

CIRURGIA E SAÚDE DA MULHER

Anelise Silva França
Organizadora



CIRURGIA E SAÚDE DA MULHER





AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária responsável: Aline G. S. Benevides CRB-1/3889

1.ed. Cirurgia e saúde da mulher. [livro eletrônico] / Anelise
Silva França [Org.]. – 1.ed. – Curitiba-PR,
Editora Bagai, 2025, 152p.
E-Book.
Bibliografia.
Acesso em www.editorabagai.com.br
ISBN: 978-65-5368-582-6
1. Cirurgia. 2. Saúde da Mulher. 3. Medicina.
I. França, Anelise Silva.
07-2025/24 CDD 613

Índice para catálogo sistemático:

1. Saúde: Cirurgia; Saúde da Mulher. 613

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-582-6.19.06.25>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da Editora BAGAI por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfílmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 contato@editorabagai.com.br

Anelise Silva França
Organizadora

CIRURGIA E SAÚDE DA MULHER



O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) respectivo(s) autor(es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referencial bibliográfico são prerrogativas de cada autor(es).

<i>Editor-Chefe</i>	Prof. Dr. Cleber Bianchessi
<i>Revisão</i>	Os autores
<i>Capa</i>	Laíse Panaggio
<i>Diagramação</i>	Luciano Popadiuk
<i>Conselho Editorial</i>	Dr. Adilson Tadeu Basquerote – UNIDAVI Dr. Anderson Luiz Tedesco – UNOESC Dra. Andréa Cristina Marques de Araújo - CESUPA Dra. Andréia de Bem Machado – UFSC Dra. Andressa Grazielle Brandt – IFC - UFSC Dr. Antonio Xavier Tomo - UPM - MOÇAMBIQUE Dra. Camila Cunico – UFPB Dr. Carlos Alberto Ferreira – UTAD - PORTUGAL Dr. Carlos Luís Pereira – UFES Dr. Claudino Borges – UNIPIAGET – CABO VERDE Dr. Cledeion Jacinto de Freitas – UFMS Dra. Clélia Peretti – PUC-PR Dra. Dalia Peña Islas - Universidad Pedagógica Nacional - MÉXICO Dra. Daniela Mendes V da Silva – SEEDUCRJ Dr. Deivid Alex dos Santos - UEL Dra. Denise Rocha – UFU Dra. Elisa Maria Pinheiro de Souza – UEPA Dra. Elisângela Rosemeri Martins – UESC Dra. Elnora Maria Gondim Machado Lima - UFPI Dr. Ernane Rosa Martins – IFG Dra. Flavia Gaze Bonfim – UFF Dr. Francisco Javier Cortazar Rodriguez - Universidad Guadalajara – MÉXICO Dr. Francisco Odécio Sales - IFCE Dra. Geuciane Felipe Guerim Fernandes – UENP Dr. Hélder Rodrigues Maiunga - ISCED-HUILA - ANGOLA Dr. Helio Rosa Camilo – UFAC Dra. Helisamara Mota Guedes – UFVJM Dr. Humberto Costa – UFPR Dra. Isabel Maria Esteves da Silva Ferreira – IPPortalegre - PORTUGAL Dr. João Hilton Sayeg de Siqueira – PUC-SP Dr. João Paulo Roberti Junior – UFRR Dr. Joao Roberto de Souza Silva - UPM Dr. Jorge Carvalho Brandão – UFC Dr. Jose Manuel Salum Tome, PhD – UCT - Chile Dr. Juan Eligio López García – UCF-CUBA Dr. Juan Martín Ceballos Almeraya - CUIM-MÉXICO Dr. Juliano Milton Kruger - IFAM Dra. Karina de Araújo Dias – SME/PMF Dra. Larissa Warnavin – UNINTER Dr. Lucas Lenin Resende de Assis - UFLA Dr. Luciano Luz Gonzaga – SEEDUCRJ Dra. Luísa Maria Serrano de Carvalho - Instituto Politécnico de Portalegre/CIEP-UE - POR Dr. Luiz M B Rocha Menezes – IFTM Dr. Magno Alexon Bezerra Seabra - UFPB Dr. Marciel Lohmann – UEL Dr. Márcio de Oliveira – UFAM Dr. Marcos A. da Silveira – UFPR Dra. María Caridad Bestard González - UCF-CUBA Dra. Maria Lucia Costa de Moura – UNIP Dra. Marta Alexandra Gonçalves Nogueira - IPLEIRIA - PORTUGAL Dra. Nadja Regina Sousa Magalhães – FOPPE-UFSC/UFPeI Dr. Nicola Andrian - Associação EnARS, ITÁLIA Dra. Patrícia de Oliveira - IF BAIANO Dr. Paulo Roberto Barbosa – FATEC-SP Dr. Porfirio Pinto – CIDH - PORTUGAL Dr. Rogério Makino – UNEMAT Dr. Reiner Hildebrandt-Stramann - Technische Universität Braunschweig - ALEMANHA Dr. Reginaldo Peixoto – UEMS Dr. Ricardo Cauica Ferreira - UNITEL - ANGOLA Dr. Ronaldo Ferreira Maganhotto – UNICENTRO Dra. Rozane Zaionz - SME/SEED Dr. Samuel Pereira Campos - UEPA Dr. Stelio João Rodrigues - UNIVERSIDAD DE LA HABANA - CUBA Dra. Sueli da Silva Aquino - FIPAR Dr. Tiago Tendai Chingore - UNILICUNGO – MOÇAMBIQUE Dr. Thiago Perez Bernardes de Moraes – UNIANDRADE/UK-ARGENTINA Dr. Tomás Raúl Gómez Hernández – UCLV e CUM – CUBA Dra. Vanessa Freitag de Araújo – UEM Dr. Walmir Fernandes Pereira – FLSHEP - FRANÇA Dr. William Douglas Guilherme – UFT Dr. Yoissell López Bestard- SEDUCRS

*A Deus, aos nossos amigos, familiares,
colegas de trabalho e profissão
e a todas as mulheres,
por serem as nossas musas inspiradoras
para esse livro.*

*“Pra descrever uma mulher/ não é do jeito que quiser/ Primeiro tem que ser
sensível/ se não é impossível/ Quem vê por fora não vai ver/ por dentro o que ela é/
É um risco tentar resumir/ Mulher”*
(Elba Ramalho - Mulher)

APRESENTAÇÃO

Anelise Silva França (org.)
Ginecologista e Obstetra

Nossa obra, Saúde e Cirurgia da Mulher, é pautada nas percepções e experiência acadêmico-profissional das autoras, integrantes da Liga Acadêmica de Mulheres na Cirurgia da Universidade Estadual de Minas Gerais (Amanda Cristina Carneiro, Ana Sofhia Do Prado Vilela, Catharine Miranda Busto Outemane, Fernanda Martins da Silva Oliveira, Fernanda Teixeira de Andrade, Isabela Júdice Oliveira, Isabella de Gouvêa Pivetti, Jessica de Paula Moreira, Laíse Panaggio, Louyla Júlya Silva Guimarães Melo, Polyana de Sá Antunes Bezerra e Stefany Neves Porto) sob orientação da atual preceptoras da liga: Anelise Silva França, ginecologista e obstetra, mestranda e docentes da instituição, apaixonada pelo cuidado e saúde da Mulher.

Estamos inseridas em um contexto de Liga Acadêmica, em uma universidade pública, na qual surgiu a oportunidade de redação deste livro. As ligas acadêmicas têm como objetivos desenvolver estudos teóricos e práticos, promovendo atualização científica. Também têm o compromisso de difundir as ações desenvolvidas à comunidade interna e externa. Além disso, é um ambiente propício para o primeiro contato com as especialidades médicas e possibilidades de carreira. Desse modo, tornou-se primordial que elaborássemos essa coletânea de textos sobre a área de maior interesse da liga.

Nosso intuito é trazer para os leitores, ciência e medicina baseada em evidências, enfatizando a importância e estudo dessa área. A despeito de uma ampla gama desse universo cirúrgico, procuramos abordar as principais cirurgias e suas implicações, divididas em capítulos e agrupadas em seções, conforme o tema central. Cada palavra do texto final foi cuidadosamente pensada e inserida com carinho, pois sabemos a importância da difusão de conhecimentos, num mundo hoje em que é comum a pseudociência.

É importante frisar que apesar de estarmos nos referindo durante a redação do texto como “mulheres”, não há restrições ou discriminação de qualquer natureza, e, principalmente de identidade de gênero. Nosso

intuito é acolher e representar mulheres cis, mulheres trans e, também, homens trans que preservaram órgãos reprodutores femininos e outras estruturas associadas a essas funções e que merecem atenção e cuidado, uma vez que buscamos contextualizar a relevância das cirurgias ginecológicas e mamárias no cuidado em saúde.

Por fim, sabemos que, apesar dos avanços tecnológicos e sociais, mulheres ainda são marginalizadas quando se trata de atuação e protagonismo em carreira cirúrgica. Não obstante, é uma área de grande interesse de milhares de acadêmicos por todos os cursos do país. Ademais, o cuidado com as mulheres demanda além do olhar técnico e científico, o enfoque na benevolência e respeito, assunto largamente discutido nas reuniões e atividades da liga por aquelas que “sentem na pele” os impactos do machismo e sexismo na atuação médica, como estudantes ou até mesmo como pacientes e acompanhantes de suas familiares e amigas.

Nosso livro versa sobre o cuidado de mulheres, feito por mulheres e espera impactar positivamente a visão e atuação de acadêmicos e médicos do Brasil todo!

Figura 1: Logo da Liga Acadêmica de Mulheres na Cirurgia da Universidade Estadual de Minas Gerais



Fonte: Acervo próprio da liga

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
------------------	----

SESSÃO 1

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E CIRURGIAS NA SAÚDE DA MULHER..17

CAPÍTULO 1

O IMPACTO DA HISTERECTOMIA NA SAÚDE REPRODUTIVA E CONCEITO DE FEMINILIDADE	18
1.1 Conceitos iniciais	18
1.2 Relação emocional e psicossocial.....	20
1.3 Aspectos relacionados ao útero e saúde sexual	21
1.4 A relação simbólica entre útero e fertilidade.....	22
1.5 Considerações finais.....	23
1.6 Referências	24

CAPÍTULO 2

REPERCUSSÕES DAS CIRURGIAS DE MAMA E IDENTIDADE FEMININA.....	25
2.1 Conceitos iniciais	25
2.2 A Mama como Símbolo de Feminilidade e Identidade	25
2.3 Impacto emocional da mastectomia em mulheres cis	27
2.4 Reconstrução mamária: jornada de redescoberta	28
2.5 Papel do suporte psicológico e social	29
2.6 Considerações Finais.....	29
2.7 Referências	29

CAPÍTULO 3

APOIO PSICOLÓGICO E REABILITAÇÃO NO CÂNCER DE MAMA	31
3.1 Conceitos iniciais	31
3.2 Apoio pré-tratamento.....	32
3.3 Apoio pós-tratamento	33
3.4 Acompanhamento psicológico: importância e desafios	34
3.5 Considerações finais.....	35
3.6 Referências	36

SESSÃO 2

PRINCIPAIS CIRURGIAS NA SAÚDE DA MULHER	37
---	----

CAPÍTULO 4

HISTERECTOMIA: INDICAÇÕES E TÉCNICAS CIRÚRGICAS	38
---	----

4.1 Conceitos Iniciais	38
4.2 Indicações	39
4.3 Histerectomia no contexto da redesignação sexual.....	40
4.4 Técnicas Cirúrgicas	41
4.3.1 Histerectomia via abdominal.....	41
4.4.2 Histerectomia via vaginal	42
4.4.3 Histerectomia via laparoscópica	43
4.5 Cuidados Pós - Operatório	44
4.6 Considerações finais.....	45
4.7 Referências	45

CAPÍTULO 5

MASTECTOMIA E OUTRAS CIRURGIAS MAMÁRIAS.....	48
--	----

5.1 Conceitos iniciais	48
5.2 Cirurgias Mamárias	50
5.2.1 Mamoplastia de Redução	50
5.2.2 Mamoplastia de Aumento.....	51
5.2.4 Mastectomia.....	52
5.2.5 Cirurgias de readequação de Gênero.....	53
5.2.6 Cirurgias Conservadoras	54
5.2.7 Reconstrução Mamária	55
5.2.7.1 Oncoplastia	55
5.2.7.2 Lipoenxertia	55
5.3 Recuperação	56
5.3 Considerações Finais.....	56
5.4 Referências	57

CAPÍTULO 6

ENDOMETRIOSE - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA, E MANEJO DA DOR	59
--	----

6.1 Conceitos iniciais	59
6.2 Sintomas e exame físico	61

6.3 Diagnóstico.....	61
6.4 Tratamento clínico e manejo da dor	62
6.5 Sítios anatômicos e classificação cirúrgica	62
6.6 Cirurgia na endometriose.....	65
6.7 Complicações após a cirurgia	67
6.8 Inovações na cirurgia de endometriose.....	68
6.9 Considerações finais.....	69
6.10 Referências	69

CAPÍTULO 7

EPISIOTOMIA E LACERAÇÕES DE PARTO	72
7.1 Conceitos iniciais	72
7.2 Episiotomia.....	72
7.2.1 Fatores de risco	73
7.2.2. Técnica Cirúrgica	74
7.2.3 Complicações	75
7.3 Lacerações Perineais.....	75
7.3.1 Prevenção das lacerações	76
7.3.2 Classificação	77
7.3.3 Reparo Cirúrgico	78
7.3.4 Complicações	78
7.4 Considerações finais.....	78
7.5 Referências	79

CAPÍTULO 8

A CESÁREA	81
8.1 Conceitos iniciais	81
8.2 Indicação para o parto cesáreo	83
8.3 Cesárea eletiva	84
8.3.1 TocoFOBIA: o medo do parto.....	85
8.4 Aspectos pré-operatórios.....	85
8.5 Manejo anestésico segundo o programa ERAS	86
8.6 Técnicas.....	86
8.6.1.Incisão da pele.....	86
8.6.2 Tecido Subcutâneo, Fásia (Aponeurose), Músculos Retos Abdominais e Peritônio Parietal	87
8.6.3. Histerotomia.....	88

8.6.4 Extração do Bebê e da Placenta	88
8.7 Laqueadura tubária e cesariana	89
8.8 Cuidados no pós-operatório	89
8.9 Complicações	91
8.10 Considerações Finais	92
8.11 Referências	92

CAPÍTULO 9

CIRURGIA GINECOLÓGICA ESTÉTICA: LABIOPLASTIA, VAGINOPLASTIA E CLITOROPLASTIA

9.1 Conceitos iniciais	95
9.2 Indicações	96
9.2.1 Labioplastia	96
9.2.2 Vaginoplastia	96
9.2.3 Clitoroplastia	97
9.3 Técnicas Cirúrgicas	99
9.3.1 Labioplastia	99
9.3.2 Vaginoplastia	100
9.3.3 Clitoroplastia	100
9.3.3.1 Clitorotomia	100
9.3.3.2 Clitopexia	100
9.3.3.3 Ressecção de capuz clitoriano	101
9.3.3.4 Clitoroplastia de aumento	101
9.3.3.5 Neoclitoroplastia	101
9.4 Cuidados Pós - Operatório	101
9.5 Considerações Finais	102
9.6 Referências	102

SESSÃO 3

PREPARO E RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA NA SAÚDE FEMININA ..

CAPÍTULO 10

PANORAMA GERAL DA AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA

10.1 Conceitos iniciais	105
10.2 Preparo para Cirurgias Ginecológicas	106
10.2.1 Exames Solicitados Antes de Cirurgias Ginecológicas	106
10.2.2 Orientações Antes de Cirurgias Ginecológicas	107

10.3 Preparo para Cirurgias Mamárias	108
10.3.1 Exames Solicitados Antes de Cirurgias Mamárias	109
10.3.2 Orientações Antes de Cirurgias Mamárias	109
10.4 Recuperação Após Procedimentos Cirúrgicos	109
10.5 Considerações Finais.....	110
10.6 Referências	110

CAPÍTULO 11

ASPECTOS PRÁTICOS DO PREPARO CIRÚRGICO: JEJUM, MEDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS ESPECÍFICAS .111

11.1 Conceitos iniciais	111
11.2 Exames complementares	112
11.3 Suspensão de medicamentos.....	113
11.4 Jejum e nutrição pré-operatória.....	116
11.5 Preparo intestinal	117
11.6 Cesárea e o programa ERAS no pré-operatório.....	117
11.7 Demais aspectos do programa ERAS na ginecologia.....	118
11.8 Considerações finais.....	119
11.9 Referências	119

CAPÍTULO 12

O CENÁRIO DA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA E

SUAS REPERCUSSÕES **122** |

12.1 Conceitos iniciais	122
12.2 Aspectos práticos	123
12.3. Os desafios cotidianos no cenário da recuperação cirúrgica	125
12.3.1. O repouso no contexto da mulher como agente do lar e da família	125
12.3.2. O puerpério e o papel da mulher	126
12.4 Conceitos finais.....	126
12.5 Referências	127

SESSÃO 4	
PANORAMA CIRÚRGICO	129
CAPÍTULO 13	
LINHA DO TEMPO, PERSPECTIVAS ATUAIS E INOVAÇÕES EM CIRURGIAS NA SAÚDE DA MULHER	130
13.1 Conceitos iniciais:	130
13.2 Histerectomia	131
13.4 Mastectomia	132
13.5 Cirurgia plástica da mama	134
13.6 Considerações finais	136
13.7 Referências	136
CONCLUSÕES	138
Referências	138
SOBRE AS AUTORAS	139
APÊNDICE A	143
ANEXO A	144
ANEXO B	145
GLOSSÁRIO	148
SOBRE A ORGANIZADORA	149
ÍNDICE REMISSIVO	150

INTRODUÇÃO

*“A minha liberdade não deve procurar captar o ser,
mas desvendá-lo”*

Simone de Beauvoir

Este livro, desenvolvido pela Liga Acadêmica de Mulheres na Cirurgia da Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), um capítulo da Association of Women Surgeons (AWS), tem o objetivo de reunir e discutir os principais tópicos em Saúde da Mulher no âmbito cirúrgico. Envolve a redação de cada capítulo, pautada nas principais evidências científicas, com um olhar integrativo e respeitoso sobre o tema.

A AWS, fundada em 1981, é uma associação internacional empenhada em apoiar as mulheres cirurgiãs em todos os estágios de sua carreira, desde a faculdade de medicina até o final de suas carreiras. Através do que é denominado “Capítulo”, esta Associação visa oferecer programas e serviços às cirurgiãs associadas, como apoio à pesquisa, realização de congressos, promoção de debates e organização de estágios nacionais e internacionais.

Figura 2: Logo da AWS



Fonte: <https://www.womensurgeons.org/>

O capítulo da AWS da Universidade do Estado de Minas Gerais é um representante da regional latino-americana da entidade internacional e realizou a criação de um projeto de extensão em 2022, a Liga Acadêmica de Mulheres na Cirurgia. A liga nasceu de um sonho de fundar um espaço de acolhimento e representação que fizesse a diferença na vida das

acadêmicas da universidade. A finalidade da liga é incentivar e apoiar estudantes a conquistarem seus objetivos na área profissional, considerando o histórico de escassez de mulheres em diversas áreas cirúrgicas da Medicina.

A AWS UEMG incentiva a produção de trabalhos científicos e a realização de cursos de extensão. A liga tem o objetivo de criar oportunidades para discussão de temas cirúrgicos e o desenvolvimento prático de técnicas. Além disso, promove o debate e a reflexão de pautas vivenciadas pelas mulheres no desenvolvimento da carreira cirúrgica, como: equidade salarial, representatividade em cargos de liderança e equilíbrio entre as demandas profissionais e pessoais. Deste modo, surgiu a ânsia de redigir este livro.

Iniciamos nossa obra com a discussão sobre aspectos psicológicos das cirurgias na Saúde da Mulher, irrompendo reflexões de como a perda ou retirada do útero pode afetar a percepção de feminilidade e questões relacionadas à fertilidade; sobre o impacto emocional das cirurgias mamárias (mastectomias e reconstruções) e a relação com a autoimagem/feminilidade e conferenciando as estratégias para apoiar as pacientes no processo pré e pós-operatório, incluindo o papel do acompanhamento psicológico.

Logo após, na segunda seção, temos a descrição das principais cirurgias do universo feminino, de acordo com a vivência prática e teórica durante a faculdade de medicina e atuação profissional. Discutiremos sobre histerectomia, cirurgias mamárias, cirurgia para endometriose, episiotomia e lacerações de parto e cirurgias ginecológicas estéticas.

Nossa seção três, aborda as principais recomendações e preparos pré-operatórios, incluindo jejum, medicações, e orientações específicas. Além disso, ressaltamos o papel dos diversos profissionais de saúde no preparo e recuperação dessas pacientes.

Por fim, para fecharmos essa obra, versamos sobre as projeções futuras da Cirurgia na Saúde da Mulher, com as perspectivas e inovações em cirurgias ginecológicas e mamárias, além do reconhecimento da mulher como um ser biopsicossocial e necessidade de abordagem holística. Esta última seção tem um importante cunho sentimental e entusiasta, especialmente para as acadêmicas de medicina, pois o intuito da nossa Liga é ressaltar que elas podem e serão grandes cirurgiãs! Espero que gostem da leitura e se inspirem!

Sessão 1

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E CIRURGIAS NA SAÚDE DA MULHER

O IMPACTO DA HISTERECTOMIA NA SAÚDE REPRODUTIVA E CONCEITO DE FEMINILIDADE

Jéssica de Paula Moreira
Anelise Silva França

*“A feminilidade não é uma essência fixa,
mas uma dança fluida que se reinventa
a cada momento, a cada mulher!”*
(Glória Steinem)

1.1 Conceitos iniciais

Desde os tempos antigos, o corpo feminino tem sido envolto em mistérios e tabus. Mesmo atualmente, muitas mulheres desconhecem a anatomia dos seus órgãos sexuais e reprodutivos. Nominar o corpo feminino é uma forma de afirmar sua existência e complexidade, enquanto o desconhecimento pode dificultar a compreensão de seu funcionamento e de sua sexualidade. Apesar de a sexualidade não se limitar aos órgãos sexuais, de maneira que atravessa todo o corpo e está profundamente conectada à subjetividade: conhecer os próprios órgãos contribui para desmistificar e superar os entraves sociais que cercam o corpo feminino e sua relação com o sexo (MELO, 2009).

Figura 3: O Nascimento de Vênus



Fonte: Sandro Botticelli - La nascita di Venere, originário de Google Art Project. Domínio público.

A perda do útero é uma experiência profundamente transformadora para muitas mulheres, tanto no âmbito físico quanto emocional. Este evento, frequentemente decorrente de condições médicas como endometriose severa, miomas, câncer ou complicações obstétricas, impacta significativamente não apenas na saúde reprodutiva, mas também na identidade pessoal e na percepção da própria feminilidade (MELO, 2009).

Mais do que um órgão biológico, o útero está profundamente ligado ao conceito de feminilidade, representando não apenas a capacidade reprodutiva da mulher, mas também aspectos de sua vida sexual. Para muitas mulheres, o útero é um símbolo essencial de sua identidade feminina e sua perda pode impactar profundamente nos conceitos de sua sexualidade, incluindo o desejo e a libido (SOBROGGIO, 2005).

Relatos de mulheres que passaram por histerectomia revelam que a importância atribuída ao útero só é plenamente compreendida após sua retirada. Essa consciência frequentemente resulta em um abalo na percepção de si mesmas, pela ideia de que o órgão seja o emblema de sua capacidade sexual. Sua remoção pode gerar sentimentos de menos valia e insegurança, levando à crença de que estão de alguma forma incapacitados de vivenciar plenamente o prazer sexual (SOBROGGIO, 2005).

Por outro lado, a histerectomia para homens trans, transcende o âmbito cirúrgico. Trata-se de um marco significativo de afirmação de gênero, um ato de autoconhecimento e de respeito profundo por si mesmo. Ao decidir pela remoção do útero, muitos homens trans não buscam apenas alinhar seu corpo à sua identidade de gênero, mas também enfrentam desafios sociais, médicos e emocionais que simbolizam a luta por reconhecimento e dignidade. (SOUSA, 2018)

Neste contexto, este capítulo explora essas implicações de forma ampla, abordando tanto os aspectos emocionais quanto sociais envolvidos em uma das cirurgias mais comuns do campo desses grupos (mulheres cis e homens trans).

1.2 Relação emocional e psicossocial

De maneira complementar, o conceito de qualidade de vida apresenta estreita relação com a definição de saúde, uma vez que ambos enfatizam a necessidade de considerar o ser humano em sua totalidade. Assim, é essencial analisar não apenas o funcionamento do corpo, como a ausência de doenças, mas também o equilíbrio emocional, os aspectos psicológicos e o contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido. Essa abordagem permite uma compreensão mais ampla do estado de saúde, englobando fatores como relações interpessoais, acesso a recursos básicos, bem-estar mental e capacidade de viver de forma satisfatória. (BRASIL, 2021)

Em contrapartida, ainda predominante em muitos contextos sociais, a identidade feminina e a relação com feminilidade são frequentemente reduzidas à sua capacidade de reprodução, enquanto o exercício de sua sexualidade é validado apenas quando vinculado à função reprodutiva, em conformidade com o desejo masculino. (SOBROGGIO, 2005).

Desse modo, um tratamento cirúrgico pode provocar mudanças significativas, impactando o corpo, o psiquismo e a esfera social. Mesmo quando a cirurgia é planejada e sua necessidade é previamente compreendida, a remoção de um órgão pode gerar a sensação de perda, demandando um processo de ressignificação corporal. Essas alterações podem desencadear angústias intensas, relacionadas à saúde física, reprodutiva e sexual. Pode resultar no desenvolvimento de mecanismos de defesa como tentativa de lidar com essas preocupações. (SOBROGGIO, 2005)

No entanto, para um homem trans, o útero pode carregar um peso simbólico, representando uma identidade que não lhe pertence. A presença desse órgão muitas vezes acentua a disforia de gênero – uma sensação de desconexão e angústia em relação a características físicas associadas a um gênero que não reflete quem realmente é. Nesse contexto, a histerectomia se apresenta como uma forma de libertação: uma escolha que reafirma o direito de viver plenamente e em harmonia com sua verdadeira identidade (RIBEIRO *et al.*, 2022).

1.3 Aspectos relacionados ao útero e saúde sexual

A saúde sexual é a chave para que mulheres e homens vivam sua sexualidade de forma plena e saudável ao longo de suas vidas, protegendo-se de riscos como infecções sexualmente transmissíveis, gestações não planejadas, coerção, violência e discriminação. Fortalece a valorização da vida, das relações interpessoais e da expressão verdadeira de nossa essência. Mais do que isso, a saúde sexual é uma fonte de prazer, autoconfiança e comunicação genuína, tornando-se um pilar vital para relações mais profundas e satisfatórias (BRASIL, 2013).

Sabe-se que a histerectomia pode amplificar a ansiedade em torno da perda do útero e do desconhecimento sobre o corpo feminino. A falta de compreensão acerca das funções dos órgãos envolvidos na excitação e no prazer sexual pode impactar negativamente a satisfação de ambos os parceiros. Além disso, a antecipação e o medo de sentir dor muitas vezes leva a mulher a evitar o contato sexual, reforçando uma postura esquiva que pode comprometer sua experiência íntima e relacional (FEBRASGO, 2009).

Além dos aspectos emocionais, a histerectomia pode desencadear mudanças anatômicas na pelve, resultando em alterações no tamanho e/ou formato dos órgãos genitais, comprometendo os suportes anatômicos envolvidos na resposta sexual. Essas alterações podem levar a um declínio no desejo sexual e na atratividade, influenciados pela redução dos níveis hormonais circulantes causada por alterações circulatórias pós-cirúrgicas (LUNELLI, 2014).

Ademais, alguns estudos indicam que a histerectomia está associada ao aumento da frequência de dispareunia mediana e profunda devido ao

encurtamento da vagina, à diminuição da libido e à menor ocorrência de orgasmos após a penetração (LUNELLI, 2014).

1.4 A relação simbólica entre útero e fertilidade

Similarmente à saúde sexual, a saúde reprodutiva refere-se ao bem-estar físico, mental e social ligado ao sistema reprodutivo, com o objetivo de garantir uma vida sexual segura e satisfatória, oferecendo cuidados abrangentes à reprodução (BRASIL, 2013). Mas, historicamente, o corpo da mulher tem sido concebido apenas como uma ferramenta de utilidade social, centrada na reprodução. Assim, sua sexualidade é vista como subordinada a esse papel. Desse modo, torna-se primordial discutir sobre a submissão da sexualidade a esse campo (SOBROGGIO, 2005).

As mulheres, muitas vezes, vivenciam a experiência de estar confinadas a um corpo “para outros”, seja como agente procriativo ou como objeto erótico, o que as conduz à relações de dependência e submissão. Nesse contexto, não seria surpreendente que a retirada do útero esteja associada a potenciais problemas na saúde reprodutiva: muitas mulheres temem perder seu valor enquanto seres biologicamente férteis (LUNELLI, 2014).

Figura 4: Útero florescendo, representando terreno fértil



Fonte: Freepik, 2025

É comum enfrentarem um luto simbólico. Esse luto não se restringe à perda física, mas também à perda de sonhos ou expectativas relacionadas

à maternidade biológica. Ainda que a feminilidade não deva ser reduzida à capacidade reprodutiva, muitas mulheres relatam que a ausência do útero faz com que questionem seu papel social como mulheres, particularmente em culturas onde a maternidade é considerada um elemento fundamental da identidade feminina (MELO, 2009).

A implementação de um protocolo padronizado de atendimento pré-operatório para mulheres, contendo informações claras e detalhadas sobre a histerectomia, aliado à compreensão do funcionamento dos órgãos genitais e à relação entre esses órgãos e o papel da feminilidade, poderia promover uma melhor assistência sobre esse campo. Tal abordagem contribuiria significativamente para a manutenção de uma prática sexual mais saudável, tanto antes quanto após a intervenção cirúrgica (FEBRASGO, 2009).

1.5 Considerações finais

A perda do útero traz à tona questões sobre identidade, feminilidade e fertilidade. Embora os desafios emocionais e sociais possam ser experiências individuais e de diferentes graus, é possível encontrar caminhos para a aceitação e o crescimento pessoal. Por meio do apoio adequado, seja ele emocional, médico ou social, muitas mulheres conseguem resignificar suas experiências e construir narrativas que valorizem sua individualidade e resiliência.

Em contrapartida, a retirada do útero em um homem trans, reflete a oportunidade de reencontrar a sua verdadeira identidade, libertando-o da ambiguidade que a sociedade insiste em debater, visto que não mais possui o órgão ligado à reprodução feminina e conceitos de feminilidade.

Muitas das questões emocionais e sexuais enfrentadas por esses agentes (sejam mulheres cis ou homens trans), tanto no período pré-operatório quanto no pós-operatório, poderiam ser reduzidas ou sanadas se houvesse acompanhamento adequado desde o estabelecimento da necessidade cirúrgica e planejamento operatório.

1.6 Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Definição de Saúde**. MS; 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde sexual e saúde reprodutiva Brasília**. MS; 2013.
- FEBRASGO. **Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino**. Out. de 2009.
- LUNELLI, B. P.; LOCKS, G.F.; BONFANTE, T. M. **O impacto da histerectomia abdominal no desempenho/satisfação sexual**. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 43, n. 1, p. 49-53, 2014.
- MELO, M. C. B.; BARROS, E. N. **Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina**. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia hospitalar*, v. 12, n. 2, p. 121-131, dez. 2009.
- RIBEIRO. C.R. *et al.* **Masculinidades em construção, corpos em (re)construção: desejos, contradições e ambiguidades de homens trans no processo transexualizador**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 10, 2022.
- SBROGGIO, A. M. R.; OSIS, M. J. M.; BEDONE, A. J. **O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 51, n. 5, p. 270-274, 2005.
- SOUSA, D, IRIART, J. **“Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 10, 2018.

