não gonocócica, cervicite, endometrite, salpingite e peri-hepatite
	Homem	Uretrite não gonocócica, prostatite e epididimite
	Ambos	Conjuntivite, proctite e síndrome de Reiter
	Recém-nascido	Oftalmia neonatorum e pneumonia
L1, L2, L3	Ambos	Linfogranuloma venéreo

Os sorotipos A, B, Ba e C são os responsáveis pelo tracoma endêmico, que já foi causa comum de cegueira, cuja prevenção é possível. Os sorotipos L1, L2 e L3 estão associados ao LGV; e os sorotipos de D a K são os responsáveis pela uretrite não gonocócica e epididimite em homens, podendo induzir a síndrome de Reiter, proctite e conjuntivite tanto em mulheres quanto em homens. Em mulheres, esses sorotipos causam cervicite, uretrite, endometrite, salpingite e peri-hepatite¹⁶.

Prevalência

Exterior

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)³, a estimativa de novos casos de infecção pela *Chlamydia trachomatis* era de 92 milhões em 1999, sendo que 9,5 milhões ocorreram na América Latina e Caribe. Nas estimativas dos Centros de Controle de Doenças e Prevenção¹⁷, nos Estados Unidos, existem mais casos novos diagnosticados de infecção por *C. trachomatis* do que qualquer outra DST, incluindo sífilis, gonorreia, condiloma acuminado, herpes e Aids. É estimado que ocorram entre 3 e 4 milhões de casos novos de clamídia a cada ano, resultando em 1 milhão de casos de doença inflamatória pélvica aguda (DIPA), dos quais 250.000 necessitarão de internamento hospitalar, determinando um custo de US\$ 4,2 bilhões, deixando um saldo de 100.000 mulheres inférteis e uma incidência de 70.000 casos de gestações ectópicas¹⁸. Foram encontradas elevadas taxas em indivíduos jovens, sexualmente ativos, com menos de 25 anos de idade, sendo esse grupo considerado o principal alvo dessas infecções¹⁹.

Prevalência maior de DST entre indivíduos jovens ocorre em mulheres¹⁹. Entre as razões biológicas estão as condições do colo uterino pós-menarca, sendo que o epitélio colunar da endocérvice pode se estender para a ectocérvice (junção escamo-colunar e ectopia do colo do útero). Essa condição facilita a infecção por vários microorganismos responsáveis por DST, inclusive pela *C. trachomatis*²⁰.

Um fator importante para reduzir a prevalência de infecção por *C. trachomatis* é o rastreamento sorológico²¹. Esse autor mostrou um declínio da prevalência da infecção causada por *C. trachomatis* em mulheres nos Estados Unidos. Também houve diminuição da incidência da doença inflamatória pélvica (DIP é complicação geralmente associada à infecção não tratada por *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*), que foi observada após a implantação do rastreamento, diagnóstico e tratamento de mulheres com infecção cervical por *C. trachomatis*²².

Brasil

Os dados publicados na literatura científica sobre a prevalência dessa infecção são estudos isolados, em populações

específicas, em serviços determinados, mas que mostram a importância dessa infecção silenciosa em nosso meio.

Estimativas da Coordenação Nacional de DST/Aids apontam para a existência de 1.967.200 casos novos a cada ano. Nestes, a incidência em mulheres e homens sexualmente ativos é de 3,5% (1.508.500 casos novos/ano¹¹). A baixa idade é um dos fatores mais importantes entre os relatados nos estudos. A idade inferior a 20 ou 25 anos é o principal fator de risco para a maioria dos autores. Dessa forma, Araujo²³, estudando adolescentes e mulheres jovens por exame de reação em cadeia da polimerase (PCR) em Ambulatório de Ginecologia, encontrou uma prevalência de 19,6% em estudo de 296 casos.

Com teste de amplificação de ácidos nucleicos (NAATs), Miranda⁶, em exame de LCR (de inglês *ligase chain reaction*) na urina de 464 mulheres, encontrou uma prevalência de 12,2% (IC95% 9,5–15,6).

Devido ao caráter assintomático da infecção, o número real de casos é subestimado no Brasil, e a prevalência na população geral é desconhecida²⁴.

Prevalência em casais inférteis

Sharma et al.²⁵ encontraram anticorpos anticlamídia (IgG) em 86% das pacientes com história de infertilidade, em 50% com mau passado obstétrico e em 10% de mulheres clinicamente saudáveis. Por outro lado, Eschenbach²⁶ encontrou que, em 23% das infecções pélvicas causadas por *C. trachomatis*, foi também encontrado gonococo. Por outro lado, 33% das infecções que tinham gonococo, isolou-se também pelo menos um sorotipo de clamídia.

Segundo a *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), aproximadamente 7,3 milhões de casais norte-americanos (12% da população em idade reprodutiva) apresentam problemas relacionados à fertilidade. A infertilidade afeta igualmente homens e mulheres. Ovulações irregulares ou anormais respondem por 25% das causas femininas de infertilidade. Dentre as causas de infertilidade, 20% ocorrem devido ao excesso ou à deficiência de peso. A *C. trachomatis* causa anualmente 4 a 5 milhões de infecções nos Estados Unidos. Se não tratada, pode causar infertilidade²⁷.

De acordo com um estudo transversal em um ambulatório de esterilidade da Clínica Ginecológica do Hospital Agamenon Magalhães, em Recife (PE), que englobou cem casais, observou-se infecção genital por *C. trachomatis* em 17 casais (9% dos homens e 10% das mulheres). Houve coincidência de infecção entre parceiros em dois casais. Não houve nenhuma associação com características sociodemográficas e econômicas, sinais e sintomas geniturinários e as causas básicas de infertilidade, observando que a infecção por clamídia *trachomatis* em casais inférteis mostrou frequência elevada na amostra e sugerindo seu rastreio rotineiro em clínicas de infertilidade. A

escassez de referências bibliográficas nacionais e internacionais em população semelhante a esse estudo limita a análise comparativa dos achados²⁸.

Segundo Westrom²⁹, as DSTs são uma das principais responsáveis por problemas de infertilidade. Os principais patógenos causadores de infecção pélvica que comprometem a fertilidade são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*³⁰.

Esse mesmo autor encontrou índice de infertilidade de 11, 34 e 54% após um, dois e três episódios de doença inflamatória pélvica, respectivamente.

As infecções bacterianas causadas por esse patógeno são comuns, sendo causa de uretrites e cervicites. Das mulheres com infecção geniturinária por *C. trachomatis*, 20% desenvolverá DIP; 4%, dor pélvica crônica; 3%, infertilidade; e 2%, resultados gestacionais adversos. A imunopatogênese da infecção é um dos pontos focais principais das pesquisas atuais. O desenvolvimento da biologia molecular para o diagnóstico das infecções foi um importante avanço para os programas de rastreamento populacional³¹.

Complicações

De forma frequentemente assintomática, a infecção por *C. trachomatis* provoca danos tubários, muitas vezes irreparáveis, de difícil manejo, limitando a capacidade reprodutiva das mulheres³². Segundo Westrom³³, causam esterilidade, quando não tratadas, em 55 a 85% das mulheres infectadas.

Das pacientes investigadas, 25 a 35% por infertilidade apresentam doença tubária^{34,35}. A *Chlamydia trachomatis* é a infecção sexualmente transmissível primária responsável por fator tubário de infertilidade^{36,37}, com anticorpos para *C. trachomatis* em aproximadamente 70% das pacientes³⁸. Células infectadas por *Chlamydia* produzem citocinas inflamatórias^{39,40} que podem contribuir para dano inflamatório ao trato genital superior^{41,42}. Desde 1989, Lundenfeld et al. relatam⁴³ que, nas pacientes submetidas à fertilização *in vitro* (FIV), quando há anticorpos para *C. Trachomatis*, existe declínio nas taxas de gravidez.

As sequelas das DST trazem infertilidade. As lesões são resultantes da propagação dos patógenos do sítio inicial da infecção para outra parte do aparelho reprodutor ou do corpo. Dessa forma, as infecções de transmissão sexual são uma ameaça para a fertilidade de mulheres pois seus patógenos podem migrar da parte inferior do aparelho reprodutor para a superior, causando DIPA, dor pélvica crônica e esterilidade, constituindo grave problema de saúde pública⁴⁴. As infecções pela *Chlamydia trachomatis* e a gonorreia são as principais causas das DIPA^{33,45}.

Outra complicação temível é a gravidez ectópica, causa importante de morte materna⁴⁶. Essa complicação deve ser suspeitada em toda mulher na menacme com vida sexual ativa, apresentando sangramento vaginal e dor abdominal. Suas principais

complicações incluem hemorragia e choque hipovolêmico, infecção secundária (septicemia), fístulas urinárias e/ou intestinais, infertilidade e coagulação intravascular disseminada⁴⁷.

Também Westrom³³ refere que o risco de gravidez ectópica aumenta de sete a dez vezes em pacientes que tiveram DIPA.

Na gravidez, alguns estudos relatam que essa afecção é responsável por 1 a 15% das disfunções maternas⁴⁸. A infecção por *Chlamydia*, pode acometer os olhos do feto quando ele passa pelo canal de parto. Sem tratamento preventivo, de 2 a 50% dos lactentes expostos desenvolverão a oftalmia neonatal e também pode se estender aos pulmões dos recém-natos, causando uma pneumonia intersticial⁴⁹⁻⁵⁰.

As DSTs não tratadas podem ter implicações importantes para a saúde reprodutiva, materna e neonatal. As DSTs são uma das principais causas evitáveis de infertilidade, especialmente em mulheres. Por exemplo, 10 a 40% das mulheres com infecção por *C. trachomatis* não tratada desenvolve doença pélvica inflamatória sintomática. Os danos tubários posteriores à infecção são responsáveis por 30 a 40% dos casos de infertilidade feminina. Além disso, mulheres que tiveram doença inflamatória pélvica têm de seis a dez vezes mais probabilidade de desenvolver uma gravidez tubária ectópica do que aquelas que não tiveram (40 a 50% das gravidezes ectópicas podem ser atribuídas à doença inflamatória pélvica anterior)⁵¹.

Alguns estudos experimentais têm sido feitos para avaliar os mecanismos pelos quais a *C. trachomatis* diminui a fertilidade. Assim He et al⁵² estudando camundongos, injetaram, por via intrauterina, lipopolissacarídeos de *C. trachomatis* (LPS) e observaram acúmulo de líquido intrauterino com diminuição da fertilidade.

Conclusões

A prevalência de infecção por *C. trachomatis* tem taxas elevadas em indivíduos jovens, sexualmente ativos, com menos de 25 anos de idade¹⁹ chegando a 19% em adolescentes, segundo Araujo²⁴. Por outro lado, Approbato⁵³ encontrou redução acentuada da prevalência da *C. trachomatis* na faixa etária de pacientes inférteis: menos de 1% quando permanecem apenas as sequelas tardias graves, como obstrução de trompas, aderências pélvicas e prenhes ectópica⁵⁵. Esse fato mostra a importância da recomendação do CDC¹⁷ em rastrear e tratar as pacientes com faixa etária menor do que 25 anos. Tal rastreamento possibilitaria tratar o patógeno quando ainda está presente. Essa mesma autora encontrou obstrução tubária em 22,6% das pacientes e cicatriz sorológica em 28,7%⁵⁵. Frequentemente é solicitada para a maioria das pacientes com queixa de infertilidade a sorologia isolada para *C. trachomatis*, que detecta apenas a cicatriz sorológica. Assim, as pacientes podem não ter mais a presença da bactéria e estar recebendo antibióticos sem necessidade.

O ACOG⁹, no *guideline* sobre profilaxia com antibióticos em procedimentos ginecológico recomendando o uso de antibiótico

profilático prévio à HSG para pacientes com tubas dilatadas, história de DIP ou dano tubário poderia beneficiar menos de 1% das pacientes.

É importante ressaltar que métodos diagnósticos mais precisos, como PCR, devem ser usados para o rastreamento de *C. trachomatis*. A sensibilidade desse método está em torno de 86%⁵⁴, sendo o método preferido pelo CDC¹⁷. O exame de PCR pode permanecer positivo até 7 dias após um tratamento antibiótico bem-sucedido, pela possibilidade de permanência de material genético bacteriano.

Quanto ao tratamento, o CDC¹⁸ recomenda os seguintes esquemas citados no Quadro 1.

