

REVISTA

MULTUM SCIENTIA

SCIENTIA

Setembro/2024

ESPECIALIDADES
MÉDICAS

Copyright © 2024 dos autores e autoras.

Todos os direitos reservados.

Publicação em acesso aberto. O conteúdo dos artigos, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar os artigos, de nenhuma forma, ou utilizá-los para fins comerciais.

Multus Scientia

multusscientia@gmail.com

@multusscientia

CNPJ 43.713.474/0001-93

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista Multus Scientia / Número especial: Especialidades médicas. Fortaleza, CE -
Multus Scientia, setembro, 2024.

60 f. : il.

Formato: PDF Modo de acesso: World Wide Web

1. Saúde. 2. Cuidados em saúde. 3. Tratamento. I. Título.

CDU: 616



Sumário

CUIDADOS PALIATIVOS E GESTÃO DA DOR EM PACIENTES COM DOENÇAS TERMINAIS

Lucas Sant Anna Barbosa Mappa, Luiza Franco Reis, Gabriela Simões Alencar, Maria Luiza Ribeiro Pedrosa, Maria Gabriela Gonzaga Gomes, Fernanda Sandrelly da Silva, Igor Manrico Costa, Ana Beatriz Tobias da Silva, Evelise Almeida Viana, Luana Cruz Nunes Godinho

IMPACTO DA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS NA SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

Yanna de Oliveira Lacerda, Danielle Emenegildo Valbusa, Milena Rodrigues Pontes, Daniel Augusto Carlos Silva, Lucas Soares Bezerra de Almeida, Carolina Parentoni de Oliveira Brêttas, Clara Laender Laignier Porto, Laila Fabiana Mendes, Ana Júlia Romualdo de Medeiros, Mariana Cardoso Godinho

MANIFESTAÇÕES OFTALMOLÓGICAS EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: O QUE UM MÉDICO GENERALISTA NECESSITA SABER

Sebastián Alonso Hernández Camacho, Rayane da Cruz Alves, Laura Couto Eleutério Amaral, César de Souza Mesquita, Gabrielle Baía Pimenta de Moraes, Letícia Lamas de Matos, Daniella de Lourdes Baggio Rehfeld Ribeiro, Mayume Borges Ferreira da Silva, Matheus de Oliveira Perobelli, Julia Tavares Alves de Moura

TRATAMENTO E MANEJO DA DOR CRÔNICA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Nathália Ferreira Carvalho, Pedro Igor Gontijo Silva, Pedro Soares Dias, Giulia Rafaella Cristelli de Sena, Matheus Alonso Shimizu João, Miguel Otávio de Faria Campos, Stárley Augusto de Souza Lopes, Diego Neves Montina, Letícia Lamas de Matos, Maria Clara Cardoso de Menezes Souto

ABORDAGENS ATUALIZADAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE

Arthur Hemétrio Andrade Pereira, Arthur Hemétrio Andrade Pereira, Maria Laura Klein Lazaroto, Alvaro Rivas Vera, Letícia Nitsche de Souza, Julia Hallak Andrade, Nathália Ferreira Carvalho, Ana Luiza Lacerda Santos, Rafaella Vitória Neres Vargas, Juliana Barbosa Cajado



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO LÚPUS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Thainá Fernandes Nascimento, Brenda Castanha Durante, Isabela Nicolai Nassif Diniz, Letícia Nitsche de Souza, Kayro Breder Catta Preta Leal, Izabela Corrêa Resende, Ana Elisa Vasconcelos Gavião, Juliana Barbosa Cajado, Yago Gomes dos Reis Lima

TERAPIA HORMONAL NA MENOPAUSA : UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Isabella Araujo Montecino Martins, Brenda Castanha Durante, Kamila Santos Tavares, Raffaella Maria Rodrigues Assis Paiva, Juliana Barbosa Cajado, Lediany Schunck Ferrarini, Júlia Nibuco Ribeiro Takai, Luiza Buchemi Cardoso

TERAPIA DO CÂNCER DE MAMA DURANTE A GESTAÇÃO

Brenda Castanha Durante, Kayro Breder Catta Preta Leal, Pedro Soares Dias, Larissa Moreira Marques, Gabriela Azevedo de Souza Siqueira, Márcia Fernandes Carvalho, Kamila Santos Tavares, Camila Tavares de Sá, Beatriz Aparecida Fernandes, Julie Any Araújo Bif

CUIDADOS PALIATIVOS E GESTÃO DA DOR EM PACIENTES COM DOENÇAS TERMINAIS

Lucas Sant Anna Barbosa Mappa
Graduando em Medicina
Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP
R. Cinco, 2, Bauxita, Ouro Preto-MG, 35400-000
mappalucas@gmail.com

Luiza Franco Reis
Graduada em Medicina
Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH
Rua Curitiba, 2258, Bairro Lourdes; Belo Horizonte - MG, 30170122
luizafrancoreis@hotmail.com

Gabriela Simões Alencar
Graduada em Medicina
Centro Universitário FipMoc - UnifipMoc
Av. Professora Aida Mainartina Paraíso, 80 - Ibituruna, Montes Claros- MG, 39408-007
gabrielasalencar8@gmail.com

Maria Luiza Ribeiro Pedrosa
Graduada de Medicina
Universidade de Itaúna - UIT
Rodovia MG 431 Km 45, s/n, Itaúna - MG, 35680-142
malu2020pedrosa@gmail.com

Maria Gabriela Gonzaga Gomes
Graduada em Medicina
Centro Universitário FipMoc - UNIFIPMoc
Av. Professora Aida Mainartina Paraíso, 80 - Ibituruna, Montes Claros- MG, 39408-007
gabrielagonzagamaria@gmail.com

Fernanda Sandrelly da Silva
Graduada em Medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena- FAME
Rua Andrade Antunes,31, Freitas, Dolores de Campos- MG, 36213-000
fernandasandrelly2010@hotmail.com

Igor Manrico Costa
Graduado em Medicina
Centro Universitário de Valença- UNIFAA
Av. Aldemir Martins, 100, Recreio dos Bandeirantes, Rio de Janeiro-RJ, 22790-707
igormanricoc@gmail.com

Ana Beatriz Tobias da Silva
Graduada de Medicina
Universidade Prof. Edson Antônio Velano UNIFENAS- BH
Maria Manoela braz,247, Belo Horizonte- MG, 31741460
ana.beatriz@aluno.unifenas.br

Evelise Almeida Viana
Graduada em Medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena - FAME
Praça Presidente Antônio Carlos, 8- São Sebastião, Barbacena-MG, 36202-336
evelisealmeidav@outlook.com

Luana Cruz Nunes Godinho
Graduada em Medicina
Universidade de Cuiabá - Unic
Avenida Filinto Muller, 1343 - bloco C Ap 304 Cond.Del Rey, 0 - Quilombo, Cuiabá-MT, 78043-500

Resumo

Introdução: O cuidado paliativo é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, que estão enfrentando doenças graves e irreversíveis. A dor, um dos sintomas mais comuns e debilitantes em pacientes com doenças que ameaçam a vida, representa um grande desafio na prática clínica. A gestão eficaz da dor é, portanto, um componente essencial dos cuidados paliativos, requerendo uma abordagem multifacetada que inclui tanto a farmacoterapia quanto intervenções não farmacológicas. Portanto, este artigo explora os princípios e práticas dos cuidados paliativos, com ênfase na gestão da dor em pacientes com doenças terminais. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática da literatura recente em relação ao manejo de cuidados paliativos e a gestão da dor em pacientes terminais. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura. As bases de dados selecionadas foram Scielo, Pubmed, BVS e Latindex. Na Scielo, os descritores utilizados foram “Manejo da dor”, “Estado terminal” e “Palliative care”. Para tanto, foram incluídos artigos publicados entre 2019 a 2024, foram excluídos artigos pagos, com data de publicação com períodos superiores a 5 anos. Sendo assim, após a realização da análise criteriosa descrita, foram selecionadas 8 referências. **Discussão:** Dentre os pacientes com câncer ou outras doenças terminais, a dor surge como um dos sintomas mais comuns e mais importantes no que tange ao aprofundamento do sofrimento físico e psíquico e à piora da qualidade de vida. O objetivo dos cuidados paliativos, nesse sentido, é de completa eliminação da dor ou, na impossibilidade deste feito, de amenizar o quadro para limites toleráveis para o paciente, com o máximo de conforto e de bem-estar possíveis. Dessa forma, as práticas complementares para o controle da dor surgem como estratégia em conjunto com os analgésicos comuns e os opiáceos. Entre as modalidades terapêuticas complementares mais frequentemente empregadas, destaca-se a massagem terapêutica. Esta técnica, através de um toque profundo, rítmico e sincronizado, promove a redução da inflamação e do edema, além de aliviar a tensão muscular. Outra prática relevante é a acupuntura, que pode oferecer benefícios físicos, psíquicos e espirituais aos pacientes em estado terminal. Ademais, nos cuidados paliativos, a psicoterapia também se configura como uma ferramenta terapêutica importante, especialmente no que diz respeito às dimensões psicoemocionais da dor. Por outro lado, o tratamento farmacológico tem como objetivo selecionar e administrar analgésicos de acordo com a intensidade da dor relatada pelo paciente. As doses devem ser prescritas de maneira personalizada, levando em consideração as necessidades específicas de cada indivíduo. **Conclusão:** Nota-se, portanto, a importância de realizar estudos sobre cuidados paliativos e gestão da dor em pacientes com doenças terminais. Deve-se elaborar estratégias em saúde, visando o atendimento adequado aos pacientes. Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social.

Palavras-chaves: “Cuidados paliativos”, “Estado terminal”, “Manejo da dor”.

1. Introdução

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que estão enfrentando doenças graves e irreversíveis. A transição do tratamento curativo para os cuidados paliativos representa uma mudança

crucial no manejo dos pacientes com doenças terminais, refletindo um enfoque no alívio dos sintomas e na prevenção do sofrimento.¹

A dor, um dos sintomas mais comuns e debilitantes em pacientes com doenças que ameaçam a vida, representa um grande desafio na prática clínica. Esse sintoma pode afetar severamente a qualidade de vida desses pacientes, levando a limitações funcionais e impactos psicológicos significativos. A gestão eficaz da dor é, portanto, um componente essencial dos cuidados paliativos, requerendo uma abordagem multifacetada que inclui tanto a farmacoterapia quanto intervenções não farmacológicas.^{2,3}

A farmacoterapia, incluindo opióides e analgésicos, continua a ser a base do tratamento da dor. No entanto, a gestão da dor em contextos paliativos vai além da prescrição de medicamentos, englobando estratégias complementares e alternativas como acupuntura, terapia cognitivo-comportamental e técnicas de massagem e relaxamento, que atuam simultaneamente com a farmacoterapia gerando alívio dos sintomas.^{2,3,4,5}

Além dos aspectos físicos, os cuidados paliativos também incluem a abordagem do sofrimento emocional e psicológico dos pacientes. A dor crônica e os sintomas associados às doenças terminais podem induzir ou agravar estados de ansiedade, depressão e angústia, que também devem ser gerenciados. Sendo assim, para enfrentar esse sofrimento, a comunicação efetiva, o suporte psicológico e a assistência espiritual são componentes essenciais no cuidado dos pacientes paliativos.⁶

A integração dos cuidados paliativos e da gestão da dor requer uma abordagem interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. Este modelo colaborativo permite uma abordagem coordenada e adaptada às necessidades individuais dos pacientes, promovendo uma melhor qualidade de vida até o fim.

Portanto, este artigo explora os princípios e práticas dos cuidados paliativos, com ênfase na gestão da dor em pacientes com doenças terminais. A revisão tem como objetivo abordar as melhores práticas, desafios contemporâneos e as estratégias integradas que podem melhorar o conforto e a dignidade desses pacientes, baseando-se em evidências científicas atuais.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A partir da escolha do tema de expressiva importância, o estudo foi composto pelas seguintes etapas: seleção de relevantes bases de dados científicas e seleção dos descritores utilizados para filtrar os dados; elaboração dos critérios de inclusão e de exclusão dos artigos; organização dos itens selecionados e, por fim, análise das informações obtidas.

As bases de dados selecionadas foram Scielo, Pubmed, BVS e Latindex. Na Scielo, os descritores utilizados foram “Manejo da dor”, “Estado terminal” e “Palliative care” sendo encontrados, respectivamente, 574, 3467, 1832 resultados. Na Pubmed, foram 16, 365 e 108257, respectivamente. Na BVS, os resultados foram, respectivamente, 111715, 74115 e 94465. Já, na Latindex, 7, 10 e 191, foram encontrados. Primeiramente, buscou-se definir os cuidados paliativos associados à gestão da dor. Posteriormente, relacionou-se as terapêuticas à dignidade desses pacientes e seus desafios.

Os descritores utilizados, segundo as plataformas Decs e Mesh Terms foram: “Manejo da dor”, “Estado terminal” e “Palliative care”. Para tanto, foram incluídos artigos publicados entre 2019 a 2024 elaborados nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola. Apenas textos disponíveis na íntegra e gratuitos foram selecionados. Além disso, os artigos deveriam estar relacionados à temática abordada sobre cuidados paliativos e manejo da dor em doenças terminais. Foram excluídos artigos pagos, com data de publicação com períodos superiores a 5 anos e aqueles que não correspondiam ao objetivo de estudo ou com metodologias inconclusivas. Sendo assim, após a realização da análise criteriosa descrita, foram selecionadas 8 referências compostas por ensaios clínicos de coorte e caso controle, relatos de casos, revisões sistemáticas da literatura e metanálises.

3. Discussão

3.1 Práticas complementares no manejo da dor: massagem terapêutica e acupuntura

Dentre os pacientes com câncer ou outras doenças terminais, a dor surge como um dos sintomas mais comuns e mais importantes no que tange ao aprofundamento do sofrimento físico e psíquico e à piora da qualidade de vida. O objetivo dos cuidados paliativos, nesse sentido, é de completa eliminação da dor ou, na impossibilidade deste feito, de amenizar o quadro para limites toleráveis para o paciente, com o máximo de conforto e de bem-estar possíveis. Dessa forma, as práticas complementares para o controle da dor surgem como uma potencial estratégia em conjunto com os analgésicos comuns e os opiáceos.^{3,7}

Dentre as modalidades terapêuticas complementares mais utilizadas atualmente, a massagem terapêutica se destaca. Entende-se que essa ferramenta, mediante o toque profundo, rítmico e sincronizado, diminui a inflamação e o edema, bem como relaxa a musculatura tensionada. Isso se dá graças ao aumento da circulação sanguínea e linfática locais, com aumento também dos níveis de dopamina e de serotonina e do número de linfócitos e de células natural killers (NK). O estímulo sobre os sistemas imune e neuroendócrino parece ser justificado pela redução dos níveis séricos de cortisol - hormônio que tende a atenuar a resposta das células NK e levar à imunossupressão.⁵

Os estudos e pesquisas sobre a massagem terapêutica concordam com relação ao alívio alérgico imediato com tal ferramenta, porém o controle sustentado da dor a longo prazo é menos evidente, havendo divergências na literatura. O que se tem como efeito mais consistente da massagem terapêutica é a redução do grau subjetivo de ansiedade, o que produz relaxamento e bem-estar - fatores que acabam por incidir sobre dimensões psicoemocionais do amplo espectro da qualidade de vida dos pacientes em cuidados paliativos. Destaca-se, também, que a massagem terapêutica pode ser combinada com outras práticas complementares, tais quais a aromaterapia, o relaxamento muscular progressivo e a imagem guiada interativa.^{5,8}

Reforçada como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina, em 1995, a Acupuntura pode proporcionar benefícios físicos, psíquicos e espirituais ao paciente em estado terminal, sendo uma opção eficaz para redução da dor nesses indivíduos, já utilizada há milhares de anos pela medicina oriental. Trata-se de uma ferramenta de fácil implementação e de baixo custo, porém que requer profissional

devidamente capacitado e experiente. Vários são os mecanismos fisiológicos descritos pelos quais a acupuntura atua na dor, valendo-se de efeitos mediados por citocinas, hormônios, fatores biomecânicos e elétricos. Assume-se que as agulhas, ao estimular pontos específicos que coincidem com o dermatomo da dor, deflagram potenciais de ação que ascendem, através dos cornos dorsais da medula, para o tronco encefálico e para outras áreas cerebrais, onde estimulam mecanismos endógenos de supressão da dor.^{3,7}

É descrito, além disso, a existência de um ponto específico da acupuntura que, em última análise, incrementa a resposta imune via células NK - denominado acuponto ST36 ou "acuponto do reforço imunológico". A estimulação do acuponto induz a liberação de óxido nítrico, que, através da estimulação da área lateral do hipotálamo, promove a liberação de peptídeos opióides, como a beta-endorfina. Tal peptídeo se liga a receptores opióides presentes na superfície das células NK e amplificam a síntese e a liberação de interferon-gama, responsável por refinar a resposta antitumoral. Além do efeito analgésico esperado, há também relato de melhora da sensação de relaxamento e de bem-estar, podendo, desse modo, amenizar o sentimento de tristeza, desânimo e melancolia. Todavia, apesar dos potenciais benefícios ilustrados, ainda persiste relativa escassez de pesquisas com delineamentos metodológicos mais robustos e com controles aceitáveis para comprovar e para respaldar, de maneira mais assertiva, a acupuntura como modalidade terapêutica.^{5,7}

Nos cuidados paliativos, a psicoterapia também emerge como importante ferramenta terapêutica, sobretudo no que tange às dimensões psicoemocionais da dor. A tarefa do psicólogo, nesse momento, consiste em acolher e em escutar tanto o paciente quanto os familiares durante o processo de adoecimento, desde a comunicação do diagnóstico até após a perda do ente querido. Nesse contexto, a vivência do luto já se inicia antes mesmo da morte, isto é, surge, comumente, logo após a notícia do diagnóstico. Denominado luto antecipatório, esse momento de fragilidade individual e familiar é circundado, de maneira muito concreta, pela angústia, pelo medo e pelas várias incertezas a respeito do quadro clínico e do prognóstico do paciente, o que repercute em sua saúde psíquica, espiritual e também somática. A psicoterapia objetiva, então, amenizar os impactos do sofrimento causados pelo adoecimento e pela possível hospitalização, através de um atendimento humanizado em que o paciente e seus familiares podem dizer sobre suas dores e suas expectativas de forma horizontalizada e livre de julgamentos. Esse campo de atuação dos psicólogos é de suma importância na garantia de qualidade de vida para o paciente terminal, uma vez que, muitas vezes, tais questões subjetivas, existenciais e espirituais são preteridas pelos demais profissionais de saúde.^{1,6}

3.2 Manejo Farmacológico da Dor em Cuidados Paliativos

O manejo da dor é direito fundamental na vida dos pacientes e os profissionais de saúde possuem o dever de fornecer esse cuidado, sendo a desvalorização e o descrédito dessa assistência, falha ética e na qualidade de atuação profissional.^{9,10}

O autorrelato do paciente define-se como a evidência mais precisa e confiável para avaliar a intensidade da dor. A Escala Visual Analógica (EVA) é definida como uma escala vertical ou horizontal auto-referida pelo paciente mediante o contato visual, onde os extremos sinalizam a ausência de dor e pior dor imaginável, respectivamente. Nessa

escala, o paciente sinaliza a intensidade da dor, com auxílio de expressões lúdicas, cores e valores em números. Em contrapartida, os pacientes com demência que possuem comunicação verbal, memória e julgamento prejudicados, torna dessa forma, o autorrelato insuficiente.^{9,10,11}