REPERCUSSÕES DAS CIRURGIAS DE MAMA E IDENTIDADE FEMININA

Polyana de Sá Antunes Bezerra
Anelise Silva França

*“Sou uma mulher
Com a essência de uma loba
De espírito livre que vive com coragem
Todos os seus tormentos
Agarrada a vida com uma garra de ferro.”*
(Isabel Morais Ribeiro Fonseca)

2.1 Conceitos iniciais

A mama, ao longo da história e das culturas, foi associada a símbolos profundos de feminilidade, maternidade e sensualidade. É um elemento do corpo que transcende a biologia, influenciando a maneira como muitas mulheres se veem e como se conectam com o mundo. Nesse contexto, as cirurgias mamárias, como a mastectomia e a reconstrução, podem trazer impactos emocionais e psicológicos profundos, desafiando a identidade feminina e a autoimagem. (FERREIRA; MAMEDE 2003)

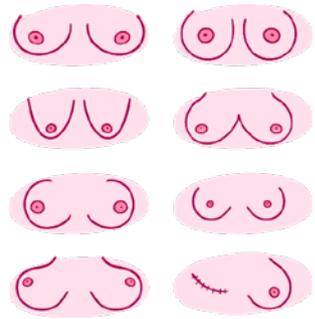


Figura 5: Mamas femininas
Fonte: Freepik, 2025

2.2 A Mama como Símbolo de Feminilidade e Identidade

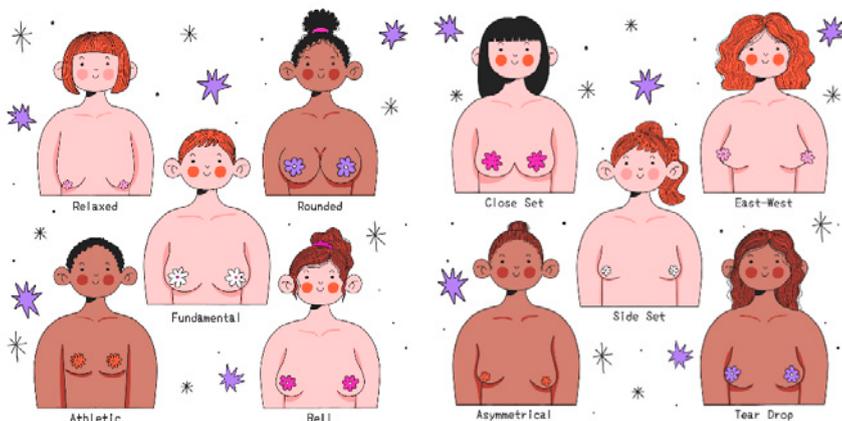
A busca pela “mama perfeita” reflete uma pressão estética que afeta profundamente a saúde. A mídia e os padrões de beleza promovem uma ideia de perfeição corporal, levando muitas mulheres a recorrerem

a cirurgias plásticas (MELO *et al.*, 2017). Nesse sentido, sabemos que a mamoplastia de aumento é uma das cirurgias plásticas mais realizadas globalmente. Segundo a International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), mais de 1,8 milhão de procedimentos foram realizados em 2021. O Brasil e os Estados Unidos lideram o ranking mundial em números absolutos de cirurgias (ISAPS 2021). Apesar de ser uma cirurgia comum, as repercussões variam desde positivas (muitas mulheres relatam aumento da autoestima), a negativas, incluindo os riscos físicos, como rejeição do implante, contratura capsular, infecções e necessidade de cirurgias corretivas. Mais detalhes técnicos serão discutidos integralmente no capítulo 5. Além disso, há o efeito psicológico de perpetuar padrões irreais de beleza e a sensação de dependência de procedimentos estéticos para aceitação (GUIMARÃES PAMP *et al.*, 2015).

Sendo possivelmente, o maior símbolo de feminilidade, as mamas trazem conforto para as mulheres cisgênero, mas representam uma fonte significativa de desconforto social para homens transexuais (CONTE *et al.*, 2019). Assim, a sua remoção não apenas reduz a disforia de gênero, mas também contribui para o bem-estar mental e social dessa população (LO RUSSO; INNOCENTI; 2017).

É importante reconhecer que o valor de uma mulher vai muito além de sua aparência física. Enquanto alguns indivíduos, como mulheres cis e trans, buscam procedimentos para se sentirem mais confiantes, outros, como homens trans, buscam distância desse mesmo símbolo para reafirmar sua identidade (WOLTER A *et al.*, 2015). Em ambos os casos, a conexão entre as mamas e a identidade mostra o peso social que o corpo carrega, evidenciando a necessidade de uma sociedade mais inclusiva, que valorize as pessoas além de padrões estéticos ou símbolos culturais (PIRES, 2021)

Figura 6: Diversidade feminina e de mamas



Fonte: Freepik, 2025.

2.3 Impacto emocional da mastectomia em mulheres cis

O câncer de mama é, possivelmente, o tipo de câncer mais temido pelas mulheres, devido ao impacto psicológico da doença, do tratamento e do medo da mutilação, que afeta diretamente a autoimagem. Isso ocorre porque as mamas têm um papel simbólico e essencial na identidade feminina, relacionado à sexualidade e à função de mulher (DE ASSIS LAHOZ M *et al.*, 2010).

A mastectomia, em especial, é vista por muitas pacientes como uma afronta direta a essa simbolização. A retirada total ou parcial da mama, seja por razões profiláticas ou terapêuticas, pode ser vivenciada como uma perda de um aspecto fundamental do feminino (BERGER *et al.*, 2006). Esse sentimento é amplificado pelas expectativas sociais e culturais em torno desses corpos, que frequentemente valorizam características como curvas e simetria (MAJEWSKI JM *et al.*, 2012).

As percepções da mastectomia alcançam também sua família, seu círculo social e seus amigos. Esse efeito é intensificado pelos tratamentos relacionados à cirurgia, pois as mudanças físicas, emocionais e sociais enfrentadas pela mulher reverberam entre os seus entes queridos (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005).

Duarte e Andrade (2002) observaram que, após a mastectomia, as dificuldades na reintegração social são marcadas por uma série de fantasias e medos, desencadeados pelo contato com o ambiente externo, o que resulta em uma mudança comportamental: mulheres que anteriormente eram sociáveis passaram a ser mais reservadas. A pesquisa dos autores indica que nem sempre o comportamento das pessoas ao redor ou a reação do mundo externo leva as mulheres a se afastarem. Muitas vezes, são as próprias mulheres que interpretam erroneamente as atitudes dos outros.

Sintomas como depressão, ansiedade, pensamentos suicidas, insônia e medo (incluindo o medo de ser rejeitado pela família e amigos, bem como o medo de recidiva e morte), são comuns entre mulheres desse grupo e culminam na piora da qualidade de vida dessas mulheres (DE ASSIS LAHOZ M *et al.*, 2010).

2.4 Reconstrução mamária: jornada de redescoberta

Paredes *et al.* (2013) e Inocenti *et al.* (2016) destacaram em suas pesquisas que a reconstrução mamária contribui para uma melhoria significativa na qualidade de vida dessas mulheres. Esse procedimento ajuda a reduzir os sentimentos negativos associados à perda da mama, facilitando a superação do trauma causado pela mutilação, visto que, proporcionam o resgate da autoestima, a reconfiguração da autoimagem e a restauração da feminilidade e sensualidade. Tal recuperação traz benefícios à saúde física, psicológica e social, bem como às relações afetivas.

Apesar de que o processo de reconstrução possa ser visto como um ato de empoderamento, permitindo que a mulher reconquiste parte de sua autoestima, nem todas as pacientes optam por essa cirurgia, seja por questões de saúde, financeiras ou simplesmente por aceitarem suas novas formas corporais (Goldstein *et al.*, 2015). A decisão de reconstruir ou não é profundamente pessoal e pode ser influenciada por fatores como o desejo de “reparar” a feminilidade ou a aceitação de uma nova identidade corporal (SCHNIPPER *et al.*, 2018).

Sob essa perspectiva, é essencial compreender a singularidade de cada mulher, levando em conta que a percepção da mama é formada de maneira individual. Tanto sua remoção quanto a (re)construção da feminilidade são vivenciadas e interpretadas de formas distintas por cada pessoa (TIMM *et al.*, 2017).

2.5 Papel do suporte psicológico e social

Atualmente, existe uma preocupação crescente em tratar os pacientes de forma integral, considerando não apenas a doença que apresentam, mas também buscando preservar ao máximo sua qualidade de vida (CORREIA *et al.*, 2007). A família, junto com os amigos e o apoio de profissionais, desempenha um papel fundamental para atender às novas necessidades que surgem durante esse processo. Assim, esses elementos são os fatores mais importantes na rede de apoio à paciente (FARIA NC *et al.*, 2006).

Além disso, grupos de apoio específicos para mulheres que passaram por cirurgias de mama têm se mostrado particularmente eficazes. Compartilhar experiências com outras mulheres que enfrentaram desafios semelhantes pode criar um senso de comunidade e normalizar sentimentos que, de outra forma, poderiam parecer isoladores. Esses espaços permitem que as mulheres expressem suas emoções sem julgamento, validem suas dores e conquistas e, sobretudo, percebam que não estão sozinhas (SALGADO *et al.*, 2021). Mais detalhes desse assunto serão discutidos no próximo capítulo.

2.6 Considerações Finais

A jornada de uma mulher ou homem trans que enfrenta uma cirurgia mamária é um processo único e transformador, que exige coragem, resiliência e suporte constante. Reconhecer a complexidade desse processo e oferecer ferramentas para que esses atores possam resignificar sua experiência e reconstruir sua identidade é um passo fundamental para promover uma vida plena, com maior qualidade e sentido.

2.7 Referências

BERGER, K. J., & BOSTWICK, J. **A Woman's Decision: Breast Cancer, Breast Surgery, and Reconstruction.** De Capo Press, 2006.

CONTE CHR *et al.* **Técnica de mastectomia masculinizadora (FTM) - interpretação pessoal.** Rev Bras Cir Plást. 2019;34:45-7.

CORREIA, G.N., *et al.* **Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar.** Fisioterapia e Pesquisa 14.3 (2007): 31-36.

DE ASSIS LAHOZ M *et al.* **Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós mastectomizadas.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010.

DUARTE, T. P., ANDRADE, A.N. **Enfrentando a mastectomia**: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade, 2002.

FARIA, N.C. *et al.* **Ajustamento psicossocial após mastectomia-um olhar sobre a qualidade de vida**. Psicologia, Saúde & Doenças, 2016, v. 17, n. 2, p. 201-213.

FERREIRA, M.L.S.M., MAMEDE, M.V. **Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia**. Rev. Latino Americana de Enfermagem 2003; 3 (11): 299-304.

GOLDSTEIN, D. *et al.* **The Emotional Experience of Breast Cancer and the Reconstruction Process**. Journal of Psycho-Oncology, 2015, 14(4), 248-257.

GUIMARÃES PAMP *et al.* **Sexualidade após mamoplastia de aumento**. Rev Bras Cir Plást. 2015;30(4):552-9.

INOCENTI, A. *et al.* **Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutora na vida de mulheres com neoplasia de mama**. Texto e Contexto Enferm., 20016, 25(2), 1-9.

INTERNATIONAL SOCIETY OF AESTHETIC PLASTIC SURGERY (ISAPS). Global Survey Results 2021.

LO RUSSO G, INNOCENTI M. **Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: a personal approach**. Aesthetic Plast Surg. 2017 Abr;41(2):369-74.

MAJEWSKI JM *et al.* **Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 2012, v. 17, p. 707-716.

MELO, E.M.; SILVA, R.M., FERNANDES, A.F.C. **O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2005, 51 (3), 219-225.

MELO JCDC *et al.* **Consumo da cirurgia plástica através da vaidade**. Cad Cajufna. 2017;2(3):102-12.

PAREDES, C. G. *et al.* **Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio**. Rev. Bras Cir. Plást, 2013, 28 (1), 100-104.

PIRES, B. **Mastectomia masculinizadora para redesignação de gênero de transexuais masculinos**. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 36, n. 4, 1 jan. 2021.

SALGADO, N. D. M. *et al.* **Impactos psicológicos da mastectomia decorrente do câncer de mama na vida da mulher**. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2021, v. 31, p. e8386, 24 jul.

SCHNIPPER, H. *et al.* **After Breast Cancer: A Common-Sense Guide to Life After Treatment**. St. Martin's Press, 2018.

TIMM, M. S. *et al.* **A imagem corporal na ótica de mulheres após a mastectomia/Body image in optics of women after mastectomy**. Ciência, Cuidado e Saúde, 2017, v. 16, n. 1.

WOLTER A *et al.* **Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy**. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2015 Fev;68(2):184-91.

APOIO PSICOLÓGICO E REABILITAÇÃO NO CÂNCER DE MAMA

Fernanda Teixeira de Andrade
Anelise Silva França

“[...] A história do câncer não é a história dos médicos que lutam e sobrevivem, movendo-se de uma instituição para outra. É a história dos pacientes que lutam e sobrevivem, passando de um estágio de enfermidade para outro. Resiliência, inventividade e sobrevivência — qualidades frequentemente atribuídas a grandes médicos — são qualidades refletidas, emanando primeiro daqueles que enfrentam a doença e só então sendo espelhadas por aqueles que os tratam.”
(O Imperador de Todos os Males - Siddhartha Mukherjee)

3.1 Conceitos iniciais

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2,4 milhões de mulheres foram diagnosticadas com câncer de mama em 2022. Em países em desenvolvimento, muitas pacientes só tomam conhecimento do diagnóstico em estágios mais avançados da doença, principalmente devido a fatores socioeconômicos que impedem que essas mulheres sejam diagnosticadas de forma precoce. O manejo adequado da doença torna-se indispensável para que as pacientes possuam uma maior chance de sobrevivida (AGARWAL *et al.*, 2009).

Nas últimas décadas a necessidade de aprofundar os estudos acerca do câncer de mama entrou em evidência, tendo como resultado protocolos sistematizados e bem estruturados para o tratamento e prevenção da doença. Entretanto, medidas de suporte, tanto pré como pós-operatórias, ainda carecem de maiores estudos que possibilitem uma percepção adequada da realidade e o desenvolvimento de protocolos consistentes direcionados para tal fim. Com isso, enfatiza-se o relacionamento médico-paciente e o papel da equipe multidisciplinar no processo de reabilitação (BARRIOS, 2022).

O acompanhamento psicológico também nem sempre é abordado com o cuidado necessário durante o acompanhamento das pacientes. A comunicação aberta, a necessidade de apoio para si mesmas e seus entes queridos, a possibilidade de compartilhar seus receios e receber acolhimento são fundamentais para que as pacientes sejam capazes de reduzir os receios relacionados ao tratamento e conseguir uma reabilitação adequada, com um cuidado holístico e individualizado (BATISTA *et al.*, 2024).

Este capítulo busca trazer uma visão sucinta desses conceitos, esclarecendo as técnicas, atitudes médicas e multiprofissionais relacionadas ao cuidado pré e pós-operatório para a reabilitação, bem como a abordagem psicológica envolvidos no cuidado de pacientes diagnosticadas com câncer de mama.

3.2 Apoio pré-tratamento

De acordo com uma pesquisa publicada em 2025 pelo projeto ADVOCATE- BREAST, que tem como objetivo diminuir as experiências negativas de pacientes enfrentando câncer de mama, um dos maiores fatores que causam estresse a essas mulheres é a falta de conhecimento em relação à própria doença. Publicações completas e confiáveis sobre o tema raramente tem uma linguagem acessível, causando dificuldade na compreensão quando a pesquisa é realizada sem orientação profissional.

Figura 7: Medo do desconhecido ao receber diagnóstico de câncer de mama



Fonte: Freepik, 2025.

Muitos médicos também não estão preparados para informar às pacientes de forma concisa, integral e não alarmista, de modo que, apresentam dificuldades para compartilhar problemas e decisões mesmo com outros profissionais de uma equipe multidisciplinar causando um distanciamento na relação médico-paciente e criando ainda mais angústia para pessoas já fragilizadas (VEENENDAAL *et al.*, 2020).

Também é pauta importante que nem sempre as pacientes são informadas de possíveis efeitos colaterais dos tratamentos, envolvendo a autoimagem, alterações de libido e de funções neurossensoriais, para que possam se preparar psicologicamente e organizar suas rotinas para lidar com sua nova realidade. A discussão abrangente dos tratamentos e opções disponíveis também permitem que as pacientes se sintam satisfeitas com suas decisões, auxiliando no processo de reabilitação (O’SULLIVAN *et al.*, 2024).

3.3 Apoio pós-tratamento

A cirurgia ainda se constitui como principal método para o tratamento do câncer de mama, ainda mais considerando casos mais avançados. Sua extensão pode ser variável segundo a necessidade de cada paciente (LIMA, 2022). A mastectomia, além das mudanças estéticas causadas na mulher, pode acarretar linfedema a redução da amplitude de movimento principalmente do membro superior do lado afetado, de modo que tem efeitos tanto psicológicos quanto funcionais para a mulher (SOUSA *et al.*, 2022).

Desse modo, após o tratamento do câncer de mama, a reconstrução da autoimagem e da autoestima da mulher é essencial para ajudá-la a retomar a qualidade de vida e o bem-estar emocional. O impacto do tratamento pode afetar profundamente a percepção que a mulher tem de si, sendo normal após o tratamento sentimentos de desconexão entre sua identidade e seu corpo (SILVA, 2008).

Para a reconstrução dessa autoimagem pode-se lançar mão de algumas estratégias que devem ser apresentadas pelos serviços de saúde tanto a paciente quanto a sua família. Por exemplo, promover práticas de cuidado pessoal (cuidados com a pele, massagens ou exercícios físicos leves), pode ajudar a reconectar-se com o corpo de forma positiva. Experimentar novos estilos de roupas e acessórios que valorizem a beleza individual pode ajudar a criar um novo senso de confiança (SILVA, 2008).

Além do citado, vale destacar como parte do processo de recuperação da auto-estima e recuperação pós tratamento: a cirurgia de reconstrução mamária. Existem diferentes técnicas de reconstrução mamária, que incluem o uso de implantes artificiais, uso de tecido autólogo ou uma combinação de ambos. Esses procedimentos oferecem benefícios importantes, como a melhora da autoestima, da autoimagem e da qualidade de vida, proporcionando um senso de integridade corporal (PAREDES *et al.*, 2013). Mais detalhes serão discutidos no capítulo 5.

Vale a pena enfatizar a importância do acompanhamento da paciente por uma equipe multidisciplinar que possa ajudá-la a voltar, dentro do possível, à sua rotina após o câncer. A exemplo do acompanhamento com fisioterapia especializada, sabe-se que a dor crônica oncológica está presente em até 80% das pacientes, desse modo, um estudo realizado por Costa *et al.* em 2019 demonstrou que a fisioterapia foi capaz de reduzir significativamente a dor crônica nessas pacientes, melhorando sua qualidade de vida.

3.4 Acompanhamento psicológico: importância e desafios

No estudo de 2025 do projeto ADVOCATE-BREAST, muitas pacientes relataram que consideravam o tratamento psicológico precoce essencial para a reabilitação. Também relataram que gostariam de que tivessem acesso ao tratamento psicológico preferencialmente desde o diagnóstico. Entretanto, o acesso à saúde pode ser dificultado pelo local de origem da paciente e de sua situação socioeconômica de forma que o cuidado pós-tratamento é, muitas vezes, desigual (WILKERSON *et al.*; 2024).

Figura 8: mulheres em grupo de apoio. Necessário para redescobrimto após doença e construir autoimagem



Fonte: Freepik, 2025.

Também é importante considerar grupos de apoio psicossocial, mediados por indivíduos capacitados e com conhecimento abrangente sobre o tema, com o objetivo de reduzir o estresse e o medo por meio do compartilhamento de situações similares (GOMES *et al.*, 2003). Questões relacionadas a logísticas, recursos e motivação muitas vezes impedem a realização de grupos de apoio de forma consistente e adequada (SOUZA *et al.*, 2024).

3.5 Considerações finais

Nas últimas décadas, o entendimento acerca das necessidades das pacientes com neoplasias mamárias malignas se tornou abrangente. Hoje percebe-se a necessidade de um apoio extensivo e contínuo, que deve ser iniciado antes do tratamento, preferencialmente a partir do diagnóstico. Discutir de forma aberta todas as opções e os possíveis desdobramentos da patologia permite que as pacientes se envolvam em seu próprio processo de cura, possibilitando uma resposta positiva.

Destaca-se também a necessidade do apoio para a reconstrução física e mental da autoimagem da paciente, o que envolve não apenas opções

cirúrgicas, mas também apoio psicológico. Entretanto, a distribuição de recursos, especialmente os de apoio psicológico, pré e pós-operatórios, ainda é discrepante e nem todas as pacientes conseguem ter um nível de tratamento ótimo para sua plena recuperação enquanto seres biopsicossociais.

3.6 Referências

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast Cancer**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
- AGARWAL, G. *et al.* **Breast cancer care in developing countries**. *World Journal of Surgery*, v. 33, n. 10, p. 2069–2076, 1 out. 2009.
- BARRIOS, C. H. **Global challenges in breast cancer detection and treatment**. *The Breast*, v. 62, n. 1, p. 3–6, fev. 2022.
- BATISTA, T. C. *et al.* **Abordagem Multidisciplinar na reabilitação de mulheres com Neoplasia de mama: Uma Revisão Abrangente**. *Journal of Medical and Biosciences Research*, v. 1, n. 2, p. 297–306, 24 jul. 2024.
- O’SULLIVAN, C. C. *et al.* **Advocate-BREAST: advocates and patients’ advice to enhance breast cancer care delivery, patient experience and patient centered research by 2025**. *Archives of Public Health*, v. 82, n. 1, 7 ago. 2024.
- VAN VEENENDAAL, H. *et al.* **Effect of a multilevel implementation programme on shared decision-making in breast cancer care**. *BJS Open*, v. 5, n. 2, 23 dez. 2020.
- WILKERSON, A. D. *et al.* **Disparities in Breast Cancer Care—How Factors Related to Prevention, Diagnosis, and Treatment Drive Inequity**. *Healthcare*, v. 12, n. 4, p. 462–462, 12 fev. 2024.
- GOMES, F. A. *et al.* **Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama**. *Rev. enferm. UERJ*, p. 292–295, 2023.
- SOUZA, C. DE; SANTOS, M. A. DOS. **Significados Atribuídos por Mulheres com Câncer de Mama ao Grupo de Apoio**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 44, p. e259618, 29 abr. 2024.
- PARADES, C.G. *et al.* **Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio**. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 28, p. 100-104, 2013.
- PINHEIRO, T.; BARROS, H. V. O.; BORGES, K. W. C. **Atuação da fisioterapia no tratamento de sequelas incapacitantes em pacientes com câncer de mama**. *Revista Liberum accessum*, v. 4, n. 1, p. 13-20, 2020.
- SILVA, L. C. da. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino**. *Psicologia em estudo*, v. 13, p. 231-237, 2008.
- SOUZA, M. L.; SOUZA, F. H. N. **Fisioterapia Na Reabilitação Do Pós-Operatório De Câncer De Mama: Revisão Integrativa Da Literatura**. *Diálogos em Saúde*, v. 5, n. 1, 2022.

Sessão 2

PRINCIPAIS CIRURGIAS NA SAÚDE DA MULHER

HISTERECTOMIA: INDICAÇÕES E TÉCNICAS CIRÚRGICAS

Amanda Cristina Carneiro
Anelise Silva França

*“Não é a ausência do útero que define a mulher,
mas a plenitude de sua autonomia
e a liberdade de ser quem ela escolhe ser.”
(Judith Butler)*

4.1 Conceitos Iniciais

A palavra “histerectomia” tem origem em dois termos gregos: “*hyster*”, que significa útero, e “*ektomē*”, que se refere à remoção ou excisão. Esse procedimento cirúrgico, que consiste na retirada do útero, foi realizado com sucesso pela primeira vez no século XIX, utilizando incisões abdominais ou vaginais. Atualmente, a histerectomia é uma das cirurgias mais frequentes na ginecologia (NOGUEIRA-SILVA *et al.*, 2014), e desde 1989, graças aos avanços na área, o acesso laparoscópico tornou-se uma técnica predominante, permitindo a execução segura do procedimento para tratar diversas complicações relacionadas à saúde feminina (FEBRASGO, 2017).

Dependendo da extensão da cirurgia realizada, a histerectomia pode ser definida em três tipos principais:

- Total: remoção completa do útero e do colo uterino, sendo essa a forma mais comum do procedimento;
- Subtotal (ou parcial): apenas a porção superior do útero é retirada, preservando-se o colo uterino. Não há uma indicação formal para a realização dessa abordagem, sendo geralmente utilizada em situações de dificuldade técnica durante uma cirurgia, reduzindo os riscos de complicações intra e pós-operatórias;

- Radical: inclui a remoção total do útero, dos ligamentos que o sustentam (paramétrios) e da porção superior da vagina, sendo indicada principalmente em casos de doenças ginecológicas malignas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

A escolha da via cirúrgica deve ser cuidadosamente baseada nas características anatômicas da paciente, no diagnóstico e na experiência do cirurgião, garantindo os melhores resultados possíveis (COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE, 2015).

4.2 Indicações

As situações para a realização de uma histerectomia podem ser agrupadas em cinco categorias principais. A primeira delas envolve os miomas uterinos, que são tumores benignos capazes de provocar sintomas como dor pélvica, sangramento menstrual intenso e pressão sobre órgãos próximos, como a bexiga e o intestino. Quando esses miomas alcançam grandes dimensões, causando sintomas graves, como comprometimento da fertilidade ou resposta insuficiente a tratamentos conservadores, a cirurgia se torna uma opção relevante (UPTODATE, 2025). Outra indicação comum é o sangramento uterino anormal, especialmente nos casos em que não é possível controlá-lo por meio de medicamentos ou procedimentos menos invasivos. Já no prolapso de órgãos pélvicos, que ocorre devido ao enfraquecimento das estruturas de suporte, à intervenção cirúrgica é necessária em casos mais severos, quando outras abordagens não surtiram efeito. (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2019)

Figura 9: Sangramento, ciclo menstrual e materiais necessários para saúde menstrual



Fonte: Freepik, 2025

Ademais, condições como a endometriose e a doença inflamatórias pélvica, responsáveis por dor pélvica crônica, dismenorrea e, em alguns casos, infertilidade, também podem ser indicações para o procedimento em situações graves. Por fim, no contexto de doenças malignas e pré-malignas, como câncer de útero, ovário ou colo uterino, a histerectomia é frequentemente realizada como parte do tratamento para remover o tumor e conter a progressão da doença. (FEBRASGO, 2009)

4.3 Histerectomia no contexto da redesignação sexual

A histerectomia desempenha um papel crucial no processo de redesignação sexual para indivíduos trans masculinos, sendo uma das etapas mais significativas na afirmação de gênero. Nesse sentido, além de alinhar a anatomia do paciente à sua identidade de gênero, reduz os níveis de disforia de gênero e promove bem-estar psicológico. Conforme Morais e Cortes (2020), a realização da histerectomia em pessoas trans masculinas vai além de uma intervenção cirúrgica, representando um marco simbólico de transição, que envolve o rompimento com características físicas associadas ao gênero designado ao nascimento.

Nesse sentido, além de ser uma intervenção afirmativa de gênero, também desempenha um papel preventivo essencial na saúde física de pessoas trans masculinas. A presença de órgãos reprodutivos femininos, mesmo em indivíduos que fazem uso de testosterona como parte da terapia hormonal, pode implicar riscos para a saúde (HEMBREE *et al.*, 2017). A exposição contínua do endométrio a níveis hormonais não cíclicos pode, por exemplo, aumentar as chances de hiperplasia endometrial, uma condição que pode evoluir para malignidades, como o câncer endometrial (TRINDADE *et al.*, 2021).

No entanto, essa cirurgia também apresenta desafios significativos, tanto no acesso quanto na assistência prestada. Nesse aspecto, barreiras como o preconceito, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e a escassez de serviços especializados dificultam o acompanhamento adequado (MORAIS; CORTES, 2020). Além disso, os critérios para a realização da histerectomia podem variar amplamente, envolvendo desde exigências médicas e psicológicas até limitações legais e culturais, o que torna o processo ainda mais complexo para muitos pacientes (BRASIL, 2015).

4.4 Técnicas Cirúrgicas

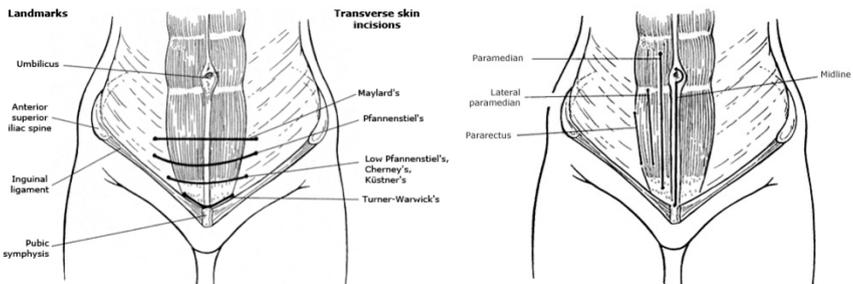
A histerectomia pode ser realizada por três vias principais - abdominal, vaginal e laparoscópica. A escolha do método depende de diversos fatores, como: condição clínica da paciente, tamanho do útero, presença de doenças associadas e experiência da equipe médica (KOVAC *et al.*, 2002). Além disso, aspectos como o volume e a posição do útero, histórico médico da paciente, número de gestações, cirurgias anteriores (como cesarianas), e características anatômicas, como a elasticidade e amplitude da vagina, também influenciam na decisão (DAVIES *et al.*, 2002).

É essencial que a paciente passe por uma avaliação detalhada antes da cirurgia, para que a via de acesso seja selecionada de forma adequada, garantindo um procedimento eficaz, sem intercorrências e com uma recuperação saudável (DAVIES *et al.*, 2002).

4.3.1 Histerectomia via abdominal

É tradicionalmente realizada por meio de uma incisão na parte inferior da parede abdominal, que pode ser feita de forma longitudinal ou transversal. Essa abordagem é frequentemente escolhida em casos de malignidades ginecológicas, presença de doenças pélvicas como endometriose e aderências, ou quando o útero está significativamente aumentado (UPTODATE, 2025).

Figura 10: Incisões verticais e horizontais na parede abdominal



Fonte: Uptodate, 2025

Fatores de risco para complicações graves nesse tipo de procedimento incluem diabetes e aderências pélvicas (UPTODATE, 2025). De acordo com Maresh *et al.* (2002), as taxas de mortalidade e complicações associadas à histerectomia abdominal são baixas, mas ainda assim podem ocorrer: lesões intraoperatórias em órgãos abdominais, tromboembolismo, infecções graves e hemorragias secundárias são as mais comuns.

4.4.2 Histerectomia via vaginal

A histerectomia vaginal, inicialmente utilizada apenas para tratar casos de prolapso uterino, passou a ser empregada também para anormalidades menstruais em mulheres com útero de tamanho normal. Esse procedimento é realizado sem a necessidade de incisões visíveis no abdômen. O útero pode ser removido diretamente pela vagina ou com auxílio de laparoscopia. Reconhecida como uma das abordagens mais seguras e econômicas, é considerada a técnica de primeira escolha, segundo o UpToDate (2025).

Essa via é indicada para diversas condições ginecológicas benignas, como prolapso uterino, miomas pequenos ou moderados, sangramento uterino anormal resistente a tratamentos clínicos, estágios leves de endometriose e algumas causas de dor pélvica crônica (SCHMITT *et al.*, 2019).

Embora não existam contraindicações absolutas para a via vaginal, algumas situações anatômicas podem dificultar o procedimento, incluindo malignidade confirmada, útero aumentado, aderências pélvicas extensas e prolapso uterino severo com alterações anatômicas (DOUCETTE *et al.*, 2001). Além disso, fatores como nuliparidade, índice de massa corporal elevado, histórico de radiação pélvica e ausência de descida uterina durante o procedimento podem tornar a técnica desafiadora (HESSELMAN; HÖGBERG; JONSSON, 2017).

Entre os benefícios da histerectomia vaginal estão a natureza minimamente invasiva do procedimento, recuperação mais rápida em comparação à laparotomia, menor tempo de internação hospitalar e custos reduzidos. No entanto, complicações podem ocorrer, incluindo lesões em órgãos próximos (como bexiga e ureteres), infecções no local cirúrgico, sangramento excessivo durante a operação, formação de hematomas vaginais e prolapso vaginal apical no período pós-operatório (UPTODATE, 2025).