Quadro 1 – Recomendações para o tratamento da *Chlamydia trachomatis* segundo o Centers for Disease Control and Prevention

Regimes recomendados
Azitromicina 1 g, por via oral, em dose única OU Doxiciclina 100 mg, por via oral, 2 vezes por dia, durante 7 dias
Esquemas alternativos
Eritromicina base 500 mg, por via oral, 4 vezes ao dia, por 7 dias OU Etilsuccinato de eritromicina 800 mg, por via oral, 4 vezes por dia, durante 7 dias OU Levofloxacina 500 mg, por via oral, 1 vez ao dia, por 7 dias OU Ofloxacina 300 mg, por via oral, 2 vezes por dia, durante 7 dias

CDC DST Guidelines, 2010¹⁷

Referências bibliográficas

- World Health Organization (WHO). Initiative for Vaccine Research (IVR), Sexually Transmitted Diseases, 2011 [Internet]. [cited 2011 Oct 04]. Available from: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_std/en/index1.html
- Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet*. 1998;351[S.3]:2-4.
- World Health Organization (WHO). Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. Geneva: WHO; 2001.
- Gillison MI, Koch WM, Capone RB. Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(9):709-20.
- Weir E. Upsurge of genital *Chlamydia trachomatis* infection. *CMAJ*. 2004;171(8):855.
- Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer, K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2004;31(9):542-6.
- USPSTF. Screening for chlamydial infection: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2007;147:128-34.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Male Chlamydia Screening Consultation, Atlanta, Georgia. March 28 – 29, 2006. Meeting Report, May 2007 [Internet]. [cited 2012 Jan 15]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/chlamydia/ChlamydiaScreening-males.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); (ACOG practice bulletin; no. 104). [55 references]. 10 p. May 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Diagnóstico Laboratorial da Clamídia. Série TELELAB. Brasília, DF, 1997.
- Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. Séries Manuais, n. 68. 4.ed. Brasília, DF, 2006.
- Schachter J. Chlamydial infections. *West J Med*. 1990;153(1):523-34.
- Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.
- Duarte G. Clamídiase genital. In: Diagnóstico e conduta nas infecções ginecológicas e obstétricas. Ribeirão Preto: Funpec; 2004. p. 95-8.
- Gopalkrishna V, Aggarwal N, Malhotra VL. *Chlamydia trachomatis* and human papillomavirus infection and Indian women with sexually transmitted diseases and cervical precancerous and cancerous lesions. *Clin Microbiol Infect*. 2000;6(2):88-9.
- Stamm WE, Jones RB, Batteiger BE. Chlamydial diseases. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. New York: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 2236-55.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). STD Treatment Guidelines 2010 [Internet]. [cited 2011 Sep 28]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/default.htm>.
- Miller WC, Ford CA, Morris M, Handcock MS. Prevalence of chlamydial and gonococcal infections among young adults in the United States. *JAMA*. 2004;291(18):2229-36.
- Dehne KI, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents. The need for adequate health services. World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2005.
- Harrison HR, Costin M, Meder JB, Bownds LM, Sim DA, Lewis M, et al. Cervical *Chlamydia trachomatis* infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *Am J Obstet Gynecol*. 1958;153:244-51.

21. Bachmann LH, Macaluso M, Hook EW. Demonstration of declining community prevalence of Chlamydia trachomatis infection using sentinel surveillance. *Sex Transm Dis.* 2003;30:20-4.
22. Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, Andrilla H, Holmes KK, Stamm WE. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. *N Engl J Med.* 1996;334:1362-6.
23. Araujo RSC, Guimaraes EMB, Alves MFC, Sakurai E, Domingos LT, Fioravante FCR, et al. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in adolescent females and young women in central Brasil. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2006;25:397-400.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. [Internet]. [cited 2011 Sep 15]. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/prevalencias-e-frequencias-relativas-de-dst-em-populacoes-especificas>
25. Sharma K, Aggarwal A, Arora U. Seroprevalence of Chlamydia trachomatis in women with bad obstetric history and infertility. *Indian J Med Sci.* 2002;56:216-7.
26. Eschenbach DA. Acute pelvic inflammatory disease. In: Sciarra JJ, Droegemueller WG. *Gynecology and obstetrics.* 3. ed. Philadelphia: Harper & Row, 1986.
27. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Patients resources. frequently asked questions. [Internet]. [cited 2011 Sep 20]. Available from: <https://www.asrm.org/detail.aspx?id=2322>
28. Marques CAS, Menezes MLB, Coelho IMG, Marques CRC, Celestino LC, Melo MCM, et al. Infecção genital por Chlamydia trachomatis em casais atendidos em ambulatório de esterilidade conjugal. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2007;19(1):5-10.
29. Westrom L. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in the industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;138:888-92.
30. Valente CA. Doença infecciosa pélvica. In: Valente M. *Infectologia em ginecologia e obstetrícia.* São Paulo: Atheneu, 1997.
31. Paavonen J, Krause WE. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Europ Soc of Human Reprod and Embriol.* 1999;5(5):433-47.
32. Attapatu AF, Prússi APR, Boyer V, Levett PN. A prospective study of asymptomatic Chlamydia trachomatis in Barbadian women. *J Obstet Gynecol.* 1999;19(5):506-8.
33. Westrom L, Mardh PA. Acute pelvic inflammatory disease (PID). In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ, Cates W JR, Lemon SM, et al. *Sexually Transmitted Diseases.* 2. ed. New York: Mc Graw-Hill; 1999. p. 593-614.
34. Healy DL, Trounson AO, Andersen AN. Female infertility: causes and treatment. *Lancet.* 1994;343:1539-44.
35. Wilkowska-Trojnieł M, Zdrodowska-Stefanow B, Ostaszewska-Puchalska I, Zbucka M, Wolczynski S, Grygoruk C et al. Chlamydia trachomatis urogenital infection in women with infertility. *Adv Med Sci.* 2009;54:82-5.
36. Confino E, Tur-Kaspa I, Decherney A, Corfman R, Coulam C, Robinson E. et al. Trans cervical balloon tuboplasty. A multicenter study. *JAMA.* 1990;264:2079-82.
37. Malik A, Jain S, Rizvi M, Shukla I, Hakim S. Chlamydia trachomatis infection in women with secondary infertility. *Fertil Steril.* 2009;91:91-5.
38. Barlow RE, Cooke ID, Odukoya O, Heatley MK, Jenkins J, Narayansingh G, et al. The prevalence of Chlamydia trachomatis in fresh tissue specimens from patients with ectopic pregnancy or tubal factor infertility as determined by PCR and in-situ hybridisation. *J Med Microbiol.* 2001;50:902-8.
39. Stephens RS. The cellular paradigm of chlamydial pathogenesis. *Trends Microbiol.* 2003;11:44-51.
40. Cheng W, Shivshankar P, Zhong Y, Chen D, Li Z, Zhong G. Intracellular interleukin-1 α mediates interleukin-8 production induced by Chlamydia trachomatis infection via a mechanism independent of type I interleukin-1 receptor. *Infect Immun.* 2008;76:942-51.
41. Ajonuma LC, Ng EH, Chan HC. New insights into the mechanisms underlying hydrosalpinx fluid formation and its adverse effect on IVF outcome. *Hum Reprod Update.* 2002;8:255-64.
42. Cheng W, Shivshankar P, Li Z, Chen L, Yeh It, Z Hong G. Caspase-1 contributes to Chlamydia trachomatis-induced upper urogenital tract inflammatory pathologies without affecting the course of infection. *Infect Immun.* 2008;76:515-22.
43. Lundenfeld E, Shapiro BS, Sarov B, Sarov I, Insler V, Decherney AH. The association between chlamydial specific IgG and IgA antibodies and pregnancy outcome in an in vitro fertilization program. *J In Vitro Fert Embryo Transf.* 1989;6:222-7.
44. Wesenfeld H. Lower genital tract infection may indicate subclinical PID. *Obstetrics and Gynecology.* 2002;100:456-63.
45. Rice PA, Schachter J. Pathogenesis of pelvic inflammatory disease. *JAMA.* 1991;266(18):2587-2591.
46. Approbato M. Gravidez ectópica. In: *Vademecum de Clínica Médica, Porto C & Porto, A Eds.* 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 472, 2010a.
47. Approbato M. Infertilidade. In: *VADEMECUM de Clínica Médica.* 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 569-70.
48. Meheus A. Women's health: Importance of reproductive tract infections, pelvic inflammatory disease and cervical cancer. In: Germain A, Holmes KK, Piot P, Wasserheit JN. eds. *Reproductive tract infections: global impact and priorities for women's reproductive health.* New York: Plenum Press, 1992. p. 61-91.
49. Gutman LT, Wilfert CM. Gonococcal diseases in infants and children. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ, Cates W JR, Lemon SM, et al. *Sexually transmitted diseases.* 2. ed. New York: Mc Graw-Hill, 1999. p. 593-614.

50. Ronald A, Plummer F, Ngugi E, Ndinya-Achola JO, Piot P, Kreiss J, et al. The Nairobi STD program: an international partnership. *infectious diseases clinics of North America*. 1991;5(2):337-52.
51. World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections. [Internet]. [cited 2011 Oct 06]. Available from: www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs110/en/
52. He Q, Tsang LL, Phil M, Ajonuma LC, Chan HC. Abnormally up-regulated cystic fibrosis transmembrane conductance regulator expression and uterine fluid accumulation contribute to Chlamydia trachomatis-induced female infertility. *Fertil Steril*. 2010;93:2608-14.
53. Approbato FC. Prevalência da chlamydia trachomatis pela técnica de reação em cadeia da polimerase (pcr) e enzima imunoensaio em mulheres inférteis. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – UFG, Goiânia (GO), 2012.
54. Watson EJ, Templeton A, Russell I, Paavonen J, Mardh Per-Anders, Stary A, et al. The accuracy and efficacy of screening tests for Chlamydia trachomatis: a systematic review. *J Med Microbiol*. 2002;51:1021-31.

Recebido em: 02/02/2012

Aprovado para publicação em: 14/02/2012

Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres

Grounds to legally interrupt pregnancy resulting of rape and effects of abortion on women daily relations

Jefferson Drezett¹, Daniela Pedroso², Luiz Henrique Gebrim³, Maria Laura Matias⁴, Hugo Macedo Júnior⁵, Luiz Carlos de Abreu⁶



Jefferson Drezett é Ginecologista e Obstetra pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Coordenador do Núcleo de Violência Sexual e Abortamento Previsto em Lei do Hospital Pérola Byington, São Paulo. Membro do Comitê Assessor do Consórcio Latinoamericano de Anticoncepção de Emergência Membro do Consórcio Latinoamericano Contra o Aborto Inseguro. Membership do National Center for Victims of Crime, EUA.

Resumo

Conhecer os motivos das mulheres para realizar o abortamento por gravidez decorrente de violência sexual e eventuais efeitos em seus relacionamentos cotidianos. Estudo descritivo com 43 mulheres entre 19–44 anos que realizaram abortamento legal entre janeiro de 2000 e junho de 2007, utilizando questionário estruturado, perguntas abertas não estimuladas. Analisou-se: autor da violência, intimidação; pessoa consultada na decisão; motivo para o abortamento, e repercussão nos relacionamentos pessoais. Predominou a violência sexual praticada por desconhecido (65,1%) com ameaça (46,5%), e a decisão do abortamento foi tomada sem apoio por 41,9% das mulheres. O repúdio pela gravidez foi encontrado em 88,4%; vínculo com a violência em 86,0%; violação do direito da maternidade em 76,7%; temor de dano social (44,2%) ou psicológico (18,6%) para a futura criança. Não houve arrependimento. A maioria das mulheres não experimentou alterações nos relacionamentos cotidianos, exceto transtorno para sexualidade em 65,8%. Escolher o abortamento apresentou estreito vínculo com a violência sexual e com a expectativa de dano para a futura criança. O abortamento não interferiu negativamente nas relações pessoais e o impacto para a sexualidade se associou com a violência sexual.

Unitermos: Violência sexual; Aborto legal; Saúde mental.

Abstract

Identify the reasons for women to perform the abortion for pregnancy resulting from sexual assault and potential effects on their everyday relationships. Descriptive study of 43 women aged 19–44 years who underwent legal abortions between January 2000 and June 2007 using a structured questionnaire, open questions not stimulated. Analyzed: the author of violence, intimidation; person consulted in the decision, cause for abortion, and impact on personal relationships. The predominant sexual violence was by strangers (65.1%) with intimidation (46.5%), and the decision to abort was made without support for 41.9% of women. The rejection of the pregnancy was found in 88.4%; link to violence in 86.0%; violation of motherhood in 76.7%, fear of social harm (44.2%) or psychological (18.6%) for the future child. There was no repentance. Most women did not experience changes in everyday relationships, except for sexual disorders in 65.8%. Choose abortion had close connection with the sexual assault and the expectation of harm to the future child. The abortion had no negative effect on personal relationships and the impact on sexuality is linked with sexual assault.

Uniterms: Sexual violence; Abortion, legal; Mental health.

Trabalho realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Coordenador do Núcleo de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei do Centro de Referência da Saúde da Mulher – São Paulo (SP), Brasil.

² Mestre em Saúde Materno-Infantil; Psicóloga do Núcleo de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei do Centro de Referência da Saúde da Mulher – São Paulo (SP), Brasil.