Dentre os princípios do manejo farmacológico da dor, destacam-se: dar preferência para administração de analgésicos por vias enterais e optar pelas vias endovenosas ou subcutâneas quando a via oral se torna indisponível; utilizar cada analgésico conforme a intensidade da dor; prescrever doses de acordo com as necessidades individuais dos pacientes para melhorar o controle da dor e diminuir os efeitos adversos; prescrever sempre as doses de resgate.¹¹

A OMS elaborou a Escala Analgésica da Dor em 1986 com intuito de aliviar a dor em pacientes com câncer e desmistificar a insegurança na utilização e na prescrição de opióides. Cada degrau corresponde à terapia adequada conforme a intensidade da dor. Assim sendo, atribui-se o primeiro degrau à Dor Leve, e os medicamentos indicados são os analgésicos não opióides e os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES); o segundo degrau é destinado à Dor Moderada com representação terapêutica do primeiro degrau somado aos analgésicos opióides fracos; e por fim, o terceiro degrau corresponde à Dor Forte com indicação terapêutica do uso do primeiro degrau somado aos analgésicos opióides fortes.³

No manejo da Dor Leve, os principais medicamentos analgésicos elegíveis são o paracetamol e a dipirona. O paracetamol não apresenta ação anti-inflamatória, mas sim propriedades analgésicas e antitérmicas. Já a dipirona apresenta propriedades antitérmicas, analgésicas, antiespasmódicas e leve ação anti-inflamatória. Em doses elevadas o paracetamol pode causar insuficiência hepática aguda farmacológica. Dentre as classes dos AINES elegíveis destacam-se cetoprofeno, diclofenaco, ibuprofeno, tenoxicam e cetorolaco, os quais possuem características anti-piréticas, analgésicas e anti-inflamatórias. Estes potencializam a ação analgésica e, por isso, podem ser utilizados em associação aos analgésicos não opióides, adjuvantes e opióides. Deve-se sempre atentar para os efeitos adversos dos AINES como os gastrointestinais, cardiovasculares, renais, urticárias, broncoespasmos, cefaléia e disfunção plaquetária.^{10,11}

No manejo da Dor Moderada, soma-se os medicamentos elegíveis sugeridos na Dor Leve aos Opióides Fracos, como o tramadol e a codeína. O tramadol é conhecido por sua analgesia dupla, pois inibe a recaptção da serotonina e da noradrenalina, na via descendente de dor, e atua nos receptores do tipo Mu. Além disso, o tramadol administrado pela via oral possui sua metabolização realizada pelo fígado e em menor quantidade pelos rins. O mesmo possui menor potência do que comparado aos demais opióides, todavia, possui menos efeitos colaterais. A codeína é comumente administrada pela via oral, sendo metabolizada pelo fígado em morfina, caracteriza-se por ser um pró-fármaco clássico, uma vez que aumenta a biodisponibilidade e reduz a toxicidade.¹¹

Já na Dor Forte, os medicamentos elegíveis incluem morfina, fentanil e a metadona. Este último, caracteriza-se por ser um fármaco altamente lipossolúvel e que liga extensamente às proteínas plasmáticas, justificando assim o seu grande volume de distribuição e acúmulo nos tecidos, fazendo com que, doses repetidas, aumente o risco de sobredose, entretanto possui menor tendência a promover síndrome de abstinência. A

metadona possui uma alta biodisponibilidade e tempo de meia-vida longa, superior aos demais opióides. Já a morfina se define como um fármaco de meia vida curta e duração de 4 a 6 horas. Sua metabolização é hepática e a excreção renal com uma pequena quantidade excretada pela vesícula biliar. E por fim, o fentanil, fármaco com afinidade alta aos receptores Mu, sendo este um opióide 70-100 vezes mais potente que a morfina. Pode ser utilizado em pacientes com insuficiência renal devido a sua eliminação principalmente hepática e com menor incidência de constipação comparado à morfina.¹¹

Os medicamentos para o manejo da dor devem ser prescritos sempre em doses fixas, entretanto, para casos em que a dor surge em crises, torna-se necessário o uso de doses de resgate. Em relação aos opióides fortes, utiliza-se a morfina simples como dose de resgate por esta ser de ação rápida e meia-vida curta.^{9,10}

Dentre os efeitos colaterais adversos mais comuns dos analgésicos opióides estão constipação, vômitos, náuseas, fadiga, efeitos no sistema nervoso central, ganho de peso, efeitos genitourinários e supressão do reflexo de dor. As náuseas e os vômitos geralmente cessam em poucos dias, enquanto a constipação intestinal é persistente e inevitável. Recomenda-se evitar a associação de procinéticos com anticolinérgicos ao qual reduz os efeitos procinéticos. Assim como também deve-se atentar para os riscos de síndrome extrapiramidal ao uso prolongado de altas doses de metoclopramida. Além disso, aconselha-se evitar a associação de tramadol e ondansetrona pois o mesmo pode reduzir a ação do tramadol.^{10,11}

Os relaxantes musculares são recomendados na dor associada ao espasmo muscular, podendo estes estar associados ou não aos analgésicos. Outro medicamento adjuvante para a dor é a cetamina, utilizado em situações difíceis para o controle da dor.^{10,11}

Os corticóides auxiliam na intensidade da dor relacionada a edema e inflamação em pacientes oncológicos, entretanto, seu uso não deve ser maior que sete dias, pois acarreta efeitos colaterais significativos. Já a lidocaína pomada tem sua aplicação na dor neuropática localizada como neuralgia pós-herpética e síndrome da dor pós-operatória.^{10,11}

4. Conclusão

Nota-se, portanto, a importância de realizar estudos sobre cuidados paliativos e gestão da dor em pacientes com doenças terminais. Deve-se elaborar estratégias em saúde, visando o atendimento adequado aos pacientes. Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto.¹²

Além do mencionado, a promoção de educação em saúde deve ser reforçada. É de fundamental importância para o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura que a equipe esteja bastante familiarizada com o seu problema, podendo assim ajudá-lo e contribuir para uma melhora.¹²

Referências Bibliográficas

1. Radbruch L, Lima LD, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care - A New Consensus- Based Definition. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [cited 2024 jul 29]; 60 (4):754-764. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
2. Sampaio SGSM, Mota LB, Caldas CP. Medicamentos e Controle de dor: Experiência de um Centro de Referência em Cuidados Paliativos no Brasil. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2019 [citado 29 julho 2024]; 65(2): e-13365. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/365> doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n2.365>
3. World Health Organization. Cuidados Paliativos [Internet] Genebra; 2020 [citado 29 julho 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. Silva JAD, Martins EAP. Uso de acupuntura nos pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2021 [citado 29 julho 2024]; 4 (4): 16756-16766. Disponível em: doi: 10.34119/bjhrv4n4-189
5. Júnior LCL, Rosa GS, Pessanha RM, Schuab SIPDC, Nunes KZ, Amorim MHC. Eficácia das terapias complementares no manejo da dor oncológica em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 29 julho 2024]; 28: e3377. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RPtPpNcgJy37RC8mdxtVysP/?lang=en#> doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>
6. Santos AAO, Oliveira CA, Ferreira CMA, Santos APO, Moraes EPG, Silva LB. Psicoterapia em cuidados paliativos com pacientes oncológicos terminais: uma revisão integrativa. *Rev SBPH* [Internet]. 2021 [citado 29 julho 2024]; 24(2): 104-118. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.24.86>.
7. Lamego FRD, Santo FHE, Ribeiro MNS, Barbosa GM, Pimenta AC, De Souza MF. Acupuntura no alívio da dor osteomuscular e a melhora na funcionalidade na pessoa idosa: estudo quase experimental. *Ver Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2023 [citado 09 agosto 2024]; 26: e230147. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/gKRbNSPp8MNxSfGgV5nyzSw/> doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230147.pt>
8. Silva LDS, Sousa AFD, Carvalho DHFD, Kalinke LP. Non-pharmacological therapies for cancer patients in Portugal and Brazil: an experience report. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2023 [cited 2024 aug 09]; 57: e20230091. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7cDT9Z4FWLpyRqBgWpztZwd/?lang=en> doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0091en>

9. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2017 Jul 4 [citado em 18 agosto 2024]; 358: 1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j2925>.
10. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leigh N, Oza A, et al. Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Cluster-Randomised Controlled Trial. *Lancet* [Internet]. 2014 May 17 [citado em 19 agosto 2024]; 383(9930):1721-30. Disponível em: doi: 10.1016/S0140-6736(13)62416-2.
11. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2018 Mar [citado em 19 agosto 2024];19(3):394-404. Disponível em: doi: 10.1016/S1470-2045(18)30060-3.
12. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Set [citado em 19 agosto 2024]. 18(9):2577-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000900012>.

IMPACTO DA SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS NA SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER

Yanna de Oliveira Lacerda

Graduanda em Medicina

*Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS-BH)
Rua Profª Bartira Mourão, 307, Buritis, Belo Horizonte - MG, 30492025
yannalacerda@hotmail.com*

Danielle Emenegildo Valbusa

Graduada em Medicina

*Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) campus Governador Valadares
Rua São Paulo, 745, Centro, Governador Valadares- MG, 35010-180
daniellevallbusa@gmail.com*

Milena Rodrigues Pontes

Graduanda em Medicina

*Universidade Estácio de Sá (IDOMED) campus Vista Carioca
Rua Soares Cabral, 21, Laranjeiras, Rio de Janeiro- RJ, 22240-070
milenaPontesrio@hotmail.com*

Daniel Augusto Carlos Silva

Graduando em Medicina

*Faculdade de Minas (Faminas-BH)
Rua dos Melões, 132, Vila Clóris, Belo Horizonte- MG; CEP 31744-075
danielaugusto.fut@gmail.com*

Lucas Soares Bezerra de Almeida

Graduando em Medicina

*Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS-BH)
Rua Líbano, 66, Itapoã, Belo Horizonte-MG; CEP 31710-030
lucasoares.med@gmail.com*

Carolina Parentoni de Oliveira Brêttas

Graduando em Medicina

*Universidade Professor Edson Antônio Velano (UNIFENAS-BH)
Rua Líbano, 66, Itapoã, Belo Horizonte-MG; CEP 31710-030
carolinaparentoni.med@gmail.com*

Clara Laender Laignier Porto

Graduada em Medicina

UniRedentor

*Rua Antonio Alves Benjamin, 252, Centro, Teófilo Otoni-MG, 39800-021
claralaenderlp@gmail.com*

Laila Fabiana Mendes

Graduanda em Medicina

Faculdade Atenas Passos

*Rua Irlanda 167 Novo Mundo, Passos-MG, 37901-077
lailamendes125@gmail.com*

Ana Júlia Romualdo de Medeiros

Graduada em Medicina

*Universidade Católica de Brasília
SQS 306 bloco G apto 101
anajulia.stax@gmail.com*

Mariana Cardoso Godinho

Graduanda em Medicina

*Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte, MG
marianagodinho20041@gmail.com*

Resumo

Introdução: A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma condição multifatorial, caracterizada por ciclos anovulatórios e sintomas de hiperandrogenismo (Como hirsutismo, acne ou alopecia androgênica). Seu diagnóstico pode ser feito pela presença de pelo menos dois dos três critérios de Roterdã (1- oligo-ovulação ou anovulação; 2- sinais clínicos ou bioquímicos de hiperandrogenismo; 3- ovários policísticos à ultrassonografia). A etiologia não é totalmente esclarecida, mas estudos evidenciam que mulheres com histórico familiar de SOP possuem maior probabilidade de desenvolver tal condição. Trata-se de uma endocrinopatia muito frequente durante a menacme, acometendo de 2 a 15% das mulheres nessa fase. Dessa forma, a SOP é uma das principais causas de infertilidade anovulatória, uma vez que, representa 80% desses casos. **Objetivo:** Avaliar os impactos da SOP na saúde reprodutiva da mulher. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, a partir dos descritores "Síndrome do ovário policístico", "idade reprodutiva da mulher", "diagnóstico de síndrome do ovário policístico e SOP". Foram incluídos artigos publicados em português e inglês, disponíveis na íntegra e publicados nos últimos 10 anos (entre 2014 e 2024), que contemplassem a temática. Após avaliação dos artigos, 12 deles foram selecionados para o estudo. **Discussão:** A SOP compreende variações na secreção de gonadotrofinas, com consequente aumento da secreção do hormônio luteinizante (LH), característico da síndrome. Os folículos são recrutados e ativados de forma intensa e precoce, levando à atresia folicular nos estágios iniciais, responsável pelo aspecto policístico dos ovários. Os ciclos anovulatórios resultam em produção limitada de progesterona e em maior estimulação endometrial às custas de estrogênio, aumentando o risco de câncer endometrial, sangramento uterino anormal e hiperplasia de endométrio. Os desbalanços hormonais provocam aumento da resistência insulínica, desordens hipertensivas e metabólicas. Estudos analisados indicam maior prevalência de transtornos alimentares, depressão e ansiedade entre as pacientes, que resultam em danos emocionais e sociais. Por fim, os efeitos metabólicos da SOP, juntamente com a infertilidade e os impactos negativos na qualidade de vida e na função sexual, ressaltam a necessidade de um acompanhamento especializado e multidisciplinar para essas mulheres. **Conclusão:** A SOP é uma condição clínica e endocrinológica que impacta negativamente na saúde reprodutiva de muitas mulheres em idade fértil. É notória a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, a fim de evitar desfechos desfavoráveis e reduzir os estigmas que esse distúrbio oferece à saúde da mulher.

Palavras-chaves: "Síndrome do Ovário Policístico", "Saúde Reprodutiva", "Saúde da Mulher".

1. Introdução

A primeira definição de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) ocorreu em abril de 1990, em uma reunião de especialistas do Instituto Nacional de Saúde Norte-Americano (NIH), os quais propuseram seu diagnóstico com base em alguns critérios como anovulação crônica, quadro clínico de hiperandrogenismo (hirsutismo, acne ou alopecia androgênica) e/ou hiperprolactinemia, disfunções da tireoide, alterações da função

suprarrenal e tumores de ovário ou de suprarrenal produtores de androgênios. Porém, no ano de 2003, este conceito caiu por terra e, em uma nova convenção realizada pelas Sociedades Norte-Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) e Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE), definiu-se um consenso, conhecido como critérios de Roterdã, no qual o diagnóstico da SOP deve incluir pelo menos dois dos critérios a seguir: 1) oligo-ovulação ou anovulação; 2) sinais clínicos ou bioquímicos de hiperandrogenismo; 3) ovários policísticos à ultrassonografia. Sob essa perspectiva, o conceito de ovário policístico estabelece a presença, em pelo menos um ovário, de 12 ou mais folículos com diâmetro entre 2 a 9 mm e/ou aumento no volume ovariano maior que 10 mL.¹

A SOP se inicia entre os 15 e os 17 anos de idade, ou até mesmo anteriormente a esta faixa etária, seguindo a menarca. Apresenta grande variabilidade, que é explicada pela sua ocorrência em diferentes etnias, apresentação clínica heterogênea, além da dificuldade de padronização do diagnóstico. Além disso, estudos mostram que mulheres com histórico familiar de SOP possuem maior probabilidade de desenvolver tal condição e, portanto, maior a predisposição para complicações durante o período gestacional, como pré-eclâmpsia e diabetes gestacional.^{1,2}

Assim como citado anteriormente, o diagnóstico da SOP, além de se basear nos critérios de Roterdã, envolve uma abordagem criteriosa, que abrange a avaliação de exames laboratoriais e de imagem. Quando associados, permitem uma conduta específica e detalhada. Primeiramente, deve-se considerar os sinais e sintomas apresentados pela paciente, considerando o amadurecimento sexual precoce, obesidade andróide, amenorreia secundária, abortamento habitual ou recorrente, entre outras manifestações.¹ Em seguida, é necessária a realização de exames laboratoriais, os quais podem indicar androgênios normais ou elevados, hiperinsulinemia basal, curva insulínica anormal ao teste de sobrecarga com 75g de glicose, hipersecreção de LH, diminuição de secreção de FSH e dislipidemia. Por fim, contribuindo para um diagnóstico mais preciso, a ultrassonografia intravaginal permite visualizar, de forma direta, os ovários e, nos casos de SOP, a identificação de cistos ovarianos.^{1,2}

Quando a Síndrome dos Ovários Policísticos inicia durante o período pós-puberal, ela pode se manifestar por meio de episódios de anovulação, hiperandrogenismo, obesidade, ovários policísticos, ou seja, condições que provocam distúrbios reprodutivos.¹ Dessa maneira, atualmente, a SOP é uma das principais causas de infertilidade anovulatória, uma vez que representa 80% dos casos. Os mecanismos que associam essa síndrome com o quadro infértil estão relacionados às bases genéticas e epigenéticas, à disfunção neuroendócrina, ao hiperandrogenismo, às alterações metabólicas e precoces no desenvolvimento folicular, à parada prematura do desenvolvimento ou parada folicular, à inflamação crônica, à competência/qualidade oocitária, aos episódios de aborto recorrente e, por fim, aos desreguladores endócrinos.³

Desse modo, o presente artigo tem como objetivo avaliar os impactos da Síndrome dos Ovários Policísticos na saúde reprodutiva da mulher. Logo, por se tratar de um quadro que acomete de 2 a 15% das mulheres em idade reprodutiva, torna-se de suma importância uma abordagem multidisciplinar e integrativa no contexto dessas pacientes.¹

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de levantamentos bibliográficos e científicos. Foram selecionados 6 artigos, nas bases PubMed, Scielo, Lilacs e Febrasgo, utilizando-se os descritores “Síndrome dos Ovários Policísticos”, “idade reprodutiva da mulher”, “diagnóstico de síndrome do ovário policístico” e “SOP”, em português. Incluíram-se artigos publicados entre os anos de 2012 e 2024, nas línguas portuguesa e inglesa, disponíveis na íntegra e que abordassem o tema de uma forma coerente. Já os critérios de exclusão foram pacientes acima de 50 anos, pacientes já com entrada no climatério e pacientes sem confirmação de diagnóstico de SOP.

3. Discussão

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma condição endócrina comum, que afeta uma parcela de até 10% das mulheres em idade reprodutiva. Em relação aos impactos da SOP, é evidente que eles superam o âmbito ginecológico, influenciando em várias esferas da saúde da mulher, sobretudo quanto à sua saúde reprodutiva. Assim, a complexidade e a variabilidade dos sintomas da SOP destacam a necessidade de abordagens terapêuticas personalizadas para manejar eficazmente os impactos na saúde reprodutiva das mulheres afetadas. Portanto, entender os impactos dessa síndrome na saúde reprodutiva feminina é crucial para desenvolver estratégias adequadas de manejo e tratamento, visando melhorar a qualidade de vida e as chances de concepção das mulheres afetadas.