Apesar das vantagens, o número de histerectomias vaginais tem diminuído, principalmente devido à falta de treinamento adequado nessa técnica e à preferência crescente por abordagens laparoscópicas em alguns cenários (COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE, 2015).

4.4.3 Histerectomia via laparoscópica

A histerectomia laparoscópica é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva desenvolvida para a remoção do útero, utilizando pequenas incisões abdominais e instrumentos específicos. Introduzida em 1989, tornou-se uma alternativa moderna às histerectomias abdominais abertas e vaginal, aproveitando os avanços da tecnologia cirúrgica (FEBRASGO, 2017). Essa abordagem possibilita a execução da cirurgia com maior precisão e menor trauma aos tecidos, graças ao uso de uma câmera e instrumentos laparoscópicos inseridos por pequenas aberturas no abdômen.

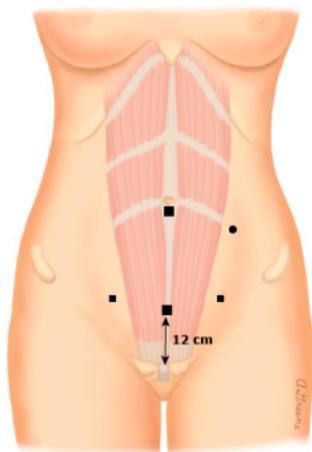


Figura 11: Locais de incisão para histerectomia laparoscópica

Os acessos de 5 ou 10 mm podem ser alocados em qualquer localização. Quadrados indicam trocater primário e acessórios típicos. Os círculos indicam opções para locais adicionais de trocateres acessórios.

Fonte: UptoDate, 2025.

A técnica evoluiu a partir da cirurgia laparoscópica geral, incorporando equipamentos mais sofisticados e, mais recentemente, tecnologia robótica. Existem três subtipos principais de histerectomia laparoscópica. Na histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (LAVH), parte do procedimento é feita por laparoscopia e a outra por via vaginal, sem a ligadura dos vasos uterinos na etapa laparoscópica. Já na histerectomia

laparoscópica com ligadura dos vasos uterinos (LHa), esses vasos são ligados laparoscopicamente, enquanto o restante da cirurgia é realizado por via vaginal. Na histerectomia laparoscópica total, todo o procedimento, incluindo a sutura da cúpula vaginal, é realizado por laparoscopia, demandando maior habilidade técnica do cirurgião (OLIVE *et al.*, 2000).

As principais indicações para a histerectomia laparoscópica incluem miomas uterinos, adenomiose, sangramento uterino anormal refratário ao tratamento clínico e endometriose. Também é utilizada no manejo inicial de alguns casos de câncer ginecológico. No entanto, há limitações e contraindicações relativas, como pacientes que não toleram o pneumoperitônio, dificuldades ventilatórias durante a anestesia, aumento significativo do útero, aderências graves devido a cirurgias anteriores ou endometriose severa. Além disso, a obesidade pode dificultar o posicionamento adequado do paciente e interferir na execução da técnica na posição de Trendelenburg (SPRUNG *et al.*, 2002).

Embora seja considerada uma técnica segura, complicações podem ocorrer, como lesões no trato urinário, incluindo bexiga e ureteres, sangramento excessivo, formação de hematomas e infecções nos locais de inserção dos trocartes. As taxas de complicações variam entre 4% e 14%, dependendo da complexidade do caso e da experiência do cirurgião. Mesmo assim, estudos demonstram que a histerectomia laparoscópica apresenta menor incidência de complicações, como por exemplo: infecções e febre pós-operatória quando comparada à via abdominal (PEPIN; COOK; COHEN, 2020).

Os benefícios dessa abordagem incluem menor dor no período pós-operatório, recuperação mais rápida e retorno precoce às atividades diárias. Apesar dessas vantagens, a técnica exige habilidades cirúrgicas avançadas, maior tempo de aprendizado e pode demandar conversão para laparotomia em situações de complicações intraoperatórias (MADHVANI *et al.*, 2022).

4.5 Cuidados Pós - Operatório

Os cuidados após histerectomia são fundamentais para garantir uma recuperação eficiente e reduzir o risco de complicações. O manejo adequado durante esse período contribui para a prevenção de complicações físicas e emocionais. Mais informações acerca desse tema serão discutidas no capítulo 11.

4.6 Considerações finais

A histerectomia, evoluiu de uma intervenção voltada exclusivamente para o tratamento de patologias ginecológicas para um procedimento que reflete transformações sociais, culturais e identitárias, especialmente no contexto da transgeneridade. No caso de mulheres cisgênero, a perda do útero pode evocar sentimentos de luto, redefinição de feminilidade e impacto psicológico, já que o órgão é muitas vezes associado à capacidade de gerar vida. Para pessoas trans masculinas e não binárias, entretanto, a histerectomia pode ser um passo essencial no alinhamento entre corpo e identidade de gênero, promovendo um bem-estar que transcende o físico e alcança o emocional. Essa dualidade demonstra como o mesmo procedimento pode assumir diferentes significados, dependendo do contexto social e individual, exigindo uma abordagem humanizada por parte da equipe de saúde. Assim, a histerectomia transcende o campo médico, tornando-se um símbolo de respeito às escolhas individuais e à dignidade humana.

4.7 Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Transexualidade e travestilidade na saúde.** *Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.* – Brasília, Ministério da Saúde, 194 p., 2015.
- CATANZARITE, T. *et al.* **Duration of operative time during benign laparoscopic and robotic hysterectomy is associated with increased 30-day perioperative complications.** *J Minim Invasive Gynecol*, 2015, v. 22, p. 1049.
- COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE. Committee Opinion No. 619: **Gynecologic Surgery in the Obese Woman.** *Obstet Gynecol*, 2015, v. 125, p. 274. Reaffirmed in 2021.
- DAVIES, A. *et al.* **Hysterectomy: surgical route and complications.** *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2002, v. 104, n. 2, p. 148-151.
- DOUCETTE, R. C.; SHARP, H. T.; ALDER, S. C. **Challenging commonly accepted contraindications to vaginal hysterectomy.** *Am J Obstet Gynecol*, 2001, v. 184, p. 1386.
- HEMBREE, Wylie C *et al.* **Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society.** *The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 11, p. 3869-3903, nov. 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>. Acesso em: 16 jan. 2025.

HESELMAN, S.; HÖGBERG, U.; JONSSON, M. **Effect of remote cesarean delivery on complications during hysterectomy: a cohort study.** *Am J Obstet Gynecol*, 2017, v. 217, p. 564.e1.

JOHNSON, N. *et al.* **Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** *BMJ*, 2005, v. 330, n. 7506, p. 1478.

KOVAC, S. R. *et al.* **Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population.** *Am J Obstet Gynecol*, 2002, v. 187, n. 6, p. 1521-1527.

LIMA, F.; CRUZ, K. T. da. **Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina.** *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio De Janeiro)*, v. 23, p. 162–186, 2016.

MADHVANI, K. *et al.* **Prediction of major complications in patients undergoing laparoscopic and open hysterectomy for benign indications.** *CMAJ*, 2022, v. 194, p. E1306.

MARESH, M. J. *et al.* *BJOG*, 2002, v. 109, p. 302.

MORAIS AVC, CORTES HM. **Cirurgia de redesignação sexual: implicações para o cuidado.** *J. nurs. health. 2020;10(3): e20103002*

MORGANA, D. M. *et al.* **Predictors of same-day discharge following benign minimally-invasive hysterectomy.** *Am J Obstet Gynecol*, 2022.

NOGUEIRA-SILVA, C. *et al.* **Totally laparoscopic hysterectomy.** *Acta Med Port*. [Internet], 2014, v. 27, n. 1, p. 73-81. Available at: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/4080/3880>. Acesso em: 9 jan. 2025.

OLIVE, D. L. *et al.* **The AAGL classification system for laparoscopic hysterectomy. Classification committee of the American Association of Gynecologic Laparoscopists.** *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 2000, v. 7, p. 9.

PEPERMPRON. **Via de acesso para histerectomia vaginal.** Shutterstock. Disponível em: <https://www.shutterstock.com>. Acesso em: 9 jan. 2025.

PEPIK, K. J.; COOK, E. F.; COHEN, S. L. **Risk of complication at the time of laparoscopic hysterectomy: a predictive model built from the National Surgical Quality Improvement Program database.** *Am J Obstet Gynecol*, 2020, v. 223, p. 555.e1.

PELVIC ORGAN PROLAPSE: **ACOG Practice Bulletin**, Number 214. *Obstet Gynecol*, 2019 (reaffirmed 2024), v. 134, n. 5, p. e126-e142.

SCHMITT, J. J. *et al.* **Outcomes of vaginal hysterectomy with and without perceived contraindications to vaginal surgery.** *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2019, v. 25, p. 41.

SPRUNG, J. *et al.* **The impact of morbid obesity, pneumoperitoneum, and posture on respiratory system mechanics and oxygenation during laparoscopy.** *Anesth Analg*, 2002, v. 94, p. 1345.

TRINDADE, C. A. *et al.* **Posicionamento Conjunto Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidando de pacientes transgênero.** *Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/ Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia/ Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.* 2021

UPTODATE: **Hysterectomy (benign indications): Selection of surgical route.** Available at: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 9 jan. 2025.

UPTODATE: **Hysterectomy: Vaginal.** Available at: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 9 jan. 2025.

UPTODATE: **Hysterectomy: Laparoscopic.** Available at: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 9 jan. 2025.

UPTODATE: **Hysterectomy: Abdominal (open) route.** Available at: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 9 jan. 2025.

REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Available at: <https://www.febrasgo.org.br/rbgo/uploads/arquivos/>. Acesso em: 9 jan. 2025.

CIRURGIA DE HISTERECTOMIA (Hospital da Mulher Dr. A. Nise da Silveira (HM)). Available at: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/cirurgia-de-histerectomia-hospital-da-mulher-dr-a-nise-da-silveira-hm>. Acesso em: 9 jan. 2025.

HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA: PADRONIZAR PARA PROLIFERAR. Available at: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/253-histerectomia-laparoscopica-padronizar-para-proliferar>. Acesso em: 9 jan. 2025.

MASTECTOMIA E OUTRAS CIRURGIAS MAMÁRIAS

Laíse Panaggio
Anelise Silva França

*“Eu desenhei com uma caneta Sharpie onde eu usaria a tesoura,
se isso fosse o necessário para eu me olhar no espelho”*
(trecho traduzido de “Fat Funny Friend”, por Maddie Zahm)

5.1 Conceitos iniciais

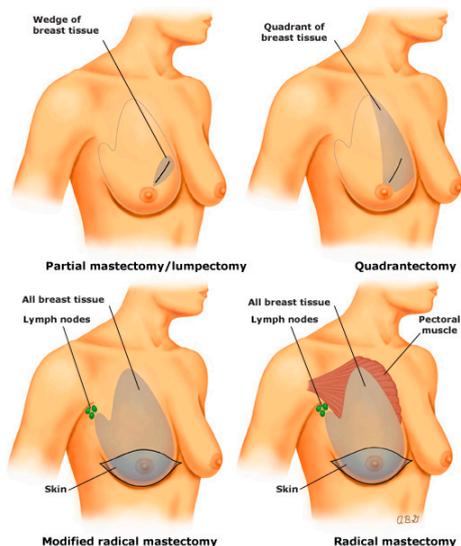
A história da cirurgia de mama, tanto cosmética quanto para abordagens patológicas, é intimamente ligada com a história da mastectomia oncológica. O surgimento desta última só pode ser datado oficialmente com a primeira descrição pelo cirurgião William Halsted em 1882, mesmo que se tenha conhecimento de realização de procedimentos semelhantes desde os tempos do Império Bizantino. As intervenções de Halsted, apesar de radicais, trouxeram novas perspectivas para a área em relação ao uso de técnicas antissépticas e assépticas, além de nova anestesia, o que apresentou redução de recidiva e aumento de sobrevida. Entretanto, o mesmo cirurgião considerava as possibilidades de reconstrução por cirurgia plástica como violações do controle local da doença, o que freou o desenvolvimento de técnicas reconstrutivas da mama (UROSOKIE; COLEN, 2004; PLESCA *et al.*, 2016).

A primeira tentativa de reconstrução de mama ocorreu em 1895 com Vincent Czerny, ao realizar um transplante de um lipoma removido do flanco de sua paciente para preenchimento da cavidade formada após o procedimento radical de mastectomia. Este procedimento autólogo, que tem menores chances de rejeição, também foi considerado o primeiro grande procedimento de mamoplastia de aumento, uma vez que os outros métodos utilizados eram experimentais e apresentavam alto risco e morbidade (UROSOKIE; COLEN, 2004; PERRY; FRAME, 2020).

Muitas outras técnicas foram testadas, com o objetivo principal de restauração da pele removida, porém caíram em desuso por causa de grandes cicatrizes, necessidade de procedimentos seriados e resultados pouco satisfatórios. Com a introdução do implante de gel de silicone por Cronin e Gerow em 1963, houve revolução na área, pois, poderia ser empregado tanto para procedimentos de aumento cosmético das mamas quanto para reconstrução pós-mastectomia (UROSKIE; COLEN, 2004; PERRY; FRAME, 2020).

Apenas a partir de 1972 houve mudança na abordagem cirúrgica tradicional, com a técnica desenvolvida por Madden, a mais utilizada até hoje, na qual são mantidos os músculos peitorais. A partir daí, as técnicas menos invasivas surgiram atreladas aos avanços dos exames de imagem, uma vez que tornou-se possível identificar com maior precisão tamanho e localização do tumor, além da utilização de marcadores tumorais e determinação de perfil imunohistoquímico. Esses avanços contribuíram para o incentivo e auxílio de técnicas direcionadas, que promovem maior conservação de tecidos e permitem resultados mais estéticos externamente (PLESCA *et al.*, 2016).

Figura 12: Tecidos removidos em abordagens de câncer de mama



Fonte: UptoDate, 2025

O aprimoramento sucessivo das técnicas à evolução da tecnologia de implantes e expansão de tecidos, assim como o surgimento de novas possibilidades de procedimentos estéticos permitiram uma busca por resultados mais satisfatórios para as pacientes, com novas possibilidades de remodelamento, expansão e redução das mamas, de acordo com a necessidade e/ou intenção individuais (MAXWELL; GABRIEL, 2017).

Dessa forma, o avanço nas técnicas e novas tecnologias mostram-se de grande importância na parte física e na função fisiológica, ao prevenir e/ou remover regiões acometidas por doenças como o câncer ou até mesmo corrigir alterações posturais. De maneira positiva, também, tem grande impacto em questões psicológicas, ao restituir ou até mesmo construir uma aparência externa que seja condizente com as expectativas individuais. Tais expectativas são pautadas tanto em questões estéticas como até mesmo para readequação sexual, reduzindo o sofrimento por disforia de gênero em casos de pessoas transgênero (CRERAND; INFELD; SARWER, 2009, BUSTOS *et al.*, 2021; BEKENY *et al.*, 2021).

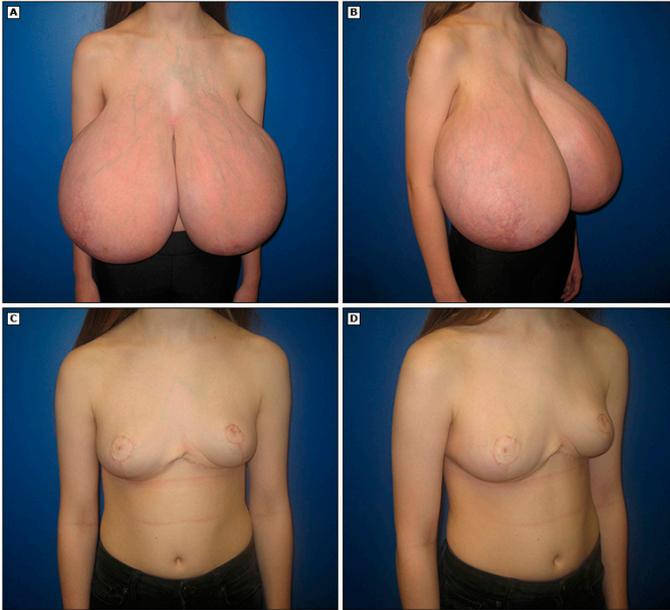
Assim, trazemos a esse capítulo um breve apanhado das principais cirurgias mamárias no contexto da saúde da mulher, descrevendo suas principais aplicações e técnicas. Além disso, buscamos discutir os desafios no processo de recuperação diante dessas abordagens.

5.2 Cirurgias Mamárias

5.2.1 Mamoplastia de Redução

É dada pela excisão do excesso de gordura, tecido mamário e pele da mama, com conseqüente diminuição do volume, remodelação e reposicionamento das estruturas como o complexo areolopapilar. É uma cirurgia comumente indicada para pacientes com hipertrofia mamária, que pode afetar atividades cotidianas e gerar sintomas, tais como dores no ombro e pescoço. A técnica cirúrgica é descrita pelo pedículo, porção de tecido mamário que é preservado com manutenção de suprimento sanguíneo e nervoso, com padrão de incisões e cicatrizes e, também, pela localização e anexação do mamilo e aréola (PERRY; FRAME, 2020; FAGUNDES *et al.*, 2023).

Figura 13: Mamoplastia redutora padrão Wise em paciente com gigantomastia severa



Abordagem de gigantomastia juvenil grave no pré-operatório (A,B) com padrão de Wise (pedículo super-medial) e no pós-operatório após redução mamária com pedículo súpero-medial (C,D). Ressecado 4988 gramas do lado direito e 4778 gramas do lado esquerdo.

Fonte: UpToDate, 2025

5.2.2 Mamoplastia de Aumento

Indicada para mulheres que estejam insatisfeitas e desejam aumentar o tamanho das mamas, após o desenvolvimento sexual completo. A cirurgia pode ser unilateral, diferencial ou bilateral e ter motivações diversas como: pressão estética ou consequências naturais da perda de peso, do envelhecimento, e após a gravidez. Geralmente ocorre a inserção de próteses mamárias, que podem ser implantadas de forma subglandular (entre o tecido da glândula mamária e a fáscia da musculatura peitoral, contraindicada em pacientes com a pele fina) ou de forma submuscular (abaixo do músculo peitoral maior) (PERRY; FRAME, 2020; FAGUNDES *et al.*, 2023).

Os implantes em geral são divididos em formato anatômico ou redondo, sendo indicado pelo profissional de acordo com a técnica e a forma final desejada (PERRY; FRAME, 2020; FAGUNDES *et al.*, 2023).

5.2.3 Mastopexia

A técnica tem como função a correção da ptose mamária, desenvolvida com a flacidez e perda de elasticidade da pele, que não conseguem sustentar as estruturas da mama, ocasionando um deslocamento do tecido glandular mamário para baixo. O grau de ptose, que define a técnica cirúrgica utilizada, se dá pela posição do complexo areolopapilar em relação ao sulco inframamário (TOWNSEND *et al.*, 2024).

Figura 14: Pré e pós-operatório de Mastopexia com aumento (colocação de prótese).



Fonte: DARONCH; MARCANTE; PALHARES, 2023.

As técnicas utilizadas são baseadas nas técnicas já supracitadas para mamoplastias de redução e de aumento, com remoção e reposicionamento da pele e do tecido mamário. Adicionalmente, há avaliação da necessidade de um complemento com um implante, buscando o equilíbrio entre a correção de flacidez e restauração de volume (TOWNSEND *et al.*, 2024).

5.2.4 Mastectomia

Consiste na retirada de toda a glândula mamária, indicada em casos de cânceres de mama de grandes dimensões (geralmente maiores do que cinco centímetros), inflamatórios, multicêntricos, avançados e/ou que

apresentam calcificações extensas. Também pode ser necessária em mamas pequenas que não permitam cirurgia conservadora, recidivas do tumor na mesma mama e contra-indicações para radioterapia. É utilizada como cirurgia preventiva em mutações genéticas e/ou alto risco familiar para câncer de mama. O procedimento pode ser classificado em cinco tipos (LUCARELLI *et al.*, 2019; BUZAID; MALUF; GAGLIATO, 2020):

- Radical: com a remoção de toda a glândula mamária, da pele, dos linfonodos axilares e dos músculos peitorais maior e menor;
- Radical modificada: com a remoção de toda a glândula mamária, da pele, dos linfonodos axilares e manutenção do músculo peitoral maior;
- Total: com a remoção de toda a glândula mamária, da pele e manutenção dos linfonodos axilares (não necessariamente associada à biópsia de linfonodo sentinela) e dos músculos peitorais maior e menor;
- Skin Sparing/Preservadora de pele: com a remoção de toda a glândula mamária com reduzida remoção de pele, ainda incluindo a excisão de aréola e papila; e
- Adenectomia/Preservadora de pele e complexo areolopapilar: com a remoção apenas da glândula mamária;

Atualmente, há preferência de procedimentos menos invasivos, quando possível: discute-se as diferentes abordagens linfonodais (remoção tardia, remoção imediata ou radioterapia) e o impacto na sobrevida global e livre de doença (TOWNSEND *et al.*, 2024).

5.2.5 Cirurgias de readequação de Gênero

A cirurgia para pessoas trans masculinas consiste na remoção completa ou parcial do tecido mamário, além do excesso de pele com remodelação e conseqüente reposicionamento do complexo areolopapilar. Pode ser realizada pelas técnicas de incisão periareolar, inframamária ou dupla incisão, de acordo com a indicação. Utilizando essas técnicas, é possível a construção de uma mama esteticamente semelhante à masculina, o que permite a redução de disforia de gênero, afetando autoestima, imagem corporal e qualidade de vida em geral (BUSTOS *et al.*, 2021).

Figura 15: Mastectomia em paciente trans masculino



Fonte: MARQUES, 2021.

Já o procedimento para pessoas trans femininas, visando o aumento da mama, é precedida pela terapia hormonal exógena, que maximiza o aumento do tecido mamário e proporciona melhores resultados estéticos no período pré-operatório. A principal técnica utilizada é a mamoplastia de aumento com implantes, sendo necessária levar em conta a simetria mamária (BEKENY *et al.*, 2021).

Em mamas assimétricas é plausível diferentes tamanhos de implantes, uma vez que a terapia hormonal leva a um crescimento não proporcional das mamas, podendo também ser necessária a realocação do complexo areolopapilar a fim de um posicionamento mais adequado à estrutura anatômica da mama desenvolvida (BEKENY *et al.*, 2021).

5.2.6 Cirurgias Conservadoras

Em caso de tumores malignos pequenos e únicos, o tratamento consiste na remoção parcial do tecido mamário incluindo todo o tumor com margens livres. Como o procedimento é conservador, o resultado estético tende a ser favorável, não excluindo entretanto a possibilidade de procedimentos adicionais, como a Oncoplastia que será abordada neste mesmo capítulo. Por ser um procedimento localizado, é necessário o tratamento adjuvante com radioterapia, visando a prevenção de recidivas e eliminação de possíveis focos microscópicos do câncer ainda presentes na mama (BUZAID; MALUF; GAGLIATO, 2020; TOWNSEND *et al.*, 2024).

Atualmente, tem-se preferência por esse tipo de procedimento, uma vez que a mastectomia não demonstrou diferença na sobrevida e traz maiores dificuldades na reconstrução para manutenção da simetria e estética das mamas e, conseqüente maior volume necessário para reposição e remodelamento (TOWNSEND *et al.*, 2024).

5.2.7 Reconstrução Mamária

5.2.7.1 Oncoplastia

Trata-se da incorporação de técnicas de cirurgia plástica subsequente ao tratamento cirúrgico conservador do câncer de mama, abordando as duas mamas simultaneamente. Essa abordagem visa à simetria mamária e auxilia em um resultado estético satisfatório (LUCARELLI *et al.*, 2019; BUZAID; MALUF; GAGLIATO, 2020).

Dessa forma, neste procedimento utiliza-se geralmente as técnicas de mamoplastia de redução e mastopexia associadas, que foram citadas anteriormente neste capítulo. Determinam, portanto, uma reconstrução imediata com remodelamento mamário contralateral e conseqüente recuperação unificada com menor necessidade de revisão e menor morbidade pós-operatória, em contraste com o procedimento de reconstrução em segundo momento (LUCARELLI *et al.*, 2019; BUZAID; MALUF; GAGLIATO, 2020; BENEDICT *et al.*, 2023).

Tais técnicas podem também ser combinadas com inserção de implantes. A reconstrução com implantes utiliza próteses de silicone ou solução salina para criar a nova mama, podendo ser realizada em uma ou duas etapas, dependendo da necessidade de expandir o tecido antes da colocação do implante definitivo (PAREDES *et al.* 2013).

5.2.7.2 Lipoenxertia

O procedimento consiste no enxerto na mama de tecido autólogo de gordura, coletados de áreas doadoras como abdome, face interna da coxa, flanco e culotes, depositando em pequenas quantidades até a remodelagem indicar contornos adequados de acordo com o desejado. Pode ser utilizado tanto em defeitos congênitos quanto em sequelas cirúrgicas

(BIAZÚS; ZUCATTO; MELO, 2012; ALESSANDRI BONETTI *et al.*, 2022). Essa reconstrução oferece um resultado mais natural, embora envolva uma cirurgia mais longa e uma recuperação mais extensa (PAREDES *et al.* 2013).

5.3 Recuperação

Os cuidados pós-operatórios são comuns aos procedimentos supracitados, podendo ser selecionados e alterados de acordo com a necessidade individual e indicações de cada paciente. São alguns exemplos desses cuidados: assepsia, uso de antibióticos profiláticos em casos de risco aumentado de infecção, drenagem em aspiração contínua para áreas de grande descolamento ou se houver esvaziamento axilar, curativo limpo e fechado por sete dias, uso de sutiã com contenção adequada por 30 dias, bolsa de gelo em áreas de edema e restrição de movimentos e atividades físicas que possam afetar a cicatrização, deslocamento de prótese ou sangramentos na região por três a quatro semanas (BIAZÚS; ZUCATTO; MELO, 2012).

A radicalidade e o grau de invasão do procedimento executado, assim como fatores individuais de risco e cuidados pós-operatórios influenciam diretamente no tempo e na qualidade da recuperação e na prevenção de complicações. Uma vez que há risco de comprometimento do resultado estético, possibilidade de cirurgias de revisão e até adiar a finalização do tratamento oncológico, esses cuidados devem ser abordados precocemente (BIAZÚS; ZUCATTO; MELO, 2012).

As complicações mais comuns a curto prazo são: hematomas e infecções, a médio prazo, os seromas, e a longo prazo: linfedema, falta de sensibilidade e dor no membro superior do lado em que houve a intervenção (BIAZÚS; ZUCATTO; MELO, 2012). A recuperação também está relacionada com questões psicológicas, assim como as questões de feminilidade e autoimagem que foram abordadas em detalhes nos Capítulos 2 e 3 deste livro.

5.3 Considerações Finais

As cirurgias de mama em geral são abordagens relativamente recentes, com descrições datadas apenas a partir do final do século XIX. Desde

então, muitas tecnologias - como as cirurgias robóticas minimamente invasivas, inteligência artificial, reconstruções 3D em realidade virtual, busca de novos insumos e matérias primas para instrumentos e próteses, métodos de regressão para tumores, novas indicações pós-operatórias e até mesmo cuidados cosméticos com as cicatrizes - surgiram e ainda estão em desenvolvimento, o que pode modificar completamente o curso do pensamento e do procedimento cirúrgico como conhecemos hoje.

Ademais, muitos desses procedimentos, quando eletivos, estão intimamente atrelados aos movimentos culturais e cosméticos da época, o que também incentiva o desenvolvimento de novas técnicas permitindo adequar às expectativas estéticas individuais, que geralmente são inspiradas por esses movimentos.

5.4 Referências

BEKENY, J. C. *et al.* **Breast augmentation in the transgender patient: narrative review of current techniques and complications.** *Annals of translational medicine*, v. 9, n. 7, 2021.

BENEDICT, K. C. *et al.* **Oncoplastic Breast Reduction: A Systematic Review of Postoperative Complications.** *Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open*, v. 11, n. 10, p. e5355, 2023.

BIAZÚS, J. V.; ZUCATTO, A. E.; MELO, M.P. de. **Cirurgia da mama.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BONETTI, M. A. *et al.* **Outcomes in hybrid breast reconstruction: a systematic review.** *Medicina*, v. 58, n. 9, p. 1232, 2022.

BUSTOS, S. S. *et al.* **Nipple-areola complex reconstruction in transgender patients undergoing mastectomy with free nipple grafts: a systematic review of techniques and outcomes.** *Annals of Translational Medicine*, v. 9, n. 7, 2021.

BUZAID, A. C.; MALUF, Fernando Cotait; GAGLIATO, Debora de Melo. **VENCER o câncer de mama.** 2. ed. São Paulo: Dendrix, 2020.

CRERAND, Canice E.; INFIELD, Alison L.; SARWER, David B. **Psychological considerations in cosmetic breast augmentation.** *Plastic and Aesthetic Nursing*, v. 29, n. 1, p. 49-57, 2009.

DARONCH O. T., Marcante R.F.R., Palhares A.A. **Differences in the profile of postoperative complications in patients undergoing breast augmentation and mastopexy with prosthesis.** *Rev. Bras. Cir. Plást.*2023;38(4):e0777

FAGUNDES, A. M. *et al.* **Técnicas e complicações da mamoplastia de aumento: uma revisão de literatura.** Research, Society and Development, v. 12, n. 2, p. e19512240027-e19512240027, 2023.

LUCARELLI, A. P. *et al.* **Mastologia Atual: da teoria à prática.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

MARQUES, B. P. A. **Masculinizing mastectomy for male transsexual's gender reassignment.** Rev. Bras. Cir. Plást.2021;36(4):390-396

MAXWELL, G. Patrick; GABRIEL, Allen. **Breast implant design.** Gland surgery, v. 6, n. 2, p. 148, 2017.

PAREDES, C.G. *et al.* **Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio.** Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 28, p. 100-104, 2013.

PERRY, D.; FRAME, J. D. **The history and development of breast implants.** The Annals of The Royal College of Surgeons of England, v. 102, n. 7, p. 478-482, 2020.

PLESCA, M. *et al.* **Evolution of radical mastectomy for breast cancer.** Journal of medicine and life, v. 9, n. 2, p. 183, 2016.

TOWNSEND, C. M. *et al.* **Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna.** 21. ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2024.

UROSKIE, T. W.; COLEN, L. B. **History of breast reconstruction.** In: Seminars in plastic surgery. Copyright© 2004 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001 USA., 2004. p. 65-69.