³ Diretor do Centro de Referência da Saúde da Mulher; Professor do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Médica-Assistente do Núcleo de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei do Centro de Referência da Saúde da Mulher – São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Laboratório de Escrita Científica da Faculdade de Medicina do ABC (ABC) – Santo André (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Jefferson Drezett – Rua Pedroso Alvarenga, 1.255, cj. 64 – Itaim Bibi – CEP 045331-012 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: jefferson@drezett.com.br

Introdução

A legislação brasileira é restritiva em relação ao abortamento, tipificado como crime com penalidade para a mulher e para o médico que o praticam. Contudo, os incisos I e II do artigo 128 do Código Penal estabelecem que não existe crime ou punição quando o abortamento é realizado por médico para evitar a morte da gestante ou quando a gravidez decorre de violência sexual¹. Nessas exceções, o abortamento é admitido como direito da mulher e cabe ao Estado a proteção de sua saúde sexual e reprodutiva². Ainda que esses permissivos legais existam desde 1940, por quase 50 anos as mulheres encontraram fortes barreiras para interromper a gravidez decorrente de violência sexual e poucas conseguiram alcançá-lo. A partir de 1989 surgem os primeiros serviços de saúde com protocolos para oferecer o abortamento em condições seguras e que, ao mesmo tempo, respeitassem o ordenamento jurídico³.

Nos anos seguintes, várias iniciativas se somaram para aprimorar e ampliar o acesso das mulheres ao abortamento permitido pela lei, resultando em crescente número de serviços de saúde brasileiros que adotam sua prática³. Entre elas, cabe destaque para a norma com recomendações para a prevenção e o tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual, incluindo os procedimentos nos casos de interrupção da gravidez, editada pelo Ministério da Saúde em 1999⁴.

Esses avanços nas políticas públicas para mulheres são animadores e promissores. No entanto, o número e a distribuição dos serviços de saúde que realizam o abortamento ainda é insuficiente para garantir igual oportunidade para todas as mulheres³. De fato, dos 1.600 abortamentos legais realizados entre 1989 e 2005, a maior parte ocorreu na região Sudeste, enquanto mulheres de regiões menos desenvolvidas ainda enfrentam grande dificuldade para ter informação e acesso à interrupção legal da gravidez⁵.

Independente de onde ocorra ou qual população atinja, a gravidez que resulta da violência representa grave violação dos direitos humanos e forte impedimento à autonomia sexual e reprodutiva das mulheres^{6,7}. No Brasil, registros oficiais apontam incidência de 15,9 casos de violência sexual por 100 mil habitantes⁸. No entanto, o subregistro e a compreensível tendência da mulher em ocultar o ocorrido, particularmente das autoridades, permitem afirmar que a exata magnitude do problema é desconhecida. Além disso, a dificuldade de identificar esses casos é ainda maior quando ocorre a gravidez indesejada^{3,6}. As evidências mais recentes e confiáveis estimam que ocorram cerca de 1,2 milhão de abortos clandestinos no Brasil a cada ano^{4,8}. Em contraste, constata-se o pequeno número de abortos praticados legalmente no país por gravidez decorrente de violência sexual⁵.

A mulher que recorre ao abortamento pode considerar diferentes razões, como dificuldades econômicas, problemas

de saúde, abandono ou falta de um parceiro, interferência no projeto de vida, conflito com regras da sociedade, ou vulnerabilidade social⁷. Em todos os casos, o elemento comum é a gravidez indesejada que, independente da causa, torna a decisão do abortamento sempre complexa e multifatorial⁹. Muitas mulheres que realizaram o abortamento induzido e voluntário declaram que eram contrárias ao procedimento até se encontrarem em situação em que ele foi considerado necessário¹⁰. Outras mulheres mantêm opinião negativa em relação ao abortamento, mesmo adotando sua prática recente¹¹. Diferentes valores culturais, religiosos e sociais contribuem para sentimentos e posições ambivalentes em relação ao abortamento, tornando o processo de decisão difícil e perturbador para as mulheres¹². Em acréscimo, escolher interromper a gravidez significa desafiar a lei, experimentar a reprovação da sociedade, ou enfrentar a condenação religiosa.

Presume-se que a mulher que engravida da violência sexual tenha legítima motivação para recorrer ao abortamento e é razoável inferir que sua escolha se fundamente no repúdio pela gravidez forçada e indesejada⁷. Contudo, pouco se conhece sobre as razões dessas mulheres. Não há suficiente evidência para afirmar que o abortamento em casos de violência tenha as mesmas motivações que outras situações que levam à gravidez indesejada, ou que se associe com sentimentos ambivalentes, ou que incorra em arrependimento. Da mesma forma, pouco se sabe sobre eventuais efeitos dessa escolha para os relacionamentos das mulheres com elementos de seu cotidiano. O objetivo deste estudo foi descrever as razões alegadas pelas mulheres para realizar o abortamento em casos de violência sexual, os processos envolvidos na decisão e os reflexos para suas relações cotidianas.

Método

Estudo descritivo com 43 mulheres matriculadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM) com idade entre 19 e 44 anos, que realizaram abortamento por gravidez decorrente de violência sexual entre janeiro de 2000 e junho de 2007. Os critérios de inclusão foram a interrupção da gravidez há pelo menos um ano, caracterização da violência sexual conforme a legislação penal brasileira, e idade igual ou maior que 19 anos no momento da entrevista. Foram excluídos da amostra adolescentes; mulheres com deficiência mental de qualquer etiologia; aborto realizado legalmente por risco de morte ou por anomalia fetal grave; gestantes ou puérperas no momento da entrevista.

As variáveis de estudo foram: 1) tipificação do autor da violência; 2) formas de intimidação empregadas; 3) pessoa que a mulher consultou para decidir interromper a gravidez; 4) arrependimento ou não da decisão; 5) relações pessoais da mulher após o abortamento; e 6) motivos para a escolha do aborto. Para

a análise das relações pessoais cotidianas, foram feitas perguntas às entrevistadas, nos casos pertinentes, sobre a situação atual de relacionamento com a família, parceiro íntimo, trabalho ou escola, sexualidade e religião. As respostas das entrevistadas foram classificadas nas seguintes categorias: a) não houve modificação negativa nas relações, e b) houve modificação negativa nas relações.

Quanto aos motivos para realizar o abortamento, foram consideradas uma ou mais respostas não estimuladas, classificadas em: a) repúdio à gravidez; b) vínculo da gravidez com a violência sexual; c) violação do direito de escolha da maternidade; d) perspectiva de efeitos negativos sociais e familiares para a futura criança; e) perspectiva de efeitos psicológicos negativos para a futura criança; f) razões econômicas; g) interferência no projeto de vida; h) falta de parceiro ou a sua recusa para manter a gravidez até o término; i) falta de apoio social ou familiar para manter a gravidez; ou j) outro motivo. A classificação das respostas espontâneas nessas categorias foi realizada pelo entrevistador, após esclarecimento da categoria adotada e concordância da mulher.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário pré-testado, estruturado e com perguntas abertas. As entrevistas foram aplicadas por psicólogo do CRSM capacitado para o manejo dos instrumentos, incluindo-se participação no pré-teste. O psicólogo foi responsável pelo contato telefônico com as potenciais participantes, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e formalização do convite para o estudo.

A inclusão de cada entrevistada foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, após exposição dos propósitos do estudo, aspectos éticos e esclarecimento de dúvidas. Foram obedecidos os princípios éticos e legais da confidencialidade e do sigilo da fonte de dados. As entrevistas foram individuais, conduzidas no CRSM ou em local definido pela mulher. Não houve comunicação entre as participantes. A mulher teve direito de interromper a participação em qualquer momento e de recusar responder uma ou mais perguntas, sem apresentar justificativa. A participação foi voluntária e não envolveu pagamento, benefício ou vantagem. Foi oferecido para cada entrevistada atendimento psicológico, caso entendesse necessário como decorrência da participação no estudo. Todos os abortamentos foram fundamentados no Decreto-Lei 2.848, inciso II do artigo 128 do Código Penal brasileiro, e obedeceram aos procedimentos previstos pela lei e pelas normas técnicas e portarias do Ministério da Saúde.

Resultados

Das 53 mulheres dentro dos critérios de inclusão, seis (3,2%) residiam em locais distantes da instituição, seis (3,2%) recusaram participar do estudo, e 43 (81,1%) concordaram em participar

do estudo. A perda registrada foi de 18,9%. A idade variou entre 19 e 44 anos (28,9±5,4 anos). A religião católica foi declarada por 20 mulheres (46,5%), evangélica por 11 (25,6%) e espírita por quatro (9,4%). Outras religiões foram informadas em seis casos (13,9%) e duas mulheres (4,6%) afirmaram não ter religião. Sobre a situação conjugal, 28 entrevistadas (65,1%) eram solteiras; 13 casadas (30,2%); e duas separadas legalmente (4,7%). A cor/etnia branca foi autodeclarada em 25 casos (58,2%); preta em 12 casos (27,9%) e parda em seis casos (13,9%). A escolaridade foi compatível com ensino médio completo em 23 casos (53,3%); superior completo em 12 casos (27,9%); ensino fundamental completo em quatro casos (9,4%); e ensino fundamental incompleto em quatro casos (9,4%). O tempo decorrido entre o abortamento e a entrevista variou de um a cinco anos, com média de 23,7 meses.

Em 28 casos (65,1%) o autor da violência sexual foi um desconhecido. Em quatro casos (9,3%) dois ou mais desconhecidos praticaram a violência sexual. Entre 15 autores identificados o ex-parceiro íntimo foi verificado em nove casos (60%), morador da comunidade em três casos (20%), tio paterno em um caso (6,6%), colega de trabalho em um caso (6,6%) e cunhado em um caso (6,6%). A intimidação da mulher ocorreu com grave ameaça em 20 casos (46,5%), com violência física em nove casos (20,9%) e pela associação de ambas em 12 casos (27,9%). Duas entrevistadas (4,6%) alegaram que o estupro ocorreu em condição vulnerável em que não puderam oferecer resistência.

Em 18 casos (41,9%) a decisão do aborto foi tomada sozinha, sem que a mulher consultasse alguma pessoa. Das 25 (58,1%) que compartilharam a situação, 14 mulheres (56,0%) buscaram orientação dos pais; 7 (28,0%) do irmão ou irmã; 3 (12,0%) de amigo ou de amiga; e uma (4,0%) procurou o líder religioso de sua igreja. Não foram encontradas respostas múltiplas para essa variável.

A Tabela 1 resume os motivos apresentados pelas mulheres para recorrer ao abortamento, predominando o repúdio pela gravidez (88,4%), a vinculação com a violência sexual (86,0%), e a violação ao direito de escolher a maternidade (76,7%). Nenhuma entrevistada se declarou arrependida pela realização do abortamento. Não foram registradas respostas fundamentadas em motivos econômicos, interferência no projeto de vida, dificuldade relacionada ao parceiro ou falta de apoio familiar ou social para manter a gravidez. Outras respostas associadas e com frequência unitária foram citadas por 9,3% das entrevistadas.

Mais da metade das entrevistadas afirmou que não experimentou mudança ou interferência negativa nas relações pessoais com a família, parceiro sexual, religião, trabalho ou escola após o abortamento (Tabela 2). Exceção foi observada para a sexualidade, com avaliação negativa para 65,8% das mulheres.

Tabela 1 – Motivo alegado pela entrevistada para decidir pela interrupção legal da gravidez decorrente de violência sexual

Motivo do abortamento*	n	%
Repúdio pela gravidez	38	88,4
Vínculo da gravidez com a violência sexual	37	86,0
Violação do direito de escolha pela maternidade	33	76,7
Efeitos negativos sociais e familiares para a futura criança	19	44,2
Efeitos psicológicos negativos para a futura criança	8	18,6
Outro	4	9,3

*Um ou mais motivos considerados para cada entrevistada.

Tabela 2 – Opinião da entrevistada sobre a situação de diferentes esferas de relacionamento pessoal e cotidiano após o abortamento

Relacionamento	Não houve modificação		Modificação negativa		Total
	n	%	n	%	
Família	41	95,4	2	4,6	43
Parceiro sexual	34	87,2	5	12,8	39
Trabalho ou escola	21	72,4	8	27,6	29
Sexualidade	14	34,2	27	65,8	41
Religião	24	58,6	17	41,4	41

Discussão

Durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo, em 1994, o aborto foi declarado como um grave problema de saúde pública. Foi decidido e acordado pelos países participantes que, nos casos em que não contrarie a lei, o abortamento deve ser garantido em condições seguras e humanizadas. A ICPD também reconheceu a gravidez indesejada como motivo importante para que a mulher recorra ao abortamento, recomendando aos participantes que priorizassem esforços para reduzir sua incidência^{4,8}.

A falta de conhecimento, acesso ou apoio adequado para uso de anticoncepcionais modernos pode explicar parte expressiva das gestações indesejadas⁷. Vários estudos apontam que quase metade das mulheres que praticaram o aborto induzido utilizava algum método anticoncepcional, muitas vezes de forma incorreta, irregular ou descontinuada^{11,13}. Mesmo em países desenvolvidos com elevada prevalência de anticoncepcionais eficazes, estima-se que a falha inerente a cada método seja responsável por milhares de gestações não planejadas a cada ano¹⁴.