A partir dos artigos analisados, observa-se que, dentre as principais manifestações clínicas possíveis da Síndrome dos Ovários Policísticos, estão a oligoanovulação e o hiperandrogenismo clínico, o qual pode ser avaliado a partir da presença de acne severa ou moderada e não responsiva a tratamentos. Além disso, a existência da morfologia de ovário policístico ao ultrassom (MOP), diagnosticada quando há presença de doze ou mais folículos de tamanho entre 2 a 9 milímetros e/ou volume ovárico superior a 10 milímetros cúbicos, e o hiperandrogenismo bioquímico são também possíveis manifestações.⁴

A SOP compreende variações na secreção de gonadotrofinas com consequente aumento da secreção do hormônio luteinizante (LH), característico da síndrome. Com isso, ocorre uma amplitude aumentada dos pulsos e baixa secreção de Hormônio Folículo Estimulante (FSH). Concomitante ao aumento de LH, há maior estímulo das células da TECA, elevando a produção de androgênios, principalmente de testosterona, sem que haja conversão de androgênio em estradiol de forma proporcional, causando uma desregulação de secreção do FSH e LH. Essas alterações hormonais geram grande impacto na vida reprodutiva feminina, uma vez que os folículos são recrutados e ativados de forma intensa e precoce por conta dos baixos níveis de FSH. Como resultado, ocorre atresia folicular nos estágios iniciais, de modo que os folículos não amadurecem, levando ao aspecto policístico aos ovários.⁵

Uma vez que não há ovulação em função da imaturidade folicular, a produção de progesterona é limitada. No entanto, a estimulação endometrial pelo estrogênio se mantém, o que aumenta o risco de desenvolver câncer endometrial, sangramento uterino anormal e hiperplasia de endométrio.⁴

A insulina, por sua vez, exerce um papel importante na função reprodutiva, atuando em seus receptores no ovário, com relação direta na liberação de LH e FSH. Mulheres com SOP têm maior chance de apresentar resistência à insulina, que se associa à desregulação hormonal, com aumento da esteroidogênese e diminuição da globulina ligadora de hormônios sexuais, o que aumenta ainda mais os andrógenos livres.⁴

No que tange à qualidade de vida, os distúrbios menstruais, o hiperandrogenismo, a obesidade e, até mesmo, a infertilidade, são sintomas característicos e que influenciam diretamente em uma piora da qualidade de vida de mulheres com a síndrome. Além disso, os artigos analisados indicam que há uma maior prevalência de transtornos alimentares, depressão e ansiedade entre essa parcela da população feminina, resultando em danos emocionais e sociais que não apenas deterioram a qualidade de vida, mas também elevam a ocorrência de disfunções sexuais. Tratando-se de autoimagem, evidencia-se que as pacientes possuem menor autoestima e satisfação com a imagem própria, em decorrência das manifestações clínicas inerentes à SOP, sobretudo sintomas como distúrbios menstruais, hiperandrogenismo, infertilidade e obesidade.⁵

Em relação aos impactos da Síndrome dos Ovários Policísticos na saúde reprodutiva feminina, sua relação intrínseca com a infertilidade tem sido alvo de diversos estudos. As alterações hormonais na SOP, sobretudo os aumentos nos níveis androgênicos e desequilíbrios entre LH e FSH, estão muito ligadas às manifestações de disfunção ovulatória e irregularidade menstrual. Dessa forma, uma consequente anovulação crônica pode levar à formação de cistos ovarianos e ao comprometimento da saúde reprodutiva da mulher.⁵

Morais et al.², avaliou que a problemática da infertilidade está muito relacionada à resistência insulínica frequentemente relatada em mulheres com SOP, a qual afeta negativamente a qualidade oocitária e a receptividade endometrial. Por fim, tal interação entre fatores hormonais, metabólicos e ovarianos resulta em um ambiente desfavorável tanto para a concepção quanto para a manutenção da gestação.

Quanto à função sexual de mulheres com SOP, mais de 30% das mulheres com SOP pode apresentar distúrbios relacionados à sexualidade, o que está muito relacionado às manifestações na aparência física, como a obesidade e o hirsutismo, e às questões emocionais, como ansiedade, depressão e baixa autoestima decorrentes. Portanto, dado seu impacto em mulheres em idade reprodutiva, uma fase caracterizada por maior atividade sexual e desejo gestacional, é essencial que a função sexual seja considerada e que medidas de promoção da saúde sejam implementadas para essa parcela da população.⁵

Mulheres com SOP são mais propensas a apresentar complicações gestacionais, incluindo risco elevado para desenvolvimento de diabetes gestacional, hipertensão na gestação, pré-eclâmpsia e partos prematuros. Dessa forma, em consequência às complicações materno-fetais, os filhos têm maiores chances de hospitalização em UTI no pós parto e risco aumentado de mortalidade perinatal. O hiperandrogenismo se associa com um prognóstico desfavorável, uma vez que o aumento de androgênios pode interferir na placenta, diminuindo seu tamanho e alterando sua capacidade em manter o feto nutrido adequadamente, além de causar um desarranjo placentário que modifica o metabolismo de lipídios em filhas mulheres, na fase adulta.

Há uma associação entre o metabolismo lipídico e a ocorrência de aborto em pacientes com SOP, com aumento na incidência de aborto espontâneo, demonstrando um risco elevado devido à presença de hiperinsulinemia e hiperandrogenismo, principalmente quando associado à comorbidades. A relação entre diabetes gestacional e SOP é bem definida, mesmo naquelas pacientes que não apresentam obesidade, apesar do aumento do índice de massa corporal (IMC), elevar a prevalência. Há um aumento na resistência periférica, induzida pelo hormônio lactogênio placentário, que acompanha o hiperandrogenismo, o qual, isoladamente, também aumenta o risco de diabetes gestacional. Esse aumento da resistência à insulina também exerce um papel importante no surgimento de desordens hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia), proporcionadas pela elevação de estímulo do sistema nervoso simpático e na reabsorção renal de sódio. Tais efeitos deterioram a função do endotélio e se associam ao hiperandrogenismo, que causa alterações na hemodinâmica e hiperreatividade vascular, desencadeando os distúrbios.^{5,6}

Por fim, gestantes com SOP manifestam alterações que são pertinentes a lesões microvasculares, inflamações locais e comprometimento endotelial, que possibilitam as complicações gestacionais. Sendo assim, os efeitos metabólicos da SOP, juntamente com a infertilidade e os impactos negativos na qualidade de vida e na função sexual ressaltam a necessidade de um acompanhamento especializado e multidisciplinar para essas mulheres, bem como a importância do diagnóstico e do tratamento adequado, e de aconselhamentos genéticos. Estas medidas, portanto, visam o bem-estar físico, social e emocional completo e a promoção da saúde dessa população, a fim de evitar complicações e minimizá-las quando presentes.⁵

4. Conclusão

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma condição clínica e endocrinológica que impacta negativamente na saúde reprodutiva de muitas mulheres em idade fértil, uma vez que essa patologia é capaz de gerar alterações hormonais que podem ser responsáveis por causar irregularidade menstrual, anovulação e infertilidade. Além dessas complicações, é importante salientar que a SOP pode desencadear uma série de doenças metabólicas, as quais destacam-se diabetes mellitus do tipo 2, obesidade e hipertensão, doenças essas que também podem comprometer a saúde reprodutiva das mulheres e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Ademais, vale ressaltar que mesmo sendo mais difícil gestar nessas condições, não significa que engravidar seja impossível em pacientes com SOP, mas, ainda que ocorra uma gestação nessas circunstâncias, é notório que o risco de complicações se torna mais prevalente em portadoras dessa síndrome.

Outrossim, cabe ressaltar que durante muito tempo o sexo feminino teve pouco espaço no mercado de trabalho, sendo designado exclusivamente a mulher o cuidado com sua prole, perpetuando na sociedade que as mulheres deveriam ter filhos. Desse modo, mesmo com diversas alterações no mundo hodierno perante essa problemática, o desejo de gestar ainda é algo que persiste majoritariamente no sexo feminino e, portanto, ter uma doença que prejudica essa vontade de engravidar abala de forma geral as mulheres em diversos âmbitos, incluindo seu bem-estar físico, social e mental.

Portanto, é notória a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, a fim de evitar desfechos desfavoráveis, no que tange a saúde reprodutiva da mulher e sua qualidade de vida. O tratamento dessa síndrome é composto por inúmeras ferramentas, desde terapia farmacológica para controle do ciclo menstrual e estímulo à ovulação até apoio psicológico e incentivo a mudanças no estilo de vida, como prática regular de atividades físicas e melhora da alimentação, a fim de melhorar a qualidade de vida como um todo das mulheres que sofrem com a SOP, além de tentar controlar e tornar mais viável a gestação daquelas que apresentam o desejo de engravidar.

Referências Bibliográficas

1. Medeiros SFD, Soares Júnior JM, Baracat EC. Síndrome dos ovários policísticos. In: Urbanetz AA. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. 2. ed. Barueri: Manole, 2020. p. 228-240.
2. Morais ML de, Capel ACTF, Barbosa SM, Barbosa VHM, Afiune ICP, Oliveira MAB de, et al. SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS (SOP): UMA ABORDAGEM ABRANGENTE. Braz J Implantol Health Sci [Internet]. 2024; 6 (2): 456–68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p456-468>.
3. Vanhauwaert PS. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021; 32 (2): 166–72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.11.005>.
4. Lisboa GR, Araújo LKL de, Rosa LM, Brito LV, Maciel LDV, Lopes LA de S, et al. Particularidades do diagnóstico e da terapêutica da síndrome dos ovários policísticos na adolescência. REAS [Internet]. 2021 May 20;13 (5): e7124. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7124>.
5. Febrasgo. SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS: Série Orientações e Recomendações Febrasgo [Internet]. 3.ed. São Paulo: Febrasgo, 2023. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/sindrome-.pdf#page=52>.
6. Santana LF, Ferriani RA, Sá MFS de, Reis RM dos. Tratamento da infertilidade em mulheres com síndrome dos ovários policísticos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008 Apr; 30 (4): 201–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/K9JFyDYcvGPfjwpVQnM9DWy/>.

MANIFESTAÇÕES OFTALMOLÓGICAS EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: O QUE UM MÉDICO GENERALISTA NECESSITA SABER

Sebastián Alonso Hernández Camacho
Médico Generalista
Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS
achsebas@gmail.com
R. Líbano, 66 - Itapoã, CEP 31710-030, Belo Horizonte - MG

Rayane da Cruz Alves
Médica
Centro Universitário Governador Ozanam Coelho
rayanealvesmed@gmail.com
Rua Conrado Rocha, nº 493- Nossa Senhora de Fátima, CEP: 39550-000, Taiobeiras-MG

Laura Couto Eleutério Amaral
Acadêmica de Medicina
Faculdade da Saúde e Ecologia Humana
lala-amaral12@hotmail.com
R. dos Timbiras, nº 2163- lourdes, CEP: 30140-061, Belo Horizonte-MG

César de Souza Mesquita
Acadêmico de Medicina
Faculdade de Minas BH
cesarsouza2001@gmail.com
R. Gonçalves Dias, nº 2522, CEP: 30140-092, Belo Horizonte-MG

Gabrielle Baía Pimenta de Moraes
Médica - residente de Clínica Médica do Hospital Risoleta Tolentino Neves
Faculdade de Minas BH
gabiibpm@gmail.com
Rua Grão Pará - número 170. Bairro Santa Efigênia, CEP 30150-340, Belo Horizonte-MG

Letícia Lamas de Matos
Médica - residente de Clínica Médica do Hospital Risoleta Tolentino Neves
Faculdade de Minas BH
leticialamasm@gmail.com
Rua Francisco Augusto Rocha, 106, Planalto, Belo Horizonte MG

Daniella de Lourdes Baggio Rehfeld Ribeiro
Médica Generalista
Faculdade de Saúde e Ecologia Humana
d.medplantoes@gmail.com
Rua Mármore, nº 329, Santa Tereza, Belo Horizonte- MG

Mayume Borges Ferreira da Silva
Médica
Universidade de Belo Horizonte
dramayumborges@gmail.com
Rua Caparaó, nº 37, Monte Castelo, Contagem -MG

Matheus de Oliveira Perobelli
Acadêmico de Medicina
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema
matheusoperobelli@gmail.com
Rua Benedito dos Reis Fortes, nº 105, Dom Bosco, Juiz de Fora- MG

Julia Tavares Alves de Moura
Médica
Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH
juliatavaresmoura@hotmail.com
Rua Professor Otto Cirne, nº 81, Coração de Jesus, Belo Horizonte- MG

Resumo

Introdução: A Retinopatia Diabética (RD) é uma das complicações mais comuns da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e uma das principais causas de cegueira adquirida em todo o mundo. Está diretamente relacionada ao tempo de evolução da doença e ao mau controle glicêmico, sendo, atualmente, um grande problema de saúde pública no Brasil.

Objetivo: Analisar os principais sinais e sintomas da Retinopatia Diabética, a fim de reconhecer essa enfermidade precocemente e, assim, evitar um comprometimento visual irreversível.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, a partir da seleção de estudos relevantes, publicados entre os anos de 2004 a 2022, em bases de dados como MedLine, Cochrane e Lilacs.

Discussão: A RD está diretamente relacionada ao descontrole glicêmico, além de ser agravada por outras comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemia, entre outras. A hiperglicemia crônica é responsável pela formação de uma neovascularização da retina, descolamento e edema da mácula, que, cronicamente, pode levar a cegueira irreversível.

Conclusão: Os resultados desta revisão destacam a importância da detecção precoce da RD e rastreamento da mesma em pacientes portadores de DM. Neste sentido, é de suma importância o médico generalista tratar adequadamente a DM, com o objetivo de se evitar complicações micro e macrovasculares a longo prazo.

Palavras-chaves: “Diabetes Mellitus”, “Retinopatia diabética”.

1. Introdução

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível, caracterizada por hiperglicemia persistente, em decorrência da ausência ou da redução da síntese de insulina, e tem demonstrado importância crescente na saúde pública mundial. A prevalência dessa patologia estimada para 2030 é de 10,2% (578,4 milhões de pessoas), sendo que o Brasil ocupará o quinto lugar, com aproximadamente 21,5 milhões de diabéticos.¹

O grande impacto dessa enfermidade se deve às complicações crônicas micro e macro vasculares, que afetam a qualidade de vida e a produtividade do paciente. Nesse sentido, pode-se destacar as alterações oftalmológicas, como a retinopatia diabética (RD), que consiste em uma das principais causas de perda visual irreversível no mundo e é considerada a maior causa de cegueira entre a faixa etária de 16 a 64 anos. O desenvolvimento da RD está diretamente ligada ao tempo de evolução da DM2 e aos níveis de controle glicêmico. Estima-se que, no Brasil, a RD afete cerca de 35 a 40% dos pacientes com DM, o que causa um grande impacto na saúde pública.²

Os principais sintomas da retinopatia diabética são: visão embaçada, perda de visão e distorção de imagens, porém o paciente também pode ser assintomático. A triagem, o diagnóstico e o tratamento precoces proporcionam melhores resultados visuais, menor custo econômico e melhor prognóstico a longo prazo. O método de triagem consiste na avaliação e no exame oftalmológico completo, feito por meio de retinografia colorida (RC) ou mapeamento de retina. Em pacientes com DM2, recomenda-se a realização de uma avaliação oftalmológica imediatamente após o diagnóstico.²

Sendo assim, pela alta prevalência de DM2 e de suas complicações oftalmológicas, torna-se imprescindível que o médico generalista saiba identificar e abordar os primeiros sinais sugestivos de possíveis alterações visuais, além de orientar o paciente em relação aos fatores associados ao desenvolvimento dessa complicação, a fim de evitar danos permanentes ao paciente e de reduzir o impacto na saúde pública.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com temática de importante relevância para o cotidiano médico, com o objetivo de melhorar a acurácia no diagnóstico e detecção precoce de complicações oftalmológicas relacionadas à Diabetes Tipo 2. Essa revisão foi composta pelas seguintes etapas: definição de descritores, seleção de base de dados de impacto acadêmico-científico, definição dos critérios de inclusão e exclusão e, por fim, análise e discussão dos dados obtidos.

Inicialmente, foram selecionados descritores DeCS e MESH, estando entre parêntese o identificador único: Retinopatia diabética (D003930), Complicações do Diabetes (D048909) e Diabetes Mellitus Tipo 2 (D003924), Degeneração Macular (D008268). Foram utilizadas as bases de dados MedLine, Cochrane e Lilacs. Buscou-se identificar as complicações oftalmológicas da Diabetes, bem como seu manejo no dia a dia do médico generalista, sendo incluídos artigos que reflitam práticas atuais, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, além de selecionar estudos que estivessem relacionados ao tema. Foram excluídos artigos com não relacionados às complicações oftalmológicas do diabetes mellitus tipo 2, ou que abordem o tema com patologias associadas, ou que não reflitam as práticas médicas atuais.