ENDOMETRIOSE - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA, E MANEJO DA DOR

Louyla Júlya Silva Guimarães Melo
Anelise Silva França

*“A arte mais poderosa da vida é fazer da dor um talismã que cura.
Uma borboleta renasce florida numa festa de cores.”*
(Frida Kahlo)

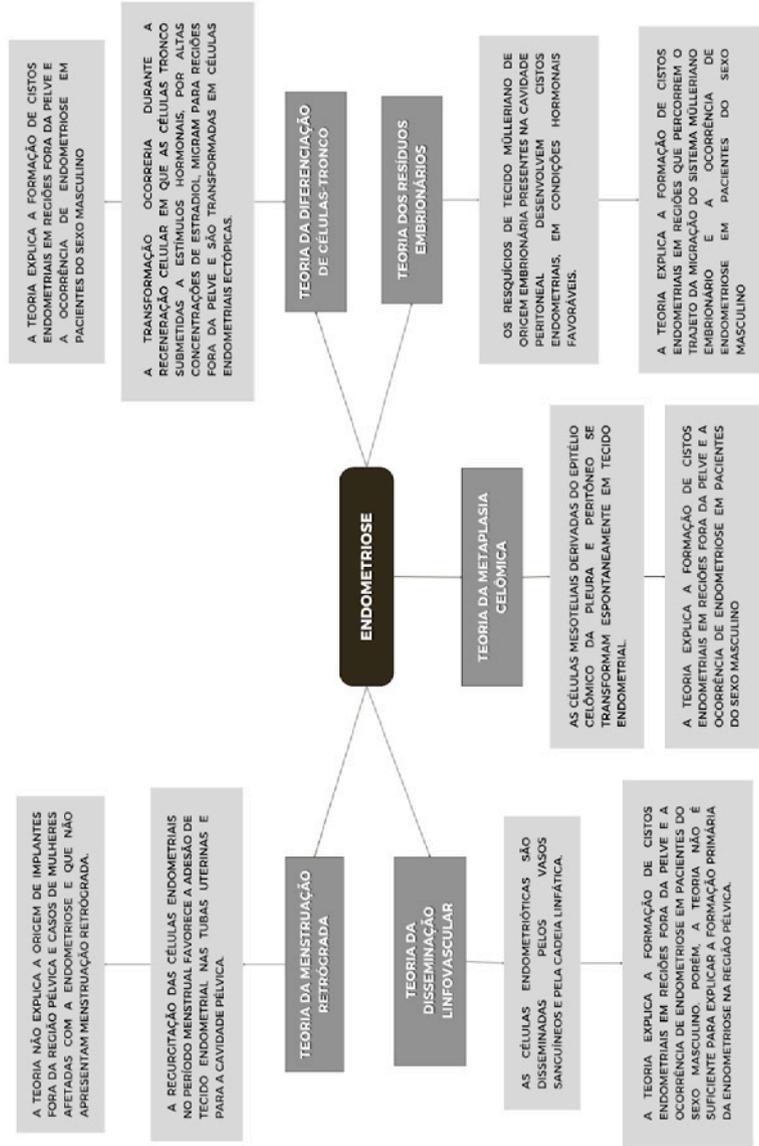
6.1 Conceitos iniciais

A endometriose é uma doença ginecológica que acomete milhares de mulheres no mundo, sendo apontada como uma das principais causas de dor pélvica crônica e infertilidade. A prevalência é estimada em 5 a 10% das mulheres na menacme e o tempo médio de diagnóstico é de cerca de 5 a 12 anos (ZONDERVAN; BECKER; MISSMER, 2020; CORTE *et al.*, 2024).

A doença é caracterizada pela implantação ectópica de tecido endometrial com apresentação benigna, crônica, multifatorial e estrogênio-dependente (FEBRASGO, 2021). A infiltração de tecido semelhante ao estroma endometrial é frequente na região pélvica, mas é possível o acometimento de nódulos em regiões distantes do endométrio como o diafragma (CECCARONI *et al.*, 2021).

A ação excessiva do estrogênio, progesterona e aromatase em algumas regiões anatômicas associado à disfunção de mecanismos reguladores de estrogênio são apontados como determinantes na evolução da endometriose (ZHANG *et al.*, 2023). Entretanto, a histopatogênese da endometriose ainda não está bem esclarecida, ao longo do tempo algumas teorias dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos foram estudadas (BURNEY; GIUDICE, 2012; SASSON; TAYLOR, 2008) e estão representados na figura 16.

Figura 16: Teorias da fisiopatologia da endometriose



Fonte: elaborada pelas próprias autoras a partir do estudo de Sasso (2008).

6.2 Sintomas e exame físico

A endometriose pode ser assintomática e a gravidade dos sintomas não está relacionada diretamente à gravidade das lesões (FEBRASGO, 2021). As mulheres acometidas com endometriose frequentemente apresentam queixas de dor pélvica crônica, dismenorreia progressiva, infertilidade, dispareunia de profundidade, disúria, disquezia menstrual, hematoquezia, estrangúria e ombralgia associada ao período menstrual (ZONDERVAN; BECKER; MISSMER, 2020).

O exame físico não é suficiente para o diagnóstico da doença, mas pode ser um instrumento de direcionamento da suspeita clínica (BECKER *et al.*, 2022). A palpação abdominal da pelve, exame pélvico bimanual, o toque vaginal, toque retal e exame especular podem ser utilizados no exame físico. O toque vaginal evidencia diminuição da mobilidade uterina por acometimento de aderências, dor à mobilização do útero, presença de nódulos no septo retovaginal, infiltração do paramétrio e ligamentos uterossacros. O exame especular pode evidenciar nódulos escurecidos na mucosa vaginal e em regiões anexiais (ZONDERVAN; BECKER; MISSMER, 2020; FEBRASGO, 2021).

6.3 Diagnóstico

A ultrassonografia transvaginal (US) e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) com contraste são exames de imagem utilizados como ferramentas complementares no diagnóstico e na avaliação pré-operatória das lesões endometriais. A ultrassonografia apresenta uma ótima sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de endometrioma de ovário (NISENBLAT *et al.*, 2012). A RNM não apresenta uma sensibilidade tão alta na identificação de lesões ureterais, sendo necessário complementar com exames específicos das vias urinárias. A colonoscopia e o exame de clister opaco podem ser úteis na avaliação diagnóstica de mulheres com sintomas intestinais relacionados à endometriose (NISENBLAT *et al.*, 2012; BECKER *et al.*, 2022). O padrão-ouro no diagnóstico diferencial da endometriose é o procedimento de laparoscopia com visualização direta da cavidade para a identificação das lesões (CORTE *et al.*, 2024).

A dosagem do marcador CA-125 não é recomendada para o diagnóstico da endometriose por apresentar baixa sensibilidade (cerca de 27%) no diagnóstico da doença (BECKER *et al.*, 2022).

6.4 Tratamento clínico e manejo da dor

O tratamento da endometriose é complexo e exige ser conduzido de maneira individualizada, a decisão compartilhada deve considerar as queixas da paciente, a extensão da doença, desejo reprodutivo e localização das lesões. A abordagem multiprofissional é essencial para a melhoria da qualidade de vida da paciente durante todo o processo (SILVA *et al.*, 2022).

Em pacientes com o quadro de dor e que não tenham o desejo de gestar e que não tenham risco de perda funcional de órgãos, o tratamento medicamentoso está indicado logo após o diagnóstico (BECKER *et al.*, 2022). O tratamento clínico consiste na redução da dor com analgésicos/anti-inflamatórios e bloqueio da menstruação com o tratamento hormonal com os análogos de GnRH, progestágenos, anticoncepcionais orais e Danazol. O tratamento cirúrgico está indicado nos seguintes casos:

- Mulheres que tenham o desejo de gestar, sendo o tratamento hormonal contraindicado pelo bloqueio da ovulação;
- Dor pélvica refratária ao tratamento medicamentoso; e
- Risco de perda funcional de um órgão, em casos de endometriomas maiores que 4cm ou lesões intestinais ou lesões em vias urinárias (OLIVEIRA; DEMÔRO, 2016; FEBRASGO, 2021).

6.5 Sítios anatômicos e classificação cirúrgica

A formação ectópica de tecido endometrial pode ocorrer em diversos locais, os mais comuns são os ovários. Correspondem a 66,9% dos casos em um estudo retrospectivo que avaliou 1101 pacientes acometidas com endometriose e submetidas à laparoscopia na França (AUDEBERT *et al.*, 2018). Na Austrália, um estudo transversal evidenciou que, na avaliação ultrassonográfica, os ligamentos uterossacos apresentaram maior quantidade de nódulos endometriais, sendo 23,3% no ligamento uterossacro

direito e 21,3% no esquerdo (ROCHA *et al.*, 2023). Dessa forma, observa-se que a distribuição das lesões nas regiões anatômicas depende muito do tipo de exame de imagem utilizado.

O tratamento cirúrgico da endometriose deve ser planejado com o mapeamento dos sítios de implantação do tecido endometrial, avaliação da presença de adesões, avaliação de nervos adjacentes e avaliação do risco de perdas funcionais. A criação de escalas de classificação cirúrgica foi estabelecida com o objetivo de direcionar o planejamento das ações do cirurgião (ABRAO *et al.*, 2021). Contudo, ainda não existe uma escala padronizada para o tratamento cirúrgico da endometriose. As principais classificações descritas incluem:

- **Classificação Revisada da American Society for Reproductive Medicine (ASRM):** estadiamento da endometriose em quatro níveis (I a IV) com pontuação cumulativa das lesões observadas durante a cirurgia. A escala é acessível, mas apresenta baixa correlação entre sintomas e estágio da doença (LEE; KOO; LEE, 2021).
- **Classificação ENZIAN:** focada na endometriose profunda, avalia estruturas retroperitoneais e aderências, a desvantagem é que a complexidade limita a aceitação global. Pode ser aplicada tanto por métodos de imagem quanto durante a cirurgia (KECKSTEIN *et al.*, 2021).
- **Endometriosis Fertility Index (EFI):** avalia o prognóstico de fertilidade de pacientes com endometriose após tratamento cirúrgico. Considera fatores históricos e achados intraoperatórios, com pontuação de 0 a 10, onde valores mais altos indicam melhor prognóstico de fertilidade (ADAMSON; PASTA, 2010).
- **Classificação da American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL):** avalia a complexidade cirúrgica com base em dor, infertilidade e dificuldade operatória. Permite categorizar a gravidade da endometriose e oferece uma versão digital para facilitar seu uso prático (ABRAO *et al.*, 2021). A AAGL está representada na figura 17.

Figura 17: Classificação da American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL).

Superficial	Pontos		Retrocervical	Pontos
< 3 cm	2		< 3 cm	5
≥ 3 cm	4		≥ 3 cm	8
Vagina (muscular)	Pontos		Bexiga /destruidor	Pontos
< 3 cm	5		< 3 cm	5
≥ 3 cm	8		≥ 3 cm	7
Ovário esquerdo	Pontos		Ovário direito	Pontos
Superficial	2		Superficial	2
< 3 cm	5		< 3 cm	5
≥ 3 cm	7		≥ 3 cm	7
Ureter esquerdo	Pontos		Ureter direito	Pontos
Extrinseco	6		Extrinseco	6
Intrinseco	8		Intrinseco	8
Hidroureter	9		Hidroureter	9
Trompa esquerda	Pontos		Trompa direita	Pontos
Leve envolvimento da serosa	2		Leve envolvimento da serosa	2
Imobilidade moderada	4		Imobilidade moderada	4
Imobilidade severa	6		Imobilidade severa	6
Obstrução completa	7		Obstrução completa	7
Fundo de saco obliterado	Pontos		Intestino delgado/cecum	Pontos
Parcial	6		< 3 cm	6
Completo	9		≥ 3 cm	8
Retossigmoide	Pontos		Apêndice	Pontos
< 3 cm	7		Presente	5
≥ 3 cm	9			
Septo vaginal	Pontos			
Presente	8			



CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

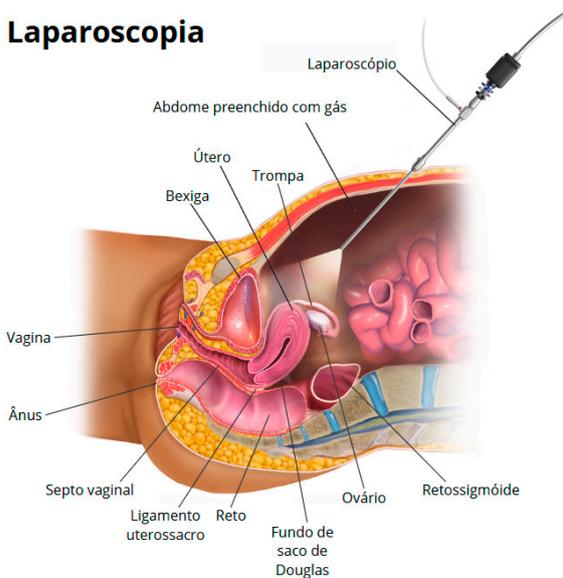
AAGL	Pontos totais
Estágio 1	< 8
Estágio 2	9 a 15
Estágio 3	16 a 21
Estágio 4	> 21

Fonte: ABRAO *et al.*, 2021. Adaptada pelas autoras.

6.6 Cirurgia na endometriose

A cirurgia laparoscópica se mostrou superior em relação à laparotomia por reduzir o risco de infecção na cicatriz operatória, permitir o retorno precoce às atividades laborais, redução de custos de internação e redução da dor no pós-operatório. As intervenções cirúrgicas são realizadas em sítios didaticamente divididos em três regiões anatômicas principais, endometriose peritoneal, endometrioma de ovário e endometriose infiltrativa profunda. (OLIVEIRA; DEMÔRO, 2016). A tabela 1 demonstra detalhadamente as principais intervenções cirúrgicas recomendadas de acordo com os sítios cirúrgicos.

Figura 18: Laparoscopia e estruturas anatômicas da pelve



Fonte: BLAUS, 2014. Adaptada pelas autoras.

A técnica excisional é a mais recomendada e consiste na retirada dos nódulos inteiros e a técnica de ablação consiste na drenagem ou destruição dos nódulos por meio de um laser ou corrente elétrica (BAFORT *et al.*, 2020; BECKER *et al.*, 2022). A técnica excisional reduz o risco de dismenorrea, dispareunia, persistência de lesões e necessidade de novas

abordagens cirúrgicas (KALRA *et al.*, 2024). A endometriose peritoneal pode ser classificada em mínima ou leve e a técnica mais utilizada é a excisão laparoscópica dos nódulos endometriais (OLIVEIRA; DEMÔRO, 2016).

A endometriose infiltrativa profunda pode ser classificada de acordo com a região de acometimento. O acometimento do compartimento anterior ocorre com menos frequência e a bexiga é a região com maior incidência de lesões, recomenda-se a excisão completa dos nódulos. Outras regiões da porção anterior como ureteres, porção anterior do útero e ligamentos redondos também podem ser afetados e os nódulos devem ser completamente retirados por excisão laparoscópica (ABREU *et al.*, 2015).

O compartimento posterior apresenta maior incidência de lesões endometriais, o tratamento cirúrgico é complexo e pode envolver diversas técnicas cirúrgicas. O acometimento do ureter pode requerer procedimentos como a ureterólise, que consiste na dissecação do ureter, e a anastomose terminoterminal pode ser utilizada em reparos das lesões no ureter. A neurólise consiste na dissecação de nervos somáticos como o nervo hipogástrico, nervo pudendo, nervos esplâncnicos pélvicos e nervo ciático (CECCARONI *et al.*, 2010). No processo de ressecção completa das lesões endometriais recomenda-se a identificação de espaços pararretais para a liberação de ligamentos de adesões (OLIVEIRA; DEMÔRO, 2016).

Tabela 1: Intervenções cirúrgicas e regiões acometidas com a endometriose

Localização	Tipo de lesão	Técnica cirúrgica
Endometriose peritoneal	Infiltração menor que 5cm	Excisão completa dos focos por laparoscopia. Regiões anatômicas a serem inspecionadas: <ul style="list-style-type: none">• Escavação retouterina e vesicouterina;• Fossas ovarianas;• Superfície ovariana;• Ligamentos largos;• Tubas uterinas.

Localização	Tipo de lesão	Técnica cirúrgica
Endometrioma de ovário	Infiltração maior que 4cm	Cistectomia laparoscópica com exérese da cápsula do endometrioma pela técnica de tração e contração.
	Infiltração maior que 8cm	Ooforectomia com anexectomia segura, ressecção em bloco.
Endometriose Infiltrativa Profunda	Infiltração maior que 5 mm abaixo da superfície peritoneal	Excisão completa dos focos por laparoscopia. A intervenção cirúrgica é complexa e pode envolver outros procedimentos cirúrgicos como: <ul style="list-style-type: none"> • Ressecções intestinais • Ressecção de bexiga (cistectomia parcial); • Ureterólise; • Reimplante ureteral ou ureteroneocistostomia; e • Apendicectomia.
Lesão extrapélvica	Infiltração em regiões distantes da pelve	Ressecção por laparoscopia, apendicectomia, cirurgias no ceco, cirurgias no íleo e cirurgias no diafragma.

Fonte: elaborada pelas autoras.

6.7 Complicações após a cirurgia

As complicações cirúrgicas no tratamento da endometriose podem aumentar a morbidade e diminuir a qualidade de vida das pacientes. Assim, destaca-se a importância de uma abordagem cirúrgica cuidadosa que considere os riscos e benefícios de diferentes técnicas cirúrgicas (KARAMAN; USLU, 2015). As principais complicações cirúrgicas do tratamento da endometriose estão descritas na figura 19.

Figura 19: Complicações do tratamento cirúrgico da endometriose.



Fonte: elaborada pelas próprias autoras a partir do estudo de Karaman e Uslu (2015).

6.8 Inovações na cirurgia de endometriose

O tratamento cirúrgico por robótica tem se consolidado como uma abordagem eficaz em procedimentos minimamente invasivos, principalmente em ginecologia, como no tratamento da endometriose (PAVONE *et al.*, 2024). Estudos mostram que a cirurgia robótica e a laparoscópica apresentam resultados semelhantes em termos de complicações perioperatórias, com taxas de complicações intraoperatórias de 2,9% para a robótica e 7,9% para a laparoscopia (SOTO *et al.*, 2017). Quanto ao tempo operatório, a média foi de 106,6 minutos na robótica e 101,6 minutos na laparoscopia, com uma diferença não estatisticamente significativa. Além disso, ambas as técnicas proporcionaram melhora significativa na qualidade de vida das pacientes, com redução nos escores de dor em mais de 50% após seis meses (SOTO *et al.*, 2017).

A substância fluorescente indocianina verde (ICG) tem sido amplamente utilizada em aplicações médicas devido à sua segurança e facilidade de uso. Em cirurgias laparoscópicas para tratamento de endometriose, a ICG, combinada com imagens de infravermelho, permite a visualização de áreas de neovascularização associadas às lesões endometrióticas. Embora a técnica tenha demonstrado utilidade, o seu valor diagnóstico adicional foi limitado, com uma sensibilidade de apenas 14,7% (SIEGENTHALER *et al.*, 2020).

6.9 Considerações finais

A endometriose é uma doença ginecológica crônica e complexa, que afeta cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva, impactando significativamente sua qualidade de vida devido a sintomas como dor pélvica intensa, dismenorrea e infertilidade. O diagnóstico precoce e preciso, associado a tratamentos eficazes, é fundamental para aliviar os sintomas e prevenir complicações. Embora a abordagem terapêutica inclua tanto o manejo clínico com medicamentos hormonais quanto intervenções cirúrgicas, a remoção completa das lesões por técnicas minimamente invasivas tem mostrado bons resultados na melhora da dor e da fertilidade. Dessa forma, a endometriose exige uma abordagem multidisciplinar e contínua, com pesquisas futuras voltadas para novas estratégias diagnósticas e terapêuticas que melhorem os desfechos a longo prazo.

6.10 Referências

- ABRAO, M. S. *et al.* **AAGL 2021 Endometriosis Classification: an anatomy-based surgical complexity score.** *Journal Of Minimally Invasive Gynecology*, [S.L.], v. 28, n. 11, p. 1941-1950, nov. 2021. Elsevier BV.
- ABREU, I. W. *et al.* **Quando e como realizar a ressecção intestinal no tratamento cirúrgico da endometriose profunda:** in: *Colégio Brasileiro De Cirurgiões; Artmed Panamericana*: Programa de Atualização em Cirurgia (PROACI), Porto Alegre, v. 3, n. 11, p. 103-49, 2015. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
- ADAMSON, G. David; PASTA, David J.. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. **Fertility And Sterility**, [S.L.], v. 94, n. 5, p. 1609-1615, out. 2010. Elsevier BV.
- AUDEBERT, A. *et al.* **Anatomic distribution of endometriosis: a reappraisal based on series of 1101 patients.** *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*, [S.L.], v. 230, p. 36-40, nov. 2018. Elsevier BV.
- BAFORT, Celine *et al.* **Laparoscopic surgery for endometriosis.** *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, [S.L.], v. 2020, n. 10, p. 1-85, 23 out. 2020. Wiley.
- BECKER, C. M. *et al.* **ESHRE guideline: endometriosis.** *Human Reproduction Open*, [S.L.], v. 2022, n. 2, p. 1-26, 1 jan. 2022. Oxford University Press (OUP).
- BLAUS, B. **“Medical gallery of Blausen Medical 2014”:** *Wikijournal Of Medicine*. 2014. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Blausen_0602_Laparoscopy_02.png. Acesso em: 15 jan. 2025. BURNEY, R. O.; GIUDICE, L. C. **Pathogenesis and**

pathophysiology of endometriosis. *Fertility And Sterility*, [S.L.], v. 98, n. 3, p. 511-519, set. 2012. Elsevier BV.

CECCARONI, Marcello *et al.* Laparoscopic nerve-sparing transperitoneal approach for endometriosis infiltrating the pelvic wall and somatic nerves: anatomical considerations and surgical technique. **Surgical And Radiologic Anatomy**, [S.L.], v. 32, n. 6, p. 601-604, 20 jan. 2010. Springer Science and Business Media LLC.

CECCARONI, M. *et al.* **Minimally invasive treatment of diaphragmatic endometriosis: a 15-year single referral center's experience on 215 patients.** *Surgical Endoscopy*, [S.L.], v. 35, n. 12, p. 6807-6817, 4 jan. 2021. Springer Science and Business Media LLC.

CORTE, P. *et al.* **Time to Diagnose Endometriosis: current status, challenges and regional characteristics: a systematic literature review.** *Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, [S.L.], v. 132, n. 2, p. 118-130, 7 out. 2024. Wiley.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **PROTOCOLO FEBRASGO-GINECOLOGIA, N. 78:** Endometriose. São Paulo: Febrasgo, 2021. 16 p.

KALRA, R. *et al.* **Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometrioma.** *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, [S.L.], v. 2024, n. 11, p. 1-47, 26 nov. 2024. Wiley.

KARAMAN, Y. ; U.S.L.U., H. **Complications and Their Management in Endometriosis Surgery.** *Women'S Health*, [S.L.], v. 11, n. 5, p. 685-692, set. 2015. SAGE Publications.

KECKSTEIN, J. *et al.* **The #Enzian classification: a comprehensive non invasive and surgical description system for endometriosis.** *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, [S.L.], v. 100, n. 7, p. 1165-1175, 19 mar. 2021. Wiley.

LEE, Soo-Young; KOO, Yu-Jin; LEE, Dae-Hyung. Classification of endometriosis. **Yeungnam University Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 38, n. 1, p. 10-18, 31 jan. 2021. Yeungnam University College of Medicine.

NISENBLAT, Vicki *et al.* Non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1-257, 18 jan. 2012. John Wiley & Sons, Ltd.

OLIVEIRA, M. A. P.; DEMÔRO, A.V. E. **Tratamento cirúrgico da endometriose.** *Artmed Panamericana: Programa de Atualização em Cirurgia (PROACI)*, Porto Alegre, v. 2, n. 12, p. 35-76, 2016. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

PAVONE, M. *et al.* **Robotic assisted versus laparoscopic surgery for deep endometriosis: a meta-analysis of current evidence.** *Journal Of Robotic Surgery*, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 212-222, 16 maio 2024. Springer Science and Business Media LLC.

ROCHA, R. M. *et al.* **Anatomical distribution of endometriosis: a cross-sectional analysis of transvaginal ultrasound in symptomatic patients.** *Australasian Journal Of Ultrasound In Medicine*, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 131-141, 19 jan. 2023. Wiley.

SASSON, I. E.; TAYLOR, H. S. **Stem Cells and the Pathogenesis of Endometriosis.** *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, [S.L.], v. 1127, n. 1, p. 106-115, abr. 2008. Wiley.

SIEGENTHALER, F. *et al.* **Visualization of endometriosis with laparoscopy and near-infrared optics with indocyanine green.** *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, [S.L.], v. 99, n. 5, p. 591-597, 28 jan. 2020. Wiley.

SILVA, Ana Karoline da Costa da *et al.* CUIDADO MULTIPROFISSIONAL E BIOPSISSOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MULHER COM ENDOMETRIOSE. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 180-190, 12 ago. 2022. Fundacao Universidade de Cruz Alta.

SOTO, E. *et al.* **Laparoscopy vs. Robotic Surgery for Endometriosis (LAROSE): a multicenter, randomized, controlled trial.** *Fertility And Sterility*, [S.L.], v. 107, n. 4, p. 996-1002, abr. 2017. Elsevier BV.

ZHANG, H. *et al.* **Immune and endocrine regulation in endometriosis: what we know.** *Journal Of Endometriosis And Uterine Disorders*, [S.L.], v. 4, p. 100049, dez. 2023. Elsevier BV.

ZONDERVAN, K. T.; BECKER, C.M.; MISSMER, S. A. **Endometriosis.** *New England Journal Of Medicine*, [S.L.], v. 382, n. 13, p. 1244-1256, 26 mar. 2020. Massachusetts Medical Society.

EPISIOTOMIA E LACERAÇÕES DE PARTO

Stefany Neves Porto
Anelise Silva França

*“O parto não é apenas sobre fazer bebês.
O parto é sobre fazer mães—fortes, competentes, capazes,
que confiam em si mesmas e conhecem sua força interior.”*
(Barbara Katz Rothman)

7.1 Conceitos iniciais

No século XVIII, Fielding Ould deu início a ideia da episiotomia em linha média. Fielding defendia que a intervenção só deveria ser utilizada em partos complicados. (PEREIRA *et al.*, 2021). Já a utilização rotineira da episiotomia, proposta por Jewett e Stahl em 1895, só foi amplamente divulgada a partir de 1918 quando Pomeroy passou a indicar o procedimento para todas as primíparas (FEBRASGO, 2017).

Atualmente, a recomendação é que a episiotomia seja utilizada de forma restrita e baseada em indicações específicas. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina e o papel da episiotomia em emergências obstétricas ainda não foi claramente estabelecido, sendo tema de muita controvérsia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

7.2 Episiotomia

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que objetiva aumentar a abertura vaginal por uma incisão no períneo - região localizada entre a vagina e o ânus - no final do período expulsivo, no momento do desprendimento fetal. Esse procedimento tem como objetivo ampliar o canal de parto para facilitar a passagem do feto, especialmente em situações em que há risco de lacerações graves ou sofrimento fetal (FEBRASGO, 2018).

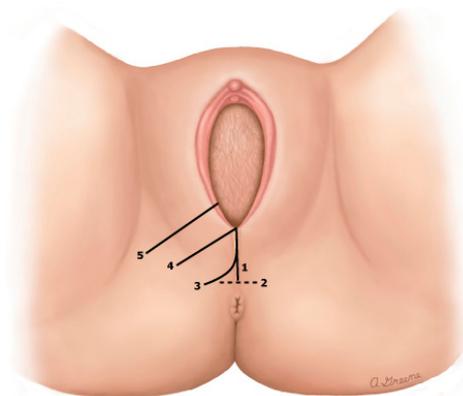


Figura 20: Tipos de episiotomia

Legenda: 1 = incisão mediana, 1+2 = incisão em “T”, 3 = incisão em “J”, 4= incisão médio lateral (direita), 5 = incisão lateral

Fonte: UpToDate, 2024.

Não existem circunstâncias em que a episiotomia seja obrigatória; no entanto, ela pode ser benéfica em casos que envolvem a necessidade de um parto vaginal rápido, parto vaginal assistido ou distocia de ombro. A escolha de realizar a episiotomia depende principalmente da avaliação do profissional responsável pelo parto, levando em consideração as condições clínicas no momento do nascimento (UPTODATE, 2024).

Destarte, a episiotomia só deve ser realizada com o consentimento da gestante, após uma explicação clara sobre as razões que a justificam. É essencial garantir que a mulher entenda a necessidade do procedimento e obtenha sua autorização antes de sua execução, especialmente antes do início da fase expulsiva do parto (FEBRASGO, 2018).

7.2.1 Fatores de risco

Fatores relacionados à parturiente e ao neonato estão associados a lacerações graves e ao uso da episiotomia. O estudo de Pelissari *et al.* (2022) mostrou alta incidência de episiotomia em mulheres jovens, com idade inferior a 19 anos, número de consultas de pré-natal adequado, primiparidade, dilatação cervical entre 1 a 3 cm e dinâmica uterina presente na admissão, bolsa amniótica rota e trabalho de parto prolongado. Além disso, nesse estudo foi considerado também fatores neonatais como bebês a termo, peso ao nascer superior a 2.500g, escores de Apgar maior que sete no primeiro e quinto minuto, apresentação cefálica, intercorrências com o recém-nascido e encaminhamento ao alojamento conjunto (PELISSARI *et al.*, 2022).

Outrossim, é importante salientar que fatores de risco não devem ser considerados sentença para a realização da episiotomia. A primiparidade, embora seja um dos fatores de risco mais citados, não deve ser uma indicação absoluta, caso contrário, voltaríamos ao dilema da episiotomia de rotina versus seletiva (CORRÊA JUNIOR; PASSINI JÚNIOR, 2016).

7.2.2. Técnica Cirúrgica

Existem dois tipos principais de episiotomia mais prevalentes na atualidade, que diferem na direção e extensão da incisão. A **episiotomia mediana**, é uma incisão realizada verticalmente sobre o períneo, equivalente a uma laceração perineal de primeiro grau, causando menos sangramento, de fácil realização e cura rápida. Entretanto, essa técnica pode envolver o esfíncter anal e pode levar a incontinência fecal (CHOUDHARI *et al.*, 2022).

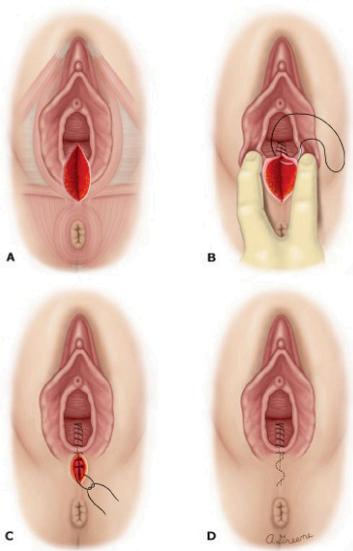


Figura 21: Reparação episiotomia mediana

Legenda:

A: Episiotomia mediana de segundo grau

B: O epitélio vaginal até logo além do anel himenal é reaproximado primeiro.

C: O corpo perineal e o músculo bulbocavernoso são então reaproximados com pontos intermitentes ou contínuos. A pele perineal pode ser reaproximada com um ponto contínuo subcuticular.

D: Reparação concluída.

Fonte: UptoDate, 2025.

Já na **episiotomia mediolateral**, a incisão é realizada em ângulo de 45° graus sobre o períneo, equivalente a uma laceração perineal de segundo grau, com risco maior de sangramento, de difícil reparo e a cura é demorada. Esse tipo, reduz a lesão no esfíncter anal comparado a episiotomia mediana, porém, pode causar mais desconforto e dificuldade na cicatrização (CHOUDHARI *et al.*, 2022).

Em relação à melhor técnica cirúrgica para episiotomia, assumimos que a episiotomia mediolateral foi superior à episiotomia mediana, como já demonstrado em estudos anteriores. Ademais, é importante destacar que a realização de ambas as técnicas requer a anestesia local ou regional (como a peridural) (CORRÊA JUNIOR; PASSINI JÚNIOR, 2016).

7.2.3 Complicações

No estudo de Pereira *et al.* (2021) foi realizada uma entrevista com 20 mulheres na faixa etária entre 18 e 27 anos acerca do conhecimento da prática de episiotomia. Dessa forma, com relação às informações recebidas na maternidade e consentimento para realização da episiotomia, identificou-se que oito mulheres não receberam nenhuma informação e nenhuma das participantes mencionou a solicitação verbal. Logo, isso mostra que parte das mulheres desconhece o procedimento e principalmente as complicações envolvidas, que é um ponto importante a ser discutido em todas as intervenções e procedimentos médicos. Na tabela abaixo, estão as complicações mais comuns relacionadas ao ato.

Tabela 2: Complicações atribuídas à episiotomia

Dor perineal	Infecção
Alteração da função sexual	Hematoma
Dispareunia	Lesão de 3° e 4° grau de extensão
Abscesso	Deiscência
Celulite	Fístula retovaginal
Incontinência: urinária, fecal, flatos	Condução do nervo pudendo prejudicada
Fascite necrosante	Tocofobia

Fonte: UpToDate, 2025. Adaptada pelos autores.

7.3 Lacerações Perineais

Lacerações perineais são lesões espontâneas que ocorrem no períneo durante o parto vaginal. Logo, o exame físico detalhado é essencial para

classificar a extensão da lesão e a gravidade. Dessa forma, a realização de toque retal é mandatória para todos os casos de suspeição de lesão grave e busca avaliar a integridade da mucosa retal e dos esfíncteres interno e externo. A paciente deve estar em posição confortável que favoreça a exposição local, sob analgesia, com iluminação adequada (SPINELLI *et al.*, 2021).