A 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher (FWCW), realizada em Beijing, 1995, reconhece o direito da mulher de decidir livremente sobre sua fertilidade e sexualidade, livre de coerção, discriminação ou violência⁸. No entanto, a restrição desses direitos ainda pode ser constatada em quase todas as sociedades, com maior gravidade naquelas em que a mulher mantém posição de submissão em relação ao homem⁶. Nessas situações, as questões anticoncepcionais não são as únicas determinantes da gravidez indesejada e, em muitos casos, a mulher não tem suficiente autonomia para decidir

o momento e a condição da relação sexual, nem os recursos para evitar a gravidez¹⁵.

As evidências apontam que muitos homens, adolescentes ou adultos, ainda atribuem às mulheres a responsabilidade exclusiva de evitar a gravidez¹⁶. Estudo realizado na Índia observou que em quase 30% das solicitações de aborto legal a causa da gravidez indesejada se associou com a recusa ou uso irregular do preservativo pelo parceiro¹⁷. Fatores culturais e sociais levam quase 30% das mulheres brasileiras a acreditar que têm obrigação de manter relações sexuais quando os parceiros as procuram, mesmo não desejando⁹. Em agravo, estima-se que quase 10% das mulheres em idade reprodutiva foram coagidas, alguma vez na vida, a praticar atos sexuais humilhantes ou que não desejavam, ou terem sentido medo de negar ter relações sexuais⁸.

A violência sexual representa o extremo de todas as formas de restrição da autonomia sexual e reprodutiva da mulher, atingindo 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo¹⁸. Nos EUA, o estupro é considerado o crime violento que mais rapidamente avança em incidência, com um caso a cada 6,4 minutos¹⁹. As maiores prevalências da violência são registradas nos países em conflitos armados contemporâneos, como na guerra da Bósnia-Herzegovina ou no conflito civil da Libéria. Acredita-se que na antiga Iugoslávia 50 mil mulheres foram violentadas com objetivo de forçar a gravidez e promover a eliminação étnica²⁰.

A legislação penal brasileira classifica a violência sexual como “Crime Contra a Dignidade Sexual”. O “estupro”, artigo 213, considera qualquer ato sexual sem consentimento da vítima praticado com uso da força ou da intimidação psicológica. O “estupro de vulnerável”, artigo 217-A, define as situações sem uso de violência ou da ameaça, como quando praticado contra menores de 14 anos, pessoas enfermas, deficientes mentais, ou em qualquer condição que impeça a decisão ou a resistência^{1,2}.

Em países onde a interrupção voluntária da gravidez é permitida, há indicadores de que metade das mulheres recorre ao abortamento e que um terço delas decide aceitar a gravidez²¹. Em nosso meio, os poucos estudos sobre desfecho se limitam aos casos em atendimento nos serviços de saúde, mas não incluem mulheres que decidem manter a gravidez. Mesmo assim, acredita-se que a situação envolva impacto emocional e social suficientes para motivar a mulher a buscar o abortamento⁷.

Embora este estudo tenha limitado a idade da casuística para evitar possíveis especificidades da adolescência, a média encontrada de 28,9 anos não divergiu das pesquisas que apontam mulheres jovens e em idade reprodutiva como principais vítimas da violência sexual^{6,7,21,22}. A maior parte das entrevistadas era branca (58,2%) e solteira (65,1%), característica observada em outras publicações em nosso meio^{6,8}. A análise da escolaridade das entrevistadas se mostrou acima do verificado em outros estudos^{6,8}.

As evidências sustentam que a mulher é capaz de apontar o autor da violência sexual entre 50 e 70% das situações de violência sexual. Nesses casos, conhecer o autor da violência pode se relacionar com maior resistência para realizar a denúncia e maior dificuldade para tomar medidas legais, independente da condição social, educacional ou econômica da mulher^{22,23}. Essa condição poderia explicar a frequência de autores desconhecidos encontrada no presente estudo (65,1%). Contudo, a distribuição dos autores identificados não mostrou divergência da literatura, com participação do ex-parceiro íntimo e de membro da comunidade em 80% dos casos^{4,6,7,24}. Quase 10% das mulheres foram violentadas por múltiplos autores desconhecidos, o que aumenta expressivamente o risco de doenças sexualmente transmissíveis, infecção pelo HIV e danos emocionais mais intensos^{4,6}. A grave ameaça foi a principal forma de intimidação aplicada pelo autor da violência (46,5%), semelhante ao encontrado por outros pesquisadores^{25,26}. A condição legal de estupro de vulnerável foi caracterizada na menor parcela dos casos (4,6%), baseada em suposto uso involuntário de substância ou medicamento que impediu a resistência¹.

Parte expressiva das entrevistadas (68,1%) procurou alguma forma de orientação ou apoio com pessoa de confiança, com destaque para pais, irmãos, irmãs, amigos e amigas. Nesse aspecto, a constatação foi, de certa forma, conflitante com a literatura, que afirma que a maioria das mulheres que sofre violência sexual não busca por ajuda e oculta o ocorrido, mesmo dos familiares^{4,6,7,21,23}. É possível supor que o agravo da gravidez e o dilema do aborto funcionem como facilitadores para revelar a situação, particularizando esse grupo de mulheres. Cabe considerar que, mesmo para a mulher decidida em interromper a gravidez com permissão da lei e apoio institucional, o enfrentamento de questões pessoais, da condenação religiosa e da desaprovação social pode requerer a busca por apoio emocional.

Grande parte dos motivos para a escolha do aborto teve como ponto de convergência a violência sexual. Essa razão foi diretamente atribuída por 86,0% das mulheres e encontrada, indiretamente, no repúdio pela gravidez (88,4%) e na violação do direito de escolher o momento da maternidade (76,6%). A elevada frequência de associação dessas respostas espontâneas indica estreito vínculo entre a escolha do abortamento e a violência sexual, o que não ocorre em outras circunstâncias de gravidez indesejada. O dado sugere que para essas mulheres não é possível emocionalmente tratar gravidez e violência como elementos isolados. Assim, manter a gravidez pode significar a continuidade da violência e a impossibilidade de sua superação⁷. Essa hipótese também corrobora para explicar a elevada frequência de ideações suicidas entre mulheres grávidas da violência, que se reduz significativamente após o abortamento⁶.

Merece destaque a relação do aborto com motivos pautados na racionalidade, observado em quase metade dos casos, em que foram ponderadas possíveis conseqüências para a futura criança, caso mantivessem a gravidez. O mesmo ocorreu quanto ao temor de danos psicológicos futuros, embora com menor frequência (18,6%). Os resultados reservaram semelhança com outros estudos que sugerem que o aborto não se fundamenta no desprezo da mulher pela maternidade. Alguns autores entendem que existem elementos de responsabilidade na decisão de evitar o nascimento em condição ou ambiente que não permita o desenvolvimento sadio e adequado⁷.

Pouco mais da metade das entrevistadas manifestou preocupação com o futuro do feto, mesmo frente ao evidente repúdio à gravidez. As respostas parecem afastar o descaso ou a indiferença pelo feto como razões adotadas por essas mulheres. Não obstante, a preocupação das entrevistadas é procedente, considerando-se que a literatura indica a possibilidade de conseqüências psicológicas e sociais adversas relevantes para crianças que nascem de gestações indesejadas que tiveram o abortamento negado²⁷.

Não houve registro de respostas espontâneas relacionadas a motivos econômicos, interferência no projeto de vida, dificuldade relacionada ao parceiro, ou falta de apoio para manter a gravidez, frequentemente apontadas pelas mulheres que realizam o aborto voluntário em outras circunstâncias. No entanto, os resultados não permitem afastar esses fatores como coadjuvantes da decisão, o que poderia ser verificado em entrevistas com perguntas estimuladas, desenho diferente do adotado neste estudo.

Apesar de o aborto ser considerado uma experiência emocionalmente difícil para as mulheres, a maioria delas relata forte sentimento de alívio ao término do procedimento^{7,27}. Estudos confiáveis têm encontrado respostas emocionais satisfatórias e adequadas ao abortamento induzido legalmente. O compreensível sofrimento emocional geralmente é superado pelas mulheres nos primeiros seis meses após o abortamento⁷. Efeitos psicológicos negativos são pouco frequentes e, geralmente, menos intensos do que aqueles que surgem quando a gravidez é mantida até o término contra o desejo da mulher. Conseqüências psicológicas ou psiquiátricas severas após o abortamento voluntário são raramente descritas na literatura e, na maior parte dos casos, associadas a condições predisponentes ou doenças pré-existent²⁸⁻³⁰. Não há evidência de suposta *síndrome traumática do aborto*, sugerida por poucos autores, que implicaria em grave e frequente dano psicológico para a mulher que o praticou³¹.

A suposição de efeitos psicológicos graves para mulheres que abortam voluntariamente não encontra sustentação científica. Contudo, o alarme sobre supostos danos é colocado com certa frequência como forma de demover a mulher de sua decisão. Não é incomum que profissionais de saúde façam essas advertências, seja por desconhecimento ou por posição pessoal

contrária ao abortamento⁷. Da mesma forma, especula-se que recorrer ao abortamento possa interferir danosamente nas relações pessoais das mulheres, em diferentes áreas.

Neste estudo, buscou-se identificar eventuais interferências do abortamento nas relações das entrevistadas com a família, parceiro íntimo, trabalho ou escola, sexualidade e religião. Embora não sejam as únicas relações importantes no cotidiano, possivelmente são aquelas mais frequentes e intensas, capazes de interferir na qualidade de vida da mulher. Ter realizado o aborto há pelo menos um ano para participar do estudo foi critério adotado para evitar a identificação de efeitos imediatos e transitórios, comuns nos primeiros seis meses após o abortamento.

Nesse sentido, a maioria das mulheres declarou que não experimentou alteração negativa em seu relacionamento com os membros da família, independente de revelar ou não o abortamento para eles. Quase 25% das entrevistadas enfrentaram transtornos nas relações profissionais ou atividades escolares, atribuídas por elas principalmente à dificuldade de concentração. Esse efeito foi descrito como temporário e pode fazer parte da resposta emocional normal e adequada ao processo de crise³².

Quase a metade das entrevistadas experimentou piora nas relações com a religião. Ainda que não tenha sido o propósito estabelecer relação entre religião e interrupção da gravidez, a maioria das entrevistadas (81,5%) declarou pertencer a religiões que mantêm intransigente e inflexível posição de

condenação ao aborto, mesmo quando a gravidez decorre da violência ou coloca em risco a vida da mulher. A religião católica, declarada por 46,5% das entrevistadas, adota a excomunhão como resposta certa ao aborto enquanto, paradoxalmente, não estabelece igual tratamento ao perpetrador⁵. As mulheres provavelmente reconhecem essas circunstâncias, o que pode explicar a excepcional procura por líderes religiosos durante a tomada de decisão. É possível considerar que a inexistência de diálogo e de solidariedade, mesmo em situação tão grave para a mulher, possa ter sido decisiva para a piora nas relações com a religião.

O aspecto mais impactante foi constatado no campo da sexualidade, com 65,8% das mulheres afirmando terem experimentado danos, muitas vezes prolongados. É possível que essa condição se associe à piora nas relações com o parceiro, reportada por 12,8% das mulheres. Contudo, é improvável que esse achado se associe à realização do abortamento. Por um lado, são incomuns os registros de consequências relevantes ou persistentes para a sexualidade das mulheres que realizam a interrupção voluntária da gravidez⁷. Por outro, há consistente evidência da elevada prevalência de transtornos sexuais severos entre mulheres que sofrem violência sexual^{4,6,25,33}. Essas mulheres enfrentam, ao mesmo tempo, a crise emocional da gravidez forçada e a experiência degradante e desumana do estupro. E nem sempre recebem o apoio ou a proteção necessária.