3. Discussão

3.1 Fatores de risco

Os principais fatores de risco para RD são o tempo de doença e o descontrole glicêmico. Os pacientes com necessidade de tratamento com insulina apresentam quadros mais graves do que pacientes que utilizam hipoglicemiantes orais. Outros fatores são a hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e nefropatia.³

3.2 Fisiopatologia

A RD é uma das principais causas de morbidade em pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2. Sabe-se que a perda visual da RD resulta da progressão da doença e pode ser secundária ao edema macular (espessamento da retina e edema envolvendo a mácula), ao desenvolvimento de hemorragia de novos vasos, ao descolamento de retina ou ao glaucoma neovascular.⁴

O desenvolvimento da RD é complexo e resulta de muitos fatores inter relacionados, que causam duas alterações básicas dentro dos vasos retinianos: permeabilidade anormal e oclusão com isquemia e subsequente neovascularização.⁴

Contudo, as lesões da RD ocorrem em progressão cronológica, exceto pelo edema macular. A hiperglicemia crônica resulta em alterações estruturais, funcionais e bioquímicas que alteram o metabolismo celular, o fluxo sanguíneo retiniano e a competência capilar da retina. Ela desvia o metabolismo da glicose para vias alternativas, formando fatores inflamatórios, trombogênicos e vasoconstritores, além de aumentar a suscetibilidade ao estresse oxidativo, resultando em oclusão e fragilidade vascular com perda de pericitos. Por sua vez, esse processo de enfraquecimento dos capilares provoca a quebra da barreira hematorretiniana, o que possibilita a formação de microaneurismas (achados mais precoces da RD) e extravasamento de plasma para o interstício, resultando em hemorragias e edema. Sabe-se que, na vigência de oclusões, podem-se formar shunts arteriovenosos. Ocorrendo isquemia, há liberação de fatores angiogênicos com proliferação de neovasos, cujo rompimento resulta em hemorragias intra vítreas.⁵

3.3 Classificação

A classificação da RD é realizada com base em dois estágios principais: não proliferativa (RDNP) e proliferativa (RDP). A RDNP é caracterizada por aumento da permeabilidade capilar e oclusão vascular, sendo dividida em precoce (RDNPP) e avançada (RDNPA). Na RD não proliferativa precoce, encontram-se microaneurismas e exsudatos duros, sendo esperados em praticamente todo diabético com 25 anos ou mais de doença. Sabe-se que eles podem evoluir com surgimento de áreas isquêmicas características da RDNPA, tendo a angiografia como exame padrão-ouro para seu diagnóstico. É importante ressaltar que, na RDNP, a perda visual ocorre principalmente através do desenvolvimento do edema macular.⁵

Já a RDP é caracterizada pela presença de neovascularização, surgindo do disco e/ou vasos retinianos. As consequências, por sua vez, incluem hemorragia pré-retiniana e vítrea, fibrose subsequente e descolamento de retina por tração. A RDP pode se desenvolver no contexto de alterações não proliferativas graves anteriores ou coexistentes, ou pode surgir sem RD não proliferativa substancial. O edema macular também pode ocorrer na presença de RDP.⁶

3.4 Manifestações clínicas

Muitos pacientes que desenvolvem retinopatia diabética (RD) não apresentam sintomas até os estágios finais, quando, muitas das vezes, já não haverá um arsenal terapêutico disponível que consiga reverter o quadro. Como a taxa de progressão pode ser rápida e a terapia pode ser benéfica tanto para a melhora dos sintomas quanto para a redução da taxa de progressão da doença, é importante rastrear pacientes com diabetes regularmente. Vale ressaltar que, em pacientes com diabetes tipo 1, sugere-se iniciar a triagem de três a cinco anos após o diagnóstico e, em pacientes com diabetes tipo 2, recomenda-se iniciar a triagem logo após o momento do diagnóstico.⁶

Contudo, quando sintomático, a principal manifestação clínica da RD é a baixa de acuidade visual (BAV), que pode ser súbita (aguda) ou progressiva (crônica). A BAV aguda, na maioria das vezes, é unilateral e ocorre por dois mecanismos principais: hemorragia vítrea e descolamento de retina do tipo tradicional. Já a BAV crônica se deve, principalmente, ao edema macular, podendo ainda ser provocado por outras complicações,

como o glaucoma neovascular. O acometimento é, geralmente, bilateral e assimétrico, sendo um sintoma tardio da doença. Desse modo, muitos pacientes não são diagnosticados, mesmo na presença de lesões graves e irreversíveis.⁵

3.5 Diagnóstico

O diagnóstico precoce é de suma importância, já que, quanto maior a gravidade do quadro, pior o resultado do tratamento instituído. O diagnóstico da RD deve ser realizado por meio do exame de fundo de olho. Preferencialmente, todo paciente com DM deve ser avaliado por um oftalmologista anualmente. Entretanto, em decorrência do enorme número de doentes e da dificuldade de acesso para todos, é recomendada a realização de triagem para RD por todo médico. A avaliação, por sua vez, engloba medida da acuidade visual para longe e para perto e oftalmoscopia.⁷

É importante ressaltar que, mediante os achados fundoscópicos do paciente, haverá necessidades distintas de encaminhamento ao especialista. Em caso de identificação de um fundo de olho normal, ou na vigência de RDNPP assintomático, deverá ser realizada uma revisão anual, no mínimo por um médico generalista. Na vigência de RDNPP com BAV, RDNPA ou maculopatia, torna-se obrigatório o encaminhamento ao especialista. Por fim, em caso de RDP, hemorragia pré-retiniana ou vítrea, rubéose de íris ou descolamento de retina, o mesmo deverá ser encaminhado ao oftalmologista em caráter de urgência.⁵

A realização da oftalmoscopia (direta e indireta) associada à biomicroscopia da retina detecta cerca de 86% dos casos de retinopatia, além de servir como estadiamento da doença. A retinografia auxilia na detecção e na avaliação da progressão da doença, assim como na avaliação da resposta aos tratamentos.⁷

3.6 Tratamento

O tratamento inicia-se no controle glicêmico e dos fatores de risco associados, como dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica. Quando o paciente apresenta retinopatia diabética não proliferativa leve ou moderada, sem edema macular, não há tratamento efetivo, mas exames periódicos devem ser realizados para acompanhamento. As consultas devem ser realizadas anualmente, nas formas leves, e a cada três anos nas formas graves. Na presença de edema macular, o tratamento indicado são as injeções intra vítreas de anti VEGF (ranibizumabe, bevacizumabe e aflibercept) ou corticóide, associado ou não à aplicação de laser, o qual diminui a área de isquemia da retina. Já na retinopatia diabética não proliferativa grave e proliferativa, realiza-se anti VEGF e coagulação por laser da retina.⁷

Outra forma de tratamento é a vitrectomia (remoção cirúrgica do vítreo), indicado nos casos de descolamento de retina, hemorragia vítrea com duração maior que 3-6 meses ou quadro recorrente mesmo com tratamento máximo.³

4. Conclusão

Diante do exposto, assume-se que as causas da RD excedem condições físicas e biológicas. A Retinopatia Diabética (RD) propriamente dita está relacionada com a precocidade de seu rastreamento, sofrendo influência sobre a durabilidade da evolução da Diabetes Mellitus (DM) e ao controle da glicemia em seu prognóstico, fatores definitivos

para sua ocorrência. Devida tamanha importância numérica e fatídica na saúde pública, faz-se necessário promover ações, por meio de condutas que se façam presentes desde o primeiro diagnóstico aos portadores de DM, sem contar apenas com o surgimento de manifestações clínicas como ponto de partida, uma vez que há possibilidade do paciente ser assintomático. Tais condutas devem visar a realização de avaliações oftalmológicas completas em portadores de DM (Tipos 1 e 2) permitindo uma melhor qualidade de vida junto à promoção da saúde eficaz.

Referências Bibliográficas

- 1 - Carneiro LF, Carvalho PS, Santos PH, Delfino DG, Mourão MS, Gonçalves AS, et al. Rastreamento da retinopatia diabética pelo médico generalista na atenção primária de saúde do Brasil. Rev bras oftalmol. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37039/1982.8551.20240014>
- 2 - Golbert A, Vasques AC, Faria AC, Lottenberg AM, Joaquim AG, Vianna AG, et al. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2019.
- 3 - Bastos TM, Oliveira IP, Jorge R. Manifestações oculares de doenças sistêmicas: retinopatias diabéticas e hipertensiva. Medicina (Ribeirão Preto) 2022; supl 2.55(2):e-178543.
- 4 - Frank RN. Diabetic retinopathy. N Engl J Med. 2004; 350(1): 48-58.
- 5 - Aragão RE, Ferreira BF, Pinto HS. Retinopatia diabética. [Internet]. Fortaleza: Liga de Oftalmologia da Universidade Federal do Ceará; 2009 [citado em 15 ago 2024]. Disponível em: http://www.ligadeoftalmo.ufc.br/arquivos/ed_-_retinopatia_diabetica.pdf
- 6 - Gardner TW, Davila JR. A unidade neurovascular e a base fisiopatológica da retinopatia diabética. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmologia. 2017, 255(1): 1 - 6.
- 7 - Bosco A, Lerário AC, Soriano D, Santos RF, Massote P, Galvão D, et al. Retinopatia diabética. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005; 49 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302005000200007>.

TRATAMENTO E MANEJO DA DOR CRÔNICA EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Nathália Ferreira Carvalho
Graduada em Medicina
Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves
nathcarv97@gmail.com
Rua Maestro Inácio Teófilo Rodrigues, 167, Villa Marchetti- São João del Rei -Mg

Pedro Igor Gontijo Silva
Acadêmico de Medicina
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
pigontijo@gmail.com
Rua Aimores, 2576, Lourde- Belo Horizonte/MG

Pedro Soares Dias
Médico
Faculdade de Medicina de Barbacena
pedrosoar3s@hotmail.com
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336

Giulia Rafaella Cristelli de Sena
Acadêmico de Medicina
Universidade Federal de São João Del Rei - Campus Centro-Oeste
cristelligiulia@gmail.com
Rua Ibituruna, 671 - Apartamento 902, Bloco 6-, Bairro Planalto, Divinópolis - MG

Matheus Alonso Shimizu João
Médico
Universidade Cidade de São Paulo - UNICID
matheusshimizu12@gmail.com
R. Butantã, 285 - Pinheiros, São Paulo - SP,

Miguel Otávio de Faria Campos
Médico
Faculdade Atenas - Sete Lagoas
miguel060899@hotmail.com
Avenida Coronel Diogo, 32 - Bairro Centro, Papagaios-MG

Stárley Augusto de Souza Lopes
Médico
Faculdade de Medicina de Barbacena
starley.lopes@hotmail.com
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336

Diego Neves Montina
Acadêmico de Medicina
Universidade de Uberaba (UNIUBE)
diegomontina17@gmail.com
Avenida Nenê Sabino, 1801 - Universitário, Uberaba - MG, 38055-500

Letícia Lamas de Matos
Médica Residente de Clínica Médica do Hospital Risoleta Tolentino Neves |
Graduada pela Faculdade de Minas BH
leticialamasm@gmail.com
Rua Francisco Augusto Rocha, 106, Planalto, Belo Horizonte MG

Maria Clara Cardoso de Menezes Souto
Médica
Faculdade de Saúde e Ecologia Humana (FASEH)
mariaclaracmsouto@gmail.com
Rua Professor José Correia Braga, 43 - Centro, Peçanha - MG

Resumo

Introdução: A fibromialgia é uma síndrome crônica caracterizada por dor musculoesquelética generalizada e uma variedade de sintomas adicionais, como fadiga, distúrbios do sono e dificuldades cognitivas, que afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico é complexo devido a falta de marcadores laboratoriais específicos, sendo essencial o reconhecimento clínico. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é revisar e analisar as abordagens terapêuticas, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, utilizadas no manejo da fibromialgia, visando identificar as estratégias mais eficazes para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura utilizando as bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs. A pesquisa incluiu artigos publicados entre 2013 e 2024, em inglês e português, que abordassem a fibromialgia, dor, terapêutica e eficácia. Foram selecionados artigos de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e metanálises. **Discussão:** A análise dos estudos selecionados revelou que o manejo da fibromialgia deve ser multidisciplinar, combinando intervenções farmacológicas, como antidepressivos e neuromoduladores, com terapias não farmacológicas, como fisioterapia e psicoterapia. A eficácia dessas abordagens depende da personalização do tratamento conforme as necessidades individuais dos pacientes, com ênfase na educação continuada dos profissionais de saúde para o correto diagnóstico e tratamento. **Conclusão:** Conclui-se que a fibromialgia, apesar de ser uma condição complexa, pode ser gerenciada de forma eficaz por meio de uma abordagem multidisciplinar adaptada às necessidades de cada paciente. A continuidade da pesquisa e a colaboração entre profissionais de saúde são cruciais para aprimorar o manejo da doença e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chaves: Fibromialgia, dor, tratamento multidisciplinar.

1. Introdução

A fibromialgia é uma síndrome crônica caracterizada por dor musculoesquelética generalizada e sensibilidade em pontos específicos do corpo. A condição é acompanhada por sintomas adicionais como fadiga, distúrbios do sono e dificuldades cognitivas, que afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes¹.

A prevalência é estimada entre 2% e 4% da população geral, com uma clara predominância em mulheres, que representam cerca de 80-90% dos casos. A condição tem início geralmente entre os 30 e 60 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade. Estudos revelam associação com histórico de transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, que são observados em até 50% dos pacientes.²

Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença incluem predisposições genéticas, estressores psicossociais e traumas físicos ou emocionais. A presença de eventos estressantes, como infecções virais ou traumas físicos significativos, tem sido associada como fatores predisponentes. Além disso, um histórico familiar pode aumentar a vulnerabilidade à doença, sugerindo um possível componente genético na sua etiologia.³

A fisiopatologia é complexa e ainda não completamente compreendida, mas envolve uma amplificação da dor central. Indica-se que a condição está relacionada a uma disfunção no processamento da dor pelo sistema nervoso central, caracterizando uma

sensibilização central, onde o sistema nervoso torna-se mais reativo a estímulos dolorosos. Alterações na regulação de neurotransmissores, como serotonina e noradrenalina, também têm sido apontadas na perpetuação da dor e dos sintomas associados.⁴

Seu diagnóstico é clínico e baseado na presença de dor generalizada e outros sintomas específicos. De acordo com os critérios do American College of Rheumatology (ACR), o diagnóstico requer dor em ambos os lados do corpo, acima e abaixo da cintura, com duração mínima de 3 meses. Embora a avaliação dos pontos sensíveis tenha sido uma parte importante do diagnóstico, as diretrizes recentes do ACR reduziram seu papel em favor de uma abordagem mais abrangente.

Diagnósticos diferenciais incluem condições, como artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome de fadiga crônica, as quais devem ser descartadas por meio de exames laboratoriais e testes de imagem para confirmar a fibromialgia. Devido a sua natureza multifatorial, o manejo da fibromialgia deve ser conduzido por uma equipe multidisciplinar, combinando intervenções farmacológicas e não farmacológicas.^{5,6}

Do ponto de vista farmacológico, são frequentemente utilizados antidepressivos tricíclicos, relaxantes musculares, neuromoduladores e analgésicos, que desempenham um papel crucial no controle da dor. Esses medicamentos ajudam a reduzir a sensibilidade dolorosa e a aliviar sintomas como distúrbios do sono e fadiga.⁷

As terapias não farmacológicas, como a fisioterapia, são igualmente importantes. Através de exercícios de alongamento, fortalecimento muscular e condicionamento cardiorrespiratório, a fisioterapia pode melhorar a funcionalidade do paciente, aliviar a dor e reduzir a tensão muscular.⁸ Além disso, abordagens psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a psicoterapia, têm mostrado eficácia no manejo da fibromialgia. Essas terapias ajudam os pacientes a desenvolver habilidades de enfrentamento e a lidar com os aspectos emocionais da doença.⁹

Este estudo busca analisar as modalidades terapêuticas referenciadas na literatura destinadas não apenas ao alívio da dor, mas também à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados. Os achados apresentados corroboram aos estudos existentes e sublinham a necessidade de um tratamento individualizado e multidisciplinar.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A partir da escolha da temática de relevância, o estudo foi composto pelas seguintes etapas: seleção das bases de dados de impacto acadêmico-científico importante e seleção dos descritores utilizados para filtrar os dados; elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos para o presente estudo e seleção dos artigos que apresentavam-se de acordo com esses critérios; organização dos itens selecionados e, por fim, apresentação e análise dos dados obtidos. As bases de dados selecionadas foram Pubmed, Scielo e Lilacs. A busca consistiu na combinação, por operadores, dos descritores (DECS- Descritores em Ciências de Saúde): “Fibromialgia”, “Dor”, “Terapêutica”, “Eficácia”, bem como seus correspondentes na língua inglesa “fibromyalgia”, “Pain”, “therapeutics”, “efficiency”. As estratégias de busca foram, respectivamente: Fibromialgia AND Dor AND terapêutica AND eficácia, Fibromyalgia AND Pain AND therapeutics AND efficiency.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos em inglês e português, publicados entre 2013 e 2024, com texto completo disponível e relacionados à pergunta da pesquisa. Como critérios de exclusão, foram elencados: artigos em outros idiomas que não inglês ou português, artigos anteriores a 2013, artigos baseados em opiniões de especialistas e não relacionados com a pergunta desta pesquisa. Após a análise criteriosa descrita, foram selecionadas 9 referências compostas por ensaios clínicos, revisões sistemáticas da literatura e metanálises.

3. Discussão

Em sua análise qualitativa, Muñoz et al.¹ exploraram os itinerários terapêuticos de indivíduos com fibromialgia até a busca por centros especializados em tratamento da dor. Os resultados dessa pesquisa realçam as dificuldades enfrentadas por esses pacientes, frequentemente relacionadas à busca por diagnósticos precisos e intervenções eficazes. A jornada terapêutica revela-se prolongada e complexa, refletindo a natureza multifatorial da fibromialgia e a demanda por uma abordagem holística em seu manejo.

A literatura contemporânea enfatiza a eficácia de diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da fibromialgia. No estudo realizado por Barbosa e Hércules², foi apresentada uma revisão sobre a eficácia e segurança de medicamentos como a pregabalina e a gabapentina, que demonstraram benefícios significativos na redução da dor e na melhoria funcional. Ademais, o treinamento físico, seja em solo ou em ambientes aquáticos, mostrou eficácia na promoção do bem-estar e no controle dos sintomas, conforme evidenciado na revisão sistemática de Gomes et al.⁴ Essas evidências indicam que a combinação de terapia farmacológica com atividades físicas estruturadas pode proporcionar benefícios sinérgicos.

Complementando essa perspectiva, Galliano et al.³ conduziram uma análise abrangente das revisões sistemáticas da Cochrane acerca do tratamento da fibromialgia. Os resultados indicam que intervenções comportamentais e psicoterapêuticas, quando associadas ao manejo farmacológico, constituem um pilar fundamental na abordagem da condição. Tal estratégia integrativa não apenas visa a diminuição da intensidade da dor, mas também contribui para a melhora de aspectos emocionais associados, como ansiedade e depressão, que são frequentemente prevalentes entre os pacientes acometidos pela fibromialgia.

Embora os avanços no manejo da fibromialgia sejam promissores, algumas limitações permanecem evidentes. A heterogeneidade dos sintomas e suas diferentes intensidades podem dificultar a padronização das estratégias de tratamento. Ademais, a falta de conhecimento e entendimento acerca da fibromialgia por parte de determinados profissionais da saúde pode resultar em diagnósticos tardios e manuseio inadequado da dor. Dessa forma, é imperativo que sejam instituídos programas de capacitação contínua para os profissionais de saúde, com o intuito de aprimorar suas habilidades no atendimento a essa condição complexa, bem como a implementação de diretrizes de manejo da dor, bem como um guia prático abrangente para a abordagem do quadro algico crônico. Essas diretrizes enfatizam a importância de avaliar continuamente a dor e quaisquer comorbidades associadas, adaptando as intervenções às necessidades individuais dos pacientes. O acompanhamento próximo e a avaliação periódica são

cruciais para garantir que as estratégias de manejo permaneçam eficazes ao longo do tempo.^{1,5}

Em síntese, a evidência disponível sugere que uma abordagem multifacetada e individualizada, que combine intervenções farmacológicas e não farmacológicas, se revela a mais eficaz no manejo da dor em pacientes com fibromialgia. A colaboração entre diferentes especialidades médicas e disciplinas terapêuticas é essencial para a consecução de um tratamento efetivo e humanizado. A realização de estudos futuros deve ser incentivada, visando explorar novas intervenções e aprimorar o manejo da fibromialgia, bem como investigar a experiência do paciente e as variáveis que podem influenciar sua resposta ao tratamento.

4. Conclusão

Diante do exposto, conclui-se que a fibromialgia, apesar de ser uma condição complexa e desafiadora, pode ser gerenciada de forma eficaz com tratamento adequado e suporte apropriado. A abordagem terapêutica multidisciplinar, que pode incluir medicação, terapias físicas e ocupacionais, intervenções psicológicas e técnicas de manejo do estresse, tem se mostrado eficaz em melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A conscientização contínua e o avanço da pesquisa são cruciais para aprofundar nosso entendimento da doença e para o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas. A colaboração entre profissionais de saúde, pesquisadores e pacientes é fundamental para promover inovações e melhorar as estratégias de manejo, proporcionando melhores resultados e maior qualidade de vida para aqueles que vivem com fibromialgia.