7.3.1 Prevenção das lacerações

Diferentes abordagens são aceitas para minimizar lacerações perineais, como as técnicas “*Hands-on*” e “*Hands-off*”. No período expulsivo do método “*Hands-off*”, a atuação do assistente é apenas de observação, acompanhando os movimentos naturais de restituição, rotação externa, expulsão dos ombros e do restante do corpo. A intervenção ocorre apenas se a cabeça do bebê não for expelida espontaneamente em até 15 minutos ou se houver sinais de hipóxia no recém-nascido, momento em que o profissional auxilia no processo (REZAEI *et al.*, 2024).

Figura 22: Manobra de Ritgen



Fonte: Blog Casa da Doula, 2025.

No método “*Hands-on*”, o assistente controla a expulsão posicionando a mão esquerda para proteger a cabeça do bebê e o períneo anterior, enquanto a mão direita protege o períneo posterior (manobra de Ritgen). A cabeça e o corpo do bebê são liberados espontaneamente, com intervenção apenas quando necessário para ajudar na saída dos ombros e do restante do corpo (REZAEI *et al.*, 2024).

Embora a técnica “*hands-off*” seja utilizada na prática clínica e muitos questionem a eficácia da técnica “*hands-on*” em prevenir traumas perineais, ainda não há um consenso estabelecido sobre a aplicação dessas duas abordagens (HUANG *et al.*, 2020). A exemplo disso, no estudo de Rezaei *et al.*, (2014) os dados coletados indicaram que a técnica “*Hands-on*” foi associada a uma maior incidência de episiotomias. No entanto, a frequência geral e a gravidade das lacerações perineais foram semelhantes entre os grupos analisados.

7.3.2 Classificação

As lesões podem ser classificadas em quatro graus:

- Primeiro Grau: Envolve apenas a mucosa vaginal e a pele do períneo. Normalmente não requer sutura e cicatriza rapidamente.
- Segundo Grau: Afeta a musculatura perineal, necessitando de sutura para cicatrização adequada.
- Terceiro Grau: Envolve o esfíncter anal, sendo subdividida em:
 - 3A: Menos de 50% do esfíncter está lesionado.
 - 3B: Mais de 50% do esfíncter está lesionado.
 - 3C: Esfíncter interno também é afetado.
- Quarto Grau: Além do esfíncter anal, a laceração acomete a mucosa retal.

Lacerações perineais de terceiro e quarto graus, que afetam o esfíncter anal (do inglês “*Obstetric Anal Sphincter Injuries*” - OASIS) são complicações graves associadas ao parto vaginal. Além de causarem problemas imediatos, como ruptura da ferida e dor perineal, as OASIS representam um fator de risco significativo para a perda de controle da continência intestinal em mulheres a longo prazo (UPTODATE, 2025).

7.3.3 Reparo Cirúrgico

Em relação a abordagem cirúrgica, normalmente, as lacerações de primeiro e segundo grau não exigem tratamento e se curam espontaneamente, sem sequelas (CAMARGO *et al.*, 2019). Já as lacerações de 3° e 4° grau, necessitam de tratamento específico, já que estão associadas a curto prazo com o aumento da morbidade, infecções, dores mais graves e a longo prazo com distúrbios de incontinência fecal. (SPINELLI *et al.*, 2021)

7.3.4 Complicações

O trauma perineal ocorrido durante o parto pode gerar diversas consequências para a saúde, com impactos de diferentes durações, além de influenciar a qualidade de vida das mulheres. A ocorrência de laceração perineal durante o parto está associada a diversos fatores, como a idade materna no momento do nascimento, o IMC durante o parto, o número de gestações e partos anteriores, a presença de diabetes gestacional, partos domiciliares, condição pós-cesárea, uso de ocitocina no segundo estágio do trabalho de parto, duração desse estágio, peso e circunferência da cabeça do recém-nascido (BAÇZEK *et al.*, 2022).

As lacerações de terceiro e quartos graus, assim como suas reparações, podem resultar em complicações como infecção, ruptura e sinais de disfunção do assoalho pélvico. Comparadas às reparações de lacerações de primeiro e segundo graus, as OASIS apresentam um risco aumentado de infecção e ruptura (UPTODATE, 2024).

7.4 Considerações finais

Logo, a episiotomia, historicamente utilizada para prevenir lacerações graves e facilitar o parto vaginal, não deve ser aplicada de forma rotineira, mas reservada a situações específicas, como alto risco de laceração grave ou emergências obstétricas. Contudo, é essencial que a decisão pela realização desse procedimento seja baseada em uma avaliação criteriosa, com bom senso do examinador, respeitando as particularidades de cada caso, a autonomia da mulher e sempre priorizando o bem-estar do binômio materno-fetal.

As lacerações perineais, embora comuns no parto vaginal, requerem identificação e manejo adequados para evitar complicações imediatas e de longo prazo, como dor, infecções e disfunções do esfíncter. A adoção de estratégias preventivas, como as técnicas “Hands-on” e “Hands-off”, aliada a uma assistência humanizada e embasada em evidências, é fundamental para minimizar riscos e promover um parto mais seguro e respeitoso, fortalecendo a confiança da mulher em sua capacidade de dar à luz.

7.5 Referências

- BĄCZEK, G. *et al.* **Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth—Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 13, p. 7653, 1 jan. 2022.
- CAMARGO, J. C. S. *et al.* **Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non-water births: a cross-sectional study.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, n. 4, p. 777–786, dez. 2019.
- CHOUDHARI, R. G. *et al.* **A review of episiotomy and modalities for relief of episiotomy pain.** *Cureus*, v. 14, n. 11, 17 nov. 2022.
- CORRÊA JUNIOR, M.; PASSINI JÚNIOR, R. **Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, v. 38, n. 06, p. 301–307, 11 jul. 2016.
- FEBRASGO. **Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências.** *Femina*, v. 45, n. 0100-7254, 2017.
- FEBRASGO. **Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia.** Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>.
- HUANG, J. *et al.* **The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis.** *Midwifery*, v. 87, n. 87, p. 102712, ago. 2020.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Versão preliminar. Brasília, DF: 2022. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/vitamina-d/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf.
- PELISSARI, L. C. B. *et al.* **Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 24, 18 jan. 2022.
- PEREIRA, L. P. da S. *et al.* **Episiotomia: O (des) conhecimento da puerpera.** *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 2, p. 20527–20538, 2021.

REZAEI, R. *et al.* **A Comparison of the “Hands-Off” and “Hands-On” Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial.** *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, v. 64, n. 6, p. 425–429, 6 abr. 2014.

SPINELLI, A. *et al.* **Diagnosis and Treatment of Obstetric Anal Sphincter Injuries: New Evidence and Perspectives.** *Journal of Clinical Medicine*, v. 10, n. 15, p. 3261, 23 jul. 2021.

UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/obstetric-anal-sphincter-injury-oasis?sectionName=Approach%20to%20future%20delivery&search=lacera%C3%A7%C3%A3o%20perineal&topicRef=5399&anchor=H1233815094&source=see_link#H1233815094. Acesso em: 14 jan. 2025.

A CESÁREA

Jéssica de Paula Moreira
Isabella de Gouvêa Pivetti
Anelise Silva França

*“O primeiro requisito de um hospital
é que ele jamais deveria fazer mal ao doente”.*
(Florence Nightingale)

8.1 Conceitos iniciais

Historicamente, a cesariana remonta à Antiguidade, onde inicialmente era realizada apenas em mulheres já falecidas, com o objetivo de salvar o feto. Durante a Idade Média e o Renascimento, as cesarianas continuavam sendo realizadas apenas em casos extremos, com taxas de mortalidade materna e neonatal muito altas. A partir do século XIX, avanços significativos, como a introdução da anestesia, antissepsia e técnicas cirúrgicas, começaram a transformar a cesariana em um procedimento mais seguro. No início do século XX, o desenvolvimento da incisão de Pfannenstiel, reduziu complicações pós-operatórias e melhorou a recuperação das mulheres (PARENTE *et al.* 2010).

Hoje, a cesariana é amplamente realizada em todo o mundo e é considerada um procedimento seguro. Em muitos países, o procedimento também é influenciado por fatores culturais, econômicos e até por escolhas pessoais, o que contribui para sua alta prevalência. Esse aumento global de cesarianas sem indicação clínica tem gerado preocupações. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sua realização desnecessária pode acarretar riscos à saúde materna e neonatal, como infecções, hemorragias, complicações em gravidezes futuras e dificuldades respiratórias nos recém-nascidos (OMS, 2015).

O Brasil está entre os países com as maiores taxas de cesariana, alcançando cerca de 40%, um número significativamente superior ao limite de 15% recomendado pela OMS. Nas últimas três décadas, o setor de saúde suplementar (ANS) tem sido o principal responsável por esse aumento, apresentando características que dificultam a redução de cesáreas desnecessárias. Em 2006, as taxas de cesarianas realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos serviços privados foram de 30,1% e 80,7%, respectivamente, evidenciando uma grande disparidade. Esses dados indicam que fatores não médicos desempenham um papel importante na manutenção dos altos índices de partos operatórios. (BRASIL, 2015).

Estudos indicam que a maioria das gestantes prefere o parto vaginal no início da gestação, mas diversos fatores levam à mudança de opinião ao final do período gestacional. Quando essa decisão parte exclusivamente da mulher, as principais razões incluem o medo da dor do parto, o desejo de realizar laqueadura e o histórico de cesariana. Por outro lado, quando a escolha é influenciada pelo médico, as justificativas mais comuns são a presença de circular de cordão, antecedente de cesariana, suspeita de bebê grande e complicações gestacionais, especialmente hipertensão. Além disso, fatores psicológicos têm papel relevante, já que mulheres com histórico de transtornos de ansiedade, depressão ou abuso tendem a solicitar cesarianas com maior frequência (HADDAD, 2011).

Figura 23: Nascimento de Esculápio, retirado do ventre de sua mãe Corônis em 1549.



Fonte: Retirada do De Re Medica. National Library of Medicine (domínio público).

8.2 Indicação para o parto cesáreo

A cesariana é uma cirurgia utilizada para realizar o parto em situações em que o parto vaginal pode representar riscos à saúde da mãe ou do bebê. As indicações para a realização de uma cesariana podem ser classificadas como absolutas (quando não há possibilidade de realizar um parto vaginal seguro) ou relativas (quando os benefícios do procedimento superam os riscos em circunstâncias específicas) (FEBRASGO, 2021). Abaixo, apresentamos uma síntese sobre as principais indicações:

Tabela 3: Indicações Absolutas de Cesárea

Indicações Absolutas de Cesárea	
Indicações fetais	
Restrição de crescimento intrauterino severa	Sofrimento fetal agudo (hipóxia fetal)
Malformações fetais que impedem parto vaginal (como hidrocefalia)	Apresentação transversal
Gestação múltipla (se o primeiro feto estiver em apresentação não cefálica, se forem mais que dois gemelares ou gêmeos siameses)	Desproporção cefalopélvica absoluta Prolapso do cordão umbilical

Fonte: FEBRASGO, 2021

Indicações Maternas	
Descolamento prematuro de placenta (parto não iminente)	Placenta prévia (indicação para placenta prévia total e parcial)
Pré-eclâmpsia e eclâmpsia (individualizar)	Doenças maternas pré existentes que podem ser agravadas pelo esforço do parto vaginal.
Rotura uterina	
Cicatrizes uterinas prévias (cesarianas de repetição e miomectomias)	Infecções maternas ativas (herpes genital e HIV com carga viral indeterminada o alta)
Hemorragia materna abundante	Espectro da Placenta Acreta

Fonte: BRASIL, 2015

Indicações Obstétricas

Falha na progressão do trabalho de parto Indução do parto sem sucesso:

Histórico desfavorável (perdas fetais anteriores associadas a complicações do parto normal) Parto obstruído

Fonte: BRASIL, 2015

Tabela 4: Indicações Relativas de Cesárea

Indicações relativas ou eletivas de cesárea

Histórico de cesariana anterior Solicitação materna

Idade materna avançada Macrossomia

Fonte: BRASIL, 2015.

Tabela 5: Indicações de Cesárea por Situações de Emergência

Indicações de Cesárea por Emergências

Rotura de vasa prévia

Parada cardiorrespiratória da mãe (cesárea post mortem)

Descompensação materna grave (vida materna em risco)

Fonte: BRASIL, 2015.

8.3 Cesárea eletiva

A obstetrícia é a especialidade médica com maior número de denúncias registradas nos Conselhos Regionais de Medicina. Entre as principais queixas, destacam-se casos de óbito neonatal, complicações maternas, morte materna ou de ambos, problemas relacionados ao acompanhamento pré-natal, além de complicações anestésicas, infecciosas e relacionadas a corpo estranho. Esses incidentes estão mais frequentemente associados ao parto cesariano (FEBRASGO, 2011).

Os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico geralmente são considerados aceitáveis quando há indicações claras e justificadas para sua

realização. Sob a ótica do princípio do respeito à autonomia, é essencial que as decisões dos indivíduos, desde que estejam plenamente capacitados para deliberar sobre suas escolhas, sejam respeitadas, especialmente no que diz respeito à sua saúde e bem-estar (HADDAD, 2011). No Anexo B está o termo e pormenorizado riscos inerentes à cesariana eletiva.

8.3.1 Tocofofia: o medo do parto

A tocofofia é o medo intenso e irracional do parto ou da gravidez. Embora muitas mulheres possam sentir apreensão ou ansiedade em relação ao processo de dar à luz, a tocofofia vai além de uma preocupação comum. Ela é caracterizada por um medo extremo que pode afetar significativamente a saúde mental e física da gestante, sua qualidade de vida e até mesmo as decisões relacionadas à maternidade (NUNES, 2022).

A tocofofia pode ser dividida em dois tipos principais: **Tocofofia Primária e Secundária**. A **Primária**, ocorre em mulheres que nunca engravidaram antes. Geralmente, está associada a medos relacionados à dor, ao desconhecido ou a histórias traumáticas ou negativas sobre o parto ou a gravidez, que podem ter sido ouvidas na infância ou adolescência. Já a **Tocofofia Secundária**, surge após uma experiência traumática de gravidez ou parto anterior, como complicações médicas, perdas gestacionais ou partos difíceis. Nesses casos, a mulher desenvolve o medo com base em experiências vividas (NUNES, 2022).

A cesariana, nesses casos, é percebida como uma alternativa planejada e mais controlada, pois a cirurgia pode ser agendada, o que reduz a ansiedade em relação ao momento do parto (NUNES, 2022).

8.4 Aspectos pré-operatórios

O conceito de *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) surgiu a partir de Henrik Kehlet e a ideia de que pequenas mudanças na prática perioperatória, juntas, poderiam melhorar drasticamente o resultado no pós-operatório, ainda, por si só, não parecessem significativas (GOLDER; PAPALLOIS, 2021). A partir de então, o programa ERAS foi criado, tendo como ideia a otimização da recuperação do paciente a partir de um perioperatório baseado em evidências científicas de alto grau de confiabili-

dade (CAUGHEY *et al.*, 2018). As orientações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) para o manejo perioperatório em cirurgia obstétrica baseado no programa ERAS (SANTO TIAGO *et al.*, 2022) estão em consonância com os protocolos estabelecidos por Caughey *et al.* (2018). Assim, consideram-se aspectos importantes no pré-operatório conforme o ERAS para a cesárea, as

medicações anestésicas, o regime de jejum ao qual a paciente será submetida, a suplementação por carboidrato via oral, a profilaxia antimicrobiana, o preparo da pele e o preparo vaginal para diminuição de riscos de infecção e procedimentos para prevenção de hipotermia no intraoperatório materno. Todos estes tópicos serão abordados de forma aprofundada no Capítulo 11 do livro no tópico 11.6: “Cesárea e o programa ERAS no pré-operatório”.

8.5 Manejo anestésico segundo o programa ERAS

Diversos estudos compararam o impacto do sexo sobre as percepções da dor humana nas últimas décadas. Estes sugerem que as mulheres possam ter um limiar mais baixo para dor, fazendo com que tenham menos tolerância a estímulos dolorosos ou uma maior exposição à sua percepção (CASALE *et al.*, 2021). No entanto, é comum que a dor das mulheres seja reprimida ou desconsiderada no momento do nascimento de seu filho, seja esta a partir de parto natural ou cesárea (BITENCOURT *et al.*, 2022). Infelizmente, por estarem focadas no parto, as pacientes podem não reagir negativamente a essa violência no momento de seu sofrimento (OLIVEIRA *et al.*, 2017). O protocolo ERAS, adaptado para cesárea, estabelecido por Caughey *et al.* (2018), dá orientações em relação a anestesia perioperatória.

8.6 Técnicas

8.6.1. Incisão da pele

Em grande parte das pacientes, a preferência recai sobre a incisão transversa na pele, devido aos benefícios estéticos, trazendo menor probabilidade de dor no período pós-operatório e menor risco de hér-

nias, quando comparada à incisão mediana. Podemos citar as incisões de Pfannenstiel e a de Joel-Cohen, que são as mais realizadas nas cesarianas (FEBRASGO, 2021).

A incisão mediana, feita na região infraumbilical, oferece acesso rápido à cavidade abdominal, ocasiona menos sangramento e reduz a chance de lesão em nervos superficiais. Além disso, ela pode ser estendida em direção cefálica quando é necessário maior espaço para manipulação. Esse tipo de incisão é pouco utilizado e geralmente reservado para situações em que o intervalo entre a incisão e o nascimento precisa ser minimizado, a incisão transversa não proporciona exposição suficiente ou a paciente apresenta distúrbios de coagulação que aumentam o risco de formação de hematomas (FEBRASGO, 2021).

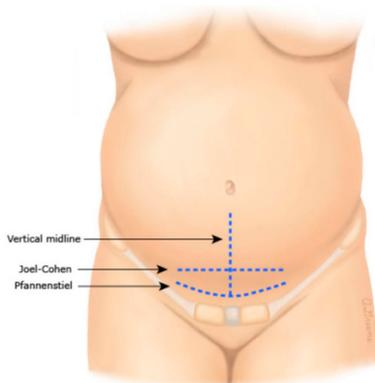


Figura 24: Tipos de incisão da cesárea.

Legenda: 1: incisão de Pfannenstiel:

incisão transversa ligeiramente curvada 2 a 3 cm acima da sínfise púbica dentro da área aparada dos pelos pubianos. **2: incisão de Joel-Cohen:**

incisão transversa retilínea, situada 3 cm abaixo da linha entre as cristas ilíacas. **3: Incisão mediana:** pouco utilizada na prática.

Fonte: Uptodate 2024.

8.6.2 Tecido Subcutâneo, Fásia (Aponeurose), Músculos Retos Abdominais e Peritônio Parietal

Após a incisão na pele, o tecido adiposo subcutâneo é dissecado cuidadosamente para expor a fásia, controlando o sangramento com pinças hemostáticas ou eletrocautério (BERGHELLA, 2024). Na fásia faz-se uma pequena abertura inicial na camada fascial utilizando o bisturi. Em seguida, a incisão é ampliada lateralmente com o uso de tesoura, prolongando-se 1 a 2 cm abaixo da pele. Alternativamente, a extensão da incisão pode ser feita manualmente, inserindo um dedo de cada mão sob a aponeurose e tracionando-a nas direções cefálica e caudal. Esta etapa é

fundamental para expor os músculos abdominais (BERGHELLA, 2024). Então, os músculos retos abdominais geralmente não são cortados, mas sim afastados. Após a abertura da fásia, o cirurgião separa os músculos retos manualmente ou com instrumentos rombos, isso cria um espaço para acessar o peritônio subjacente minimizando danos musculares e facilitando a recuperação (BERGHELLA, 2024). Para abertura do peritônio parietal é preferível usar os dedos, minimizando o risco de lesão inadvertida no intestino, bexiga ou outros órgãos que podem estar aderidos à superfície subjacente (BERGHELLA, 2024).

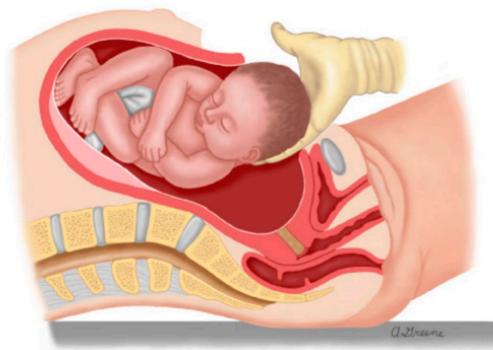
8.6.3. Histerotomia

O tipo de incisão uterina varia de acordo com o caso, pode ser feita transversal ou vertical. Geralmente é feita transversal, com abertura uterina no segmento uterino inferior, sendo a melhor opção para pacientes que planejam gravidez subjacente. Realiza-se uma incisão horizontal com bisturi, geralmente na camada serosa (externa) (FEBRASGO, 2021). Após a abertura da cavidade uterina, a incisão é estendida manualmente com os dedos, seguindo um movimento vertical (cefalocaudal), o que ajuda a reduzir o risco de aumento indesejado da incisão, lesão fetal e o sangramento excessivo. A tesoura só deve ser utilizada quando for necessário ajustar ou direcionar a incisão. Após a ruptura das membranas, é essencial realizar a aspiração do líquido amniótico (FEBRASGO, 2021. BERGHELLA, 2024).

8.6.4 Extração do Bebê e da Placenta

A retirada do feto deve ocorrer após a remoção da válvula de Doyen. Para fetos em apresentação cefálica, realiza-se a manobra de Geppert, posicionando a cabeça do feto de forma que a região occipital fique voltada para a incisão, aplicando uma leve pressão no fundo uterino. Caso haja circular de cordão, ela deve ser cuidadosamente desfeita. Após isso, procede-se com a extração completa do feto e da placenta (BERGHELLA, 2024)

Figura 25: Parto cesáreo em apresentação cefálica sem complicações.



Fonte: Uptodate 2024.

A fim de realizar extração placentária, procede-se com uma leve tração do cordão umbilical, não recomendado fazer a extração manualmente. Podendo ser usado ocitocina para aumentar os esforços expulsivos contráteis uterinos e permitir a expulsão espontânea da placenta (BERGHELLA, 2024).

Após a extração desses objetos, verifica-se o interior do útero para garantir que não restaram fragmentos placentários. Cada camada é suturada cuidadosamente, geralmente na ordem inversa (útero para pele) (FEBRASGO, 2021).

8.7 Laqueadura tubária e cesariana

Quem deseja realizar a laqueadura pelo Sistema Único de Saúde (SUS) deve procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima e informar o interesse em adotar o método. No Apêndice A estão detalhadas informações da lei vigente no Brasil desde 2023 e no Anexo A está o termo de consentimento para o procedimento (BRASIL, 2023).

8.8 Cuidados no pós-operatório

O monitoramento materno durante o período pós-operatório após o nascimento por cesariana é crucial para identificar e gerenciar potenciais complicações. Esse monitoramento geralmente inclui avaliações regulares

dos sinais vitais, cuidados com a ferida e a avaliação de sinais de infecção ou hemorragia, já que os partos cesarianos estão associados a riscos maiores de tais complicações em comparação com os partos vaginais (HENKE *et al.*, 2014).

O uso de ocitocina é uma prática padrão para prevenir hemorragia pós-parto. Uma revisão sistemática e meta-análise de Conde-Agudelo *et al.* (2013) aponta que a hemorragia pós-parto (HPP) é uma complicação comum, com perdas sanguíneas superiores a 1000ml representando grande preocupação. A incidência de HPP após cesáreas varia de 0,6% a 6,4%, dependendo de fatores como urgência do procedimento e condições como atonia uterina ou retenção placentária. Nesse sentido, técnicas cirúrgicas adequadas são essenciais para minimizar riscos (CONDE-AGUDELO *et al.*, 2013). Segundo Berghella (2025), a mesma dose de ocitocina pode ser usada após partos vaginais ou cesáreas, embora alguns clínicos optem por doses mais altas em cesáreas intraparto de alto risco. Não há consenso sobre ajustar a dosagem com base no tipo de parto (vaginal ou cesárea), bem como na programação do procedimento ou nos fatores de risco para hemorragia pós-parto, pois os protocolos variam entre as instituições. No entanto, pode ser recomendado o uso adicional de combinações medicamentosas, como metil ergotamina, misoprostol ou ácido tranexâmico. (BERGHELLA, 2025)

O contato pele a pele (SSC, do inglês *skin-to-skin contact*) após o parto cesariano é cada vez mais reconhecido por seus inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Essa prática, tem demonstrado melhorar o vínculo materno-infantil, promover a iniciação da amamentação e reduzir os níveis de estresse materno (MACHOLD *et al.*, 2021). Apesar dos desafios impostos pela recuperação cirúrgica, a viabilidade de implementar o SSC na sala de cirurgia já foi demonstrada. (MACHOLD *et al.*, 2021; FERRARI *et al.*, 2020).

Outro aspecto de fundamental importância é o manejo eficaz da dor no cuidado pós-operatório. A implementação de estratégias de analgesia preemptiva pode otimizar ainda mais o alívio da dor (GHOLAMI *et al.*, 2024). Por exemplo, estudos demonstraram que combinar analgésicos orais com bloqueios regionais pode melhorar significativamente a percepção de dor, ao mesmo tempo em que minimiza o consumo de opioides, reduzindo assim o risco de efeitos colaterais (DARVISH *et al.*, 2013).

A mobilização precoce é incentivada, embora dados mostrem otimização dos resultados após o parto cesáreo sejam limitados. Tem sido associada à recuperação mais rápida do intestino e à redução do íleo cirúrgico e da trombose venosa. Recomenda-se, desse modo, que as pacientes caminhem por pelo menos 5 a 10 minutos, quatro vezes ao dia, começando cerca de quatro horas após o fechamento da pele. (BERGHELLA, 2025)

Orientações no pós-operatório em relação ao banho auxiliam na higiene pessoal, mas também ajudam a mãe a se sentir mais confortável e revigorada, o que é vital para o bem-estar emocional durante o período pós-parto (FINDIK, 2023). Demais aspectos sobre o puerpério e o papel da mulher podem ser lidos no Capítulo 12 deste livro.

8.9 Complicações

Devido à taxa crescente de cesáreas, torna-se um desafio lidar com possíveis complicações relacionadas à cirurgia, das quais se destacam a febre pós-parto, a infecção cirúrgica, a sepse puerperal e a mortalidade materna (GEDEFW *et al.*, 2020). As infecções devido à cirurgia podem prolongar internações, exigir tratamentos adicionais e aumentar o risco de complicações mais graves, como a sepse (BRATZLER *et al.*, 2013).

De acordo com os estudos de Smaill e Grivell (2008), atualizados pela última vez em 2014 e citados em mais de 10 guidelines (SMAILL; GRIVEL, 2010, SMAILL; GRIVELL, 2014), o trato genital é a fonte mais importante de microrganismos responsáveis pela infecção pós-cesárea, sendo estas comumente polimicrobianas. Incluem-se endometrite (inflamação do revestimento do útero) e infecção do trato urinário como complicações comuns. Outras complicações infecciosas mais sérias contemplam o acúmulo de pus na pelve, formando abscesso; a fascíte necrosante, em que há destruição da parede do útero; choque séptico como consequência de sepse; e tromboflebite da veia pélvica (SMAILL; GRIVEL, 2008; SMAILL; GRIVEL, 2010, SMAILL; GRIVELL, 2014). Nesse sentido, a profilaxia contra agentes bacterianos se torna essencial no contexto da cesárea (BRATZLER *et al.*, 2013). Mais aspectos da profilaxia contra agentes bacterianos serão tratados no capítulo 11 deste livro.

Vale ainda mencionar que, segundo Keag *et al.* (2018), resultados em estudos sugerem que ter uma cesariana anterior, quando comparada

a um parto vaginal anterior, pode estar associado a aumento do risco de complicações: descolamento prematuro de placenta, placenta acrecta, placenta prévia, aborto espontâneo e hysterectomia (KEAG *et al.*, 2018).

Por fim, os aspectos psicológicos pós-cesárea também podem ser considerados ao falarmos sobre as complicações. A depressão pós-parto (DPP), um episódio depressivo maior que ocorre depois do parto, deve ser tratada com seriedade, tendo alguns estudos sugerido associação entre a cesariana e o aumento do risco de DPP devido ao trauma cirúrgico (XU *et al.*, 2017). Para mais discussões a respeito do puerpério e o papel da mulher na sociedade, recomenda-se ao leitor o capítulo 12 deste livro.

8.10 Considerações Finais

A cesárea é uma cirurgia executada amplamente no mundo, cuja importância para a vida materna e fetal é inquestionável quando indicada em situações de emergência. No entanto, o aumento em suas taxas deve colocar os médicos em alerta. É essencial que nós, como profissionais, estejamos cientes acerca de suas reais indicações, tendo em vista os riscos clínicos que realizá-la sem necessidade pode acarretar, em especial com o aumento de cesarianas no Brasil.

Ademais, os aspectos pré-operatórios e pós-operatórios, bem como a técnica cirúrgica e a anestesia escolhida, são todos cruciais durante o perioperatório da cesárea. É fundamental que a paciente se sinta acolhida e tenha acesso às informações corretas do procedimento e dos cuidados que deverá ter em consequência dele. Ainda, os profissionais devem estar prontos para lidar com as possíveis complicações decorrentes da cesariana, tais quais infecções, hemorragias e a depressão pós-parto.

8.11 Referências

BERGHELLA, V; GROBMAN, W; BARSS, V. A. **Cesarean birth: Surgical technique.** UpToDate 2024.

BITENCOURT, A. C. et al. **Obstetric violence for professionals who assist in childbirth.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 943-951, dez. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202200040012>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** *Relatório de Recomendação Ministério da Saúde do Brasil*, abril de 2015. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Idade para realização de laqueadura e vasectomia passa de 25 para 21 anos.** Março de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/idade-para-realizacao-de-laqueadura-e-vasectomia-passa-de-25-para-21-anos-de-idade>

CASALE, R. et al. **Pain in women: A perspective review on a relevant clinical issue that deserves prioritization.** *Pain Therapy*, v. 10, n. 1, p. 287-314, jun. 2021. DOI: 10.1007/s40122-021-00244-1. Epub 15 mar. 2021. PMID: 33723717; PMCID: PMC8119594.

CAUGHEY et al. **Guidelines for intraoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>. Acesso em: 14 jan. 2025.

CONDE-AGUDELO, A. et al. **Misoprostol to reduce intraoperative and postoperative hemorrhage during cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis.** *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 209, n. 1, p. 40.e1-40.e17.

DARVISH, H. et al. **Analgesic efficacy of diclofenac and paracetamol vs. meperidine in cesarean section.** *Anesthesiology and Pain Medicine*, v. 3, n. 3, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5812/aapm.9997>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FERRARI, A. P. et al. **Effects of elective cesarean sections on perinatal outcomes and care practices.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 3, p. 879-888, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300012>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FINDIK, F. **Obstetric relaparotomies: 13 years of tertiary care experience.** *Zeynep Kamil Medical Journal*, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.14744/zkmj.2023.98752>.

GEDEFW, G. et al. **Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis.** *Patient Saf Surg*, v. 14, 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13037-020-00236-8>.

GHOLAMI, H. et al. **Comparison of Celecoxib and Gabapentin in Preventing Post-Cesarean Section Pain: a randomized controlled clinical trial.** *Biomedical Research And Therapy*, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 6156-6163, 31 jan. 2024. Biomedical Research and Therapy. <http://dx.doi.org/10.15419/bmrat.v11i1.860>.

GOMES, D. O. **A história do nascimento (parte 1): cesariana.** FEMININA, vol. 18, setembro de 2010.

HADDAD, S.; EL MAERAWI, T.; CECATTI, J. G. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 252-262, maio 2011.

HENKE, R. et al. **Geographic variation in cesarean delivery in the United States by payer.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 14, n. 1, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0387-x>. Acesso em: 15 jan. 2025.

HEINEMANN, N. et al. **Timing of staples and dressing removal after cesarean delivery (the SCARR study).** *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 144, n. 3, p. 283-289, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12757>.