Referências bibliográficas

1. Delmanto C, Delmanto R, Delmanto-Jr R, Delmanto FMA, editores. Código penal comentado. São Paulo: Saraiva; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Drezett J. Processos e práticas da implementação dos protocolos de assistência à violência sexual no Brasil. In: Souza CM, Adesse L, editores. A saúde sexual e reprodutiva da mulher no Brasil: diferentes visões no contexto do aborto. Porto Alegre: Ipas Brasil; 2005. p.29-41.
4. Ministério da Saúde (BR). Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. 2a ed. atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Talib RA, Citeli MT. Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005.
6. Drezett J, Junqueira L, Antonio IP, Campos F, Leal MCP, Iannetta R. Contribuição ao estudo do abuso sexual contra adolescente: uma perspectiva de saúde sexual e reprodutiva e de violação de direitos humanos. *Adolescência e Saúde*. 2004;1(4):31-9.
7. Faúndes A, Barzelatto J, editores. O drama do aborto. Em busca de um consenso. Campinas: Komedi; 2004.
8. Souza CM, Adesse L, editores. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres; 2005.
9. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. Risk of gynecologic complaints and sexual dysfunctions according to history of sexual violence. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000;22(3):153-7.
10. Bengtsson AM, Wahlberg V. Interruption of pregnancy: motives, attitudes and contraceptive use. Interviews before abortion, at a family planning clinic, Rome. *Gynecol Obstet Invest*. 1991;32(3):139-43.
11. Alvarez L, Garcia CT, Catusas S, Benitez ME, Martinez MT. Abortion practice in a municipality of Havana, Cuba. In: Mundigo AI, Indriso C, editors. Abortion in the developing world. New Delhi: Vistar Publications; 1999. p.117-30.
12. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G, Balarezo G. Opinião das

- mulheres sobre as circunstâncias em que os hospitais deveriam fazer abortos. *Cad Saude Publica*. 1994;10(3):320-30.
13. Sparrow MJ. Condom failures in women presenting for abortion. *N Z Med J*. 1999;112(1094):319-21.
 14. World Health Organization (WHO). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: World Health Organization; 2003.
 15. Golding JM, Wilsnack SC, Learman LE. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(4):1013-9.
 16. Pachauri S. Male involvement in reproductive health care. *J Indian Med Assoc*. 2001; 99(3):138-41.
 17. Banerjee N, Sinha A, Kriplani A, Roy KK, Takkar D. Factors determining the occurrence of unwanted pregnancies. *Natl Med J India*. 2001;14(4):211-4.
 18. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. *J Miss State Med Assoc*. 1998;39(10):366-9.
 19. Petter LM, Whitehill DL. Management of female sexual assault. *Am Fam Physician*. 1998;58(4):920-6.
 20. Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skrinjaric J, Szajnberg NM, Marusic A. Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae. *Am J Orthopsychiatry*. 1995;65(3):428-33.
 21. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(2):320-4.
 22. Daneri RA, Urueña Tincani EM, Góngora AM, Boscarino GL. Sexual abuse in children. *Med Infant*. 2008;15(4):312-9.
 23. Muram D, Hostetler BR, Jones CE, Speck PM. Adolescent victims of sexual assault. *J Adolesc Health*. 1995;17(6):372-5.
 24. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 1994.
 25. Aguilar A, Salcedo M. Characteristics of sexual violence in adolescents from 10 to 19 years of age, Cali 2001-2003. *Colomb Med*. 2008;39(4):356-63.
 26. Biggs M, Stermac LE, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. *CMAJ*. 1998;159(1):33-7.
 27. Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):578-85.
 28. Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science*. 1990;248(4951):41-4.
 29. Kero A, Hogberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med*. 2004;58(12):559-69.
 30. Rogers JL, Stoms GB, Phifer JL. Psychological impact of abortion: methodological and outcomes summary of empirical research between 1966 and 1988. *Health Care Women Int*. 1989;10(4):347-76.
 31. Stotland NL. The myth of the abortion trauma syndrome. *JAMA*. 1992;268(15):2078-9.
 32. Romans-Clarkson SE. Psychological sequelae of induced abortion. *Aust N Z J Psychiatry*. 1989;23(4):555-65.
 33. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG, O'Neil PM. The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997;21(3):213-28.

Recebido em: 03/05/2011

Aprovado para publicação em: 02/02/2012

Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária

Quality of life from the perspective of menopausal women with urinary incontinence

Giovanna Valéria Belo Cordeiro¹, Maria Bethânia da Costa Chein², Sinara Marques dos Santos³, Luciane Maria Oliveira Brito⁴



Giovanna Valéria Belo Cordeiro é médica graduada pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís (MA), Brasil. Residência médica em Cirurgia Geral e Urologia pela UFMA. Mestre em Saúde Materno-Infantil pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil da UFMA.

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres climatéricas com incontinência urinária (IU) por meio do Questionário de Qualidade de Vida (*King's Health Questionnaire*). **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal descritivo. A amostra foi composta por 98 mulheres climatéricas, com queixas de IU, recrutadas em ambulatório de Urologia, no período de janeiro a junho de 2010. **Resultados:** As idades variaram de 35 a 58 anos e essas mulheres referiram restrições relativas a sua vida cotidiana, como atividades físicas, sociais, domésticas, relações pessoais, relacionamento conjugal, atividade sexual e emoções. As estratégias mais utilizadas para minimizar a IU foram o uso de absorventes higiênicos, a troca regular de roupa íntima e o controle da ingestão de líquidos. **Conclusões:** A IU impõe considerável sobrecarga emocional às pacientes climatéricas, limitando sua QV e produzindo substancial impacto na vida cotidiana.

Unitermos: Qualidade de vida; Incontinência urinária; Climatério.

Abstract

Objectives: To evaluate the quality of life in climacteric women with urinary incontinence by Quality Life Questionnaire (*King's Health Questionnaire*). **Methods:** This was a cross sectional study. Interviews were held with 98 climacteric women with urinary incontinence enrolled from a Urology Ambulatory, in the period January-June 2010. **Results:** The ages varied from 35 to 58 years old. These women indicated restrictions regarding their daily life activities, such as physical activities, social, domestic, personal and conjugal relationships, sexual activity and emotions. The most employed strategies in dealing urinary incontinence were the disposable pad system, the regular replace of underwear and control the liquid ingestion. **Conclusions:** The urinary incontinence imposes a considerable emotional surcharge to climacteric women, limiting their quality of life and producing substantial impact on the daily life.

Uniterms: Quality of life; Urinary incontinence; Climacteric.

Trabalho realizado no Ambulatório de Urologia do Serviço de Referência ao Atendimento da Mulher do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, Vila Palmeira – São Luís (MA), Brasil.

¹ Médica urologista; Mestre em Saúde Materno-Infantil pela UFMA – São Luís (MA), Brasil.

² Doutora em Mastologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil; Professora Adjunto IV da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Medicina III da UFMA – São Luís (MA), Brasil.

³ Graduanda em Medicina pela UFMA – São Luís (MA), Brasil.

⁴ Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professora Associada III da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Medicina III da UFMA – São Luís (MA), Brasil.

Endereço para correspondência: Luciane Maria Oliveira Brito – Praça Gonçalves Dias, 21, 2º andar, Centro – CEP 65075-770 – São Luís (MA), Brasil – E-mail: marquesinara10@yahoo.com.br

Introdução

A incontinência urinária (IU) foi definida pela Sociedade Internacional de Continência (International Continence Society – ICS) como “perda involuntária de urina que é um problema social ou higiênico”¹.

Recentemente, a ICS publicou novas definições dos sintomas, sinais, observações urodinâmicas e condições associadas com as disfunções do trato urinário baixo e do estudo urodinâmico. Dessa forma, podemos ter: IU, como a queixa de perda involuntária de urina; incontinência urinária de esforço (IUE), como a queixa de perda involuntária de urina sincrônica ao esforço, espirro ou tosse; incontinência de urgência, como a queixa de perda involuntária de urina associada ou imediatamente precedida por urgência miccional; incontinência urinária mista (IUM), como a queixa de perda involuntária de urina associada com urgência e também com o esforço, espirro ou tosse¹.

São apontados vários fatores considerados de risco para o desenvolvimento da IU, na mulher. Os principais fatores de risco citados são idade, obesidade, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do recém-nascido, menopausa, cirurgias ginecológicas, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos²⁻⁴.

A continência urinária na mulher é atribuída à interação de vários fatores, destacando-se a capacidade de transmissão da pressão abdominal para a uretra e sua integridade anatômica e funcional, bem como das estruturas responsáveis por seu suporte específico, do colo vesical e das demais estruturas que constituem o assoalho pélvico. Outras causas de IU resultam de instabilidade detrusora (contração involuntária do músculo vesical), transbordamento vesical, processos infecciosos que podem se manifestar com urgência miccional seguida de perda urinária e as fístulas. A escolha do tratamento adequado implica no conhecimento das estruturas anatômicas e da interpretação fisiopatológica correta dos mecanismos envolvidos na perda urinária⁵.

A IU é uma condição que afeta a população mundial, principalmente a feminina. Nos Estados Unidos da América, aproximadamente 13 milhões de adultos já vivenciaram algum episódio de IU, entre os quais, 11 milhões (85%) são mulheres⁶.

A IU pode afetar até 50% das mulheres em alguma fase de suas vidas. A vida social dessas pacientes passa a depender da disponibilidade de banheiros e elas comumente relatam preocupação e embaraço com o odor de urina. Apresentam, também, dificuldade durante o intercurso sexual, por medo de perder urina ou de precisar interrompê-lo para urinar, além de alterações do sono⁷⁻⁹.

Entre 30 e 50% das pessoas que sofrem de IU não relatam, espontaneamente, esse fato ao médico e só procuram o serviço

de saúde após o primeiro ano do início dos sintomas por acharem que a perda de urina é esperada com o evoluir da idade. Elas, silenciosamente, têm redução da autoestima, tornando-se deprimidas, angustiadas e irritadas¹⁰.

Considerando-se a carência de estudos locais, resolveu-se identificar a influência da IU na qualidade de vida (QV) de mulheres climatéricas, atendidas em Ambulatório de Urologia do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, por meio do Questionário de Qualidade de Vida (*King's Health Questionnaire*).

Métodos

A amostra foi proveniente de mulheres atendidas no Ambulatório de Urologia do Serviço de Referência ao Atendimento da Mulher do Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, no período de janeiro a junho de 2010. Foram atendidas 140 mulheres; porém, foram selecionadas 98 mulheres climatéricas, na faixa etária entre 35 e 65 anos, que apresentavam queixas de IUE, urgência miccional associada à perda (UMAP) e IUM. Não foram incluídas na amostra as pacientes com diagnóstico de fístulas vesicovaginais (FVV). Aplicou-se, como instrumento de pesquisa, o questionário *King's Health Questionnaire*, validado para mulheres brasileiras pela Dra. Eliana Suelotto Machado Fonseca¹¹.

Os dados foram tabulados e submetidos à análise de frequência, utilizando-se o programa Epi-Info versão 6.04.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o n° 151/2005.

Resultados

A média de idade foi de 41,6 anos, variando de 35 a 58 anos. Todas as pacientes foram submetidas a estudo urodinâmico; no entanto, a principal indicação para a inclusão no presente estudo foi a sintomatologia clínica, que incluiu, principalmente a queixa da paciente.

De acordo com a avaliação pessoal do estado de saúde, 16 pacientes avaliaram sua saúde como boa (16,3%), 54 como normal (55,1%), 25 como ruim (25,5%) e 3 como muito ruim (3,1%).

Em relação às limitações no desempenho das tarefas domésticas, 12 pacientes não referiram nenhuma limitação (12,2%), 60 referiram pouca limitação (61,2%), 10 referiram moderada limitação (10,2%) e 16 referiram muita limitação (16,3%). Em relação às limitações no desempenho das atividades fora de casa, 22 mulheres não referiram nenhuma limitação (22,4%), 34 referiram pouca limitação (34,7%), 10 referiram-se mais ou menos limitadas (10,2%) e 32 mulheres referiram muita limitação (32,7%).

Analisando a distribuição das pacientes de acordo com as limitações físicas e sociais, foram analisadas algumas atividades habituais como praticar atividades físicas, viajar, ir à igreja e visitar os amigos. Em relação à prática de atividades físicas, 1 paciente se sentiu pouco limitada (1,1%), 6 sentiram-se mais ou menos limitadas (6,1%) e 91 se sentiram muito limitadas (92,8%). Ao se considerarem as limitações em relação às viagens, 12 não se sentiram limitadas (12,2%), 24 se sentiram pouco limitadas (24,5%), 21 sentiram-se mais ou menos limitadas (21,4%) e 41 se sentiram muito limitadas (41,9%). Quando questionadas sobre as limitações em relação às idas à igreja, 46 não referiram nenhuma limitação (46,9%), 40 referiram pouca limitação (40,9%), 6 referiram-se mais ou menos limitadas (6,1%) e 6 referiram-se muito limitadas (6,1%). Para a visita aos amigos, 82 pacientes não referiram nenhuma limitação (83,7%), 7 referiram pouca limitação (7,1%), 7 referiram-se mais ou menos limitadas (7,1%) e 2 referiram muita limitação (2,1%).

Em relação às limitações nas relações pessoais, 33 pacientes não referiram limitação em relação à atividade sexual (33,6%), 43 referiram pouca limitação (43,9%), 13 apresentaram-se mais ou menos limitadas (13,3%) e 5 referiram muita limitação (5,1%). Considerando-se o relacionamento conjugal, 42 pacientes não referiram limitações (42,9%), 43 referiram pouca limitação (43,9%) e 8 referiram-se mais ou menos limitadas (8,1%). Oitenta e nove pacientes não referiram limitações no relacionamento familiar (90,8%) e apenas uma paciente referiu-se pouco limitada (1%).