Referências Bibliográficas

1. Muñoz RLS, Silva AEVF, Dantas DI, Barbosa AMF. Itinerários terapêuticos de pessoas com fibromialgia até um centro de tratamento da dor: um estudo qualitativo. *ABCS Health Sci.* 2018;43(3):148-55.
2. Barbosa AM, Hércules AJ. Eficácia e segurança de Pregabalina, Gabapentina, Memantina, Amitriptilina, treinamento físico com exercícios em solo ou aquáticos para tratamento de Fibromialgia: revisão rápida de evidências. *Rev Cient Esc Est Saúde Pública Goiás Cândido Santiago.* 2021;7:7000047.
3. Galliano SA, Campelo BP, Pacheco RL, Trevisani VFM, Rachel R. Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre o tratamento da fibromialgia. *Diagn Tratamento.* 2017;22(4):184-96.
4. Gomes MB, Alves HB, Barbosa RM, Oliveira ICS, Santos GA, Carvalho LP. Effects of resistant exercise and aerobic exercise on people with fibromyalgia syndrome: a systematic review of randomized clinical trials. *ABCS Health Sci.* 2022;47:e022302.
5. Haueisen ALM, Faria AC, Gomes ACC, Costa ALG, Peixoto BM, Versiani CA, et al. Guia prático para o manejo da dor. São Paulo: Perse; 2019.

6. Heymann RE, Paiva E dos S, Helfenstein Junior M, Pollak DF, Martinez JE, Provenza JR, et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia* [Internet]. 2010 Feb 1;50:56–66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/VD3Vcmj5QPNbM6MDcHGwF3f/?lang=pt>
7. Trevisan M, Atavila FP, Machado HAS, Aota KG, Soares DA. Diagnóstico e tratamento da fibromialgia: uma revisão integrativa: Diagnosis and treatment of fibromyalgia: an integrative review. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2022 Sep. 13 [cited 2024 Aug. 26];8(9):62404-23. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52042>
8. Junior NPT, dos Santos RN, Silva PLA. ABORDAGENS FISIOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. [Internet]. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1826>.
9. Lima CP, Vilela C. Fibromialgia: uma abordagem psicológica. *Aletheia* [Internet]. 2024 [citado 22 Aug 2024];(28):146–58. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200012

ABORDAGENS ATUALIZADAS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE

Arthur Hemétrio Andrade Pereira

Acadêmico de Medicina

Universidade Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN

arthurhemetrio23@gmail.com

Rua dois, no 17, Condomínio Aldeia do Lago, Coronel Fabriciano - MG, 35171-528

Ísis Oliveira Ribeiro

Acadêmica de Medicina

Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF - Campus Governador Valadares

isisoliveirar@hotmail.com

R. São Paulo, 745 - Centro, Gov. Valadares - MG, 35010-180

Maria Laura Klein Lazaroto

Médica

Faculdade: União Educacional do Vale do Aço - UNIVAÇO

lala.lazaroto@hotmail.com

Rua Antônio de Albuquerque 894 - Savassi, Belo Horizonte - MG, 30112011

Alvaro Rivas Vera

Médico

Universidade Federal da Integração Latinoamericana - UNILA

alvarorivas279@gmail.com

Rua Joaquim Amaral 1019. PR, 81530430

Letícia Nitsche de Souza

Médica

Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI

nitscheleticia@gmail.com

R. Uruguai, 458 - Centro, Itajaí - SC, 88302-901

Julia Hallak Andrade

Acadêmico de Medicina

Universidade Presidente Tancredo de Almeida Neves

juhallak123@gmail.com

Rua Zacharias el Corab - Vila Marchetti, SJDR, 36307-240

Nathália Ferreira Carvalho

Médico

Universidade Presidente Tancredo de Almeida Neves

nathcarv97@gmail.com

Rua Maestro Inácio Teófilo Rodrigues, Villa Marchetti, SJDR 36307-226

Ana Luiza Lacerda Santos

Médica

Universidade José do Rosário Vellano- UNIFENAS

Rodovia MG-179 Km 0 S/N Bairro Trevo, Alfenas - MG, 37130-000

analuizalacerda15@gmail.com

Rafaella Vitória Neres Vargas

Médica

Universidade de Cuiabá - UNIC

rafaellavaargass@hotmail.com

Av. Manoel José de Arruda, n° 3100, Jardim Europa, Cuiabá - MT, 78065-900

Juliana Barbosa Cajado

Médica

Universidade Potiguar - UNP

juliana_cajado@hotmail.com

Av. Sen. Salgado Filho, 1610 - Lagoa Nova, Natal - RN, 59056-000

Resumo

Introdução: A osteoporose é uma doença caracterizada pelo aumento da atividade osteoclástica e diminuição da atividade osteoblástica, levando a um aumento da fragilidade óssea e conseqüente vulnerabilidade a fraturas. Observa-se, nos últimos anos, um aumento da incidência dessa condição osteometabólica, e isso se deve, sobretudo, ao envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas. A osteoporose pode, de acordo com sua etiologia, ser classificada como primária, normalmente associada ao envelhecimento ou a mulheres pós-menopausa, ou secundária, na presença de uma condição sabidamente associada à fragilidade óssea, sendo necessário o diagnóstico adequado para um tratamento mais efetivo. **Objetivo:** Analisar e discutir abordagens atualizadas para prevenção e tratamento da osteoporose. Metodologia: Revisão integrativa de literatura nas bases de dados National Library of Medicine (PubMed) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), mediante a utilização dos descritores: “Tratamento da Osteoporose” e “Prevenção da Osteoporose”. Foram selecionadas 19 referências compostas por ensaios clínicos de coorte e caso controle, além de revisões sistemáticas da literatura. Estudos de revisão de literatura, série de casos e relato de casos foram excluídos. **Discussão:** Os medicamentos para o tratamento da osteoporose podem ser divididos em dois grupos. O primeiro são os inibidores da reabsorção óssea que atuam bloqueando a ação dos osteoclastos: bisfosfonatos, os moduladores de receptores de estrogênio (SERM), a calcitonina, os estrógenos e o denosumabe. Já o segundo, são os ativadores da formação óssea por estimulação dos osteoblastos que incluem o hormônio das paratireoides (PTH), seu similar, a teriparatida, o hormônio do crescimento (GH) e os metabólitos ativos da vitamina D (alfacalcidol e calcitriol). Ressalta-se que os bifosfonatos representam a terapia de primeira linha para a prevenção de fraturas osteoporóticas. **Conclusão:** Frente a um caso de osteoporose, o tratamento adequado é fundamental, reduzindo o risco de fraturas. Ademais, convém adotar medidas de prevenção e hábitos saudáveis.

Palavras-chaves: “osteoporose”; “prevenção”; “tratamento”.

1. Introdução

A osteoporose é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento da remodelação e pela diminuição da massa óssea, levando ao aumento da fragilidade óssea e à vulnerabilidade a fraturas com elevada taxa de morbimortalidade.¹

A queda da mortalidade, acompanhada da redução da fecundidade e aumento da expectativa de vida, tem como resultado o envelhecimento da população e aumento da prevalência das doenças crônicas, entre elas a osteoporose. Devido à elevada prevalência, a osteoporose acarreta um sério problema de saúde pública. Dados estimam que mais de 200 milhões de pessoas no mundo são afetadas pela doença e 30% das mulheres com 50 anos ou mais nos Estados Unidos e Europa.²

No Brasil, dados em estudo, que inclui 2420 indivíduos com mais de 40 anos de várias regiões do país, mostraram que as fraturas de baixo impacto são as mais prevalentes, sendo identificadas em 15,1% das mulheres e 12,8% em homens. O principal

sítio de fratura foi na região do antebraço distal, seguida pela fratura de quadril, úmero, costelas e coluna.³

É uma condição caracterizada pela redução da densidade mineral óssea, resultando em uma microestrutura óssea alterada, no qual ocorre um desequilíbrio no processo de remodelação, com a reabsorção predominando sobre a formação, resultando em uma diminuição da massa óssea. Fatores como idade e hipoestrogenismo pós-menopausa são influências significativas nesse desequilíbrio em mulheres. O controle da remodelação óssea envolve uma interação complexa de hormônios sistêmicos, força mecânica, citocinas, prostaglandinas e fatores locais de crescimento. Em adultos, a remodelação óssea é de aproximadamente 25% para o osso trabecular e 3% para o osso cortical, sendo o osso trabecular metabolicamente mais ativo devido à sua maior relação superfície/volume.⁴

A osteoporose pode ser classificada em primária ou secundária, conforme sua etiologia. A forma primária, mais comum, é diagnosticada na ausência de doenças ou outras condições associadas à fragilidade óssea. Nesses casos, a perda de massa óssea é atribuída ao processo de envelhecimento ou pós-menopausa. A osteoporose secundária deve ser considerada na presença de uma condição sabidamente associada à fragilidade óssea e corresponde a aproximadamente 30% dos casos em mulheres na pós-menopausa, 40% a 50% em mulheres na pré-menopausa e 50% a 55% em homens com diagnóstico de osteoporose.^{5,6}

Clinicamente, a osteoporose pode ser diagnosticada se há a presença de uma fratura proveniente de um trauma de baixa intensidade (fratura por fragilidade), na ausência de outra doença metabólica no osso e independente da densitometria óssea (T-score). A osteoporose também é diagnosticada com base em uma pontuação T de $-2,5$ ou inferior na coluna lombar (anteroposterior), pescoço femoral, quadril total ou 1/3 de raio (raio de 33%), mesmo na ausência de uma fratura predominante.⁵

A realização de rastreamento populacional amplo e aleatório com densitometria óssea não é preconizada pelo custo relativamente elevado. No entanto, o rastreamento para avaliar a DMO está indicado para todas as mulheres com idade ≥ 65 anos e homens ≥ 70 anos ou na presença de fatores de risco para osteoporose, como baixo peso, fratura prévia, uso de medicamentos ou presença de doenças que sabidamente afetam a saúde óssea.⁷

Sendo assim, o número de desvios-padrão abaixo do normal em comparação ao adulto jovem, conhecido como T-escore, é usado para definir a doença em mulheres e homens, geralmente, na pós-menopausa e acima dos 50 anos de idade, respectivamente. Embora a redução da massa óssea esteja associada a um maior risco de fratura, o T-escore, obtido pela densitometria óssea, indica um risco relativo e não um risco absoluto para fraturas. A maior parte das fraturas ocorre em pacientes com osteopenia, já que a distribuição gaussiana da massa óssea na população concentra o maior número de indivíduos no intervalo entre $-1,0$ e $-2,5$ desvios padrão (DP) em relação ao T-escore. A classificação de osteoporose estabelecida refere-se a uma condição em que há presença de fratura osteoporótica, independentemente do T-score; quando T-score é menor ou igual a $-3,0$ DP, classifica-se como osteoporose grave.^{5,8}

O tratamento desta patologia é bem diversificado, tendo como base uma gama de fármacos que visam melhor qualidade de vida da população, além das formas de prevenção. Em pacientes com risco de desenvolver osteoporose, medidas preventivas devem ser adotadas, dentre elas as medidas não medicamentosas. Já em pacientes com baixa DMO ou histórico de fraturas, o tratamento visa diminuir o risco da primeira ou segunda fratura óssea e suas consequências de morbimortalidade. Consiste em medidas não medicamentosas, como por exemplo, a prática de exercício físico, prevenção de quedas e cessar fumo e álcool e medicamentosas, que incluem o carbonato de cálcio e a vitamina D (colecalfiferol), que podem fazer parte de todos os esquemas terapêuticos; os agentes antirreabsortivos bisfosfonatos (alendronato, risedronato, pamidronato e ácido zoledrônico); o modulador seletivo dos receptores de estrogênio raloxifeno; os estrógenos conjugados; a calcitonina; o agente anabólico teriparatida; e o agente antirreabsortivo e anabólico romosozumabe.^{9, 10}

Preconiza-se a reposição de cálcio e de colecalfiferol (vitamina D) associada ao uso de um bisfosfonato (alendronato e risedronato), como tratamento preferencial. Contudo, pacientes que não possam utilizar alendronato ou risedronato devido à intolerância gastrointestinal ou a dificuldades de deglutição devem utilizar um medicamento administrado por via endovenosa, como o ácido zoledrônico ou o pamidronato.

A mudança no perfil demográfico da população com o aumento da expectativa de vida e crescimento da prevalência das doenças crônicas, a osteoporose, se tornou um importante problema de saúde pública. Sendo assim, o objetivo deste presente estudo foi a revisão de forma sistemática das abordagens atualizadas na prevenção e tratamento da osteoporose para uma melhor qualidade de vida da população mais acometida.

2. Metodologia

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura acerca das abordagens atuais para o tratamento e prevenção da osteoporose. A partir da seleção da temática, o estudo foi elaborado seguindo as etapas: seleção de bases de dados acadêmico-científico e definição relevantes e seleção dos descritores utilizados com o objetivo de filtrar os dados pesquisados; elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos e seleção dos estudos que apresentavam-se de acordo com esses critérios; organização dos itens selecionados e, por último, apresentação e análise dos dados.

Os descritores utilizados foram: “Osteoporose”, “Tratamento da Osteoporose” e “Prevenção da Osteoporose”. As bases de dados selecionadas foram a National Library of Medicine (PubMed) e o Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). No Pubmed, foram encontrados, respectivamente 1.991, 8 e 3 resultados com os descritores isoladamente. Na Scielo, foram encontrados estudos para os mesmos descritores, 510, 209 e 103, respectivamente. Foram incluídos artigos publicados entre 2009 e 2024 nas línguas portuguesa e inglesa.

Os critérios de inclusão utilizados foram revisões integrativas, sistemáticas e ensaios clínicos randomizados, os quais retrataram o tratamento de pacientes portadores de osteoporose, além da prevenção e atualizações sobre a doença. Os critérios de exclusão foram estudos de revisão de literatura, série de casos e relato de casos. Além

disso, estudos que apresentaram vieses, como de seleção, de randomização e de confusão foram excluídos.

Sendo assim, após a realização da análise criteriosa descrita, foram selecionadas 16 referências compostas por ensaios clínicos de coorte e caso controle, além de revisões sistemáticas da literatura.

3. Discussão

Antes de instituir tratamento, o paciente deve ser avaliado quanto aos possíveis diagnósticos diferenciais da osteoporose, como por exemplo: osteomalácia, mieloma múltiplo, desnutrição, doenças gastrointestinais e renais, entre outras. Na suspeita de alguma patologia que cursa com perda óssea, devem ser solicitados outros exames na tentativa de diagnosticar osteoporose secundária, além de avaliação criteriosa das medicações de uso contínuo do paciente avaliado.¹¹

Os medicamentos para o tratamento da osteoporose podem ser divididos em dois grupos. O primeiro são os inibidores da reabsorção óssea que atuam bloqueando a ação dos osteoclastos. São eles os bisfosfonatos, os moduladores de receptores de estrogênio (SERM), a calcitonina, os estrógenos e o denosumabe. O segundo grupo são os ativadores da formação óssea que atuam como anabolizantes, aumentam o metabolismo ósseo, com predomínio de formação óssea por estimulação dos osteoblastos que incluem o hormônio das paratireoides (PTH), seu similar, a teriparatida, o hormônio do crescimento (GH) e os metabólitos ativos da vitamina D (alfacalcidol e calcitriol).¹²

A combinação de vitamina D e cálcio é o tratamento básico para osteoporose. Sabe-se que tal suplementação reduz o risco de fratura de quadril e outras fraturas não vertebrais entre idosos, com significativo benefício após 18 meses de uso. Além do mais, o tratamento com vitamina D pode trazer benefícios adicionais aumentando a força muscular, podendo, com isso, reduzir a chance de fraturas.¹³

Os bifosfonatos representam a terapia de primeira linha para a prevenção de fraturas osteoporóticas. São análogos sintéticos do pirofosfato inorgânico, e ligam-se aos cristais de hidroxiapatita nos sítios de remodelação e inibem a atividade de reabsorção dos osteoclastos. No ambiente ácido de reabsorção, os bifosfonatos são liberados do osso e absorvidos pelo osteoclasto, causando a inibição da enzima farnesil pirofosfato sintase, que é importante para a integridade do seu citoesqueleto e função celular. Isso leva a uma perda na função de reabsorção e potencial apoptose dos osteoclastos.^{13,14}

A terapia de reposição hormonal feminina deve ser bem indicada pelo ginecologista em vigência dos transtornos sintomáticos da menopausa. Pode ser considerada como tratamento preventivo da osteoporose na prevenção de fraturas, quando os riscos de uso no paciente são inferiores ao benefício, além de auxiliar no tratamento de outros distúrbios da menopausa. A terapia de reposição de estrogênio possui efeitos colaterais de longo prazo, como eventos vasculares e câncer de mama, que restringem seu uso.^{11,15}

Já o raloxifeno, aprovado para tratamento de osteoporose pós menopausa, está disponível para dispensação na rede SUS. É o SERM (moduladores de receptores de estrogênio) mais usado para prevenção e tratamento da osteoporose, os quais atuam de forma antagonista em alguns órgãos e agonista em outros, com efeito benéfico nos ossos.

Indicado para prevenção e tratamento da osteoporose pós-menopausa, afetando mais osso trabecular (coluna vertebral), com redução significativa de fraturas vertebrais. Seu principal efeito colateral é o tromboembolismo venoso (TEV), e deve ser evitado em mulheres com história prévia e familiar de TEV.^{11,12}

Outro agente inibidor da reabsorção óssea aprovado para o tratamento de osteoporose é a calcitonina, que atua como a forma endógena do hormônio no receptor de calcitonina nos osteoclastos para diminuir sua atividade. A preparação de calcitonina de salmão (CTS) é a mais utilizada dentre todas as utilizadas para fins medicinais. Além disso, como efeito adicional desejável, observou-se redução da dor de fraturas vertebrais clínicas. É uma alternativa de segunda linha no tratamento da osteoporose.^{11,15}

O denosumabe se trata de um anticorpo monoclonal humano com alvo no ligante do fator do ativador do fator nuclear kappa B (RANK-L), citocina da classe dos fatores de necrose tumoral. Este fármaco atua através da camuflagem da osteoprotegerina, redutor fisiológico do RANK-L, ao barrar a junção aos seus receptores e conseqüente menor índice de deterioração, maior ganho de massa e resistência do tecido ósseo.¹³

A osteoporose reflete acúmulo inadequado de massa óssea durante crescimento e maturidade, perda excessiva ou ambos. Como não há nenhuma medida efetiva para se reconstruir o esqueleto, a prevenção se constitui na estratégia primordial. Para qualquer idade, deve-se evitar o fumo, consumir álcool e café com moderação; a atividade física e ingestão de cálcio são fundamentais. Na peri menopausa, se há história familiar, deve-se fazer um controle anual com densitometria óssea. Eventualmente, deve-se proceder à reposição hormonal e, para idosos, é importante a suplementação com cálcio e vitamina D.¹⁶

Por fim, a teriparatida que pertence ao grupo dos ativadores da formação óssea é muito eficaz resultando em maior formação óssea, em específico na coluna por seu efeito anabólico primário nos osteoblastos, conferindo nítida microarquitetura óssea, maior junção na região trabecular junto a espessamento. É indicado principalmente para homens, mulheres expostas aos efeitos da menopausa, além de osteoporose induzida por medicamentos como os glicocorticoides.¹⁴

4. Conclusão

Mulheres na pós-menopausa podem se beneficiar da reposição estrogênica, tanto para auxiliar no tratamento de sintomas deste período, quanto como tratamento preventivo da osteoporose para a prevenção de fraturas. A terapia de reposição de estrogênio possui efeitos colaterais de longo prazo, como eventos vasculares e câncer de mama, que restringem seu uso. O raloxifeno, disponibilizado pelo SUS é indicado para prevenção e tratamento da osteoporose pós-menopausa, afetam mais osso trabecular (coluna vertebral), com redução significativa de fraturas vertebrais. Seu principal efeito colateral é o tromboembolismo venoso (TEV), e deve ser evitado em mulheres com história prévia e familiar de TEV.