KEAG, O. E. et al. **Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: systematic review and meta-analysis.** *Plos Medicine*, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1002494, 23 jan. 2018. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>.

MACHOLD, C. A. et al. **Women's experiences of skin-to-skin cesarean birth compared to standard cesarean birth: a qualitative study.** *CMAJ Open*, v. 9, n. 3, p. E834-E840, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200079>. Acesso em: 15 jan. 2025.

NUNES, R. C.; COUTINHO, F. C.; SANTOS, V. A. **Medo do parto: Uma revisão das intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental.** *Psicologia: Teoria e Prática*, 24(1), 1-22. São Paulo, SP, 2022.

OLIVEIRA, T. R. de et al. **Women's perception on obstetric violence.** *Journal of Nursing UFPE on line*, Recife, v. 11, n. 1, p. 40-46, jan. 2017. DOI: 10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201706.

PARENTE, R. C. M. et al. **Recuperação aprimorada após cirurgia: história, principais avanços e desenvolvimentos na cirurgia de transplante.** *Journal of Clinical Medicine*, v. 10, n. 8, p. 1634, 12 abr. 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8069722/>. DOI: 10.3390/jcm10081634. Acesso em: 10 jan. 2025.

SANTIAGO, A. E. et al. **FEBRASGO Position Statement - Manejo perioperatório em cirurgia ginecológica baseado no programa ERAS.** *Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)*, Número 2 – Fevereiro 2022.

SMAILL, F. M.; GRIVELL, R. M. **Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, Issue 10. Art. No.: CD007482. DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub3. Acesso em: 18 jan. 2025.

SMAILL, F. M.; GYTE, G. M. L. **Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 1. Art. No.: CD007482. DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub2. Acesso em: 18 jan. 2025.

XU, H. et al. **Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis.** *Journal of Psychosomatic Research*, v. 97, p. 118-126, 2017.

CIRURGIA GINECOLÓGICA ESTÉTICA: LABIOPLASTIA, VAGINOPLASTIA E CLITOROPLASTIA

Ana Sofia do Prado Vilela
Anelise Silva França

*“No culto da beleza não há nada de são.
Esse culto é esplêndido demais para ser são.”*
Oscar Wilde

9.1 Conceitos iniciais

A estética genital feminina é um produto de diversas normas culturais e do conceito de beleza percebido pela própria mulher, estando intimamente ligada à sua identidade e autoestima. Nos últimos anos, a cirurgia estética genital ganhou cada vez mais espaço e novas técnicas foram desenvolvidas para aprimorar os resultados na saúde, função e aparência feminina (WILLIS *et al.*, 2023).

Dentre as técnicas operatórias da cirurgia ginecológica estética, fazem parte: cirurgias de labioplastia (também conhecida como ninfoplastia), vaginoplastia e clitoroplastia. A Ninfoplastia ou a Labioplastia é um procedimento simples e rápido, que consiste no aprimoramento e remodelamento da assimetria dos lábios menores, assim como na retirada do excesso de tecido redundante da vulva (DAHER *et al.*, 2015). A vaginoplastia é um procedimento cirúrgico que tem como objetivo reconstruir, remodelar ou rejuvenescer a vagina. Também conhecida como cirurgia íntima feminina, a vaginoplastia pode ser realizada por diversos motivos, como correção de problemas congênitos, reparação de danos causados pelo parto ou simplesmente para melhorar a estética e a função da região genital feminina (FERREIRA, 2003). Já a clitoroplastia refere-se ao con-

junto de técnicas cirúrgicas que visam aprimorar a aparência do clitóris, reduzindo o excesso de volume (conhecido como virilização) ou tecido envolvente, fixando-o em uma posição mais adequada ou restaurando-o completamente (JACOB *et al.*, 2024).

9.2 Indicações

9.2.1 Labioplastia

A redução dos pequenos lábios pode ser indicada para mulheres a partir dos 12 anos, nas quais a hipertrofia dos pequenos lábios pode afetar a autoestima, causando estigmas sociais ou desconforto durante a relação sexual e ao usar certas roupas íntimas. A grande maioria das cirurgias de ninfoplastia é realizada por razões estéticas em mulheres sexualmente maduras, as quais tendem a considerar como ideais pequenos lábios de cor clara, finos, retos e simétricos, padrões que remetem a mulheres jovens (WILLIS *et al.*, 2013).

Procedimentos auxiliares, como redução do capuz do clitóris, devem ser considerados ao planejar uma labioplastia, pois redundâncias de capuz não tratadas podem resultar em inchaços e protuberâncias desagradáveis, causando desconforto e descontentamento estético (WILLIS *et al.*, 2013).

As contraindicações incluem pacientes com transtorno dismórfico corporal (TDC) e aquelas que esperam que esse procedimento melhore sua vida sexual e sua capacidade de atingir o orgasmo (WILLIS *et al.*, 2013).

Uma vez que a cirurgia não tem impacto positivo na vida sexual e na capacidade de atingir o orgasmo, pode, inclusive, piorar o dismorfismo corporal. Pacientes com TDC frequentemente procuram procedimentos de repetição por extrema satisfação com sua aparência física. “A falta de consciência do estado mórbido pode levá-las a um estado delirante” (BRIOTO *et al.*, 2014).

9.2.2 Vaginoplastia

A vaginoplastia é indicada para mulheres que desejam reconstruir, remodelar ou rejuvenescer a vagina por motivos estéticos, funcionais ou de

saúde. As principais indicações para a vaginoplastia incluem a correção de defeitos congênitos, a reparação de danos causados pelo parto, a melhoria da estética e função da região genital feminina e o tratamento de problemas de incontinência urinária e disfunção sexual (FERREIRA, 2003).

9.2.3 Clitoroplastia

As técnicas cirúrgicas abrangidas pela clitoroplastia são indicadas para pacientes acima de 12 anos de idade que apresentam desconforto físico ou psicológico devido a alguma variação anatômica ou deformidade do clitóris. Dentre as deformidades mais comuns, encontram-se a hipertrofia clitoriana, causada pelo uso de anabolizantes, por hiperplasia das glândulas adrenais ou por origem congênita; o excesso de prepúcio do clitóris; deslocamento, prolapso clitoriano ou ainda o pequeno volume e a amputação do órgão. (LEGATO, 2017)

A amputação do órgão, conhecida como mutilação genital feminina, é uma prática tradicional em algumas culturas em partes da África e regiões do Oriente Médio. (NOUR, MICHELS, BRYANT; 2006). Estima-se que mais de 200 milhões de meninas e mulheres vivas até o momento tenham sofrido essa intervenção. Dentro do contexto que é praticada, frequentemente considera-se que fornece benefícios que vão desde a relação com higiene, fertilidade e castidade até para o prazer sexual masculino. A prática pode ser condicionante para a possibilidade de casamento, uma vez que promove a virgindade pré-marital e a fidelidade conjugal (OMS, 2024).

Figura 26: Mulher conhecida como ‘talhadora’ no Quênia mostra a lâmina que usa para procedimento.



Fonte: BBC NEWS BRASIL, 2009.

Tal atrocidade é reconhecida internacionalmente como uma violação dos direitos humanos, refletindo desigualdade entre os sexos e constitui uma forma extrema de discriminação e opressão. Em resposta a essa prática, em 2008, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a resolução WHA61.16 que preconiza:

- (1) acelerar as ações para a eliminação da mutilação genital feminina, incluindo a educação e a informação necessárias para a plena compreensão das dimensões de gênero, saúde e direitos humanos da mutilação genital feminina;
- (2) promulgar e aplicar legislação para proteger as meninas e mulheres de todas as formas de violência, especialmente a mutilação genital feminina, e garantir a implementação de leis que proíbam a mutilação genital feminina por qualquer pessoa, incluindo profissionais médicos;
- (3) apoiar e reforçar os esforços comunitários para eliminar a prática da mutilação genital feminina, assegurando particularmente a participação dos homens e dos líderes locais no processo de eliminação da prática;
- (4) trabalhar com todos os setores do governo, agências internacionais e organizações não-governamentais em apoio ao abandono desta prática como uma contribuição

importante para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na promoção da igualdade de gênero e do empoderamento das mulheres, na redução da mortalidade infantil e na melhoria saúde materna;

(5) formular e promover diretrizes para o cuidado, particularmente durante o parto, de meninas e mulheres que tenham sido submetidas à mutilação genital feminina;

(6) desenvolver ou reforçar serviços e cuidados de apoio social e psicológico e tomar medidas para melhorar a saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, a fim de ajudar as mulheres e meninas que são sujeitas a esta violência; (EIGHTH PLENARY MEETING – Committee A, third report; 2008)

9.3 Técnicas Cirúrgicas

9.3.1 Labioplastia

Existem dois métodos descritos para reduzir os pequenos lábios: o Método de corte, também conhecido como método da borda, relatado por Hodgkinson, e o Método da cunha pioneiro por Alter. A seleção da técnica deve ser baseada na anatomia, nos objetivos e nas preferências da paciente (WILLIS *et al.*, 2013).

Na técnica de corte, os pequenos lábios assimétricos ou protuberantes podem ser corrigidos seccionando as áreas em excesso com uma tesoura ou laser e realizando a sutura para o fechamento. Deixa-se um espaço de 1cm de pequenos lábios para manter uma demarcação funcional no introito. Essa técnica é mais indicada para hipertrofias muito acentuadas, espessuras excessivas e quando a paciente aceita ou deseja uma possível alteração na cor da borda visível dos pequenos lábios (WILLIS *et al.*, 2013).

Embora as vantagens desse método sejam o curto tempo operatório e o clareamento das bordas labiais, principalmente para pacientes de pele mais clara, as desvantagens são mais abrangentes. Elas incluem uma cicatriz longitudinal ao longo da borda labial, que geralmente é irregular que pode reduzir a sensibilidade dessa região, resultando em uma maior incidência de desconforto. Além de uma incidência relativamente alta de assimetria e de ressecção excessiva, com dificuldade em manter a transição

normal entre o frênuo do clitóris, o capuz do clitóris e o lábio - geralmente ocasionando resultados esteticamente desagradáveis, conhecidos como ‘orelhas de cachorro’ (WILLIS *et al.*, 2013).

A labioplastia com técnica de cunha, defendida pelo Dr. Gary Alter, mantém a borda natural dos lábios, ressecando apenas uma cunha ou região em ‘V’ dos pequenos lábios mais protuberantes, preservando a borda labial natural. As desvantagens são um tempo operatório mais longo, a experiência cirúrgica necessária advinda do profissional e a persistência ocasional de pigmento da borda labial (WILLIS *et al.*, 2013).

9.3.2 Vaginoplastia

A vaginoplastia pode ser realizada de diferentes formas, dependendo das necessidades e objetivos da paciente. Em geral, o procedimento envolve a remoção do excesso de tecido vaginal, a reconstrução dos músculos do assoalho pélvico e a sutura da parede vaginal para criar um canal vaginal mais estreito e tonificado. A cirurgia pode ser realizada sob anestesia local ou geral, e o tempo de recuperação varia de acordo com a extensão do procedimento (FERREIRA, 2003).

9.3.3 Clitoroplastia

A clitoroplastia inclui diferentes técnicas cirúrgicas, dentre elas estão a clitorotomia, a clitopexia, a ressecção de capuz clitoriano, a clitoroplastia de aumento e a neoclitoroplastia (LEGATO, 2017).

9.3.3.1 Clitorotomia

A clitorotomia promove a redução do clitóris a partir de sua ressecção parcial, removendo o excesso de tecido e parte da glândula clitoriana, sendo utilizada para indivíduos com hipertrofia do clitóris, ou virilização (LEGATO, 2017).

9.3.3.2 Clitopexia

A clitopexia refere-se à fixação do clitóris em uma posição anatômica mais adequada, sendo indicada em casos de deslocamento, prolapso e hipertrofia do clitóris (LEGATO, 2017).

9.3.3.3 Ressecção de capuz clitoriano

A ressecção do capuz clitoriano envolve a remoção do excesso de pele que cobre o clitóris, o prepúcio, sendo utilizada principalmente para pacientes que buscam maior sensibilidade da região durante a relação sexual (LEGATO, 2017).

9.3.3.4 Clitoroplastia de aumento

Essa técnica visa aumentar o volume ou comprimento do clitóris através da injeção de gordura ou de material sintético. É indicada para mulheres que se sentem insatisfeitas com o tamanho do seu clitóris, o qual pode ser reduzido por fatores como atrofia ou perda de peso (LEGATO, 2017).

9.3.3.5 Neoclitoroplastia

A neoclitoroplastia possui como finalidade criar um novo clitóris para mulheres que nasceram sem o órgão (agenesia clitoriana), ou que perderam o clitóris por amputação ou que desejam passar pela cirurgia de redesignação (mulheres trans). Essa técnica é a mais complexa e requer várias etapas cirúrgicas, que incluem a retirada de um retalho ou enxerto de tecido de outra região do corpo (como o antebraço, a coxa ou o abdômen) (LEGATO, 2017).

9.4 Cuidados Pós - Operatório

Após algumas semanas da realização da cirurgia, as pacientes são atendidas para remover quaisquer suturas retidas e avaliar a cicatrização. O prurido pode ser intenso à medida que as suturas se desfazem (quando fios absorvíveis), e as pacientes devem ser instruídas com antecedência (WILLIS *et al.*, 2013).

As restrições pós-operatórias incluem não penetração vaginal por seis semanas, evitar pressões nas linhas de sutura e abster-se de quaisquer

atividades que possam levar à tensão ou atrito nas incisões. Deve haver aviso prévio sobre o edema significativo que pode surgir e desaparecer espontaneamente (WILLIS *et al.*, 2013).

As opiniões sobre o resultado devem ser respeitadas e, se algo for corrigível, as pacientes devem ter a oportunidade de revisão, utilizando-se do bom senso e do reforço das orientações pré-cirúrgicas sobre os resultados do procedimento. Uma queixa comum é a assimetria persistente, embora menor, dos lábios (WILLIS *et al.*, 2013).

9.5 Considerações Finais

Reitera-se, o aprimoramento dos procedimentos cirúrgicos na estética genital para o público feminino em geral. As técnicas de labioplastia, vaginoplastia e clitoroplastia trazem resultados satisfatórios com melhora da aparência da genitália para as pacientes, levando a um aumento de sua confiança, autoestima, conforto físico e psicológico durante a relação sexual e sua rotina. Cabe à área cirúrgica e ginecológica avançar ainda mais para a realização de novas técnicas que tragam os mesmos benefícios com ainda menos complicações. Porém questões de expectativa e resultados cirúrgicos devem ser previamente discutidos e bem documentados, principalmente naquelas pacientes em que se suspeita de TDC.

Do mesmo modo, deve-se cobrar políticas públicas para a erradicação da mutilação genital em meninas e mulheres de países de terceiro mundo como prioridade na agenda social. Assim caminharemos para maior igualdade de gênero, respeito à diversidade feminina e apoio para atingir a saúde sexual plena, livre de preconceitos e estigmas sexistas e/ou religiosos.

9.6 Referências

BRIOTO, M.J.A. *et al.* **Understanding the psychopathology of body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: a literature review.** *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2014;29(4):599-608

DAHER, M. *et al.* **Star nymphoplasty: a surgical technique for labia minora hypertrophy.** *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/dhF5SBSL3kJWgy3jhgZvPGj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2025.

DORNELAS, M. T. *et al.* **Labioplasty and its current status.** *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcp/a/Y87rRXDrk3JGq9>

9HVg5NWJ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 02 jan. 2025.

FERREIRA, J. A.S. **Vaginoplasty Using Full-thickness Skin Graft from the Lower Abdominal Region.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/6RvwfB43pbKVXKfPdjFvmYr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2024.

JACOB, F. L. *et al.* **Clitoroplasty in the correction of clitoral hypertrophy: description of a technique that spares neurovascular structures.** *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/VKdf7x9YwwWGVZm5TG8n4x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2025.

LEGATO, M. J. **Principles of Gender-Specific Medicine.** 4. ed. New York: *Elsevier*, 2017. 503-512 p. v. 2. ISBN 978-0-323-88534-8.

NOUR, N.M., MICHELS K.B., BRYANT, A.E. **Defibulation to treat female genital cutting: Effect on symptoms and sexual function.** *Obstet Gynecol* 108(1):55–60, 2006. doi: 10.1097/01.AOG.0000224613.72892.77).

ROHDEN, F. *et al.* **Esculpindo corpos e criando normalidades: as cirurgias estéticas íntimas na produção científica da cirurgia plástica.** *Associação Brasileira de Antropologia*, 2021. Disponível em: <https://www.abant.org.br/files/CAP-163970252.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2025.

SILVA, G.A. *et al.* **Repercussions Related to Vulvar Deformities.** *Contemporary Journal*, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/articl/view4081/3120>. Acesso em: 27 dez. 2024.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA61.16. Agenda item 11.8. Female genital mutilation. *The Sixty-first World Health Assembly*, 2008.

WILLIS, R. N. *et al.* **Labioplasty Minora Reduction.** *StatPearls*, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448086/>. Acesso em: 04 jan. 2025.

Sessão 3

PREPARO E RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA NA SAÚDE FEMININA

PANORAMA GERAL DA AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Isabela Júdice de Oliveira
Anelise Silva França

“O preparo pré-operatório não se limita a exames físicos e laboratoriais; envolve o preparo mental e físico do paciente, garantindo que ele esteja na melhor condição possível para enfrentar o procedimento cirúrgico e sua recuperação.”
(Lee A. Fleisher)

10.1 Conceitos iniciais

As cirurgias ginecológicas e mamárias fazem parte da realidade de diversas mulheres e envolvem condições de saúde feminina. Nesse contexto, podem ser citados procedimentos ginecológicos como hysterectomia, miomectomia e laparoscopia diagnóstica. Enquanto as cirurgias mamárias podem abranger de biópsias a procedimentos mais complexos, como as mastectomias e reconstruções mamárias. Com isso, o preparo adequado e o manejo da recuperação são fundamentais para o sucesso do tratamento e a qualidade de vida das pacientes (SMITH *et al.*; 2020). Vale ressaltar que tais intervenções englobam desde procedimentos diagnósticos até tratamentos complexos, incluindo o manejo de doenças benignas e oncológicas. Uma preparação bem planejada, aliada às orientações médicas, garante maior segurança e melhores resultados pós-operatórios (UPTODATE, 2025).

Figura 27: Preparo das Cirurgias Ginecológicas e Mamárias



Fonte: Freepik, 2025.

10.2 Preparo para Cirurgias Ginecológicas

O preparo para cirurgias ginecológicas consiste em uma avaliação multidisciplinar e no planejamento cuidadoso, a fim de reduzir riscos perioperatórios. Para isso, tal processo deve incluir uma revisão da história clínica, exames laboratoriais e de imagem. Também é crucial abordar questões psicológicas e fornecer informações detalhadas à paciente sobre o procedimento planejado (JONES, et al.; 2021).

10.2.1 Exames Solicitados Antes de Cirurgias Ginecológicas

Os exames pré-operatórios para cirurgias ginecológicas incluem, exames gerais que serão descritos em tabela a seguir. Exames de imagem como ultrassonografia pélvica ou ressonância magnética também são requisitados, dependendo do quadro clínico (LEE et al.; 2019). “Esses exames auxiliam na identificação de condições como anemias ou alterações estruturais, fundamentais para o planejamento cirúrgico” (UPTODATE, 2025). Sendo assim, são recursos essenciais que ajudam a identificar possíveis fatores de risco e a planejar o procedimento com segurança.

Tabela 6: Tabela de exames solicitados antes de cirurgias ginecológicas

Tipo de exame	Descrição	Objetivo
Hemograma completo	Análise de componentes do sangue, como glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas.	Identificar anemia ou infecções.
Coagulograma	Avaliação da coagulação do sangue.	Detectar distúrbios de coagulação.
Função renal e hepática	Exames laboratoriais para verificar a saúde dos rins e fígado.	Avaliar condições metabólicas.
Glicemia	Medição dos níveis de glicose no sangue.	Identificar diabetes ou hipoglicemia.
Tipagem sanguínea	Determinação do tipo sanguíneo e fator Rh.	Preparação para transfusão, se necessário.
Ultrassonografia pélvica	Exame de imagem que utiliza ondas sonoras para visualizar órgãos pélvicos.	Identificar alterações estruturais.
Ressonância magnética	Exame de imagem avançado para detalhamento de estruturas internas.	Avaliação complementar em casos complexos.

Fonte: Elaborada pelas próprias autoras.

10.2.2 Orientações Antes de Cirurgias Ginecológicas

Antes da cirurgia, faz-se necessárias orientações gerais à paciente, por exemplo, sobre jejum, suspensão de medicamentos anticoagulantes e a necessidade de evitar tabagismo e consumo de álcool. Além de recomendar a realização de uma limpeza intestinal quando indicado. A paciente deve ser informada sobre o tempo de internação e cuidados pós-operatórios (BROWN, PATEL; 2020). Ainda é recomendado que a suspensão de anticoagulantes deva ser feita com avaliação rigorosa do risco de tromboembolismo (UPTODATE, 2025).

Tabela 7: Tabela sobre as orientações para o preparo pré-operatório de Cirurgias Ginecológicas.

Aspecto	Orientações
Exames pré-operatórios	Sugere-se realizar hemograma completo, coagulograma, função renal e hepática, glicemia, tipagem sanguínea. Exames de imagem como ultrassonografia ou ressonância magnética, dependendo do caso.
Jejum	Manter jejum de 8 horas para alimentos sólidos e 2 horas para líquidos claros, conforme orientação médica.
Suspensão de medica-mentos	Informar ao médico sobre o uso de anticoagulantes ou outros medicamentos. Suspender conforme orientações.
Higiene corporal	Tomar banho no dia da cirurgia com sabonete antisséptico, evitando produtos cosméticos.
Tabaco e álcool	Suspender consumo de álcool 24 horas antes e tabaco pelo menos 1 semana antes da cirurgia.
Uso de vestimentas	Comparecer ao hospital com roupas leves e evitar acessórios metálicos.
Orientações psicológicas	Realizar consulta prévia para esclarecimento de dúvidas e redução da ansiedade em relação ao procedimento.

Fonte: Elaborado pelas próprias autoras.

10.3 Preparo para Cirurgias Mamárias

No preparo para cirurgias mamárias, o foco está na avaliação do estado geral de saúde e na identificação de fatores que possam impactar o sucesso do procedimento. Avaliação cardiovascular e pulmonar, bem como exames laboratoriais, na maioria dos contextos, são práticas comuns. Quando a cirurgia é oncológica, a discussão sobre reconstrução deve ocorrer previamente (ANDERSON et al.; 2021).

Ademais, a preparação de operações na mama envolve exames de imagem, como mamografia e ultrassonografia, os quais são cruciais para determinar a extensão da condição tratada. Em casos de câncer, exames como tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) podem ser necessários para estadiamento e planejamento da abordagem cirúrgica. Em suma, “exames de imagem complementares ajudam na delimitação do planejamento”. (UPTOPDATE, 2025).

10.3.1 Exames Solicitados Antes de Cirurgias Mamárias

Os exames pré-operatórios que devem ser realizados antes de cirurgias mamárias incluem mamografia, ultrassonografia mamária, e ressonância magnética. Outros exames também são solicitados, como: exames laboratoriais como hemograma, glicemia e função renal. Em casos de câncer de mama, pode ser necessária a realização de exames de estadiamento, como PET-CT (WILSON et al., 2020).

10.3.2 Orientações Antes de Cirurgias Mamárias

No pré-operatório, a paciente deve ser informada sobre o procedimento, tempo de recuperação, e possíveis efeitos colaterais (TAYLOR et al., 2018). Além disso, as pacientes também recebem orientações específicas para evitar complicações, como a manutenção de um peso adequado. “Informações detalhadas sobre o procedimento, tempo de recuperação e cuidados necessários no pós-operatório são fundamentais para reduzir a ansiedade e aumentar a adesão ao tratamento” (UPTODATE, 2025).

10.4 Recuperação Após Procedimentos Cirúrgicos

Sabe-se que o processo de recuperação varia conforme o tipo de cirurgia. De forma geral, é recomendado que a paciente permaneça um período em repouso relativo, faça uso de analgésicos prescritos e tenha acompanhamento médico regular. Além disso, exercícios físicos intensos devem ser evitados nas primeiras semanas. Ainda, cuidados com a higiene e o monitoramento de sinais de infecção também são essenciais (CLARK et al., 2020). “A dor é controlada com analgésicos prescritos, enquanto sinais de complicações, como febre ou sangramentos, devem ser monitorados atentamente” (UPTODATE, 2025).

Em cirurgias mamárias, o cuidado no pós-operatório prioriza a prevenção de infecções e o controle da dor. Ademais, o uso de drenos é comum em procedimentos mais complexos, e a retirada deve ser feita com acompanhamento médico. “A mobilidade do braço no lado operado pode ser limitada temporariamente, sendo indicada fisioterapia em alguns casos para prevenir rigidez articular” (UPTODATE, 2025).

10.5 Considerações Finais

Cirurgias ginecológicas e mamárias podem configurar necessidades de preparo especial. A recuperação em cirurgias ginecológicas e mamárias requer uma abordagem personalizada, com foco no bem-estar e na segurança da paciente. A colaboração entre equipe médica e paciente é crucial para o sucesso do tratamento e a melhoria da qualidade de vida. Em suma, “O preparo adequado, associado às orientações claras e ao suporte pós-operatório, contribui para melhores resultados clínicos e qualidade de vida das pacientes” (UPTODATE, 2025).

Mais informações específicas acerca do preparo pré-operatório e recuperação serão discutidas nos próximos capítulos.

10.6 Referências

- ANDERSON, J. *et al.* **Preoperative Assessment for Breast Surgery.** *Journal of Surgical Oncology*, 2021.
- BROWN, P.; PATEL, R. **Guidelines for Gynecologic Surgery Preparation.** *International Journal of Obstetrics*, 2020.
- CLARK, H. *et al.* **Postoperative Care in Gynecology: A Comprehensive Review.** *Women's Health Journal*, 2020.
- JONES, L. *et al.* **Multidisciplinary Approach in Gynecological Surgeries.** *Obstetrics and Gynecology International*, 2021.
- LEE, K. *et al.* **Diagnostic Imaging in Gynecological Surgery Preparation.** *Ultrasound Quarterly*, 2019.
- MERCADO, D. L.; PETTY, B. G. **Perioperative medication management.** *Medical Clinics of North America*, v. 87, n. 1, p. 41-57, jan. 2003. DOI: 10.1016/s0025-7125(02)00146-3. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(02\)00146-3](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(02)00146-3). Acesso em: 15 jan. 2025.
- SMITH, R. *et al.* **Principles of Surgical Management in Women's Health.** *Surgical Clinics*, 2020.
- TAYLOR, M. *et al.* **Patient Education Before Breast Surgeries.** *Breast Cancer Research and Treatment*, 2018.
- UPTODATE. **Overview of gynecologic laparoscopic surgery and non-umbilical entry sites.** 2025.
- WILSON, D. *et al.* **Advanced Imaging for Breast Cancer Staging.** *Radiology Today*, 2020.
- YU, S. P.; COHEN, J. G.; PARKER, W. H. **Management of hemorrhage during gynecologic surgery.** *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia, v. 58, n. 4, p. 718-731, dez. 2015.

ASPECTOS PRÁTICOS DO PREPARO CIRÚRGICO: JEJUM, MEDICAÇÕES E ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS ESPECÍFICAS

Isabella de Gouvêa Pivetti
Anelise Silva França

“A confiança do paciente é o fio que segura a lâmina da nossa arte. Antes de tocar a pele ou o útero, precisamos tocar a alma, porque nenhum bisturi pode curar sem a missão daquele que é cortado.”
(trecho traduzido de “Cutting for Stone”,
por Abraham Verghese)

11.1 Conceitos iniciais

O sucesso de um procedimento cirúrgico está intimamente ligado à realização de um bom preparo pré-operatório. Este preparo deve levar em consideração a condição clínica da paciente, como sua idade e a presença de doenças prévias, além da natureza do procedimento cirúrgico que será realizado. Vale dizer que é dever do médico iniciar seus cuidados pré-cirurgia com uma anamnese minuciosa, que avalie a fisiologia e considere seus antecedentes patológicos e medicamentos em uso (GIORDANO *et al.*, 2009).

Com os constantes avanços na área cirúrgica, uma nova proposta surgiu para os cuidados perioperatórios (desde o momento antes da cirurgia até o pós-cirúrgico). Na década de 90, o cirurgião colorretal dinamarquês Henrik Kehlet desenvolveu o conceito de ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), cujo propósito pode ser exemplificado como uma “recuperação otimizada após cirurgia” (APSF, 2005). Nesse sentido, o objetivo do ERAS está focado em diminuir o período de internação e permitir que haja retorno às atividades cotidianas mais rapidamente, sem que haja aumentos de custo, complicações e readmissões hospitalares. O método

ERAS possui o compromisso de eleger evidências científicas com alto grau de confiança para guiar seus protocolos, explicitando sua confiabilidade e recomendação. (SANTIAGO *et al.*, 2022). Além disso, o manejo pré-operatório, é essencial para diminuir a morbidade cirúrgica e custos (GIORDANO *et al.*, 2009).

Assim, o presente capítulo considera, em especial, o documento sobre o Manejo Perioperatório em Cirurgia Ginecológica Baseado no Programa ERAS da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (2022), além de revisões sistemáticas e metanálises com alto grau de evidência sobre os cuidados pré-operatórios necessários para esse campo cirúrgico.

11.2 Exames complementares

Uma anamnese completa, em conjunto ao exame físico, pode diminuir a necessidade de testes laboratoriais e exames de imagem antes da cirurgia que não interferem no prognóstico da paciente. É comum que, independentemente da idade e condição clínica, exames sejam solicitados. Existe, ainda hoje, uma escassez de metanálises com suficiente evidência para apoiar quais seriam os exames essenciais para serem avaliados no momento do pré-operatório, sem que haja excessos (GIORDANO *et al.*, 2009).

O Sistema de Classificação de Estado Físico (ASA), comumente usado pelos anestesiológicos, além de uma avaliação do porte da cirurgia, pode ser útil para corroborar com a determinação de quais exames seriam essenciais (GIORDANO *et al.*, 2009). Na tabela 8, estão as categorias da avaliação ASA segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (2020).

Tabela 8: Sistema de Classificação de Estado Físico (ASA)

ASA 1	Um paciente normal e saudável
ASA 2	Um paciente com doença sistêmica leve
ASA 3	Um paciente com doença sistêmica grave
ASA 4	Um paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida

ASA 5 Um paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a operação

ASA 6 Um paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação

Fonte: elaborada pelas próprias autoras com base na Sociedade Americana de Anestesiologia (2020).

Ao pensarmos em cirurgias ginecológicas, podemos refletir sobre a complexidade da cirurgia que será realizada. Exemplificando a aplicabilidade do ASA, a drenagem de um abscesso mamário, por exemplo, pode ser classificada como grau 1 (menor), enquanto cirurgias de anexo uterino são classificadas como grau 2 (intermediário). As histerectomias totais abdominais são consideradas a partir do grau 3 (maior), já cirurgias oncológicas maiores podem ser grau 4 por si só (GIORDANO *et al.*, 2009).

Os protocolos do *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE), publicados em 2003, realizavam uma associação entre o ASA e a complexidade da cirurgia. Por exemplo, pacientes de 16 a 39 anos, consideradas ASA 1, para uma cirurgia de pequeno porte não se beneficiam de nenhum exame adicional, a não ser a análise de urina caso haja sintomas. Porém, para pacientes ASA 2 com doença cardiovascular que realizarão o mesmo procedimento e na mesma faixa etária, deve ser solicitado um eletrocardiograma e considerados hemograma completo, função renal e exame de urina (GIORDANO *et al.*, 2009).

11.3 Suspensão de medicamentos

Como já abordamos, é essencial que seja realizada uma anamnese minuciosa com a paciente antes de qualquer procedimento cirúrgico. Nessa perspectiva, saber quais medicações em uso (doses e indicações) e antecedentes patológicos se tornam essenciais para as decisões médicas perioperatórias (GIORDANO *et al.*, 2009).