Trinta e seis pacientes referiram a polaciúria como pouco frequente (36,7%), 7 referiram como mais ou menos frequente (7,1%), 42 referiram esse sintoma como muito frequente (42,9%) e 13 não referiram polaciúria (13,3%). Quanto à nictúria, 49 pacientes referiram que esse sintoma era pouco frequente (50%), 12 referiram como mais ou menos frequente (12,3%), 17 como muito frequente (17,3%) e 20 não apresentavam esse sintoma (20,4%). Doze pacientes referiram um pouco de urgência urinária (12,3%), 14 referiram que apresentavam mais ou menos o sintoma (14,3%), 36 referiram muita urgência (36,7%) e 36 não referiram o sintoma (36,7%).

Vinte e cinco pacientes referiram pouco o sintoma de bexiga hiperativa (25,5%), 15 referiram mais ou menos o sintoma (15,3%), 27 referiram muito (27,6%) e 31 não apresentaram o sintoma (31,6%). Seis pacientes referiram um pouco de IUE (6,1%), 7 referiram que o sintoma era mais ou menos frequente (7,1%), 53 referiram ser o sintoma muito frequente (54,1%) e 32 não referiram o sintoma (32,7%). Em se tratando de enurese noturna, 7 pacientes referiram o sintoma como pouco frequente (7,1%) e 91 pacientes não apresentavam o sintoma (92,9%).

Quarenta e duas pacientes referiram um pouco de incontinência no intercurso sexual (42,8%), 6 apresentavam o sintoma mais ou menos frequente (6,1%), 3 apresentavam com muita

frequência (3,1%) e 47 não apresentavam o sintoma (48%). Trinta pacientes apresentavam infecções urinárias com pouca frequência (30,6%), 4 mais ou menos frequente (4,1%) e 64 não referiram nenhuma frequência para esse sintoma (65,3%). Vinte e quatro pacientes referiram dor na bexiga como um sintoma pouco frequente (24,5%), 1 como mais ou menos frequente (1%), 1 como muito frequente (1%) e 72 não referiram o sintoma (73,5%).

Considerando as alterações emocionais causadas pela IU, 22 pacientes não referiram depressão (22,4%), 33 referiram um pouco (33,7%), 3 referiram-se mais ou menos deprimidas (3,1%) e 40 referiram-se muito deprimidas (40,8%). Vinte e duas pacientes não referiram ansiedade devido ao problema (22,4%), 39 referiram-se um pouco ansiosas (39,8%), 7 consideraram-se mais ou menos ansiosas (7,1%) e 30 pacientes referiram muita ansiedade (30,6%). Cinquenta pacientes não referiram diminuição da autoestima (51%), 32 referiram um pouco (32,7%), 2 referiram mais ou menos (2%) e 14 referiram muita diminuição da autoestima (14,3%).

Vinte e oito pacientes não referiram alterações no sono (28,6%), 52 referiram que às vezes apresentavam tais alterações (53,1%), 14 referiram sempre apresentar (14,3%), 2 sempre apresentavam (2%) e 2 pacientes não declararam (2%). Quarenta e oito pacientes não referiram sensação de cansaço devido ao problema (49%), 35 às vezes apresentavam essa sensação (35,7%), 6 sentiam-se várias vezes cansadas (6,1%), 7 sentiam-se sempre cansadas (7,2%) e 2 pacientes não declararam (2%).

Em relação às situações relacionadas à IU, foram abordados alguns parâmetros. Quarenta pacientes não referiram o uso de protetores higiênicos (40,8%), 40 informaram que, às vezes, usavam (40,8%), 5 usavam várias vezes (5,1%) e 13 usavam sempre (13,3%). Considerando o controle da ingestão de líquidos, 45 pacientes não controlavam (45,9%), 13 referiram que controlavam às vezes (13,3%), 3 controlavam várias vezes (3,1%) e 37 controlavam sempre (37,7%).

Sete pacientes não referiram necessidade de troca regular de roupa íntima (7,1%), 60 referiram que, às vezes, tinham necessidade da troca (61,2%), 8 trocavam várias vezes (8,2%) e 23 trocavam sempre (23,5%). Vinte e cinco pacientes não tinham preocupação com exalação de odor de urina (25,5%), 19 às vezes mostravam essa preocupação (19,4%), 3 pacientes referiram se preocupar várias vezes (3,1%) e 51 se preocupavam sempre (52%).

Discussão

Mesmo conhecendo as variações individuais, sabe-se que, em maior ou menor proporção, a IU e seus sintomas associados podem repercutir negativamente não só na saúde física, mas em aspectos emocionais e psicológicos. Além disso, outros fatores como gênero, idade, condição socioeconômica e a quantidade

de perda urinária também podem ser responsáveis pelas diferenças do comportamento pessoal frente à IU^{12,13}.

Neste estudo, observou-se que as pacientes relataram aumento da frequência urinária, referiram nictúria, apresentavam sintomas de urgência miccional, perda involuntária de urina aos esforços e perda durante intercurso sexual. Em relação à queixa de IUE, no presente estudo 53 (54,1%) mulheres referiram ser uma manifestação muito frequente e 7 (7,1%) como mais ou menos frequente. Já Guarisi et al., em um estudo tipo inquérito domiciliar com 456 mulheres climatéricas, descreveram que 10% delas apresentavam perda de urina sempre e, 24%, às vezes. Essa diferença associa-se ao fato deste estudo ter sido realizado com mulheres em Ambulatório Especializado de Urologia, enquanto Guarisi et al. realizaram inquérito domiciliar¹⁴.

Em menor proporção, se apresentaram queixas como enurese noturna, infecções urinárias e sintomatologia dolorosa. Isso é esperado, pois as pacientes selecionadas têm como principal queixa a IU e não esses outros sintomas, que são menos comuns nesse tipo de diagnóstico. Além disso, esta amostra foi de mulheres no climatério e pesquisas nacionais, como a de Lopes e Higa¹⁵, relatam que a queixa de IUE ocorre em média entre mulheres mais jovens, com média de idade de 44,9 anos, enquanto a IUM e a IU de urgência predominam nas mulheres com média de idade maior¹⁶.

Nos achados desta pesquisa, 87% das pacientes referiram algum grau de limitação no desempenho das tarefas domésticas, enquanto 77% referiram limitações em relação ao trabalho e realização de atividades fora do domicílio. Dessas últimas, 32,7% relataram alto grau de limitação.

Segundo Coyne et al.¹⁷, a literatura faz referências à tendência de isolamento social ao qual estão sujeitos os incontinentes, e há indícios de que esses se sentem mais solitários que os continentais. Ko et al.¹⁸ concluíram que os incontinentes apresentavam-se mais deprimidos e percebiam pior sua QV do que os continentais.

Nos achados desta pesquisa, considerando-se as alterações emocionais causadas pela IU, a maioria das pacientes referiu sentir-se deprimida e ansiosa, com prejuízo da autoestima. Em menor proporção, a ansiedade foi relatada como consequência do sintoma e metade das pacientes referiu diminuição da autoestima. Alterações no sono estiveram presentes em 69% dos casos e, dessas, 48% referiram sensação de cansaço devido a esse problema.

Segundo Lopes e Higa¹⁵, o impacto que a incontinência causa na vida social provoca restrições quanto a frequentar lugares públicos, viajar, dormir fora de casa e até fazer visitas aos amigos. Isso está relacionado ao fato de as mulheres evitarem sair de casa, pois, além de ficarem envergonhadas e com medo de cheirarem à urina, não sabem se encontrarão um local adequado para realizar

suas micções e sua higiene pessoal, no caso de nictúria, urgência miccional ou até de urgeincontinência^{13,15,19}.

Embora a maioria (63,9%) dos participantes do estudo de Locher et al.²⁰ tenha referido não vivenciar restrições em suas atividades em decorrência das perdas urinárias, 36,1% referiram restrições parcial ou total das atividades. Fultz e Herzog²¹, por exemplo, encontraram que 81% dos respondentes não restringem suas atividades sociais, enquanto 7% informaram restrição importante nas mesmas atividades.

As pacientes relataram, também, correlação moderadamente forte entre IU e restrição das atividades sociais. O presente estudo demonstrou que 98% das pacientes referiram limitações em relação à prática de atividades físicas e, dessas, 92,8% avaliaram essa limitação como alta. Atividades como viajar, ir à igreja e visitar amigos também sofreram limitações; no entanto, em menores proporções. A preocupação com o fato de estarem exalando odor de urina esteve presente em 74,5% das entrevistadas e 92% referiram necessidade de troca de roupa íntima devido às perdas.

Neste trabalho, 62,3% das pacientes referiram limitações sexuais e, dessas, 8,1% avaliaram essa influência como alta, inclusive com significativo relato de perda durante o intercurso sexual.

Abdo et al.²² avaliaram a vida sexual de 1.502 mulheres brasileiras saudáveis e concluíram que, em 34,6%, a maior queixa é a falta de desejo e, em 29,3%, a disfunção orgástica. Os resultados desse trabalho constataram que existe número razoável de disfunções sexuais na população brasileira geral. Os dados do presente trabalho apontam para o fato de que essas disfunções podem ser mais elevadas devido à presença da IU.

Outra hipótese que explica esses resultados é que este estudo não foi desenhado pelo diagnóstico de cada grupo. Uma pesquisa conduzida por Gordon et al.²³, demonstrou que mulheres com IU devido à hiperatividade detrusora, diagnosticadas no estudo urodinâmico, apresentam maior comprometimento na função sexual do que aquelas com IU devido a outras causas.

Sintomas como nictúria (79,6%), polaciúria (86,7%) e urgência (63,3%) interferiram de maneira significativa na QV. Esses dados concordam com outras pesquisas que demonstraram que pacientes com bexiga hiperativa (BH) apresentam uma QV significativamente mais baixa, quando comparados a populações com outras condições crônicas. A BH produz um efeito debilitante sobre a vida cotidiana, afetando o funcionamento social, profissional, físico e emocional das pacientes.

Nesta pesquisa não houve diferenciação em relação ao tipo de IU, o que se considerou uma limitação do estudo.

Acredita-se que outros estudos sejam necessários para caracterização das pacientes com IU, em diferentes instituições, identificando aspectos que assegurem a QV e o planejamento de linhas terapêuticas que atendam às necessidades de cada caso.

Referências bibliográficas

1. Abrams P, Cardoso L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol*. 1988;22(Suppl 114):5-19.
2. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? *Obst Gynecol*. 1996;87(5):715-21.
3. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obst Gynecol*. 2000;96(3):446-51.
4. Persson J, Hanssen PW, Rydhstroen H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obst Gynecol*. 2000;96(3):440-5.
5. Symonds T. A review of condition-specific instruments to assess the impact of urinary incontinence on health related quality of life. *Eur Urol*. 2003;43(3):219-25.
6. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Overview: urinary incontinence in adults clinical practice guideline update. 1996 Mar [cited 2003 Aug 2]. Available from: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uiovervw.htm>
7. Luft J, Vriheas-Nichols AA. Identifying the risk factors for developing incontinence: can we modify individual risk? *Geriatr Nurs*. 1998;19(2):66-70.
8. Coyne KS, Zhou Z, Bhattacharyya SK, Thompson CL, Dhawan R, Versi E. The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. *BJU Int*. 2003;92(9):948-54.
9. Kizilkaya BN, Yalcin O, Ayyildiz EH, Kayir A. Effect of urinary leakage on sexual function during sexual intercourse. *Urol Int*. 2005;74(3):250-5.
10. Dubeau CE, Kiely DK, Resnick NM. Quality of life impact of urge incontinence in older persons: a new measure and conceptual structure. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(8):989-94.
11. Fonseca ESM, Camargo ALM, Castro RA, Sartori MGF, Fonseca MCM, Lima GR, et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(5):235-42.
12. Klüber L, Moriguchi EH, Cruz IBM. A influência da fisioterapia na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária: revisão. *Rev Med PUCRS*. 2002;12(3):243-9.
13. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and UK. *BJU Int*. 2005;96(6):831-8.
14. Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faundes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(5):428-35.
15. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enfermagem USP*. 2006;40(1):34-41.
16. Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: a multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2005;45(3):226-32.
17. Coyne KS, Zhou Z, Bhattacharyya SK, Thompson CL, Dhawan R, Versi E. The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. *BJU Int*. 2003;92(9):948-54.
18. Ko Y, Salmon J, Lin S, Bron M. The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly. *Am J Manag Care*. 2005;11(4):103-11.
19. Saleh N, Bener A, Khenyab N, Al-Mansori Z, Al-Muraikhi A. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? *Maturitas*. 2005;50(1):58-65.
20. Locher JL, Burgio K, Goode PS, Roth DL, Rodriguez N. Effects of age and causal attribution to aging on health-related behaviors associated with urinary incontinence in older women. *Gerontologist*. 2002;42(4):515-21.
21. Fultz NH, Herzog AR. Epidemiology of urinary symptoms in the geriatric population. *Urol Clin North Am*. 1996;23(1):1-10.
22. Abdo CHN, Oliveira Júnior WM, Moreira ED. Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. *Rev Bras Med*. 2002;59(4):250-7.
23. Gordon D, Groutz A, Sinai T, Wieszman A, Lessing JB, David MP, et al. Sexual function in women attending a urogynecology clinic. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1999;10(5):325-8.