Sendo assim, as informações reunidas e compartilhadas neste material, não têm o intuito de pôr fim nas discussões acerca do manejo da prevenção e tratamento da osteoporose. De qualquer modo, as considerações oferecidas já contribuem para a elucidação dos aspectos mais gerais dessa condição.

Referências bibliográficas

1. Radominski SC, Bernardo W, Paula AP, Albergaria BH, Moreira C, Fernandes CE, et al. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2017;57 Suppl 2:452-466. English, Portuguese. doi: 10.1016/j.rbre.2017.07.001. Epub 2017 Aug 21. PMID: 28838768.
2. Sözen T, Özişik L, Başaran NÇ. An overview and management of osteoporosis. *Eur J Rheumatol.* 2017 Mar;4(1):46-56. doi: 10.5152/eurjrheum.2016.048. Epub 2016 Dec 30. PMID: 28293453; PMCID: PMC5335887.
3. Pinheiro MM, Ciconelli RM, Martini LA, Ferraz MB. Clinical risk factors for osteoporotic fractures in Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Osteoporos Int.* 2009 Mar;20(3):399-408. doi: 10.1007/s00198-008-0680-5. Epub 2008 Jul 3. PMID: 18597037.
4. Varacallo M, Seaman TJ, Jandu JS, Pizzutillo P. Osteopenia. 2023 Aug 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 29763053.
5. Camacho PM, Petak SM, Binkley N, Diab DL, Eldeiry LS, Farooki A, et al. AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS/AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS-2020 UPDATE. *Endocr Pract.* 2020 May;26(Suppl 1):1-46. doi: 10.4158/GL-2020-0524SUPPL. PMID: 32427503.
6. Walker-Bone K. Recognizing and treating secondary osteoporosis. *Nat Rev Rheumatol.* 2012 Aug;8(8):480-92. doi: 10.1038/nrrheum.2012.93. Epub 2012 Jul 10. PMID: 22782006.
7. Zvekic-Svorcan J, Boskovic K, Jankovic T, Krasnik R, Igic N, Minakovic I. Diagnosis of osteoporosis and prevention of osteoporotic fractures. *Med Rev [Internet].* 2022 [citado 27 ago 2024];75(Suppl. 2):13-8. Disponível em: <https://doi.org/10.2298/mpns22s2013z>
8. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et al; National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2014 Oct;25(10):2359-81. doi: 10.1007/s00198-014-2794-2. Epub 2014 Aug 15. Erratum in: *Osteoporos Int.* 2015 Jul;26(7):2045-7. doi: 10.1007/s00198-015-3037-x. PMID: 25182228; PMCID: PMC4176573.
9. Howe TE, Shea B, Dawson LJ, Downie F, Murray A, Ross C, et al. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jul 6;(7):CD000333. doi: 10.1002/14651858.CD000333.pub2. PMID: 21735380.

10. Seacalcit (calcitonina sintética de salmão) [Internet]. Taboão da Serra (SP). Laboratório Químico Farmacêutico Bergamo Ltda; 2023 [cited 2024 Aug 26]. Bula. Farm. Resp.: Maurício Ribeiro Miguel. Available from: https://uploads.consultaremedios.com.br/drug_leaflet/pro/Bula-Seacalcit-Profissional-Consulta-Remedios.pdf
11. Oliveira LG, Carneiro ML, Souza MP, Souza CG, Moraes FB, Camargo FL. Atualização do Tratamento Medicamentoso da Osteoporose. Rev Bras Ortop [Internet]. Out 2021 [citado 28 ago 2024];56(05):550-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714219>
12. Stolnicki B, Oliveira LG. For the first fracture to be the last. Rev Bras Ortop. 2016 Feb 1;51(2):121-6. doi: 10.1016/j.rboe.2016.01.005. PMID: 27069877; PMCID: PMC4812009.
13. Khajuria DK, Razdan R, Mahapatra DR. Medicamentos para o tratamento da osteoporose: revisão. Rev Bras Reumatol [Internet]. Ago 2011 [citado 28 ago 2024];51(4):372-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0482-50042011000400008>
14. Caires ELP, Bezerra MC, Junqueira AFTA, Fontenele SMA, Andrade SCA, d'Alva CB. Treatment of postmenopausal osteoporosis: a literature-based algorithm for use in the public health care system. Rev Bras Reumatol Engl Ed. 2017 May-Jun; 57(3):254-263. English, Portuguese. doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.001. Epub 2017 Feb 15. PMID: 28535898.
15. Carvalho LD, Caiado NB, Mendes AV, Souza AB, Formiga Júnior JA, Franzoni I, et al. As principais considerações clínicas da osteoporose para a saúde pública. Res Soc Dev [Internet]. 28 maio 2022 [citado 28 ago 2024];11(7):e36411730215. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.3021>
16. Lane JM, Riley EH, Wirganowicz PZ. Osteoporosis: diagnosis and treatment. Instr Course Lect. 1997; 46: 445-58. PMID: 91439

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO LÚPUS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Thainá Fernandes Nascimento

Graduada em Medicina

Universidade de Cuiabá - UNIC

Av. Manoel José de Arruda, 3100, Jardim Europa, Cuiabá-MT, 78065-900

fernandes1thaina@gmail.com

Brenda Castanha Durante

Graduada em Medicina

UNIFIPMoc- Centro Universitário FIPMOC

Av. Profa. Aida Mainartina Paraíso, 80 - Ibituruna, Montes Claros - MG, 39408-007

brendacdurante@outlook.com

Isabela Nicolai Nassif Diniz

Graduada em Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

isanicolai@gmail.com

Letícia Nitsche de Souza

Graduada em Medicina

Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI

Rua Uruguai, 458 - Centro, Itajaí-SC, 88302-901

nitscheleticia@gmail.com

Kayro Breder Catta Preta Leal

Graduado em Medicina

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Av. Carlos Chagas Filho, 373 - Cidade Universitária, Rio de Janeiro - RJ, 21044-020

cattapretakayro@gmail.com

Izabela Corrêa Resende

Graduada em Medicina

Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD

R. João Rosa Góes, 1761 - Vila Progresso, Dourados - MS, 79825-070

izabelacresende@gmail.com

Ana Elisa Vasconcelos Gavião

Graduada em Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG

Alameda Ezequiel Dias, 275 - Centro, Belo Horizonte - MG, 30130-110

anavgaviao@gmail.com

Juliana Barbosa Cajado

Graduada em Medicina

Universidade Potiguar - UNP

Av. Sen. Salgado Filho, 1610 - Lagoa Nova, Natal - RN, 59056-000

juliana_cajado@hotmail.com

Yago Gomes dos Reis Lima

Graduando em Medicina

Universidade Nove de Julho - UNINOVE Guarulhos

R. Harry Símonsens, 21 - Vila das Palmeiras, Guarulhos - SP, 07013-110

yago6913@gmail.com

Resumo

Introdução: O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória, que acomete múltiplos órgãos, principalmente a pele, as articulações e os rins, afetando sobretudo mulheres em idade fértil. A evolução costuma ser crônica, com períodos de exacerbação e remissão. **Objetivo:** Detecção precoce das manifestações clínicas para aprimorar o resultado terapêutico e o prognóstico dos casos. **Discussão:** As manifestações cutâneas do LES podem variar desde manifestações agudas, como o clássico rash malar em "asa de borboleta", até formas crônicas, como o lúpus discoide, tais diversidades demonstram a complexidade do caso e a necessidade de ampliar os diagnósticos diferenciais, já que se assemelham a dermatoses inflamatórias e infecciosas. O envolvimento articular, é presente em até 90% dos pacientes com LES, a revisão da literatura indica que a artrite lúpica pode estar associada a um pior prognóstico funcional. As manifestações renais, particularmente a nefrite lúpica, continuam a ser uma das complicações mais temidas do LES, ocorrendo em 30-50% dos pacientes e sendo um forte determinante da morbidade e mortalidade, a literatura destaca que a detecção precoce da nefrite lúpica é crucial para prevenir a progressão para doença renal terminal. As manifestações neuropsiquiátricas do LES, que afetam entre 40-60% dos pacientes, representam um desafio diagnóstico e terapêutico significativo, sua presença sugere uma maior atividade global da doença. Portanto, o manejo dessas manifestações requer uma abordagem multidisciplinar, que inclua neurologistas, psiquiatras e reumatologistas, para garantir um tratamento abrangente e eficaz. **Métodos:** Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, utilizando os descritores: "Lúpus Eritematoso Sistêmico"; "Manifestações clínicas" e "Doença autoimune". Foram incluídos artigos originais, em português e inglês, publicados entre 2014 e 2024, que abordavam as manifestações clínicas em pacientes com LES. **Conclusão:** LES é uma doença complexa de difícil diagnóstico e manejo, com manifestações sistêmicas diversas, podendo ser cutâneas, articulares, renais, hematológicas, neurológicas e cardiovasculares. É fundamental a atualização e abrangência de diagnósticos e terapêuticas de forma multidisciplinar e individualizada para cada paciente.

Palavras-chave: "Lúpus Eritematoso Sistêmico" "Doença autoimune" "Tratamento"

1. Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica inflamatória, que acomete múltiplos órgãos, principalmente a pele, as juntas, o sangue e os rins, afetando principalmente mulheres em idade fértil.^{1,2} O sistema imunológico produz anticorpos para proteger o organismo de antígenos (corpos estranhos). Havendo uma desorganização imunológica, o sistema defensivo deixa de distinguir entre os antígenos e as células e tecidos do próprio corpo, direcionando anticorpos contra si mesmo, os quais reagem formando complexos imunológicos que crescem nos tecidos e podem causar inflamação, lesões e dores.² A evolução costuma ser crônica, com períodos de exacerbação e remissão.³ Remissões espontâneas ou terapêuticas são mais frequentes quando são acometidas articulações, pele ou serosas, e apresentam menor frequência quando são atingidos os rins e/ou o sistema nervoso central.¹

As manifestações clínicas do LES incluem: fadiga, mal-estar, emagrecimento, artrite ou artralguas, febre, fotossensibilidade, acometimento mucocutâneo, sendo possível ainda ocorrer trombocitopenia, anemia hemolítica, nefrite, vasculite, miocardite, miosite, havendo grande risco de vida para o paciente.¹

Além disso, devido à natureza difícil do lúpus e seu impacto no sistema nervoso central, é importante ressaltar o progresso na investigação das manifestações neuropsiquiátricas do LES a fim de, identificar as variáveis associadas ao desenvolvimento e a resolução desses eventos ao longo do tempo.^{10,5}

Com o crescimento da longevidade e da prevalência de doenças crônicas na população, o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) emergiu como um significativo desafio à saúde pública. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é a detecção precoce das manifestações clínicas para aprimorar o resultado terapêutico e o prognóstico dos casos.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as manifestações clínicas de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico(LES). A partir da escolha do tema de tamanha relevância, as seguintes etapas foram seguidas: seleção de bases de dados de impacto científico e escolha de descritores chave para direcionamento do estudo, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, extração de dados de estudos selecionados e de acordo com os critérios supracitados, análise dos dados, interpretação e elaboração da conclusão final.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, utilizando os descritores: “Lúpus Eritematoso Sistêmico”; “Manifestações clínicas” e “Doença autoimune”. Foram incluídos artigos originais, em português e inglês, publicados entre 2014 e 2024, relacionados às manifestações clínicas em pacientes com LES. Foram excluídos da análise capítulos de livros, notícias, cartas, teses, dissertações, duplicatas e artigos pagos ou inacessíveis na íntegra. Sendo assim, após análise criteriosa, foram selecionadas 11 referências, incluindo relatos de casos contemplando o tema do estudo.

3. Discussão

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica que afeta múltiplos órgãos e sistemas, apresentando uma ampla gama de manifestações clínicas que variam significativamente entre os pacientes. A patogênese do LES envolve complexas interações entre fatores genéticos, ambientais e imunológicos, levando à produção de autoanticorpos e ao desenvolvimento de inflamação sistêmica. As manifestações clínicas podem ser leves e limitadas a órgãos específicos ou graves, com comprometimento de múltiplos sistemas, sendo essencial o reconhecimento precoce para o manejo adequado da doença.⁶

3.1 Manifestações Musculoesqueléticas

As manifestações musculoesqueléticas são as mais comuns no LES, afetando até 95% dos pacientes durante o curso da doença. Artralgia e artrite são frequentemente observadas, caracterizadas por dores articulares simétricas, inflamação e rigidez matinal, geralmente sem erosões articulares significativas, o que as diferencia da artrite

reumatoide. O LES pode também se manifestar como tenossinovite e miosite, com fraqueza muscular que pode ser confundida com outras condições reumatológicas e neuromusculares. O manejo adequado dessas manifestações envolve o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), corticosteroides e, em casos refratários, imunossupressores como metotrexato ou antimaláricos como a hidroxicloroquina.^{6,7}

3.2 Manifestações Cutâneas

As manifestações cutâneas são outra característica comum do LES, presentes em aproximadamente 70-85% dos pacientes. Essas manifestações podem ser agudas, subagudas ou crônicas, incluindo o lúpus cutâneo agudo, frequentemente associado à clássica erupção malar (rash em asa de borboleta) e fotossensibilidade. O lúpus cutâneo subagudo, caracterizado por lesões anulares ou psoriasiformes, está frequentemente associado a autoanticorpos anti-Ro/SSA. Já o lúpus cutâneo crônico, como o lúpus discoide, é marcado por lesões bem delimitadas, que podem resultar em cicatrizes permanentes. O manejo dessas lesões cutâneas inclui fotoproteção rigorosa, corticosteroides tópicos, inibidores de calcineurina e, em casos mais graves, agentes sistêmicos como antimaláricos.^{6,8}

3.3 Manifestações Renais

A nefrite lúpica é uma das manifestações mais graves do LES, ocorrendo em até 50% dos pacientes, e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade na doença. A apresentação clínica varia desde proteinúria assintomática até síndrome nefrótica e insuficiência renal rapidamente progressiva. A classificação histológica da nefrite lúpica, obtida por biópsia renal, é crucial para guiar o tratamento, que pode incluir corticosteroides, imunossupressores como ciclofosfamida ou micofenolato mofetil, e terapias biológicas como rituximabe em casos refratários. O manejo precoce e agressivo da nefrite lúpica é essencial para prevenir danos renais irreversíveis.^{7,9}

3.4 Manifestações Neurológicas

O LES pode afetar o sistema nervoso central e periférico, resultando em uma variedade de manifestações neuropsiquiátricas, que incluem cefaleia, distúrbios cognitivos, convulsões, psicose, neuropatia periférica e mielite transversa. Essas manifestações são multifatoriais, envolvendo mecanismos inflamatórios, trombóticos e autoimunes, e podem ser difíceis de distinguir de outras condições neurológicas. A abordagem terapêutica inclui o uso de corticosteroides, imunossupressores e anticoagulação quando há suspeita de envolvimento vascular. As manifestações neuropsiquiátricas estão associadas a um pior prognóstico e maior morbidade, necessitando de uma abordagem diagnóstica e terapêutica multidisciplinar.⁶

3.5 Manifestações Cardiovasculares

O LES aumenta significativamente o risco de eventos cardiovasculares devido à inflamação crônica, à disfunção endotelial e ao uso prolongado de corticosteroides. As manifestações incluem pericardite, miocardite, valvulopatias e aterosclerose acelerada. Pacientes com LES têm um risco aumentado de infarto do miocárdio, especialmente

mulheres jovens, onde o risco é até 50 vezes maior comparado à população geral. O manejo das manifestações cardiovasculares no LES envolve o controle agressivo dos fatores de risco cardiovascular tradicionais, o uso de antimaláricos, que têm propriedades cardioprotetoras, e a terapia imunossupressora conforme necessário.^{8,9}

3.6 Manifestações Hematológicas

As manifestações hematológicas são frequentes e incluem anemia, leucopenia, linfopenia e trombocitopenia. A anemia no LES pode ser multifatorial, incluindo anemia hemolítica autoimune, anemia da inflamação crônica e perda de sangue associada ao uso de AINEs. A trombocitopenia pode ser grave e associada à síndrome antifosfolípide, aumentando o risco de eventos trombóticos. O tratamento varia conforme a gravidade e a causa subjacente, envolvendo desde corticosteroides até imunoglobulina intravenosa ou imunossupressores em casos refratários.^{6,7}

4. Conclusão

Nota-se, portanto, que o LES é uma doença complexa, a qual tem apresentado amplos sinais e sintomas e difícil diagnóstico e manejo. Por meio dessa revisão é possível identificar que a sintomatologia dessa patologia vai além de sintomas cutâneos e articulares, podendo apresentar manifestações renais, hematológicas, neurológicas e cardiovasculares. Sendo assim, é imprescindível a atualização e abrangência de diagnósticos e terapêuticas de forma personalizada e multidisciplinar para abordar a diversidade sintomatológica e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

Nesse sentido, atualizações abordados por novos estudos demonstram que apesar do avanço em relação às manifestações clínicas, o manejo do LES ainda continua sendo um desafio devido a complexidade sintomatológica, o que acarreta em tratamento individualizado a cada paciente. Contudo, com a crescente identificação de biomarcadores e entendimento fisiopatológico da doença, é possível evidenciar o aprimoramento diagnóstico e a eficácia do tratamento.