Mesmo medicamentos fitoterápicos devem ser mencionados, além do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas. No entanto, as instruções para a suspensão de medicamentos devem considerar riscos e benefícios para a paciente a partir de seu quadro clínico e da complexidade do procedimento

que será realizado (MULUK et al., 2025). Para as recomendações, consideraremos o estudo de MULUK et. al (2025), que aborda evidências sobre a necessidade da manutenção ou retirada de medicamentos em cirurgias.

Os medicamentos para prevenção de riscos e para tratamento de condições cardiovasculares envolvem diferentes classes farmacológicas. Os beta-bloqueadores, como o atenolol e o propranolol, devem ser mantidos sempre que possível devido aos riscos de arritmia e isquemia miocárdica causados por sua interrupção abrupta. Agonistas alfa-2 adrenérgicos, como a clonidina e a dexmedetomidina, reduzem a descarga simpática e atenuam resposta ao estresse cirúrgico, além de terem riscos associados à retirada, não sendo recomendada sua suspensão e, sim, um ajuste de dose, se necessário (MULUK *et al.*, 2025).

Em caso de procedimentos com risco de hipotensão ou desidratação, é considerada a suspensão dos diuréticos, incluindo os tiazídicos e os de alça, na manhã da cirurgia. Já os inibidores da ECA (IECA) e os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), podem ser suspensos 24 horas antes da cirurgia, se o risco de hipotensão for alto. Os antagonistas do cálcio, como o anlodipino, e as estatinas devem ser mantidos no período perioperatório (MULUK *et al.*, 2025).

Em relação a pacientes com morbidades que exijam glicocorticoides, estes podem ser mantidos, sujeitos a modificações em suas dosagens para evitar insuficiência adrenal. No caso de pacientes diabéticas insulino-dependentes, as dosagens de insulina devem ser ajustadas individualmente. Outrossim, em uso de Agonistas do Receptor GLP-1, como a semaglutida, é necessário suspender o medicamento no dia da cirurgia (para doses diárias) ou uma semana antes (para doses semanais), pois existe aumento do risco de aspiração devido ao retardo do esvaziamento gástrico. Para inibidores do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT2), é necessário suspê-lo de três a quatro dias antes da cirurgia para evitar cetoacidose diabética (MULUK *et al.*, 2025).

Tratando-se do público feminino, não podemos esquecer dos contraceptivos orais. É estimado que, no Brasil, cerca de 25% a 30% das mulheres com e sem união estável tenham escolhido este método, sendo a pílula a escolha de preferência de 66% das mulheres que fazem uso de métodos hormonais combinados (FEBRASGO, 2021). Caso a paciente

já possui alto risco de tromboembolismo venoso (TEV) e seja submetida a uma cirurgia de alto risco, pode-se suspender a pílula quatro semanas antes do procedimento. Porém, para a maioria dos casos, recomenda-se a continuidade dos contraceptivos orais associada à profilaxia antitrombótica adequada. Vale lembrar que o teste de gravidez sérico é recomendado antes da cirurgia para todas em idade fértil (MULUK *et al.*, 2025).

Para pacientes em uso de terapia hormonal pós-menopausa, devem ser suspensos duas semanas antes da cirurgia em caso de risco moderado a alto para TEV. Os moduladores seletivos de receptores de estrogênio, usados para tratamento de câncer de mama e osteoporose, também podem ser suspensos nas mesmas condições. Durante o tratamento do câncer de mama, cada paciente deve ser analisada de forma individual pelo oncologista. Porém, é indicado que não haja suspensão do tamoxifeno nesse caso, utilizando-se apenas medidas profiláticas para TEV (MULUK *et al.*, 2025).

O uso de anticoagulantes não pode ser tratado sem que sejam considerados o tipo de procedimento e a condição clínica do paciente. Dessa forma, o risco e o benefício precisam ser analisados de forma adequada e minuciosa antes que haja uma tomada de decisão. Assim, em caso de alto risco trombótico, os anticoagulantes podem ser mantidos, sofrendo alguns ajustes; no entanto, isso irá estar sujeito a adequações de acordo com o risco de sangramento inerente ao procedimento (MULUK *et al.*, 2025).

Por fim, é necessário abordarmos as medicações psiquiátricas. Segundo Brito e colaboradores (2023), o uso de antidepressivos se mostra mais prevalente entre as mulheres em comparação aos homens. Ainda, existe aumento de uso de antidepressivos consoante ao envelhecimento. Mulheres no período de perimenopausa demonstram um risco mais elevado de sintomas e diagnósticos depressivos do que aquelas ainda na pré-menopausa (MULUK *et al.*, 2025). Dessa forma, as pacientes devem receber orientações adequadas sobre o cuidado pré-operatório, inclusive para que sua ansiedade em relação à cirurgia diminua (SANTIAGO *et al.*, 2022). O uso de inibidores de recaptação de serotonina deve ser continuado, a não ser que haja um alto risco de sangramento (têm efeito sobre a agregação plaquetária). Já o uso de antidepressivos tricíclicos pode ser suspenso de sete a 14 dias antes da cirurgia em caso de pacientes com alto risco de arritmia, com uma retirada gradual. Tais decisões devem ser abordadas em conjunto com um profissional da psiquiatria (MULUK *et al.*, 2025).

11.4 Jejum e nutrição pré-operatória

A primeira morte atribuída à aspiração pulmonar foi a da jovem de 15 anos, Hannah Greener, a qual supostamente teria morrido devido ao conhaque fornecido ao fim de sua cirurgia, em uma tentativa de retirá-la do estado de anestesia por clorofórmio (KORRICK et al., 2002). Desde então, muitos trabalhos foram realizados, introduzindo conceitos relacionados à aspiração de conteúdo gástrico. Isso levou a um estado de alerta, no qual muitos médicos optavam por jejuns prolongados, ainda que pudessem causar reações fisiológicas inoportunas, como níveis de desidratação indesejados, também exacerbados pelas preparações intestinais na época (FAWCETT; THOMAS, 2018).

Desse modo, levando em consideração o manejo perioperatório baseado no programa ERAS para pacientes ginecológicas (FEBRASGO, 2022), a paciente pode realizar uma refeição leve até seis horas e a ingestão de líquidos claros (líquidos que deixam uma quantidade mínima de resíduos gastrointestinais) até duas horas antes de procedimentos cirúrgicos em que haja necessidade de anestesia local/regional. Existem fortes evidências que contraindicam o jejum maior de oito horas ou toda a noite, a não ser que seja uma paciente com esvaziamento gástrico retardado (NELSON *et al.*, 2019).

Além disso, na tentativa de diminuir respostas pós-cirúrgicas, tais quais o aumento da resistência insulínica, o protocolo ERAS também prevê a possibilidade de administração de carboidratos orais (bebida pré-operatória contendo 50g de carboidratos) três horas antes da indução anestésica (STONE et. al, 2020). Porém, ainda existem evidências muito fracas que estes possam ser administrados com segurança em pacientes obesos e diabéticos (SANTIAGO *et al.*, 2022).

No campo da obstetrícia, em caso de gestantes de baixo risco, não existem evidências que sustentem a prescrição de uma dieta que restrinja sua ingestão hídrica e alimentação durante o trabalho de parto, visto a demanda e o alto gasto energético, sendo essencial prevenirmos quadros de cetose e desidratação. Mesmo em casos de analgesia peridural, não é indicado que a ingestão hídrica cesse, a não ser que haja uma alta probabilidade de cesariana ou da necessidade de anestesia geral (FEBRASGO, 2017).

11.5 Preparo intestinal

O preparo intestinal pode ser definido como a remoção do conteúdo intestinal por meio de mecanismos orais ou retais (DIAKOSAVVAS *et al.*, 2020), com o objetivo de minimizar a morbidade infecciosa no pós-operatório (SANTIAGO *et al.*, 2022). A ideia, de forma mais arcaica, já aparecia nos escritos egípcios, porém, apenas na década de 50 passou a ser elaborada dentro das noções pré-operatórias cirúrgicas (COHEN; EINARSSON *et al.*, 2011). No contexto das cirurgias ginecológicas, ainda hoje, é solicitada por muitos cirurgiões de forma rotineira, ainda que, nessas cirurgias, exista uma probabilidade muito reduzida de penetração na luz intestinal (DIAKOSAVVAS *et al.*, 2020). Muitas diretrizes já contraindicam esse preparo, em especial no caso de cirurgias ginecológicas minimamente invasivas (NELSON *et al.*, 2019).

11.6 Cesárea e o programa ERAS no pré-operatório

Ao pensarmos na tradução de *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) para nossa língua, encontraremos a ideia de uma “recuperação otimizada após cirurgia”. Nesse sentido, não é incomum que estudos surgissem começando a pensar nessa recuperação com um olhar focado na temática materna e pré-natal (WILSON *et al.*, 2018). As recomendações relacionadas ao jejum pré-operatório permanecem similares às que tratamos anteriormente no tópico “Jejum e Nutrição Pré-Operatória” neste capítulo.

É importante falarmos da otimização das comorbidades em gestantes como parte do protocolo. No entanto, ela não se resume apenas ao momento pré-operatório, mas a todo acompanhamento pré-natal, em que comorbidades devem ser prevenidas, identificadas e tratadas. Nesse viés, podemos citar o controle da diabetes gestacional, o manejo da hipertensão, o controle do ganho de peso e da obesidade, a anemia e a cessação do tabagismo. Todas essas condições se relacionam ao aumento de riscos para complicações maternas ou fetais (WILSON *et al.*, 2018).

O estudo de Caughey *et al.* (2018) completa o protocolo ERAS descrito por Wilson *et al.* (2018). A partir dele, outros cinco aspectos podem ser discutidos: profilaxia antimicrobiana, limpeza da pele antes da incisão, preparação vaginal para diminuição de infecções e prevenção de hipotermia intraoperatória.

Mesmo que existam evidências moderadas em relação à preparação vaginal com iodopovidona para prevenir infecções do endométrio, sua recomendação ainda é baixa. Em contrapartida, é fortemente recomendado o uso de clorexidina alcoólica ao invés de iodopovidona para preparação e limpeza da pele da grávida antes da incisão cirúrgica. Ainda, recomenda-se que, antes da admissão para a cirurgia eletiva, a grávida realize seu banho com sabonete antimicrobiano se possível (CAUGHEY *et al.*, 2018).

A administração de antibióticos deve ser realizada 60 minutos antes da incisão da pele na cesárea como profilaxia para infecções. Para todas as mulheres, cefalosporinas de primeira geração são consideradas a primeira escolha. Porém, em caso de amniorrexe ou amniotomia, recomenda-se a associação de azitromicina (CAUGHEY *et al.*, 2018).

Estima-se que 50 a 80% das mulheres submetidas à anestesia espinal possam sofrer de hipotermia perioperatória. A hipotermia também gera efeitos indesejados, associada a alterações de temperatura ou do pH do cordão umbilical. Assim, é importante que a equipe se prepare para monitorar adequadamente a temperatura da mãe, além de adequar a temperatura da sala a 23°C (CAUGHEY *et al.*, 2018).

11.7 Demais aspectos do programa ERAS na ginecologia

Outro aspecto abordado pelo da Febrasgo (SANTIAGO *et al.*, 2022) leva em consideração a tentativa de diminuir eventos tromboembólicos. Existem evidências de que a profilaxia tromboembólica perioperatória em pacientes ginecológicas oncológicas deve incluir uma abordagem combinada, iniciada antes da anestesia. A profilaxia mecânica, como meias de compressão graduada, associada à heparina, mostra-se eficaz na redução do risco de TEV (SANTIAGO *et al.*, 2022).

Também devemos lembrar a correlação entre o tabagismo e o aumento na incidência de eventos relacionados a tromboembolismo, sendo assim essencial para a saúde a cessação do hábito de fumar pelo menos quatro semanas antes do procedimento (SANTIAGO *et al.*, 2022).

Por fim, no período pré-operatório, é necessário corrigir, a partir de suplementação e/ou supressão da hemorragia uterina, condições de anemia, se assim possível (SANTIAGO *et al.*, 2022). Aproximadamente 25% das mulheres encontram-se anêmicas antes de uma histerectomia ou

miomectomia, sendo que esta condição pode se relacionar ao aumento da morbimortalidade entre pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas. Deve-se tentar alcançar um nível de hemoglobina superior a 12 g/dL no momento do pré-operatório; sendo utilizada suplementação de ferro por oral em casos eletivos e não urgentes ou, por via intravenosa, em casos de extrema necessidade (STONE et al., 2020). Para pacientes grávidas que apresentem anemia, é essencial que essa condição seja identificada e corrigida durante acompanhamento pré-natal, já que ela se relaciona a baixo peso neonatal, prematuridade e aumento da morbimortalidade perinatal (WILSON et al., 2018).

11.8 Considerações finais

Tendo em vista todo o conteúdo abordado no capítulo, podemos avaliar a importância, desde o período pré-operatório, de protocolos baseados em evidências científicas de alto grau de confiabilidade para a tomada de decisões. O protocolo ERAS se aplica a qualquer área cirúrgica, incluindo a ginecológica e obstétrica, sendo considerado uma mudança de paradigmas.

Outro ponto importante é que a equipe assistente seja capaz de acolher dúvidas. Para isso, também é necessário o exercício da escuta e do raciocínio clínico, enquanto a anamnese e o exame físico são realizados. Somente conhecendo as peculiaridades de cada paciente é que os protocolos podem ser aplicados de forma adequada às suas condições. Assim, antes de orientarmos as mulheres, devemos nos orientar em busca de compreendermos nossa paciente e seus sistemas orgânicos, bem como suas angústias e dúvidas.

11.9 Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA (APSF). **ERAS: roteiro para uma jornada segura no perioperatório.** *Official reprint from APSF, 2024.* Disponível em: <https://www.apsf.org/pt-br/article/eras-roteiro-para-uma-jornada-segura-no-perioperatorio/>. Acesso em: 1 jan. 2025.

BÁCZEK, G. et al. **Spontaneous perineal trauma during non-operative childbirth—retrospective analysis of perineal laceration risk factors.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 13, p. 7653, 1 jan. 2022.

BRITO, C. L.; SOUZA, P. R. **Prevalência do uso de antidepressivos no Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 46, n. 5, p. 1-10, 2023. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3095>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tbp/a/kY9JgZwm7xtGBWHgWfDpnKh/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

CAMARGO, J. da C. S. de *et al.* **Perineal outcomes and its associated variables of water births versus non-water births: a cross-sectional study.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, n. 4, p. 777-786, dez. 2019.

CHOUDHARI, R. G. *et al.* **A review of episiotomy and modalities for relief of episiotomy pain.** *Cureus*, v. 14, n. 11, 17 nov. 2022.

CORRÊA JUNIOR, M.; PASSINI JÚNIOR, R. **Selective episiotomy: indications, technique, and association with severe perineal lacerations.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, v. 38, n. 6, p. 301-307, 11 jul. 2016.

FEBRASGO. **Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências.** *Femina*, v. 45, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/67ZFEMINA.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FEBRASGO. **Recomendações FEBRASGO parte II - Episiotomia.** Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>. Acesso em: 15 jan. 2025.

FAWCETT, W. J.; THOMAS, M. **Pre-operative fasting in adults and children: clinical practice and guidelines.** *Anaesthesia*, v. 73, n. 12, p. 1520-1529, 2018. DOI: 10.1111/anae.14500. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.14500>. Acesso em: 15 jan. 2025.

GIORDANO, Luiz Augusto *et al.* **Exames pré-operatórios nas cirurgias ginecológicas eletivas.** *Femina*, v. 37, n. 11, nov. 2009. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0100-7254/2009/v37n11/a005.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

KORRICK, S. A. *et al.* **A prospective study of the association between cesarean delivery and health outcomes in newborns and mothers.** *Anesthesiology*, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11981167/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

MANN, William J. **Gynecologic surgery: Overview of preoperative evaluation and preparation.** *Official reprint from UpToDate*, 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 15 jan. 2025.

NELSON, G. *et al.* **Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations—2019 update.** *International Journal of Gynecologic Cancer*, v. 29, n. 4, p. 651-668, 2019. doi: 10.1136/ijgc-2019-000356.

SANTIAGO, A. E. *et al.* **FEBRASGO Position Statement - Manejo perioperatório em cirurgia ginecológica baseado no programa ERAS.** Número 2 – Fevereiro de 2022. *Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)*.

SOCIETY OF AMERICAN ANESTHESIOLOGISTS. **Sistema de classificação de estado físico ASA.** *SAESP - Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo*, 2020. Disponível em:

<https://saesp.org.br/wp-content/uploads/Sistema-de-classificacao-de-estado-fisico.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SODEMAN JR. et al. Diets In: Instructions for Geriatric Patients (Third Edition). 2005. p. 267-315. DOI: 10.1016/B978-141600203-1.50126-8.

STONE, R. et al. **Enhanced Recovery and Surgical Optimization Protocol for Minimally Invasive Gynecologic Surgery: An AAGL White Paper**. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2020. doi:10.1016/j.jmig.2020.08.006.

WILSON, R. D. et al. **Guidelines for antenatal and pre-operative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations (Part 1)**. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2018. doi:10.1016/j.ajog.2018.09.015.

YASMEEN, B. et al. **The risk of depression in the menopausal stages: A systematic review and meta-analysis**. *Journal of Affective Disorders*, v. 357, p. 126-133, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.041>.

O CENÁRIO DA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA E SUAS REPERCUSSÕES

Catharine Miranda Busto Outemane
Amanda Cristina Carneiro
Anelise Silva França

“Você merece o melhor, o melhor. Porque você é uma das poucas pessoas neste mundo ruim que é honesta consigo mesma, e isso é a única coisa que realmente conta.”
(Frida Kahlo)

12.1 Conceitos iniciais

A fase de recuperação cirúrgica é fundamental no tratamento das pacientes, tendo influência direta tanto na reabilitação propriamente dita, quanto no sucesso do procedimento realizado, além de envolver diversos cenários, desde os processos fisiológicos de cura, até os fatores psicossociais que afetam a saúde da mulher a longo prazo. Além disso, o ambiente que envolve a recuperação cirúrgica depende de uma interação entre o estado fisiológico da paciente antes do procedimento, levando em consideração possíveis comorbidades, fatores psicológicos e ambientais (ROMANZINI, A. E.; CARVALHO, E. C. DE; GALVÃO, C. M., 2015). O manejo dos cuidados pós-operatórios será abordado com maior especificidade neste capítulo.

Os cuidados pós-cirúrgicos têm início de forma imediata após o término do procedimento, por meio do monitoramento de possíveis infecções, inflamação e da dor, sendo que esses indicadores são determinantes nos primeiros estágios da cura. O manejo da dor de maneira eficaz impacta a experiência subjetiva da paciente, além de exercer influência direta sobre sua mobilidade e, conseqüentemente, no retorno às atividades diárias, mostrando-se como um desafio persistente. Ademais, é importante res-

saltar a influência do processo de cicatrização por outras condições, como diabetes, estado nutricional e idade do paciente (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003) situações que exigem um plano de recuperação individualizado e a implementação de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo uma gama de profissionais.

Outrossim, é crucial levar em conta que as consequências de uma cirurgia na vida de uma mulher vão além dos aspectos físicos, afetando também os âmbitos social e emocional, podendo ser citados fatores como a autoestima e a percepção do corpo, além do retorno à rotina familiar e profissional, fortemente impactadas no período de recuperação. Para mitigar possíveis efeitos de ansiedade, depressão ou culpa, é indispensável o acompanhamento psicológico dessas mulheres, contribuindo para o enfrentamento das dificuldades surgidas e uma melhor compreensão da cirurgia (DE OLIVEIRA, 2017).

12.2 Aspectos práticos

No período pós-operatório imediato, é comum que as pacientes apresentem dor e desconforto na região cirúrgica, associados a edema abdominal e cansaço. A dor pode ser aliviada com o uso de analgésicos por via oral ou, em casos mais intensos, através de analgesia intravenosa. A duração da internação varia conforme a técnica e cirurgia empregada. A exemplo das histerectomias, enquanto aquelas por vias laparoscópicas e vaginais geralmente permitem alta em 24 a 48 horas, a via abdominal pode requerer até cinco dias de hospitalização para monitoramento mais rigoroso (HONG *et al.*, 2022).

A mobilização precoce é essencial para evitar complicações como trombose venosa profunda (TVP). Caminhadas leves ainda no hospital e exercícios respiratórios são amplamente recomendados para estimular a circulação e melhorar a capacidade pulmonar. O uso de meias de compressão e, quando indicado, anticoagulantes profiláticos são medidas importantes para prevenir complicações trombóticas (GREER, 1997).

Os cuidados com a ferida cirúrgica devem ser adaptados à técnica utilizada. Diante de pequenas incisões, a exemplo de cirurgias realizadas por vídeo, basta que o ferimento seja mantido limpo e seco. Quando se trata de cirurgias por via vaginal, a higiene íntima cuidadosa ajuda a pre-

venir infecções locais. Já naquelas com abordagem abdominal, as incisões maiores requerem atenção especial, incluindo trocas regulares de curativos e observação de sinais flogísticos ou secreção anormal, que podem indicar infecção (HONG *et al.*, 2022).

Após cirurgias de mama, como reconstruções ou mastectomias, é comum que as pacientes voltem para casa com drenos cirúrgicos, que têm a função de remover fluidos que se acumulam no local do procedimento, prevenindo infecções e seromas (que podem retardar a recuperação cirúrgica). Antes de deixarem o hospital, é importante que a equipe promova orientações sobre o esvaziamento do dreno ao longo do dia e a observação acerca da quantidade e aparência do fluido, que deve ser clara ou pouco avermelhada, de maneira que mudanças nessa coloração ou no odor podem indicar infecção. Outro aspecto importante são os cuidados com a ferida cirúrgica, que deve ser cuidadosamente limpa e protegida por meio de soluções prescritas e troca regular de curativos, mantendo a região livre de agentes contaminantes. Uma recuperação inadequada pode comprometer os resultados e demandar intervenções adicionais (UNIVERSITY OF UTAH HEALTH, 2022).

A síndrome da dor pós-mastectomia, pode surgir especialmente nos braços e na região torácica, necessitando de uma abordagem cuidadosa para a manipulação da dor neuropática. Por sua vez, a síndrome do seio fantasma envolve sensações residuais de tecido mamário, além da morbidade do braço, podendo incluir edema e rigidez, sendo comum após disseções axilares (UPTODATE, 2022).

Uma dieta equilibrada, rica em fibras e líquidos, é importante para prevenir a constipação, um efeito colateral comum devido ao uso de analgésicos e à menor mobilidade inicial. Atividades físicas intensas, como levantar peso, devem ser evitadas por um período de quatro a seis semanas, dependendo da via cirúrgica. O retorno às relações sexuais costuma ser liberado entre seis e oito semanas após a cirurgia, sempre com orientação médica (UPTODATE, 2025).

Em se tratando de cirurgias que envolvam o abdome, as pacientes devem estar atentas a sinais de alerta, como febre persistente, sangramentos, incluindo o vaginal, dor intensa ou dificuldades urinárias. Complicações como lesões em órgãos adjacentes são mais frequentes nas histerectomias

laparoscópicas e abdominais, enquanto infecções podem ocorrer em qualquer abordagem, sendo mais comuns na via abdominal. Hemorragias são raras, mas, quando ocorrem, podem exigir intervenções adicionais (CHRISTIANSEN *et al.*, 2019).

12.3. Os desafios cotidianos no cenário da recuperação cirúrgica

12.3.1. O repouso no contexto da mulher como agente do lar e da família

A expectativa social, em muitas culturas, especialmente aquelas que apresentam ideais machistas, é a de que as mulheres desempenhem inúmeras funções dentro do lar, gerenciando as tarefas domésticas, atuando como cuidadoras primárias das crianças e de parentes idosos, ao mesmo tempo em que mantêm um trabalho remunerado. Ao submeter-se a uma cirurgia, é necessário um período de repouso prolongado, o que pode impactar em suas funções, dadas as limitações do período de repouso, além do distanciamento da família e afastamento laboral (SALIMENA; SOUZA, 2010).

Um dos principais desafios na manutenção do repouso pós-cirúrgico pode ser a falta de apoio suficiente pela família. Ademais, é provável que um outro aspecto que dificulte esse processo seja uma resistência da própria mulher em aceitar auxílio, pensamento derivado de uma cultura de autossuficiência, provocando sentimento de culpa ao depender de outras pessoas, envolvendo um cenário de pressão psicológica. É necessário que mulheres em período pós-operatório não recebam apenas as orientações médicas, mas que tenham também uma rede de apoio familiar, ajudando-a a combater fatores estressantes (MELO; SILVA; FERNANDES, 2005), como a preocupação acerca da realização das tarefas domésticas.



Figura 28: A pressão social em torno dos papéis desempenhados pela mulher

Fonte: Freepik, 2025.

12.3.2. O puerpério e o papel da mulher

“O puerpério é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo seu início após o parto com a expulsão da placenta e término imprevisto, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação.” (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Durante esse período, é frequentemente esperado pela sociedade que a mulher rapidamente reassuma suas funções habituais, tanto em seus relacionamentos sociais, quanto no ambiente domiciliar e no local de trabalho. Tal pensamento não leva em consideração a amplitude das mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem em seu corpo, como os níveis variantes de hormônios, bem como o estabelecimento da lactação. (STRAPASSON; NEDEL, 2010) Além disso, essas mulheres podem estar sujeitas à pressão de seus companheiros para a prática sexual precoce, um dos tipos da chamada VPI, ou violência por parceiro íntimo, um problema sério de saúde pública que causa danos à saúde e ao psicológico das puérperas (SILVA *et al.*, 2011).

Ademais, questões emocionais, como a possibilidade do desenvolvimento de depressão pós-parto, são normalmente subestimadas pela sociedade. Sendo assim, o papel desempenhado pela mulher durante o puerpério ultrapassa o interpessoal e o doméstico, demonstrando a existência de uma sociedade que falha no apoio às mulheres durante um período que demanda um entendimento de sua dinâmica, especialmente por parte do parceiro, além de envolver problemas de adaptação psicossocial (SILVA *et al.*, 2011).

12.4 Conceitos finais

O cenário de recuperação cirúrgica envolve inúmeras complexidades, desde a necessidade de monitoramento médico até as adaptações individuais e sociais, mostrando-se não apenas como um período de repouso até a recuperação completa do corpo, mas também como um tempo que abrange desafios físicos e emocionais. Demanda uma abordagem holística e integrada. São necessários cuidados rigorosos e monitoramento contínuo

para evitar o desenvolvimento de potenciais complicações físicas, como infecções ou problemas de cicatrização.

Para além dessa adaptação física, as mulheres enfrentam profundas mudanças emocionais e psicológicas, podendo impactar a autoestima e as relações sociais. Além disso, esse processo pode ser complicado ou prolongado pela ansiedade sobre o retorno à rotina habitual. O suporte psicológico é indispensável no plano de tratamento pós-cirúrgico, ajudando as mulheres a integrarem de maneira satisfatória as experiências pós-cirúrgicas em suas vidas.

Por fim, é essencial considerar que a capacidade de apoio da comunidade médica e da família são decisivos para uma boa recuperação, envolvendo desde o fornecimento de informações adequadas às pacientes quanto ao período pós-operatório, até o estabelecimento de uma rede de apoio sustentável. Dessa maneira, são mitigadas as consequências do período de recuperação, fazendo que a volta à normalidade seja progressiva e enriquecedora.

12.5 Referências

BRENDA. **Principais cuidados para o pós-cirurgia de câncer de mama.** Disponível em: <https://mastologistaemsaopaulo.com.br/cuidados-pos-cirurgia-cancer-de-mama/>. Acesso em: 14 jan. 2025.

Breast Surgery Drains Care & Management | *University of Utah Health*. Disponível em: <https://healthcare.utah.edu/plastic-surgery/breast/surgery-drains>. Acesso em: 14 jan. 2025.

CHRISTIANSEN, U. J. *et al.* **Outpatient vs inpatient total laparoscopic hysterectomy: A randomized controlled trial.** *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2019, v. 98, p. 1420.

DE OLIVEIRA, N. R. **Impacto psicológico em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.** *Centro Universitário do Cerrado Patrocínio*, 2017.

GREER, I. A. **Epidemiology, risk factors and prophylaxis of venous thrombo-embolism in obstetrics and gynaecology.** *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 1997, v. 11, p. 403.

HONG, C. X.; KAMDAR, N. S.; MORGAN, D. M. **Predictors of same-day discharge following benign minimally-invasive hysterectomy.** *Am J Obstet Gynecol*, 2022.

KWONG, A. *et al.* **Mastectomy.** UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/mastectomy>. Acesso em: 14 jan. 2025.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, É. P.; MANDELBAUM, M. H. S. **Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares - Parte I.** *Anais brasileiros de dermatologia*, v. 78, n. 4, p. 393–408, 2003.

MELO, E. M.; SILVA, R. M. DA; FERNANDES, A. F. C. **O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 3, p. 219–225, 2005.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. **Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 6, p. 775–779, dez. 2006.

ROMANZINI, A. E.; CARVALHO, E. C. DE; GALVÃO, C. M. **Recuperação cirúrgica retardada: análise do conceito.** *Revista brasileira de enfermagem*, v. 68, n. 5, p. 953–960, 2015.

SALIMENA, A. M. DE O.; SOUZA, I. E. DE O. **Cotidiano da mulher pós-histerectomia à luz do pensamento de Heidegger.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p. 196–202, abr. 2010.

SILVA, E. P. *et al.* **Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez.** *Revista de saúde pública*, v. 45, n. 6, p. 1044–1053, 2011.

SOBROGGIO, A. M. R.; OSIS, M. J. M.; BEDONE, A. J. **O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 51, n. 5, p. 270–274, 2005.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. **Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade.** *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 31, n. 3, p. 521–528, 2010.

Sessão 4

PANORAMA CIRÚRGICO

LINHA DO TEMPO, PERSPECTIVAS ATUAIS E INOVAÇÕES EM CIRURGIAS NA SAÚDE DA MULHER

Fernanda Martins da Silva Oliveira
Anelise Silva França

“Eu aprendi que as pessoas vão esquecer o que você disse, as pessoas vão esquecer o que você fez, mas elas nunca esquecerão como você as fez sentir.”
(Maya Angelou.)

13.1 Conceitos iniciais:

A história da cirurgia ginecológica e mamária remonta a tempos antigos, marcados por avanços científicos que moldaram a saúde feminina. Desde as intervenções pioneiras até os modernos procedimentos minimamente invasivos, essas especialidades simbolizam a evolução do conhecimento médico, da tecnologia e da compreensão das necessidades dessas mulheres ao longo do tempo (ARAUJO *et al.*, 2024).

No cenário mundial, a primeira cirurgia ginecológica documentada foi realizada em 1809 por Ephraim MacDowell, um cirurgião americano que removeu com sucesso um tumor ovariano de uma paciente sem anestesia, em Danville, Kentucky. Este feito desafiou os limites do conhecimento da época e estabeleceu as bases para a cirurgia abdominal eletiva. Paralelamente, James Marion Sims, conhecido como o “pai da ginecologia moderna”, desenvolveu, em 1849, técnicas para tratar fístulas vesico-vaginais, embora sua trajetória seja marcada por controvérsias éticas devido aos experimentos em mulheres escravizadas (OTHERSEN JR, 2004).

No Brasil, a ginecologia e a cirurgia mamária ganharam forma no século XIX, com a criação de instituições e cátedras voltadas à saúde

feminina. Um marco foi a fundação da Maternidade da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1858, que se tornou um centro de formação médica e desenvolvimento de técnicas obstétricas e ginecológicas. (OTHERSEN JR, 2004). Adicionalmente, a primeira cirurgia mamária registrada no país data do mesmo período, com procedimentos para tratar cânceres de mama e abscessos (ARAUJO *et al.*, 2024).

Atualmente, as cirurgias ginecológicas abrangem diversos procedimentos, desde tratamentos para distúrbios benignos até doenças malignas, como: histerectomia, miomectomia, cirurgia para endometriose e laqueadura tubária. Já as cirurgias mamárias incluem mastectomia, reconstrução mamária, cirurgia conservadora e biópsia de linfonodo sentinela, além de procedimentos estéticos (ARAUJO *et al.*, 2024).