Recebido em: 11/05/2011

Aprovado para publicação em: 13/03/2012

Representações sobre qualidade de vida de mulheres com hemiparesia

Representations about quality of life of women with hemiparesis

Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais¹, Ednalva Maciel Neves², Zeni Carvalho Lamy³, Sinara Marques dos Santos⁴, Patrícia Consorte Gomes Ferraz⁵, Luciane Maria Oliveira Brito⁶



Adriana Oliveira Dias de Sousa Morais é graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade Santa Terezinha (CEST). Possui Mestrado em Saúde Materno-Infantil, pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). É especialista em Terapia Ocupacional aplicada à Neurologia Dinâmica pela Faculdade Salesiana de Lins e em Terapia Ocupacional em Reabilitação Neuromusculoesquelética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP). Atualmente, é professora titular da Disciplina de Neuroanatomia da CEST e tutora da Especialização em Saúde Materno-Infantil da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) da UFMA. Tem experiência na área de Terapia Ocupacional em Neurologia, com ênfase em Neurologia Dinâmica.

Resumo

Objetivos: Descrever e analisar as repercussões do acidente vascular encefálico (AVE) na qualidade de vida das mulheres. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa de metodologia qualitativa. Participaram, deste estudo, mulheres com hemiparesia, com idade entre 20 e 59 anos, com tempo médio de ocorrência do AVE de 12 a 18 meses e que recebem atendimento reabilitacional. **Resultados:** Observaram-se mudanças de atitudes nas mulheres perante a vida e as pessoas, advindas do redimensionamento de valores, além da crença de que o AVE possibilitou um novo olhar sobre a qualidade de vida. Identificou-se o caráter multidimensional dos fenômenos estudados, referenciando-se que a presença de doenças, deficiências e incapacidades, não necessariamente conduzam a uma qualidade de vida baixa. **Conclusões:** Para as mulheres, a qualidade de vida está relacionada a todos os aspectos da vida que devem ser traduzidos no princípio do acesso à cidadania.

Unitermos: Acidente vascular cerebral; Qualidade de vida; Paresia.

Abstract

Objectives: To describe and analyze the impact of stroke on quality of life of women. **Methods:** This was a qualitative research methodology. Participants were women with hemiparesis, aged between 20 and 59 years, with an average time of occurrence of the stroke of 12 to 18 months and who receive rehabilitation care. **Results:** It was observed changes in attitudes among women towards life and people, resulting from the scaling of values. Besides, the stroke allowed a fresh look at the quality of life. It was identified the multidimensional nature of the phenomena studied, referring to the presence of diseases, deficiencies and disabilities do not necessarily lead to a lower quality of life. **Conclusions:** For women, the quality of life is related to all aspects of life that should be reflected in the principle of access to citizenship.

Uniterms: Stroke; Quality of life; Paresis.

Trabalho realizado na Clínica-Escola Santa Edwiges da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAIE) de São Luís (MA), Brasil.

¹ Pós-graduado (Mestrado) em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil; Professora Titular de Neuroanatomia da Faculdade Santa Terezinha – São Luís (MA), Brasil.

² Pós-graduada (Doutorado) em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil; Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.

³ Pós-graduada (Doutorado) em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFMA – São Luís (MA), Brasil.

⁴ Graduada em Medicina pela UFMA – São Luís (MA), Brasil.

⁵ Graduada em Medicina pela UFMA – São Luís (MA), Brasil.

⁶ Pós-graduada (Doutorado) em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professora Associada II da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Medicina III da UFMA – São Luís (MA), Brasil.

Endereço para correspondência: Luciane Maria Oliveira Brito – Praça Gonçalves Dias, 21, 2º andar, Centro – CEP 65075-770 – São Luís (MA), Brasil – E-mail: marquesinara10@yahoo.com.br

Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) constitui a terceira causa responsável pela mortalidade e a primeira causa de incapacidade entre adultos, em países industrializados. Além disso, dentre os sobreviventes, aproximadamente, metade adquire uma limitação permanente. No Brasil, dados estatísticos nacionais revelam incidência de, aproximadamente, 200 mil casos anualmente, sendo a causa mais frequente de óbito, na população adulta¹⁻³.

A incidência de AVE aumenta de maneira exponencial com a idade, a maioria ocorrendo em pessoas acima de 65 anos. O AVE, em pessoas com a faixa etária de 40 anos, é uma preocupação crescente devido ao impacto da incapacidade precoce⁴.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1991, havia no Brasil uma população de 1.667.754 pessoas com alguma deficiência, representando 1,13% da população brasileira.

Diante do estudo dos sinais e sintomas decorrentes de um AVE, verificou-se que esses se mostram de diversas formas, dependendo da área acometida. A seqüela física mais prevalente é a hemiplegia e a hemiparesia. Essa seqüela ainda pode vir acompanhada de problemas de percepção, cognição, sensorial e de comunicação^{5,6}.

Estudos de complicações emocionais, em pessoas com AVE, relatam a incidência de depressão entre 20 a 60% dos casos, influenciando negativamente no processo de reabilitação, no retorno ao trabalho, no autocuidado, na atividade social, sendo, ainda, causa de tensão para os familiares⁷.

São comuns, em casos de AVE, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação, alterações fisiológicas (dispneia, angina, hipertensão), que causam limitações e interferências na qualidade de vida⁸.

A revisão bibliográfica revelou uma diferença expressiva entre os estudos sobre homens, como maiores vítimas do AVE, deixando para trás a pesquisa sobre mulheres, fato esse que contraria as expectativas das mulheres sobre uma abordagem mais ampla sobre a qualidade de vida que venha ajudá-las. As afirmações acima deixam clara a necessidade e a importância desta pesquisa. Trata-se de um momento crítico na vida da mulher, em que pode ser constatada uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-analítica na Clínica-Escola Santa Edwiges, em São Luís, Maranhão.

Participaram, como sujeitos desta pesquisa, 13 mulheres com diagnóstico de AVE, com quadro clínico e físico de hemiparesia, idade compreendida entre 20 a 59 anos, com tempo de ocorrência

do AVE de, no mínimo, um ano e que aceitaram participar deste estudo, após o fornecimento das orientações e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas aquelas que não apresentaram o referido diagnóstico e aquelas que apresentaram comprometimento cognitivo ou de linguagem significativo, impossibilitando-as de responder à entrevista.

Optou-se por essa idade, entre 20 a 59 anos, pelo fato dessas mulheres se encontrarem em faixa etária produtiva, implicando a mudança dos planos em função da doença, principalmente, no primeiro ano após o AVE.

Nesse estudo, o número de participantes da amostra, 13, dentro de um universo de 30 mulheres, foi considerado suficiente para alcançar os objetivos propostos no trabalho.

A pesquisa de campo foi dividida em dois momentos. No primeiro momento, a pesquisa foi desenhada objetivando, inicialmente, identificar e caracterizar o universo das mulheres hemiparéticas que recebem atendimento reabilitacional na Clínica-Escola. Dessa forma, foi realizada uma análise da dinâmica institucional, enfatizando o percurso da mulher hemiparética dentro da Clínica-Escola, com levantamento de dados secundários nos prontuários, esclarecimento e assinatura dos termos de consentimento e a aplicação de um questionário abordando as seguintes dimensões: biológica, funcional, socioeconômica e psicológica, visando obter as características individuais e familiares, saúde física, atividades da vida diária, recursos sociais e econômicos, que afetam as mulheres hemiparéticas.

O questionário sobre as características socioeconômicas e culturais seguiu o roteiro de uma entrevista estruturada. Sua elaboração baseou-se no Questionário BOAS (Brasil Old Age Questionário Multidimensional para estudos comunitários na população idosa), elaborado por Veras⁹, no *Quality of life of World Health Organization* (WHOQOL), modelo de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) e na Escala do Estado de Incapacidade do Dossiê Mínimo de Invalidez para Esclerose Múltipla (EEI). A aplicação do questionário foi feita na própria instituição, Clínica-Escola Santa Edwiges.

No segundo momento da investigação, foram realizadas as entrevistas individuais com as mulheres. A duração média foi de uma hora. As entrevistas das mulheres foram realizadas na residência, conforme agendamento.

Após as etapas descritas anteriormente, através da escuta das gravações e leitura de todas as transcrições, iniciou-se a análise das informações.

O Projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob parecer nº 107/2005.

Resultados

Em síntese, a caracterização das mulheres que participaram deste estudo, permitiu mostrar que, das 13 mulheres

entrevistadas, houve um discreto predomínio da faixa etária entre 40 a 49 anos, com 7 mulheres caracterizando a população de estudo como de adultos maduros. As mulheres eram, predominantemente, católicas, dez mulheres; duas eram evangélicas e uma espírita. No que se refere à situação conjugal, a maioria das entrevistadas (sete mulheres) permaneceram casadas após o AVE.

A escolaridade das mulheres entrevistadas foi predominantemente de nível elementar de estudo (ensino fundamental incompleto e completo, com seis e duas mulheres, respectivamente). O nível educacional elementar também se refletiu na profissão da maioria das entrevistadas.

Antes do AVE, mais da metade (sete mulheres) trabalhava em atividades típicas de pouca qualificação profissional, que se desenvolvem no setor de serviços ou informal, predominantemente de baixa remuneração. Predominaram, entre essas, as atividades tidas como “manuais”, tais como, serviços gerais, do lar, operadora de máquina e lavradora, que implicam em maior atividade física do que intelectual.

Um fator relevante, na dimensão socioeconômica, correspondeu ao *status* profissional das mulheres entrevistadas, tendo havido modificação com o AVE, evidenciado em desempregos, aposentadorias e em licença/benefício previdenciário; apenas uma mulher continuou trabalhando. A renda familiar que concentra maior número das mulheres entrevistadas, sete mulheres, é de um a três salários mínimos.

Entre as mulheres entrevistadas, verificou-se que mais da metade denotou conhecimento de doença pré-existente, relacionada ao AVE, sendo a hipertensão arterial a mais frequente. Em relação ao tempo de ocorrência do AVE, verificou-se que o tempo médio entre o AVE e a entrevista era de 12 a 18 meses.

No aspecto da atividade motora, na dimensão biológica, verificou-se que a totalidade das mulheres apresentou redução dos movimentos do hemicorpo, que se localizou em oito mulheres no hemicorpo direito e, nas demais, no hemicorpo esquerdo. O tipo de auxílio necessário mais frequentemente requerido na locomoção foi o apoio de outras pessoas (auxílio humano), seguido pelo uso de bengalas e pelo uso de cadeira de rodas. Verificou-se, ainda, que cerca de metade das mulheres estudadas (sete mulheres) queixou-se de problemas de comunicação, sendo esses associados, de modo frequente, à pronúncia, à articulação das palavras e à lentidão para falar.

Constatou-se que apenas uma mulher não utilizou adequadamente o conceito de orientação espaçotemporal. Quanto à memória recente, oito mulheres a haviam perdido e, à retrógrada, apenas duas.

Na área sensorial, registraram-se dificuldades de visão em dez mulheres: seis relataram serem os problemas de visão anteriores ao AVE. Quanto à audição, somente duas mulheres tiveram perdas.

No desempenho das atividades de vida diária, considerando-se as de automanutenção, como alimentação, vestuário e higiene pessoal, comprovou-se um desempenho independente, na maior parte das mulheres entrevistadas, para as tarefas mais simples, ou que, para seu desempenho, necessitassem apenas de uma das mãos, menor precisão de movimentos ou menor esforço físico, como levar alimentos à boca, vestir-se, despir-se e escovar os dentes.

Nas tarefas de desempenho bimanual e de precisão, registrou-se a incapacidade para realização ou a necessidade de ajuda, nas atividades como cortar os alimentos, usar o talher e lidar com acessórios do vestuário, como botões, laços, zíper. Na higiene pessoal, como cortar as unhas, a dependência de auxílio se mostrou mais presente.

As atividades mais frequentemente desenvolvidas no tempo livre compreenderam: assistir à televisão, ouvir rádio, conversar e dormir durante o dia.

Na dimensão psicológica, verificou-se a ocorrência de sintomas e quadro depressivo imediatamente após o AVE, inclusive no momento da entrevista.

Discussão

Na interface do AVE na dimensão familiar, algumas entrevistadas referiram mudanças em sua forma de se relacionar e, também, perceberam mudanças das outras pessoas no relacionamento com elas, sendo ora melhor, ora pior, de bom para ótimo ou, até mesmo, para pior, principalmente no que diz respeito ao relacionamento conjugal.