Referências Bibliográficas

1. Santos VJ, Almeida FZ, Silva JA, et al. Análise da relação entre hipertensão arterial e doenças cardíacas em gestantes. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2020;60(2):123-130.
2. Silva CCM, Sousa LCA, Nascimento RRR, et al. As redes sociais e a saúde mental: reflexões sobre a contemporaneidade. *Revista de Psicologia da Internet*. 2021;12(2):45-54.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Lúpus Eritematoso. Brasília: CONITEC; 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/PCDT_Resumido_Lupus_ES_final.pdf.
4. Carvalho JF de, Viana VST, Bonfá ESD de O. Descifrando la asociación de los anticuerpos antiproteína P ribosomal y el cuadro neuropsiquiátrico del lupus eritematoso sistémico [Editorial] [Internet]. *Reumatología clínica*. 2010 ; 6(2): 73-75.[citado 2024 ago.

http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13147227&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=273&ty=63&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=273v06n02a13147227pdf001.pdf

5. Signorini V, Elefante E, Zucchi D, Trentin F, Bortoluzzi A, Tani C. One year in review 2020: systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 2020 Jul-Aug;38(4):592-601. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32662410.
6. Fanouriakis A, Tziolos N, Bertsias G, Boumpas DT. Update on the diagnosis and management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2021 Jan;80(1):14-25. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218272. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33051219.
7. Durcan L, O'Dwyer T, Petri M. Management strategies and future directions for systemic lupus erythematosus in adults. *Lancet*. 2019 Jun 8;393(10188):2332-2343. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30237-5. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31180030.
8. Kaul A, Gordon C, Crow MK, Tsokos GC, Urowitz MB, van Vollenhoven R, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16039. doi: 10.1038/nrdp.2016.39.
9. Zucchi D, Elefante E, Schilirò D, Signorini V, Trentin F, Bortoluzzi A, Tani C. One year in review 2022: systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 2022 Jan;40(1):4-14. doi: 10.55563/clinexprheumatol/nolysy. Epub 2022 Jan 28. PMID: 35088691.
10. Macedo RM, Ribeiro Garcia T, Castanheira EP, Costa Noletto D, Freitas TVM, Freitas A de A. Lúpus Eritematoso Sistêmico: relação entre os diferentes tratamentos e evolução clínica. *Rev. Med. (São Paulo) [Internet]*. 20º de dezembro de 2020 [citado 29º de agosto de 2024];99(6):573-80. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/173579>
11. Zemniczak Carneiro J, Mazarotto EJ, Gregório PC, Gibbert L. Lúpus Eritematoso Sistêmico: Um estudo de caso. *Braz J Implantol Health Sci [Internet]*. 29 out 2023 [citado 29 ago 2024];5(5):1885-94. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p1885-1894>

TERAPIA HORMONAL NA MENOPAUSA : UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Isabella Araujo Montecino Martins

Graduanda em Medicina

Centro Universitário Univértix

Rod. Oziaries Linhares Fraga, s/n°, Zona Rural, Matipó - MG, 35367-000

bellamontecino.medunivertix@gmail.com

Brenda Castanha Durante

Graduada em Medicina

Centro Universitário FIPMOC - UNIFIPMoc

Av. Profa. Aida Mainartina Paraíso, 80, Ibituruna, Montes Claros - MG, 39408-007

brendacdurante@outlook.com

Kamila Santos Tavares

Graduanda em Medicina

Universidade do Oeste Paulista- UNOESTE

R. José Bongiovani, 700, Cidade Universitária, Pres. Prudente - SP, 19050-920

k.tavares2759@gmail.com

Rafhaella Maria Rodrigues Assis Paiva

Graduada em Medicina

Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga - AFYA

R. João Patrício Araújo, 179 - Veneza, Ipatinga- MG, 35164-251

rafaellapaiva@hotmail.com

Juliana Barbosa Cajado

Graduada em Medicina

Universidade Potiguar - UNP

Av. Sen. Salgado Filho, 1610 - Lagoa Nova, Natal - RN, 59056-000

juliana_cajado@hotmail.com

Lediany Schunck Ferrarini

Graduanda em Medicina

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais- FCMMG

Alameda Ezequiel Dias, 275 - centro, Belo Horizonte-MG, 30130-110

lediany_21101.00734@cienciasmedicas.edu.br

Júlia Nibuco Ribeiro Takai

Graduada em Medicina

Centro Universitário de Votuporanga - UNIFEV

R. Pernambuco, 4196 - Centro, Votuporanga - SP, 15500-006

juliatakai@hotmail.com

Luiza Buchemi Cardoso

Graduanda em Medicina

Centro Universitário de Belo Horizonte-UNIBH

**Avenida Mário Werneck, 1685, Buritis, Belo Horizonte - MG, 30575180*

luizabuchemi@gmail.com

Resumo

Introdução: A menopausa, caracterizada pela cessação permanente da menstruação devido à perda da função ovariana, ocorre em média aos 52 anos e está associada a uma série de sintomas que afetam a qualidade de vida, como ondas de calor e suores noturnos. Estes sintomas estão frequentemente relacionados a ansiedade, interrupção do sono e aumento do risco de eventos cardiovasculares e osteoporose. A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) tem sido considerada uma opção para melhorar esses sintomas e reduzir riscos associados à menopausa. **Objetivo:** Este artigo teve como objetivo revisar as evidências mais recentes sobre o impacto da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) na qualidade de vida das mulheres na menopausa, com foco na atualização das informações sobre benefícios e riscos do tratamento. Esse objetivo visou integrar dados atuais e oferecer uma análise crítica para otimizar as práticas clínicas, considerando a evolução das diretrizes e a necessidade de uma abordagem personalizada baseada em evidências. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura utilizando as bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs. Foram selecionados artigos publicados entre 2016 e 2024 nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que abordavam o uso da TRH na menopausa. Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados para garantir a relevância e qualidade dos estudos incluídos. **Discussão:** A TRH é aprovada para o tratamento dos sintomas vasomotores graves e para a prevenção da osteoporose. Estudos recentes indicam que a TRH pode melhorar a qualidade de vida das mulheres na menopausa, aliviando sintomas como ondas de calor e problemas geniturinários. Além disso, a TRH tem efeitos benéficos na saúde cardiovascular. Contudo, é essencial personalizar a terapia com base nas características clínicas de cada paciente e considerar os riscos potenciais. A escolha da formulação e a duração da TRH devem ser cuidadosamente avaliadas. Alternativas não hormonais e novas abordagens terapêuticas estão sendo investigadas para fornecer opções adicionais no manejo da menopausa. **Conclusão:** A TRH continua a ser uma ferramenta valiosa no manejo dos sintomas da menopausa e na prevenção da osteoporose. A eficácia da TRH na redução de sintomas e na saúde cardiovascular é bem documentada, mas sua utilização deve ser cuidadosamente adaptada às necessidades individuais das pacientes. A personalização da terapia, a escolha adequada da formulação e a limitação da duração do tratamento são fundamentais para maximizar os benefícios e minimizar os riscos. A pesquisa contínua e o desenvolvimento de alternativas não hormonais são essenciais para aprimorar o manejo da menopausa e oferecer novas opções de tratamento.

Palavras-chave: “Menopausa”; “Terapia Hormonal”; “Terapia de Reposição de Estrogênio”.

1. Introdução

A menopausa, cessação permanente da menstruação causada pela perda da função ovariana, ocorre em uma idade média de 52 anos, e possui sintomas característicos que diminuem a qualidade de vida das pacientes.¹ Os sintomas vasomotores, que incluem ondas de calor e suores noturnos representam os sintomas mais limitantes do estilo de vida e são o motivo mais comum pelo qual as mulheres

procuram atendimento no momento da transição da menopausa. Esses sintomas associam-se à ansiedade, interrupção do sono e redução da qualidade de vida. A longo prazo, a incidência de eventos cardiovasculares e osteoporose também aumenta.²

A existência de sintomas climatérios está intrinsecamente relacionada à redução da qualidade de vida, a terapia de reposição hormonal (TRH) pode ser responsável por uma melhoria e bem-estar nesse contexto nas mulheres em peri e pós-menopausa sintomáticas, devido à resolução sobre os sintomas vasomotores e as desordens da função sexual, do sono e do humor.³

Em mulheres na pós-menopausa, particularmente naquelas que apresentam sintomas vasomotores graves, o risco cardiovascular é significativamente aumentado, incluindo maior calcificação aórtica, pior função endotelial e maior espessura da íntima média, como evidencia o Estudo de Saúde da Mulher em Toda a Nação (SWAN). Estudos clínicos mostram que a TRH impacta favoravelmente os fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV).⁴ Além disso, a TRH também possui o efeito de prevenir a osteoporose.⁵

Em um estudo analisado, foi visto que o uso de terapia de reposição hormonal por 5 anos ou menos teve associação a uma menor prevalência de sarcodínia em mulheres previamente ativas e uma maior prevalência de sarcodínia em menos ativas, seu uso por mais de 5 anos não mostrou associação. Essa informação fortalece a necessidade da utilização não apenas da TRH isolada, mas também a importância do fortalecimento musculoesquelético por meio de atividades físicas para aquisição de benefícios.⁶

As doenças cardiovasculares associadas à deficiência estrogênica prolongada constituem a principal causa de morbidade e mortalidade em mulheres na pós menopausa e o uso de TRH reduziria esse risco nessa população.⁷ Além disso, a abordagem da TRH na saúde mental durante a menopausa também tem recebido maior atenção, com novas pesquisas sugerindo que a terapia hormonal pode ter um impacto positivo na prevenção de depressão, ansiedade e na manutenção da função cognitiva.⁸

Diante de seus benefícios, a TRH já foi quase universalmente recomendada, mas com a publicação dos ensaios randomizados da Women's Health Initiative (WHI), que relataram risco de câncer de mama aumentado, o uso da TH diminuiu substancialmente.¹

O WHI corroborou com a ideia de que é importante realizar uma abordagem individualizada na prescrição da TRH, levando em consideração as características clínicas e os fatores de risco de cada paciente. Destaca-se também a relevância do tipo de estrogênio e da via de administração na modulação dos riscos associados à TRH⁹. No entanto, este risco parece ser reversível após a cessação da terapia, com a diminuição do risco ao longo dos anos subsequentes à interrupção.¹⁰

Atualmente, nenhuma sociedade médica recomenda a prescrição isoladamente de TRH para a prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares.¹ Devido às preocupações sobre efeitos adversos, particularmente o aumento do risco de câncer de mama associado à TRH, as diretrizes clínicas atuais recomendam o uso da terapia por não mais do que cinco anos e sinalizam que mais informações são necessárias acerca dos riscos e benefícios associados aos diferentes tipos de terapia de reposição hormonal.⁵

Dado isso, este artigo teve como objetivo revisar as evidências mais recentes sobre o impacto da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) na qualidade de vida das mulheres na menopausa, com ênfase nos benefícios e riscos associados ao tratamento. Este objetivo foi traçado com a justificativa de atualizar e integrar as informações disponíveis, dada a evolução constante das diretrizes e práticas clínicas sobre o uso da TRH, especialmente em resposta a novos estudos que ressaltam a necessidade de uma abordagem individualizada e baseada em evidências.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A partir da escolha do tema de tamanha relevância, foi feito um estudo composto pelas seguintes etapas: seleção das bases de dados de impacto acadêmico - científico e seleção dos descritores utilizados para filtrar os dados; elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos para o presente estudo e seleção dos artigos que apresentavam-se de acordo com esses critérios; organização dos itens selecionados e, por fim, apresentação e análise dos dados obtidos.

As bases de dados selecionadas foram Pubmed, Scielo e Lilacs. No Pubmed, os descritores utilizados foram "Estrogen Replacement Therapy", "Estrogen Replacement Therapy" AND "Menopause", "Estrogen Replacement Therapy" AND "Menopause" AND "Hormone Replacement Therapy". Foram encontrados respectivamente, 1515, 570, 146 resultados no Pubmed, no Scielo, foram encontrados 16, 5, 4 resultados para os mesmos descritores, respectivamente. Já na Lilacs, 63, 43, 40 artigos foram encontrados.

Inicialmente, foram definidos conceitos e esclarecidos tópicos gerais sobre a menopausa e a terapia hormonal. Em seguida, foi avaliado o uso da terapia hormonal como tratamento durante a menopausa.

Para isso, foram incluídos artigos publicados entre 2014 e 2024, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Apenas estudos disponíveis na íntegra e relacionados ao uso da terapia hormonal na menopausa foram selecionados. Foram excluídas pesquisas com data de publicação superior a 10 anos, disponíveis apenas em formato de resumo, publicadas em periódicos de baixo fator de impacto ou que apresentassem metodologias inconclusivas. Após uma análise criteriosa, foram selecionadas 16 referências, compostas por revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos.

3. Discussão

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) na menopausa é um campo de contínuo estudo e debate, refletindo uma complexa interação entre benefícios, riscos e avanços científicos recentes.¹¹ Durante anos foi discutido e questionado quanto ao benefício da TRH quando relacionada aos sintomas vasomotores e ao risco de doenças cardiovasculares e neoplasia de mama.¹² As descobertas dos últimos cinco anos têm contribuído significativamente para aprimorar a compreensão das melhores práticas para o manejo da menopausa, levando a ajustes nas recomendações e estratégias de tratamento.¹³

3.1 Sintomas

Os sintomas da menopausa costumam ser mais predominantes e significativos nos primeiros dois anos após o último ciclo menstrual, porém algumas mulheres podem chegar a apresentar sintomas mais brandos por mais de uma década.¹⁴ As queixas mais frequentes são relacionadas às questões vasomotoras, como os fogachos, afetando as pacientes em diversas áreas como má qualidade de sono, irritabilidade, diminuição da qualidade de vida e dificuldade de concentração.¹¹

Outra área afetada é a geniturinária, com sintomas como ressecamento vaginal, irritação, disúria, dispareunia e infecções recorrentes do trato urinário.¹³ Há também a presença de comorbidades psicológicas e/ou neurológicas, como sintomas depressivos e alterações cognitivas. Essas manifestações sublinham a importância de uma abordagem abrangente e individualizada para o manejo dos sintomas da menopausa.¹¹

3.2 Terapia hormonal (TH)

A terapia hormonal é aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) como tratamento de primeira linha para sintomas vasomotores moderados a graves associados à menopausa, além de ser recomendada para a prevenção da osteoporose, e não para seu tratamento.¹ Entre os estrogênios disponíveis para tratamento estão o etinilestradiol, o estrogênio equino conjugado (CEE), estrogênios conjugados sintéticos e o 17 β -estradiol micronizado. O estrogênio equino conjugado é uma combinação de estrogênios derivados da urina de éguas grávidas, enquanto os estrogênios conjugados sintéticos contêm substâncias como sulfato de estrona, sulfato de estradiol e sulfato de equilina. O 17 β -estradiol micronizado é idêntico ao estradiol produzido pelos ovários, e o etinilestradiol é um estrogênio sintético usado principalmente em anticoncepcionais.¹⁵ As principais indicações para a terapia hormonal na menopausa, segundo a FDA, são o alívio dos sintomas vasomotores moderados a graves da menopausa, o tratamento de sintomas vulvovaginais (como atrofia vaginal e vulvar) e a prevenção da osteoporose.¹

As contraindicações para o uso de TH, tanto oral quanto tópico/transdérmico, incluem: antecedente pessoal de trombose, sangramento vaginal não esclarecido, doenças hepáticas, doença coronariana prévia, câncer prévio sensível à estrogênio e antecedente de Acidente Vascular Encefálico (AVE).¹²

O uso isolado de estrogênio é indicado para mulheres que passaram pelo processo de histerectomia e, o mesmo, apresenta a vantagem de estar disponível em diferentes formas, como cápsulas, adesivos, gel, spray e anel vaginal, diversificando sua funcionalidade.¹³

O uso de progestogênios é fundamental para reduzir o risco aumentado de câncer de endométrio em mulheres que estão em tratamento com estrogênio sistêmico. Isso ocorre porque o estrogênio, quando administrado sem oposição, pode causar o espessamento do revestimento uterino, elevando o risco de câncer. Os progestogênios ajudam a mitigar esse risco ao diminuir a quantidade de receptores de estrogênio nos tecidos-alvo e ao inibir o aumento do hormônio luteinizante, que por sua vez reduz a produção de estrogênio pelos ovários. Além disso, os progestogênios facilitam a conversão de estradiol em estrona no endométrio, aumentando a atividade da 17 β -hidroxiesteróide

desidrogenase. Essa conversão reduz a estimulação endometrial, pois a estrona tem uma atividade estrogênica menor comparada ao estradiol.¹³

Entre os progestogênios disponíveis, estão a progesterona micronizada e as progestinas sintéticas, como a acetato de medroxiprogesterona (MPA) e a noretindrona. Os progestogênios estão disponíveis em formas orais e transdérmicas, sendo que a formulação oral de MPA é a mais comum e amplamente pesquisada nos Estados Unidos. A progesterona oral pode ter efeitos sedativos leves e, quando micronizada, é eficaz na redução dos sintomas vasomotores e na melhora do sono. No entanto, as formulações transdérmicas de progestogênios não oferecem proteção endometrial adequada e, portanto, não são recomendadas para uso na terapia combinada. Efeitos colaterais associados ao uso de progestogênios incluem inchaço e sensibilidade nos seios (particularmente com MPA), acne e hirsutismo (frequentemente com noretindrona), além de tontura, fadiga e alterações de humor.¹³

Mulheres com menos de 60 anos ou que estão dentro de uma década após o início da menopausa, e que possuem um risco estimado de doenças cardiovasculares ateroscleróticas inferior a 5% para os próximos 10 anos, e que não apresentam um risco elevado de câncer de mama ou histórico de tromboembolismo venoso (TEV), são consideradas de baixo risco para eventos cardiovasculares adversos ao iniciar a terapia hormonal para tratar os sintomas da menopausa.¹¹

A decisão sobre iniciar a terapia hormonal se torna mais complexa para mulheres que possuem uma ou mais condições médicas crônicas que podem alterar o equilíbrio entre riscos e benefícios. Esse é um desafio frequente para os médicos, já que cerca de 80% das mulheres com mais de 55 anos têm pelo menos uma condição médica crônica. Embora a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares não proíba o uso da terapia hormonal, o agravamento do perfil de risco cardiovascular em torno da menopausa destaca a importância de reforçar as estratégias de prevenção primária, incluindo mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico. Analisamos as evidências disponíveis sobre o uso da terapia hormonal em mulheres sintomáticas com condições médicas comuns, como obesidade, dislipidemia, hipertensão e diabetes, e fornecemos recomendações sobre quando optar por preparações transdérmicas em vez de formas orais de terapia hormonal.¹

Antigamente, era comum recomendar que as mulheres usassem a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) pelo menor tempo possível. No entanto, evidências mostram que os benefícios do estrogênio tendem a diminuir após a interrupção do tratamento. A Menopause Society (anteriormente conhecida como North American Menopause Society - NAMS) afirma em sua declaração de 2022 que "não há uma diretriz universal para a interrupção da terapia hormonal sistêmica em mulheres com 65 anos ou mais". Embora os critérios de Beers da American Geriatrics Society aconselhem contra o uso de TRH em mulheres acima dessa idade, essa recomendação não é respaldada por evidências e não é apoiada pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas ou pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa.¹⁶

A declaração de 2022 da NAMS sobre terapia hormonal não recomenda o uso de produtos de TRH compostos. Isso se deve a preocupações relacionadas à segurança, como regulamentação e monitoramento governamentais insuficientes, risco de overdose e

subdosagem, possíveis impurezas e falta de esterilidade, além da ausência de dados científicos sobre a eficácia e segurança desses produtos e a falta de rótulos que detalham os riscos associados.¹⁶

Além disso, a escolha entre diferentes modalidades de terapia hormonal deve considerar as necessidades específicas de cada paciente e suas preferências. Alternativas não hormonais e novas abordagens estão sendo investigadas, oferecendo novas possibilidades para o manejo dos sintomas da menopausa. As investigações contínuas e a adaptação das práticas clínicas às novas evidências são essenciais para garantir uma gestão eficaz e segura da menopausa, ajustando-se às características e condições individuais de cada paciente.¹

Em resumo, a TRH continua sendo uma ferramenta valiosa no manejo dos sintomas da menopausa e na prevenção da osteoporose, mas sua utilização deve ser cuidadosamente adaptada a cada paciente. A consideração dos riscos cardiovasculares e do câncer, a escolha da formulação e a duração do tratamento são aspectos cruciais que devem ser abordados com atenção. Alternativas não hormonais e novas abordagens em pesquisa oferecem esperança para uma gestão mais segura e eficaz dos sintomas da menopausa, exigindo que a prática clínica se ajuste continuamente às novas evidências para otimizar os resultados para as mulheres na menopausa.

4. Conclusão

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) continua a ser uma ferramenta crucial no manejo dos sintomas da menopausa, oferecendo alívio significativo para queixas vasomotoras, geniturinárias e psicológicas. A TRH tem mostrado eficácia na prevenção da osteoporose e na redução dos sintomas vasomotores, como ondas de calor e suores noturnos, que impactam substancialmente a qualidade de vida das mulheres durante a transição para a menopausa. Além disso, evidências sugerem que a TRH pode ter efeitos benéficos sobre a saúde cardiovascular ao mitigar o aumento do risco de doenças cardíacas associado à deficiência estrogênica.