Essas especialidades incorporam tecnologias de ponta, como: robótica, laparoscopia e técnicas de reconstrução oncoplástica, possibilitando intervenções menos invasivas, com menor tempo de recuperação e resultados estéticos aprimorados (ARAUJO *et al.*, 2024).

As perspectivas para o futuro são promissoras, com foco na prevenção, diagnóstico precoce e melhoria da qualidade de vida das pacientes. Avanços tecnológicos, maior conscientização sobre saúde feminina e ética médica prometem redefinir os limites desses procedimentos consolidando-os como pilares essenciais da medicina moderna (ARAUJO *et al.*, 2024).

13.2 Histerectomia

A histerectomia, cirurgia para remoção do útero, é uma das operações ginecológicas mais realizadas globalmente, indicada para tratar condições como miomas uterinos, endometriose, prolapsos uterinos e câncer ginecológico. O procedimento pode ser realizado por diferentes abordagens, escolhidas com base na gravidade do caso e nas condições da paciente. A modalidade, foi destrinchada no capítulo 4.

A primeira histerectomia documentada foi realizada em 1843 pelo médico americano Walter Burnham, que removeu o útero de uma paciente com tumor ovariano. Esse marco inicial demonstrou o potencial da cirurgia para tratar condições ginecológicas graves, embora fosse extremamente arriscada devido à ausência de anestesia moderna, controle de infecções e

técnicas avançadas. Nos anos seguintes, os métodos foram aprimorados, tornando a prática mais segura e eficiente (ARAUJO *et al*, 2024).

Em 1989, a introdução da histerectomia laparoscópica revolucionou a cirurgia ginecológica, provando que procedimentos complexos poderiam ser realizados de forma menos invasiva. Essa abordagem utiliza pequenas incisões no abdômen, por onde são inseridos uma câmera e instrumentos cirúrgicos, permitindo cirurgias com menor trauma, menos dor e recuperação mais rápidos, além de melhores resultados estéticos (ARAUJO *et al*, 2024).

Nos anos 2000, a cirurgia assistida por robótica trouxe avanços significativos, combinando a precisão da laparoscopia com o controle superior dos sistemas. Essa tecnologia, cada vez mais eficaz graças ao desenvolvimento da inteligência artificial e à capacitação profissional, possibilita movimentos extremamente precisos, visualização tridimensional e acesso facilitado a áreas anatômicas complexas. Estudos apontam que essas inovações não apenas aprimoram os resultados clínicos, mas também elevam a qualidade de vida e a satisfação das pacientes (ARAUJO *et al*, 2024).

13.4 Mastectomia

A mastectomia, cirurgia destinada à remoção total ou parcial da mama, tem uma longa história que remonta ao século XIX. O cirurgião francês William Halsted é considerado o pioneiro nesse campo, tendo realizado em 1882 a primeira mastectomia radical. Este procedimento agressivo envolvia a remoção da mama, dos músculos peitorais e dos linfonodos axilares, com o objetivo de tratar o câncer de mama. A abordagem, conhecida como “mastectomia radical de Halsted”, tornou-se o padrão para o tratamento do câncer de mama por várias décadas. No entanto, devido ao caráter extremamente invasivo, com cicatrizes extensas e recuperação dolorosa, essa técnica foi progressivamente substituída por métodos menos agressivos (FREEMAN *et al*, 2018).

Com os avanços da medicina, novas abordagens foram desenvolvidas para reduzir os danos físicos e emocionais causados pela mastectomia. Na década de 1970, surgiram técnicas mais conservadoras, como a mastectomia simples, que remove apenas a mama, e a mastectomia com preservação da pele, que possibilita a reconstrução imediata após a remoção do tecido

canceroso. Paralelamente, a mastectomia segmentar, ou quadrantectomia, passou a ser adotada para preservar o máximo possível do tecido mamário, removendo apenas a parte afetada pelo câncer. Além disso, o desenvolvimento de terapias adjuvantes, como quimioterapia, radioterapia e terapias hormonais, possibilitou tratamentos menos invasivos e mais eficazes, reduzindo a necessidade de abordagens radicais (FREEMAN *et al.*, 2018).

Atualmente, a mastectomia permanece como uma das principais opções no tratamento do câncer de mama, mas os procedimentos são cada vez mais individualizados, priorizando a qualidade de vida da paciente. A mastectomia com preservação do mamilo, realizada com técnicas de imagem de alta precisão e guiada por ultrassom ou ressonância magnética, permite remover o tecido canceroso sem comprometer a estética. Paulatinamente, a reconstrução mamária tem avançado significativamente, utilizando próteses de silicone ou técnicas de reconstrução com tecido autólogo, em que o próprio tecido da paciente é usado para criar uma nova mama (FREEMAN *et al.*, 2018).

Os avanços no campo da mastectomia apontam para um futuro promissor com o aprimoramento de técnicas minimamente invasivas e a incorporação de tecnologias avançadas, como a cirurgia robótica. Esse método oferece maior precisão, menor trauma e uma abordagem personalizada para o tratamento do câncer de mama. A integração de tecnologias como métodos de imagem 3D, inteligência artificial e nanomedicina tem potencial para transformar a detecção precoce do câncer e individualizar os tratamentos, proporcionando às pacientes opções menos traumáticas, tanto física quanto psicologicamente. Nesse contexto, a mastectomia robótica poupadora do complexo aréolo-papilar (MRP-CAP) destaca-se como uma técnica inovadora que alia precisão cirúrgica a resultados estéticos satisfatórios (CAMARGO *et al.*, 2021).

Apesar de desafios iniciais, como o tempo prolongado de operação, estudos demonstram que a experiência acumulada dos cirurgiões e a evolução das técnicas têm reduzido significativamente a duração dos procedimentos. Pesquisas de Lai, por exemplo, indicam uma redução de 26,6% no tempo total de cirurgia, com possibilidade de alcançar uma média de 180 minutos. Além disso, a técnica sem gás, introduzida por Hyung Seok Park, utiliza um retrator automático para evitar a necessidade de

insuflação com CO₂, o que melhora a visualização do campo operatório e reduz complicações visuais (CAMARGO *et al.*, 2021).

Embora apresente limitações, como risco de isquemia cutânea, a MRP-CAP mantém taxas de complicações baixas, comparáveis ou inferiores às da cirurgia aberta. Hematomas, seromas, necrose e infecções são raros, e avanços contínuos têm reduzido ainda mais esses riscos, consolidando a MRP-CAP como uma alternativa promissora e segura para pacientes com câncer de mama (CAMARGO *et al.*, 2021).

13.5 Cirurgia plástica da mama

A primeira cirurgia plástica de mama registrada foi realizada em 1895 pelo cirurgião alemão Vincenz Czerny, considerado o pioneiro dessa área. Czerny realizou uma reconstrução mamária em uma paciente que havia passado por uma mastectomia devido a um tumor benigno, utilizando um lipoma (massa de tecido adiposo) retirado da própria paciente como implante. Essa abordagem inovadora para a época marcou o início das reconstruções mamárias, abrindo caminho para o desenvolvimento das técnicas modernas. Contudo, o procedimento era rudimentar, carecendo de conhecimentos avançados de anatomia, materiais biocompatíveis e cuidados pós-operatórios (MORAES *et al.*, 2021).

Foi somente na década de 1960 que a primeira prótese de silicone foi implantada em humanos, no Texas, por Blocksma e Braley. Esse implante, composto por uma camada externa espessa, gel de silicone moderadamente coeso e lacres de fixação, deu início a uma nova era para os implantes mamários (MORAES *et al.*, 2021).

Estudos recentes têm enfatizado a evolução da cirurgia plástica da mama, destacando o papel das células-tronco como uma alternativa promissora para a reconstrução tecidual. As células-tronco são notáveis por sua capacidade de autorrenovação, diferenciação em células especializadas e regeneração de tecidos lesionados. Entre as principais fontes dessas células estão a medula óssea, o cordão umbilical e o tecido adiposo. Embora a medula óssea seja eficaz, o método de coleta é invasivo e doloroso, exigindo anestesia. Em contraste, o cordão umbilical é uma opção segura e indolor, obtido durante o parto sem riscos à mãe ou ao recém-nascido. Entretanto, o tecido adiposo subcutâneo desponta como a fonte mais promissora devido

à sua abundância e facilidade de obtenção, especialmente em clínicas de cirurgia plástica, onde é frequentemente descartado após procedimentos estéticos (MORAES, *et al.*, 2021).

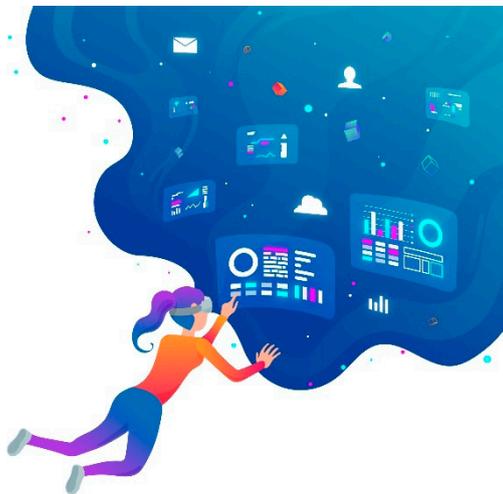
O tecido adiposo contém uma rica concentração de células-tronco mesenquimais (CTMs), amplamente aplicáveis em terapias regenerativas. Ele é composto por células como adipócitos maduros, pré-adipócitos, fibroblastos e células endoteliais. A coleta é geralmente realizada por meio da técnica de lipoaspiração úmida, complementada pela digestão enzimática com colagenase, que libera a fração vascular estromal contendo células estromais, endoteliais e brancas do sangue (MORAES *et al.*, 2021).

O uso de CTMs derivadas do tecido adiposo tem demonstrado resultados promissores na reconstrução tecidual, especialmente em casos de perda ou disfunção de tecidos. Esse material, antes descartado, está ganhando valorização crescente, mostrando-se uma fonte importante para a medicina regenerativa (MORAES *et al.*, 2021).

No futuro, avanços na biotecnologia e nas terapias celulares deverão integrar o uso de células-tronco em procedimentos de cirurgia plástica de mama, oferecendo soluções mais naturais, eficazes e com menor impacto para os pacientes. Esses avanços prometem transformar a prática da reconstrução mamária, consolidando-a como uma área de grande inovação tecnológica e terapêutica (MORAES *et al.*, 2021).

Atualmente, a cirurgia plástica das mamas alcançou avanços significativos, tanto no campo da reconstrução quanto no da estética. Procedimentos como o aumento mamário com implantes de silicone, a redução mamária, a mastopexia e a reconstrução pós-mastectomia utilizam técnicas sofisticadas que priorizam resultados naturais e seguros. Reconstruções modernas frequentemente empregam expansores de tecido, retalhos de pele e músculos da própria paciente ou implantes avançados, possibilitando maior personalização e qualidade nos resultados. Além disso, inovações como a cirurgia robótica, simulações 3D para planejamento cirúrgico e o uso de biomateriais de última geração têm elevado o padrão de resultados estéticos e funcionais (MORAES *et al.*, 2021).

Figura 29: Mulher do futuro e tecnologia



Fonte: Freepik, 2025.

13.6 Considerações finais

Para o futuro, a expectativa é de que o campo das cirurgias continue a evoluir com técnicas menos invasivas e mais personalizadas através da bioengenharia (desenvolvimento de implantes biológicos a partir de células-tronco da própria paciente), impressão 3D (implante de tecidos e próteses sob medida), uso da inteligência artificial (para o planejamento cirúrgico e maior precisão nos procedimentos) e cirurgia robótica (proporcionando visualização tridimensional e imagens em alta definição) (MORAES *et al.*, 2021; ARAUJO *et al.*, 2024).

Essas inovações não apenas elevam o nível técnico das cirurgias, mas também reforçam seu impacto positivo na autoestima e na qualidade de vida das pacientes, consolidando-a como uma área essencial na medicina moderna (MORAES *et al.*, 2021).

13.7 Referências

ARAUJO, L. S. S. *et al.* **Evolução da Cirurgia Ginecológica: Comparação entre técnicas convencionais e minimamente invasivas.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(9), 3123–3139. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3123-3139>

FREEMAN, M. D.; GOPMAN, J. M.; SALZBERG, C. A. **A evolução da técnica cirúrgica da mastectomia: da mutilação à medicina.** 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6006018/>. Acesso em: 5 jan. 2025.

MORAES, A.M. S. *et al.* **Perspectivas do uso de células-tronco na cirurgia plástica.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 4, p. e6756, 20 abr. 2021.

CAMARGO, R.M. *et al.* **A Eficácia da cirurgia robótica na mastectomia poupadora do complexo aréolo-papilar.** In: *Anais do IX Congresso Médico Universitário São Camilo*. São Paulo: Blucher, 2021. ISSN 2357-7282, DOI 10.5151/comusc2021-11 2021. Disponível em: https://pdf.blucher.com.br/medicalproceedings/comusc2021/11.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 5 jan. 2025.

CONCLUSÕES

“Não se nasce mulher: torna-se mulher”
(Simone de Beauvoir)

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes (2011), as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde, além disso, vivem mais do que os homens. Em contrapartida estão vulneráveis em diversos aspectos de suas vidas: seus problemas são agravados pela discriminação das relações de trabalho, sobrecarga doméstica e familiar, situações de violência e normatização religiosa.

Do mesmo modo, no seu livro “O segundo sexo” (1949), Simone de Beauvoir traz a tona discussões acerca do papel da mulher enquanto ser social. Assim como ela, acreditamos que não existem valores ou qualidades especificamente femininas, mas há um modo de viver que nos é proposto para perpetuar aspectos de opressão. “Não se trata para a mulher de se afirmar como mulher, mas de tornarem-se seres humanos na sua integridade”.

Assim, nosso livro busca trazer a dualidade de procedimentos cirúrgicos específicos de órgãos anatômicos atribuídos ao sexo feminino: de um lado mulheres que buscam feminilidade, preservando suas funções sociais como a fertilidade e, de outro, a resignificação de corpos em que são oprimidos por essas convenções. esquadrimos o desconforto nas reflexões ao final de cada capítulo.

Por último, como é o intuito de nossa Liga Acadêmica, propusemos discussões a fundo de princípios e técnicas cirúrgicas para aguçar o âmago de nossas leitoras que pretendem seguir uma carreira ainda majoritariamente masculina. Futuras cirurgiãs, espero que tenham feito boa leitura!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2011.

Beauvoir, Simone de. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980. Tradução de Sérgio Milliet.

SOBRE AS AUTORAS

Liga Acadêmica de Mulheres na Cirurgia - AWS UEMG



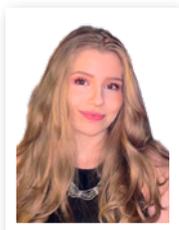
O capítulo da AWS da UEMG realizou a criação de um projeto de extensão em 2022, a Liga Acadêmica de Mulheres na Cirurgia. É um espaço de acolhimento e representação através da produção de trabalhos científicos e a realização de cursos de extensão, debatendo temas cirúrgicos, desenvolvimento prático de técnica e pautas vivenciadas pelas mulheres no desenvolvimento da carreira cirúrgica, como: equidade salarial, representatividade em cargos de liderança e equilíbrio entre as demandas profissionais e pessoais.

Amanda Cristina Carneiro



Estudante de Medicina do 10º período da UEMG. Presidente-fundadora da Liga Acadêmica de Hipertensão Arterial e Diabetes, Diretora de Marketing da Liga Acadêmica de Nefrologia (2022/2024), membro da Liga AWS. Atuou como monitora em diversas disciplinas do curso e participou do projeto de extensão “Lancheira Feliz – Promoção da Conscientização do Consumo de Sódio na Infância e Prevenção da Hipertensão”. Atualmente, é bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Ana Sofia Do Prado Vilela



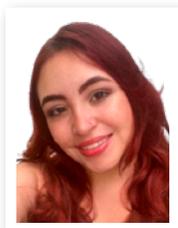
Estudante de Medicina do 6º período da UEMG. Diretora de Comunicação da Liga Acadêmica de Mulheres na Cirurgia e da Liga Acadêmica de Pediatria Clínica e Cirúrgica na gestão 2024/2025. Participou de trabalho voluntário no Cursinho Popular como professora de Biologia com carga horária de 80 horas em 2023. Atuou como monitora das disciplinas de Práticas de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade I e de Anatomia II, além de co-autora da publicação “Atividade física provoca impacto no sistema imune e melhora o prognóstico da depressão”.

Anelise Silva França



É médica pela Universidade Federal de Alfenas (2019) e Ginecologista e Obstetra pela Santa Casa de Misericórdia de Passos (2024), na qual é responsável por pré-natal de alto risco e preceptoria de residentes. Atualmente docente e preceptora da UEMG e da Faculdade Atenas em Passos. É mestranda no Programa de Pós-Graduação Multiprofissional da Universidade Vale do Sapucaí, com linha de pesquisa em “Síndrome dos Ovários Policísticos” (desde 2024). Faz parte da orientação da liga AWS desde a fundação. Possui diversas publicações e trabalhos relacionados com Saúde da Mulher.

Catharine Miranda Busto Outemane



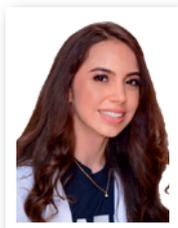
Estudante de Medicina do 4º período da UEMG. Membro das Ligas AWS e Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Estado de Minas Gerais desde 2024. Diretora científica da Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia na gestão 2024/2025, além de co-autora das publicações “Impacto da cirurgia conservadora em mulheres com câncer de mama em estágio inicial”, “Tromboembolismo venoso em pacientes oncológicos” e “Apneia do recém-nascido”.

Fernanda Martins da Silva Oliveira



Estudante de Medicina do 12º período da UEMG, membro da Liga AWS e Diretora de Marketing da Liga de Dermatologia e Cirurgia Plástica (2024/2025). Atuou no projeto de pesquisa sobre o descarte correto de medicamentos vencidos ou em desuso em Passos-MG, como bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Fernanda Teixeira de Andrade



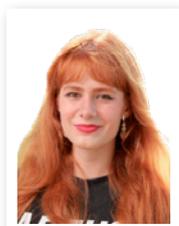
Estudante de Medicina do 9º período da UEMG. Vice-presidente da Liga Acadêmica de Nutrologia e Medicina do Esporte (2023/2024) e co-autora das publicações “Os efeitos cognitivos apresentados pela síndrome pós-COVID-19: Uma revisão sistemática” e “Queimaduras: seria a pele-de-tilápia uma alternativa mais econômica e eficaz para o SUS frente ao tratamento tradicional?”. É membro da Liga AWS desde de 2023.

Isabela Júdice Oliveira



Estudante de Medicina do 10º período da UEMG, Secretária da AWS (2021/2023), Diretora de Administrativa da Liga Acadêmica de neurologia e neurocirurgia (2023/2024). Recebeu menção honrosa pelo seu trabalho de pesquisa (PAPq/FAPEMIG) intitulado “A Prenhez evita a deterioração do glicocálice em ratas espontaneamente hipertensas SHR”. Atua como Diretora da Liga Acadêmica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (2024/2025). É monitora da disciplina de Princípios de Cirurgia e Anestesia (2024/2025).

Isabella de Gouvêa Pivetti



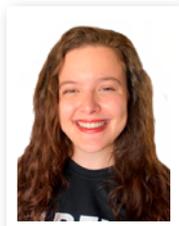
Estudante de Medicina do 8º período da UEMG. Diretora científica da Liga AWS (2023/2024). Foi monitora da disciplina de Imunologia. Participou como voluntária em projeto de extensão com o tema “Conscientização de planejamento familiar na população do sexo feminino do município de Passos, MG” pelo Programa Institucional de Apoio à Extensão – PAEx/UEMG (2023). Realizou estágio acadêmico observacional de carga horária de 192 horas na Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), no departamento de Urologia Geral em janeiro de 2024.

Jéssica de Paula Moreira



Estudante de Medicina do 12º período da UEMG. Membro da Liga AWS, da Liga de Ginecologia e Obstetrícia e da Liga de Dermatologia e Cirurgia Plástica. Realizou estágio acadêmico na área de Cirurgia Geral e Cirurgia Ginecológica em 2022/2023. Participou como voluntária do projeto de extensão de pré-natal “Curso para gestantes” em 2023.

Laíse Panaggio



Estudante de Medicina do 8º período da UEMG. Vice-presidente da Liga AWS (2023/2024) e co-autora de projeto de extensão na comunidade e artigo da temática “Estudo do conhecimento de mulheres sobre os principais métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS”. A autora também foi responsável pela elaboração da capa desta edição.

Louyla Júlya Silva Guimarães Melo



Estudante de Medicina do 10º período da UEMG, Presidente da Liga AWS (2023/2024), Diretora de Marketing da Liga de Clínica Médica (2024/2025) e Diretora Científica da Liga de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular da UEMG (2023/2024). Atua no projeto de pesquisa sobre a epidemiologia de Toxoplasmose em Passos-MG como bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Apoio à Pesquisa de

Minas Gerais (FAPEMIG).

Polyana de Sá Antunes Bezerra



Estudante de Medicina do 10º período da UEMG, Diretora de Comunicação da liga AWS (2023/2024) e autora de um álbum seriado sobre Prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2024), fruto de um projeto de Pesquisa do “Programa Institucional de Apoio à Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais (PAPq)” (2023).

Stefany Neves Porto



Estudante de Medicina do 10º período da UEMG. Presidente-fundadora da liga AWS (2022/2023), membro da Association of Women Surgeon (2023/2024), participou de vários projetos de extensão na comunidade, realizou estágio em Anestesiologia na Santa Casa de Misericórdia de Passos (2022/2023). Atualmente, realiza um projeto de pesquisa do “Programa Institucional de Apoio à Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais (PAPq)”.

APÊNDICE A

ANÁLISE TÉCNICA

NOTA TÉCNICA Nº 34/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS

A partir da Lei nº 14.443/2022, a Lei nº 9.263/1996, no art. 9º (§ 2º) passa a estabelecer que:

No que se refere à esterilização voluntária, a nova redação traz as seguintes alterações nos requisitos de elegibilidade:

A idade mínima para mulheres e homens com capacidade civil plena passa de 25 (vinte e cinco) para 21 (vinte e um anos), independentemente do número de filhos vivos.

Foi definido prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico. não é mais necessário o consentimento expresso de ambos os cônjuges para a realização de laqueadura tubária ou vasectomia.

O histórico de cesarianas sucessivas anteriores não é mais requisito para a realização de laqueadura tubária durante a cesárea, sendo a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto garantida à solicitante, desde que observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

É mandatório o direito à esterilização voluntária nos casos em que há risco à vida ou à saúde da mulher, situação em que o fato deve ser atestado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

É necessária autorização judicial para a esterilização de pessoas absolutamente incapazes.

Os dispositivos do Capítulo II da Lei nº 9.263/1996, dos crimes e das penalidades, continuam em vigor sem alterações em sua redação.

A pessoa que ver interesse na realização da esterilização voluntária deverá registrar manifestação expressa de vontade (Anexo I), iniciando o período obrigatório de 60 (sessenta) dias entre o primeiro atendimento e o ato operatório.

Uma via deve permanecer com a pessoa e a outra anexada ao prontuário.

ANEXO A

MODELO DE REGISTRO DE EXPRESSA MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA - LAQUEADURA OU VASECTOMIA

(disponível na Lei)

Eu, _____,
com inscrição no CPF nº _____, com data de nascimento ____/____/____, manifesto o desejo de submeter-me ao procedimento de esterilização voluntária, método contraceptivo definitivo. Sei que entre a manifestação da minha vontade (por meio deste documento), e o procedimento cirúrgico, deverão se passar ao menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação. Período em que terei a chance de refletir sobre minha decisão sob orientações dos profissionais de saúde. A esterilização voluntária será realizada por meio cirúrgico - laqueadura (ligadura das trompas) ou vasectomia. Estou ciente que estou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.

Local: _____.

Data: ____/____/____.

Assinatura

ANEXO B

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CESARIANA ELETIVA (FEBRASGO)

Eu _____;

RG _____; _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____; CRM _____, realize em mim o procedimento de CESARIANA ELETIVA. Compreendo que uma cesariana eletiva é aquela realizada sem indicação médica, por minha opção de evitar um parto vaginal. Fui informada que por motivos legais e para evitar problemas de prematuridade para meu bebê, a cesariana eletiva só pode ser realizada após completada a 39ª semana de gestação e depois de eu ter sido informada de maneira clara de todos os riscos associados a esta minha opção. Desta maneira fui informada e compreendi o que segue: A cesariana é uma cirurgia, e como todos os procedimentos cirúrgicos, tem riscos. Os riscos relacionados a uma cesariana não se restringem somente à realização do procedimento em si, e podem trazer consequências danosas para eventuais futuras gestações que eu porventura vier a ter. Para realização da cesariana terei que ser submetida a uma anestesia que será realizada por um médico anestesologista que escolherá o método a ser utilizado (bloqueio peridural, subdural ou anestesia geral) conforme os critérios de maior segurança para mim e para meu bebê. Uma cesariana sem justificativa médica, quando comparada com um parto normal, apresenta os seguintes riscos ou desvantagens: período de recuperação mais longo; morbidade materna três vezes maior (incluindo maior risco de parada cardiorrespiratória pós-cirurgia, hematoma de incisão, histerectomia, infecção puerperal, lesão de bexiga e ureteres, lesão de alças intestinais e complicações anestésicas). Para o bebê há um risco aumentado de problemas respiratórios (dificuldade respiratória transitória para o bebê) os quais, embora possam ocorrer em qualquer idade gestacional, têm uma incidência de 35,5 casos para cada 1.000 nascimentos

por cesariana eletiva fora do trabalho de parto, o que é muito maior do que 12,2/1.000 nascimentos por cesariana realizada durante o trabalho de parto e 5,3/1.000 para nascimentos por parto vaginal.

Fui informada também que em futuras gestações que eu vier a ter, esta cesariana pode acarretar consequência indesejáveis graves que são: aumento de risco de ruptura uterina (0,5-1,0%), inserção anormal de placenta (acretismo placentário), com maior probabilidade de sangramento grave, histerectomia, choque e até morte. Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento, antes que a cesariana eletiva se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto e optar por uma tentativa de parto via vaginal. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **CESARIANA ELETIVA** proposta.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome do paciente ou responsável legal:

Assinatura do paciente ou responsável legal:

Identidade nº:

Local: _____.

Data: ____/____/____, Hora: _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____.

Assinatura: _____ . CRM: _____.

Local: _____.

Data: ____/____/____, Hora: _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico, em duas vias (uma para a paciente e outra para o médico)

GLOSSÁRIO

AWS – Association of Women Surgeons

DOI – Digital Object Identifier – código numérico padrão para identificação de documentos na internet.

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologistas e Obstetras

Liga Acadêmica – associação sem fins lucrativos que promove atividades extracurriculares para complementar a formação de estudantes. Essas atividades podem incluir aulas, pesquisas, projetos, e participação em eventos.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANELISE SILVA FRANÇA



É médica pela Universidade Federal de Alfenas (2019) e Ginecologista e Obstetra pela Santa Casa de Misericórdia de Passos (2024), na qual é responsável por pré-natal de alto risco e preceptoria de residentes. Atualmente docente e preceptora da UEMG e da Faculdade Atenas em Passos. É mestranda no Programa de Pós-Graduação Multiprofissional da Universidade Vale do Sapucaí, com linha de pesquisa em “Síndrome dos Ovários Policísticos” (desde 2024).

Faz parte da orientação da liga AWS desde a fundação. Possui diversas publicações e trabalhos relacionados com Saúde da Mulher.

ÍNDICE REMISSIVO

A

anestesia 44, 48, 75, 81, 86, 92, 100, 116–118, 130, 132, 134, 141, 145
ansiedade 21, 28, 82, 85,
108–109, 115, 123, 127
auto-estima 34
autoimagem 16, 25, 27–28,
33–35, 56

C

câncer de mama 27, 30–33, 36,
49, 53, 55, 57, 109, 115, 127,
132–134, 140
cefalosporinas 118
células-tronco 134–137
cesárea 78, 81, 83–84, 86–87,
90–92, 117–118, 143
cesariana 81–85, 89, 91–93,
116, 145–147
choque 91, 146
cicatrização 56, 74, 77, 101,
123, 127–128
Cirurgia Ginecológica Estética 95
Cirurgias de readequação de
Gênero 53
clitopexia 100
clitoroplastia 95, 97, 100–102
Clitoroplastia de aumento
100–101

D

dor pélvica crônica 40, 42,
59, 61

E

Endometriose 16, 19, 40–42,
44, 59–63, 65–71, 131
episiotomia 16, 72–75, 78–79, 120
episiotomia mediana 74–75
episiotomia mediolateral 74–75
equipe multidisciplinar 31, 33–34
exames de imagem 49, 61, 106,
108, 112

F

feminilidade 16, 18–20, 23,
25–26, 28, 45, 56, 138
fertilidade 16, 22–23, 39, 63,
69, 97, 138

H

Hands-off 76–77, 79–80
Hands-on 76–77, 79–80
hemorragia 83, 90, 118
hipertrofia mamária 50
Histerectomia 16, 18–21,

23–24, 38–47, 92, 105, 119,
128, 131–132, 145–146
Histerectomia radical 39
Histerectomia subtotal 38
Histerectomia total 38
homens trans 8, 20, 23–24, 26

I

identidade feminina 19–20,
23, 25, 27
Identidade Feminina 19–20,
23, 25, 27
infecção 56, 65, 75, 78, 86,
90–91, 109, 124, 145
infecções 21, 26, 42, 44, 56,
78–79, 81, 83, 91–92, 107, 109,
117–118, 122, 124–125, 127,
132, 134, 142
infertilidade 40, 59, 61, 63, 69

J

jejum 16, 86, 107–108, 111,
116–117

L

labioplastia 95–96, 99–100, 102
Labioplastia 95–96, 99–100,
102
Laceração perineal de Primeiro
Grau 74
Laceração perineal de Quarto
Grau 77
Laceração perineal de Segundo
Grau 74
Laceração perineal de Terceiro
Grau 77
Lacerações perineais 75–77, 79
laparoscópica 41, 43–44, 47,
65–68, 132
Laqueadura tubária 89, 131, 143
libido 19, 22, 33
Lipoenxertia 55

M

mamoplastia de aumento 26,
30, 48, 51, 54, 58
Mamoplastia de Aumento 26,
30, 48, 51, 54, 58
Masectomia preservadora de
pele 53
Masectomia total 53
Mastectomia 25, 27–30, 33,
48–49, 52, 54–55, 124, 128,
131–135, 137
Mastectomia Adenectomia 53

Mastectomia Radical 29, 132
Mastopexia 52, 55, 135
maternidade 23, 25, 75, 85,
128, 131
miomas 19, 39, 42, 44, 131
mobilidade 61, 109, 122, 124
morbidade 48, 55, 67, 78, 112,
117, 124, 145
mulheres cis 8, 20, 23, 26–27
mutilação 27–28, 97–99, 102, 137

N

Neoclitoroplastia 100–101

O

Oncoplastia 54–55

P

perioperatório 85–86, 92, 94,
112, 114, 116, 119–120
pós-operatório 16, 23, 32, 36,
42, 44, 51, 65, 85–86, 89–91,
109–110, 117, 123, 125, 127
pré-operatório 23, 51, 54, 86,
105, 108–112, 115, 117–119
programa ERAS 85–86, 94,
112, 116–118, 120
prolapso de órgãos pélvicos 39

R

Reabilitação 31–34, 36, 122
readequação sexual 50
Reconstrução mamária 28, 30,
34, 36, 55, 58, 131, 133–135
recuperação 16, 28, 34, 36,
41–42, 44, 50, 55–56, 81, 85,
88, 90–91, 94, 100, 104–105,
109–111, 117, 122–128,
131–132, 145
reprodução 2, 20, 22–23
robótica 43, 68, 131–133, 135–137

S

sangramento uterino anormal
39, 42, 44
saúde sexual 21–22, 24, 99, 102
sexualidade 18–22, 24, 27, 30

T

Tocofobia 75, 85

V

vaginoplastia 95–96, 100, 102



Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 contato@editorabagai.com.br