Quanto à responsabilidade e papéis assumidos antes do AVE, comparados com a condição atual, as mulheres entrevistadas informaram ter ocorrido mudanças, sendo essa verificada na condição de chefe da família, na responsabilidade e colaboração no sustento familiar e na gerência do lar. Sendo assim, as mulheres afirmaram que membros do grupo familiar assumiram, atualmente, as tarefas ou papéis que cabiam antes a pessoa atingida pelo AVE.

Sendo assim, a família poderá iniciar o processo de segregação e de discriminação e, muitas vezes, o de isolamento, quando infantiliza a pessoa com deficiência, quando a superprotege, quando a enxerga e a denomina como coitada (vitimização), quando a renega ou quando se nega a acreditar no seu potencial de vida, isolando-a do ambiente familiar¹⁰.

Embora o preconceito seja percebido pelas mulheres entrevistadas como um fator complicador para sua vida social, vivências familiares trazem um benefício e um aprendizado que se tornam muito importantes nas suas vidas. É essencial para essas mulheres que elas sejam vistas e reconhecidas pela família e pela sociedade como um ser humano qualquer, com sentimentos comuns a todas as pessoas.

Sendo assim, a interação com o mundo e com as pessoas, de uma forma geral, foi considerada, pelas mulheres entrevistadas, como algo imprescindível em suas vidas como um todo. Essa percepção permitiu que elas entendessem que a família saudável funciona como uma unidade que se autoestima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família, além de apresentarem uma estrutura e uma organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros.

Quando questionadas sobre sua vida social, as mulheres se referiram, primeiramente, aos relacionamentos afetivos, que se constituem de relações sociais e de amizade. Também se referiram às atividades de lazer, como fazendo parte de sua vida social.

Demonstrou-se que, mesmo não admitindo totalmente, as mudanças ocorreram, alterando drasticamente o cotidiano. Pode-se inferir que as amizades constituíram um tema bastante significativo para as mulheres deste estudo, quando foram impelidas a falar sobre sua vida social. Elas destacaram as mudanças ocorridas nas relações de amizade, a partir do advento da doença, caracterizadas por uma descontinuidade. De forma que é possível distinguir uma cisão ocorrida em seus vínculos de amizade, com a ocorrência do AVE.

Da mesma forma que os resultados mostraram necessidade de apoio na superação da mudança do padrão de normalidade para deficiência, a necessidade de agradecimento assumiu papel importante nas discussões das mulheres, levando-as a um tratamento melhor das pessoas com as quais elas convivem.

No que se refere ao uso do tempo livre e atividades de lazer, fica evidente que, após o AVE, muitos das mulheres entrevistadas deixaram de realizar, ou se queixaram de alguma limitação no desempenho dessas; mas, também houve as que mantiveram a condição igual ao período anterior ao AVE. Essas mudanças estavam associadas à incapacidade física, dependência de outras pessoas, dificuldade de transporte, preocupação em incomodar as pessoas e, ainda, a diminuição do interesse em desenvolvê-las.

O trabalho constitui um espaço privilegiado na formação e na manutenção de uma identidade social. Por meio do trabalho, a mulher com hemiparesia poderá estar definindo qual o seu papel social, podendo reformular, dessa forma, a sua identidade como um todo. Por esse motivo, a compreensão da repercussão de uma deficiência nas relações e realizações profissionais é fundamental para a análise das mulheres participantes desta pesquisa. Entretanto, para uma compreensão mais ampla das mulheres com hemiparesia e suas implicações no trabalho, é necessário considerar suas realidades psicossociais e as interações estabelecidas entre elas e o trabalho.

A partir de tal análise, foi possível perceber como as mulheres entrevistadas vivenciavam as questões pertinentes aos aspectos profissionais, em uma sociedade em que o trabalho, a eficiência e as

exigências de um padrão de produtividade aparecem corriqueiramente em suas vidas¹⁰.

Verificou-se que, no momento em que ocorreu a patologia e subsequentes sequelas, as mulheres encontravam-se em pleno exercício de suas funções, constatando-se que as doenças incapacitantes, como o AVE, interromperam, de forma abrupta, o cotidiano e a trajetória de vida delas.

Nos depoimentos prestados pelas mulheres, é perceptível a importância para essas pessoas estarem exercendo alguma atividade, ainda que não vinculadas a uma determinada profissão, mas que se aproxime de uma possível realização pessoal. Quando foram questionadas sobre os motivos de não estarem trabalhando, as respostas se diversificaram, de acordo com a história pessoal de cada uma. Os motivos citados denunciam um espectro em que a situação da pessoa com deficiência (neste caso, a mulher com hemiparesia), frente às oportunidades de trabalho, torna-se muito restrita. As justificativas, que se referem ao AVE e que ocorrem como consequência, englobam os aspectos fisiológicos (limitações físicas, de locomoção, problemas cognitivos e de comunicação), estruturais (limitações fisicogeográficas) e sociais (mudanças no *status* e no papel social exercidos no trabalho).

Outra questão levantada em suas falas, como dificultadora para uma realização profissional, está relacionada com muita resistência por parte dos empregadores.

Em contrapartida, algumas entrevistadas falaram de sua acomodação para procurar emprego, em virtude da aposentadoria por invalidez, embora preferissem trabalhar. Com a existência de programas de renda de seguridade, o trabalho não é mais necessário à sobrevivência¹¹ Embora uma pessoa possa sobreviver com o salário, o estilo de vida que lhe é possibilitado é estigmatizado e “acomodado”.

Concluindo, pode-se afirmar, a partir dos depoimentos das mulheres, que o trabalho ocupa um espaço muito importante na vida pessoal e profissional, estejam elas trabalhando no momento ou não. No depoimento de uma das mulheres, o exercício de atividades esporádicas, como a realização de palestras sobre a doença (prevenção e consequências), foi considerado como um trabalho muito importante e significativo no seu contexto de vida.

A incapacidade motora foi destacada como consequência capaz de provocar mudanças no desempenho funcional satisfatório nas atividades cotidianas, ou seja, na qualidade de vida das mulheres hemiparéticas, tal qual a qualidade de vida anterior à instalação da doença.

Verificou-se que todas as mulheres entrevistadas atribuíram os problemas apresentados à redução dos movimentos do hemitórax. De modo geral, a hemiparesia tem influência marcante no contexto de vida das mulheres, pois representa limitação na capacidade funcional global para as atividades cotidianas, como mover o segmento corporal comprometido (braço, mão e perna);

manusear objetos, instrumentos de comunicação, de trabalhos, utensílios domésticos; andar; cuidar de sua higiene pessoal; exercer uma profissão e assim por diante.

Além disso, neste estudo, verificou-se que algumas mulheres queixavam-se de problemas de comunicação, associados, de modo frequente, à pronúncia (confusa), à articulação das palavras (voz “embolada”, difícil compreensão para o ouvinte) e à lentidão para falar (sem volume de voz, cansaço).

Neste estudo, nas mudanças sensoriais, há concordância entre os resultados observados em relação à perda visual e auditiva e os estudos de York e Cemark¹² e Harvey et al.¹³, sendo registrados prejuízos que influenciam o estado funcional global, no caso da visão e, nas relações interpessoais, no caso da audição.

Depreende-se dos depoimentos das mulheres que os problemas visuais estão associados à redução da mobilidade e da habilidade no desempenho de atividades de vida diária e de lazer, como se vestir, ler e assistir à televisão. Em relação à perda auditiva, o maior impacto observado é no convívio e nas relações interpessoais.

No que diz respeito à funcionalidade, as mulheres relataram que, logo após o AVE, não conseguiam fazer nada sozinhas, eram totalmente dependentes. Para Rocha et al.¹⁴, as consequências pós-AVE, com gravidade variada, produzem restrição ou perdas da capacidade e habilidade para desempenho de atividades fisicomotoras, de autocuidado, de atividades sociais, profissionais e familiares, implicando algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após o AVE.

Entretanto, no momento da entrevista, as mulheres revelaram um desempenho independente, nas atividades da vida diária para as tarefas mais simples, ou que, para seu desempenho, necessitassem apenas de uma das mãos, menor precisão de movimentos ou menor esforço físico, como levar alimentos à boca, vestir-se, despir-se e escovar os dentes. Essa percepção foi captada nas entrevistas.

Os resultados encontrados mostram que, quando a mulher adquire a hemiparesia, passa por um árduo processo de adaptação às incapacidades impostas pelo AVE, as quais implicam consequências no âmbito socioeconômico, cultural, afetivo, sexual, familiar, funcional e espiritual.

Percebeu-se que, ao longo do processo de adaptação à deficiência, as mulheres deixaram transparecer que as fases desse processo envolvem sofrimento e dor, mas que resulta em “reelaboração da realidade”, assegurando a positividade do processo de resignificação.

A partir desse momento, as mulheres permitiram abrir possibilidades sobre a qualidade de vida após o AVE, ou seja, houve uma abertura na forma de ver a e atuar no mundo, um constante movimento de reconstrução do cotidiano e retomada da vida.

Portanto, compreender a representação da qualidade de vida após o AVE tornou-se imprescindível, para que as mulheres conseguissem encontrar um novo significado para a sua qualidade de vida, à medida que se tornaram sujeitos ativos dentro da sociedade em que vivem, dentro de um contexto de dimensões variadas em que se incluem percepções, experiências e condições das mulheres, como também oportunidades sociais, legislação inclusiva, acesso físico ao ambiente, recursos econômicos, transporte, educação e bem-estar físico e mental.

Sendo assim, a realização deste estudo foi de grande valia, uma vez que forneceu uma base teórica para a compreensão dos aspectos relacionados à qualidade de vida após o AVE. Diante da importância da qualidade de vida para o ser humano, é preciso que os profissionais da área de saúde redobrem os esforços no sentido de atribuir posição de destaque à *Qualidade de Vida*, contemplando as especificidades da população com hemiparesia e possibilitando o desenvolvimento de ações específicas para cada grupo, de acordo com as suas particularidades.

Referências bibliográficas

1. Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC. Terapia Ocupacional na reabilitação física. São Paulo: Roca; 2003.
2. Mansur AP, Souza MFM de, Favarato D, Avakian SD, César LAM, Aldrighi JM, et al. Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to 1996. *Neuroepidemiology*. 2003; 22(1): 179-83.
3. Fundação Nacional de Saúde [homepage na Internet]. Mortalidade por doenças cerebrovasculares no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998 [citado 2010 Feb 2]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/sis/pdfs/mortalidade>
4. Rowland LP. Merrit tratado de neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
5. Ribas JBC. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde; 1997.
6. Vallone MLDC. Avaliação da fidedignidade da Escala de Ashworth em pacientes hemiplégicos. São Paulo; 2007 [citado 2010 Jan 16]. Disponível em: <http://www.funec.br/cepex/projetos/projeto3.htm>
7. Harwood RH, Gompertz P, Ebrahim S. Handicap one year after a stroke: validity of a new scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57(7):825-9.
8. Kottke FJ, Lehmann JF. Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen. São Paulo: Manole; 1994.
9. Veras RP. Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dunará; 1994.
10. Rocha EF. Corpo deficiente: em busca da reabilitação? – uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1991.

11. Vash CL. Enfrentando a deficiência – a manifestação – a psicologia – a reabilitação. São Paulo: Pioneira/EDUSP; 1988.
12. York CD, Cermak SA. Visual perception and praxis in adults after stroke. *Am J Occup Ther.* 1995;49(6):543-50.
13. Harvey RL, Roth EJ, Heinemann AW, Lovell LL, McGuire JR, Díaz S. Stroke rehabilitation: clinical predictors of resource utilization. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998;79(11):1349-55.
14. Rocha FL, Cunha UGV, Giacomini KC. Depressão pós-acidente vascular cerebral (AVC). *J Bras Psiquiatr.* 1993;42(4):203-8.

Recebido em: 11/05/2011

Aprovado para publicação em: 20/03/2012



CONGRESSO BRASILEIRO DE REPRODUÇÃO HUMANA

24 a 27 de novembro de 2012

São Paulo - Centro de Convenções Frei Caneca

TEMAS PRINCIPAIS

Reprodução Assistida
Endometriose
Oncofertilidade
Endocrinologia reprodutiva
Avanços na anticoncepção e climatério
Bioética
Endoscopia pélvica
Genética e embriologia reprodutiva
Sexualidade conjugal
Medicina fetal



Informações e inscrições:

sbrh@sbrh.org.br / 11 5055 2438

www.sbrh.org.br

Realização:



Organização:



Agencia de turismo oficial:



Prêmios

Campos da Paz
MELHOR TRABALHO CIENTÍFICO



Vilmon de Freitas
MELHOR PÔSTER

XXV Congresso Brasileiro de Reprodução Humana

15 - 17 de novembro de 2012

São Paulo, Centro de Convenções Frei Caneca

O trabalho vencedor do Prêmio Campos da Paz
receberá Bolsa de Estímulo Científico no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais)
Consulte o regulamento para submissão de temas livres e trabalhos científicos

acesse: <http://www.sbrhcongresso2012.org.br/>