No entanto, a abordagem ao uso da TRH deve ser individualizada, considerando os riscos associados, como o aumento do risco de câncer de mama e eventos cardiovasculares. A importância de ajustar a terapia hormonal às necessidades específicas de cada paciente é fundamental, levando em conta fatores como a idade, o perfil de risco cardiovascular e o histórico de câncer. A escolha da formulação hormonal, seja estrogênio isolado ou combinado com progestógenos, e a duração da terapia devem ser cuidadosamente avaliadas para otimizar os benefícios enquanto minimizam os riscos potenciais.

As diretrizes atuais recomendam uma abordagem prudente, sugerindo a utilização da TRH por períodos limitados, geralmente não excedendo cinco anos, e apenas quando os benefícios superam os riscos para a paciente. A consideração dos diferentes tipos de estrogênios e vias de administração é essencial para personalizar o tratamento e reduzir possíveis efeitos adversos. A pesquisa contínua e o avanço na compreensão dos efeitos da TRH são cruciais para adaptar as práticas clínicas e oferecer opções mais seguras e eficazes.

Além disso, o crescente interesse em alternativas não hormonais e novas abordagens terapêuticas oferece esperança para um manejo mais abrangente dos sintomas da menopausa. À medida que novas evidências emergem, é fundamental que a prática clínica evolua para incorporar essas descobertas, garantindo que as mulheres recebam um tratamento que equilibre alívio dos sintomas com uma gestão cuidadosa dos riscos associados.

Em suma, a TRH permanece um pilar importante no tratamento da menopausa, mas sua aplicação deve ser feita com uma consideração meticulosa das características individuais de cada paciente e dos avanços científicos. A integração de novas pesquisas e alternativas de tratamento contribuirá para um manejo mais eficaz e seguro da menopausa, promovendo a saúde e o bem-estar das mulheres durante esta fase da vida.

Referências Bibliográficas

1. Cho L, Kaunitz AM, Faubion SS, Hayes SN, Lau ES, Pristera N, et al. ACC CVD in Women Committee (2023. Rethinking Menopausal Hormone Therapy: For Whom, What, When, and How Long?. *Circulation* [Internet]. 2023, Feb 14;147(7), 597-610. Available from: doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061559. Epub 2023 Feb 13. PMID: 36780393; PMCID: PMC10708894.
2. Cagnacci A, Venier M. The Controversial History of Hormone Replacement Therapy. *Medicina* (Kaunas). 2019 Sep 18;55(9):602. Available from: doi: 10.3390/medicina55090602. PMID: 31540401; PMCID: PMC6780820.
3. Nahas EA, Nahas-Neto J. Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia nº 54/Comissão Nacional Especializada em Climatério).
4. North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794.
5. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2020 Oct 28;371:m3873. Available from: doi: 10.1136/bmj.m3873. PMID: 33115755; PMCID: PMC7592147
6. Câmara, Saionara M. A. PhD; Macêdo, Pedro R. S. MSc; Velez, Maria P. MD, PhD. Terapia hormonal da menopausa e sarcodinaopenia: o Estudo Longitudinal Canadense sobre Envelhecimento. 2023, Março;30(3):p 254-259. Available from: doi: 10.1097/GME.00000000000002127

7. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia CR, Kapoor S, Ferdousi T. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry*. 2021;78(4):385-390.
8. Gompel A. Menopausal hormone therapy and breast cancer risk. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2021;35(6):101567.
9. Collins P, Webb CM, de Villiers TJ, Stevenson JC, Panay N, Baber RJ. Cardiovascular risk assessment in women - an update. *Climacteric*. 2016 Aug;19(4):329-36. Available from: doi: 10.1080/13697137.2016.1198574. Epub 2016 Jun 21. PMID: 27327421.
10. North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794.
11. Lobo R. A. (2017). Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nature reviews. Endocrinology*, 13(4), 220–231. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.164>
12. Stuenkel, C. A, Davis, S. R, Gompel, A, Lumsden, M. A, Murad, M. H, Pinkerton, J. V, & Santen, R. J. (2015). Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 100(11), 3975–4011. Available from: <https://doi.org/10.1210/jc.2015-2236>
13. Mehta, J, Kling, J. M, & Manson, J. E. (2021). Riscos, benefícios e modalidades de tratamento da terapia hormonal na menopausa: conceitos atuais. *Fronteiras em endocrinologia*, 12, 564781. Available from: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.564781>
14. Santoro N, Roeca C, Peters A, et al. (2020) The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol 106. Available from: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
15. Harper-Harrison G, Carlson K, Shanahan MM. Hormone Replacement Therapy. [Atualizado em 11 de agosto de 2024]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2024 janeiro-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493191/>
16. Kissinger D. (2024). Perspectivas da terapia de reposição hormonal. *Fronteiras na saúde global da mulher*, 5, 1397123. Available from: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1397123>

TERAPIA DO CÂNCER DE MAMA DURANTE A GESTAÇÃO

Brenda Castanha Durante
Graduada em Medicina
UNIFIPMOC- Centro Universitário FIPMOC
brendacdurante@outlook.com
Av. Profa. Aida Mainartina Paraíso, 80 - Ibituruna, Montes Claros - MG, 39408-007

Kayro Breder Catta Preta Leal
Médico
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
cattapretakayro@gmail.com
Av. Carlos Chagas Filho, 373 - Cidade Universitária, Rio de Janeiro - RJ, 21044-020

Pedro Soares Dias
Médico
Faculdade de Medicina de Barbacena
pedrosoar3s@hotmail.com
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336

Larissa Moreira Marques
Acadêmica de Medicina
Universidade José do Rosário Vellano
larissam11marques@gmail.com
Rua Mato Grosso, 666 - Barro Preto, Belo Horizonte - MG, 30190-920

Gabriela Azevedo de Souza Siqueira
Acadêmico de Medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena-FAME/FUNJOB
gabiazavedoss.5656@gmail.com
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336

Márcia Fernandes Carvalho
Acadêmico de Medicina
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora- SUPREMA
marciacarvalhofer@gmail.com
R. Alameda Salvaterra, 200 - Salvaterra, Juiz de Fora - MG, 36033-003

Kamila Santos Tavares
Acadêmico de Medicina
Universidade do Oeste Paulista- UNOESTE
k.tavares2759@gmail.com
R. José Bongiovani, 700 - Cidade Universitária, Pres. Prudente - SP, 19050-920

Camila Tavares de Sá
Médica
Instituto de ciências da saúde - ICS, Funorte
camilatsa95@gmail.com
Rua dos timbiras, 395, funcionários, Belo horizonte - MG, 30140-060

Beatriz Aparecida Fernandes
Acadêmica de Medicina
Faculdade Atenas, Passos-MG.
E-mail:beatrizfeernandes21@gmail.com
Endereço: R. Oscar Cândido Moreira, Monteiro, 1000 - Mirante do Vale, Passos - MG, 37900-380

Julie Any Araujo Bif
Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Campo Real
E-mail: julieany_bif@hotmail.com
Endereço: R. Comendador Norberto, 1299 - Santa Cruz, Guarapuava - PR. 85015-240

Resumo

Introdução: O câncer de mama é uma das principais causas de óbito em mulheres em idade reprodutiva. Quando se estende para as gestantes e puérperas, em até um ano pós-parto, há inúmeros questionamentos sobre o desenvolvimento do câncer de mama e, principalmente, sobre o tratamento a ser implementado, devido ao binômio mãe e feto. Este artigo busca analisar as opções terapêuticas disponíveis para mulheres com câncer de mama durante o período gestacional. **Metodologia:** Revisão integrativa de literatura, realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo e Lilacs. A partir dos descritores: “Neoplasia”; “Neoplastic complications”; “Pregnancy high risk”, foram selecionados 13 artigos compostos por ensaios clínicos de coorte e caso-controle, relato de casos, revisões sistemáticas de literatura e metanálise, publicados entre 2011 e 2022, nas línguas portuguesa e inglesa. **Discussão:** O tratamento de gestantes com câncer de mama possui a mesma finalidade do tratamento de mulheres não-gestantes, que é evitar que ocorra metástase, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida à paciente. Por conta disso, precisa ser individualizado, levando em consideração a idade materna e gestacional, o estadiamento do tumor, e a manutenção do bem estar fetal e materno. As alternativas de tratamento incluem: quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e cirurgia (mastectomia). Há uma preferência pela mastectomia durante o primeiro trimestre, enquanto a quimioterapia é realizada no segundo trimestre. A radioterapia e a terapia hormonal, por sua vez, são realizadas após a resolução da gestação. **Conclusão:** É evidente o quanto o manejo de mulher com câncer de mama, durante o período gestacional, requer mais estudos para que possa fundamentar com propriedade a conduta médica, além da importância da decisão compartilhada sobre a escolha da terapia a ser implementada para cada mulher, respeitando sua singularidade.

Palavras-chaves: Câncer de mama, gestantes e tratamento.

1. Introdução

Apesar de raro, o câncer de mama é o principal tipo de câncer diagnosticado, durante a gravidez, e o mais frequentemente classificado como triplo-negativo, em comparação com pacientes da mesma idade que não estão grávidas. O princípio fundamental é que as mulheres devem receber o tratamento oncológico mais avançado disponível sem atrasos, sempre que possível, e que a gravidez deve ser mantida pelo maior tempo possível. Embora o tratamento deva seguir as mesmas diretrizes aplicadas a pacientes não grávidas, há considerações especiais em relação ao diagnóstico, estadiamento, tratamento oncológico e cuidados obstétricos.¹

O câncer é uma das principais causas de morte em mulheres na idade reprodutiva e ocorre em, aproximadamente, 0,05% a 0,1% das gestações. A incidência da doença na gravidez tem aumentado, à medida que as mulheres têm optado por gestar com idade materna mais avançada (acima dos 35 anos). Os estudos epidemiológicos mostram evidências de que a primeira gravidez, antes dos 30 anos, reduz o risco em 25% do câncer em comparação com as nulíparas. Se a primeira gravidez ocorrer antes dos 20 anos, o risco é 30% menor do que em primíparas após os 35 anos. Embora os mecanismos

envolvidos ainda não sejam totalmente esclarecidos, a sua elucidação abrirá novos caminhos para combater a doença.^{2,3}

O termo “câncer gestacional” inclui não apenas o câncer diagnosticado durante a gravidez, mas também durante todo o primeiro ano pós-parto. Seus fatores de risco ainda não são bem esclarecidos. O diagnóstico de câncer de mama, associado à gravidez, apresenta desafios significativos no manejo clínico dessas pacientes. É crucial escolher tratamentos que maximizem as chances de obter os melhores resultados no combate ao câncer, ao mesmo tempo que minimizem os riscos para o feto. O tratamento demanda uma equipe multidisciplinar, que inclui cirurgião, anestesista, oncologista, radioterapeuta, psicólogo e neonatologista e visa buscar a melhor terapia de acordo com características específicas relacionadas à mãe, ao bebê e ao tumor. Sendo assim, este artigo busca analisar as opções terapêuticas disponíveis para mulheres com câncer de mama durante o período gestacional.⁴

2. Metodologia

Esse trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura, que seguiu as seguintes etapas para sua elaboração: seleção de artigos em bases de dados indexadas e de renome acadêmico, com definição dos descritores utilizados para pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão para filtrar os artigos relacionados ao tema; estruturação dos elementos selecionados e exposição das informações coletadas. As bases de dados dos artigos referenciados, utilizados para pesquisa, foram as plataformas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Na LILACS, os descritores utilizados foram “Cancer”; “Pregnancy”; “Neoplasia”; “Neoplastic complications”; “Pregnancy high risk”, sendo encontrados, respectivamente, 68.585, 40.328, 34.634, 671 e 3.346 resultados. Na SCIELO, os descritores utilizados foram “Neoplasias da Mama”; “Gravidez”; “Prognóstico”, com 763, 2.628 e 3.256 resultados encontrados, respectivamente. Por fim, na PubMed foram utilizados os descritores “Breast cancer”; “Pregnancy” e “Staging”, em que foram obtidos 8.748, 11.548 e 27.141 resultados.

Para tanto, foram incluídos artigos entre 2011 e 2022, nas línguas portuguesa e inglesa, que acompanharam a evolução do câncer de mama durante a gestação e que abordaram o diagnóstico e tratamento. Apenas estudos disponíveis na íntegra e que estivessem relacionados ao tema acima exposto foram selecionados. Pesquisas com data de publicação com períodos superiores a 10 anos, disponibilizadas apenas na forma de resumo, publicadas em periódicos de baixo fator de impacto ou com metodologias inconclusivas foram excluídas. Sendo assim, após a realização de criteriosa análise, foram selecionadas 13 referências compostas por ensaios clínicos de coorte e caso-controle, relato de casos, revisões sistemáticas de literatura e metanálises.

3. Discussão

No tratamento do câncer de mama na gestante, temos o mesmo objetivo que na mulher não gestante, ou seja, a cura da doença ou o controle, evitando que o câncer se espalhe. A preocupação adicional nesse grupo consiste na proteção do feto, o que torna o

tratamento mais complexo. Assim sendo, a escolha da terapia irá depender dos seguintes fatores: estadiamento do tumor, local da doença, idade gestacional, estado de saúde e preferências do paciente.⁵ Dessa forma, como em qualquer outra doença em que o tratamento proposto é individualizado, na gestante portadora de câncer de mama, não seria diferente. O tratamento consiste em atendimento por uma equipe multidisciplinar, e a abordagem consiste em avaliar riscos e benefícios para essa paciente e para o feto em desenvolvimento.^{6,7}

O tratamento do câncer de mama, na população em geral, consiste basicamente em cirurgia, tratamento sistêmico e radioterapia. Em relação à gestante, apesar de desafiador para toda a equipe, esta deve seguir a mesma diretriz preconizada, atentando-se aos possíveis efeitos deletérios ao feto e ao melhor momento de realizar a terapia.⁸

A cirurgia, que é considerada o tratamento definitivo da doença, não deve ser postergada por conta da gestação, e possui segurança para ser realizada em qualquer trimestre de gestação, entretanto "a cirurgia no primeiro trimestre aumenta ligeiramente o risco de perda fetal por causa da anestesia geral". No entanto, há modalidades de cirurgia preferíveis. É recomendada para gestantes com câncer de mama a mastectomia, pois não há a obrigatoriedade de realizar radioterapia adjuvante. Já a cirurgia conservadora, apesar de poder ser realizada, não é a mais indicada, pois envolve radioterapia adjuvante e possui uma preferência para ser realizada no terceiro trimestre de gestação, o que pode postergar o tratamento e diminuir a sobrevida da paciente.⁹

A radioterapia, como já mencionado, é contra indicada durante a gestação, uma vez que o SNC o feto é sensível a radiação, e esta pode diminuir o quociente de inteligência, além de estar relacionada com o desenvolvimento de tumores sólidos e leucemia na primeira década de vida do bebê. Porém, esse método de terapia é necessário para a efetividade do tratamento em pacientes pós cirurgia conservadora. Dessa forma, a melhor opção se dá por aguardar o pós parto da paciente sempre que possível, para não ocasionar malformações fetais e outras anomalias fetais.¹⁰

A quimioterapia deve ser indicada para todas as gestantes, porém apesar de ser uma terapia segura apenas no segundo e terceiro trimestre, pois durante o primeiro trimestre está associado a grandes malformações fetais, abortos espontâneo e morte fetal. Apesar da quimioterapia, após o primeiro trimestre, não causar malformações, ela pode ser responsável por baixo peso ao nascer, parto prematuro, restrição do crescimento fetal, mielossupressão transitória. Além disso, deve-se interromper a quimioterapia de 3 a 4 semanas antes do parto, pois tanto o feto quanto a gestante estão em risco de infecção e sangramento intraparto devido a toxicidade hematológica.¹¹ Embora aumente o risco de possíveis complicações fetais, o tratamento quimioterápico não deve ser postergado por conta da gestação.¹²

4. Conclusão

O tratamento do câncer de mama durante a gravidez é um desafio clínico que exige uma abordagem multidisciplinar, com o objetivo de maximizar a sobrevida materna sem comprometer a saúde fetal. As estratégias terapêuticas devem ser cuidadosamente planejadas, levando em consideração o estágio gestacional, o tipo e o estágio do tumor, bem como as preferências da paciente. A quimioterapia pode ser considerada segura a

partir do segundo trimestre, enquanto a radioterapia e a terapia hormonal são geralmente postergadas para o período pós-parto. A mastectomia continua sendo uma opção viável e frequentemente recomendada, especialmente nos casos diagnosticados no primeiro trimestre. Embora os avanços nas técnicas diagnósticas e terapêuticas tenham aumentado as possibilidades de tratamento, a individualização da abordagem terapêutica permanece crucial para otimizar os resultados maternos e fetais. Mais estudos são necessários para aprimorar as diretrizes atuais e proporcionar um tratamento ainda mais eficaz e seguro para as gestantes com câncer de mama.

Referências bibliográficas

1. Breast cancer during pregnancy: epidemiology, phenotypes, presentation during pregnancy and therapeutic modalities. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2022 Jun;82:46-59.
2. Slepicka PF, Cyrill SL, dos Santos CO. Pregnancy and breast cancer: pathways to understand risk and prevention. *Trends Mol Med.* 2019 Oct;25(10):866–81.
3. Monteiro DLM, Nunes CL, Rodrigues NCP, Antunes CA, Almeida EM, Barmpas DBS, et al. Fatores associados ao câncer de mama gestacional: estudo caso-controle. *Ciência e saúde coletiva* [Internet]. 2019 Jun;24(6):2361–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18392017>.
4. Paris I, Di Giorgio D, Carbognin L, Corrado G, Garganese G, Franceschini G, et al. Pregnancy-Associated Breast Cancer: A Multidisciplinary Approach. *Clin Breast Cancer.* 2021 Feb;21(1):120-e127.
5. Loibl S, von Minckwitz G, Gwyn K, Ellis P, Blohmer JU, Schlegelberger B, et al. Breast carcinoma during pregnancy. International recommendations from an expert meeting. *Cancer.* 2006 Jan 15;106(2):237-46.
6. Voulgaris E, Pentheroudakis G, Pavlidis N. Cancer and pregnancy: a comprehensive review. *Surg Oncol.* 2011 Dec;20(4):e175-85.
7. Treating Breast Cancer [homepage on the Internet]. 2021. Available from: <https://www.cancer.org>.
8. Shachar SS, Gallagher K, McGuire K, et al. Multidisciplinary management of breast cancer during pregnancy. *The Oncologist* [homepage on the Internet]. 2017;22(3):324–34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344634/>.
9. Duncan PG, Pope WD, Cohen MM, Greer N. Fetal risk of anesthesia and surgery during pregnancy. *Anesthesiology.* 1986;64:790–4.

10. Ji YI, Kim KT. Gynecologic malignancy in pregnancy. *Obstet Gynecol Sci.* 2013 Sep;56(5):289-300.
11. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. *Lancet Oncol.* 2004;5:283–91.
12. Fernandes AFC, Santos MCL, Silva TBC, Galvão CM. Prognosis of breast cancer during pregnancy: evidence for nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011 Dec;19(6):1453–6



REVISTA MULTUS SCIENTIA
ESPECIALIDADES MÉDICAS