

Gravidez em mulheres com trauma medular prévio

Pregnancy on women with previous medullary injury

Adriana Paula Fontana Carvalho¹
Viviane de Souza Pinho Costa²
Ruy Moreira da Costa Filho³
Leila Donária de Oliveira⁴
Priscila da Silva Oliveira⁴

Palavras-chave

Gravidez
Trauma
Medula espinhal

Key words

Pregnancy
Injury
Spinal cord

Resumo

No Brasil, há 130 mil indivíduos com trauma da medula espinhal e, a cada cinco pessoas vítimas de lesão traumática da medula, uma é mulher. Devido ao trauma da medula espinhal ser menos incidente entre mulheres, e por estas permanecerem férteis e capazes de levar uma gravidez a termo, a literatura tem ignorado grandemente seu estudo – fato que não elimina as muitas alterações psicofisiológicas, bem como as alterações na sexualidade e outras dificuldades durante a gestação. Apesar disso, os poucos estudos existentes indicam que, nesse caso, o parto normal pode ser vantajoso em relação à cesariana. O objetivo do trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre o assunto, e assim colaborar com os profissionais da área da saúde quanto à atenção à gestante com trauma da medula espinhal.

Abstract

In Brazil, there are 130 thousand individuals with spinal cord injury, and one out of five injured people is a woman. Due to the lower incidence of spinal cord injury among women, and to the fact that they remain fertile and able to carry a pregnancy to term, the literature has largely ignored their study – a fact which does not exclude the many psycho-physiological changes, as well as alterations in sexuality and other difficulties during pregnancy. Nevertheless, the few existing studies indicate that the normal birth may be advantageous when compared to the cesarean. The objective of the article is to conduct a review of the literature on the subject, and thus collaborate with health care professionals on the attention to pregnant women with spinal cord injury.

¹ Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR); Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Norte do Paraná (Unopar) – Londrina (PR), Brasil

² Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) – Ribeirão Preto (SP); Docente do curso de Fisioterapia da Unopar – Londrina (PR), Brasil

³ Mestre em Bioengenharia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) – Ribeirão Preto (SP); Coordenador do curso de Fisioterapia da Unopar; Docente da UEL – Londrina (PR), Brasil

⁴ Graduadas em Fisioterapia pela Unopar – Londrina (PR), Brasil

Endereço para correspondência: Adriana Paula Fontana Carvalho - Universidade Norte do Paraná - Avenida Paris, 675 - Jardim Piza - CEP: 86041-140 - Londrina (PR), Brasil - E-mail: adriana@carvalho.fst.br

Introdução

No Brasil, há 130 mil indivíduos com trauma da medula espinhal (TME) e a cada ano essa incidência aumenta, devido aos acidentes automobilísticos e principalmente à violência¹(C); a cada cinco pessoas vítimas de lesão traumática da medula, uma é mulher²(D).

Pode-se dizer que a capacidade de gestar é considerada, por qualquer mulher, extremamente significativa tanto do ponto de vista físico/fisiológico quanto do emocional e social. A gestação normal inspira cuidados preventivos para garantir a boa saúde materno-infantil, e quando considerada na mulher com TME, esses cuidados devem contemplar os fatores de interferência que o TME pode exercer sobre a gestação.

Devido ao TME ser menos incidente entre mulheres, e por estas permanecerem férteis e capazes de levar uma gravidez a termo, a literatura tem ignorado grandemente seu estudo – fato que não elimina as muitas alterações de caráter psicofisiológicas, bem como as alterações na sexualidade e outras dificuldades durante a gestação.

Portanto, este trabalho tem o objetivo de realizar uma revisão da literatura existente sobre o assunto, e assim colaborar com os profissionais da área da saúde quanto à atenção à gestante com TME.

Metodologia

O estudo se deu através de levantamento bibliográfico realizado entre os meses de agosto de 2007 e agosto de 2008, buscando resumos e artigos disponíveis em bases de dados como SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*).

Inicialmente, foram utilizados descritores isolados relativos ao tema, o que resultou em grande número de artigos inespecíficos (36.814); portanto, foi adotada a pesquisa através de descritores associados, para obter resultados direcionados ao assunto.

Os descritores foram utilizados na língua portuguesa e inglesa, em diferentes formas de associação, sendo eles: gravidez, gestação, trauma medular, trauma da medula espinhal, fertilidade, feminina, mulher, parto, disreflexia autonômica, complicações e sexual.

Da pesquisa com descritores associados resultaram 133 artigos relacionados diretamente ao tema, dos quais, após leitura minuciosa, foram selecionados 32, e, destes últimos, 21 para compor as referências deste trabalho, por reunirem o maior número de informações relevantes.

Foram utilizados os seguintes critérios de seleção para os artigos utilizados: atualidade da informação, clareza na apresentação das informações, relevância dos resultados obtidos e relação direta com o tema proposto.

Discussão

Durante a realização deste trabalho, foi observada a integração de diversos aspectos que acerbam o assunto. Esses aspectos vão desde as considerações quanto à sexualidade da mulher com TME e as possíveis complicações associadas à gravidez e ao TME, até às possibilidades de parto. Portanto, fez-se necessária a exploração desses aspectos para que se possa compreender a complexidade inerente da análise da gravidez associada ao TME.

Trauma da medula espinhal

A medula espinhal (ME) é uma grande condutora de impulsos nervosos, sensitivos e motores entre o cérebro e as demais regiões do corpo, estando alojada e protegida pelo canal raquidiano espinhal. Possui substâncias brancas longitudinais e cinzentas centrais, onde a maioria dos corpos celulares dos neurônios espinhais está localizada²(D).

A ME é parte do sistema nervoso central, e qualquer dano causado por agente físico ou choque violento pode causar perda permanente da sensibilidade e/ou motricidade – condições que representam uma das mais graves incapacidades para o ser humano, pois pode causar alterações nas funções fisiológicas, das quais podemos citar como principais as respiratórias, vasculares, sexuais, urinárias e intestinais³(B), como também na resposta reflexa e nos aspectos tróficos⁴(B).

As sequelas de traumas em que há comprometimento dos segmentos medulares que se localizam abaixo de T1 são chamadas de paraplegia e têm como consequência a perda das funções motoras e/ou sensitivas dos membros inferiores. Já aquelas que se localizam nos segmentos cervicais determinarão uma tetraplegia, ou seja, a perda dos movimentos e/ou sensibilidade dos membros inferiores e superiores. Já o grau de lesão causado é determinado pelo maior ou menor comprometimento da medula, podendo ser classificado em lesão completa ou incompleta⁵(D).

No que diz respeito à etiologia do TME, dados do *National Spinal Cord Injury Database* mostram incidência de traumas por acidentes automobilísticos em 38,5%, por ferimentos por arma de fogo em 24,5%, por quedas em 21,8% e por esportes e lazer em 7,2% dos casos⁶(B).

O TME, em qualquer das situações mencionadas, traz consequências que podem ser tratadas ou orientadas com objetivo de amenizá-las e assim proporcionar condições de melhor qualidade de vida em geral.

O impacto do TME para a mulher

As mulheres que sofrem TME são aceitas pela sociedade como capazes de ter uma vida com hábitos normais como qualquer pessoa e, inclusive, em seu melhor estado de saúde, vir a engravidar e ter filhos⁷(D).

Nos últimos anos, em todo o mundo, o número de mulheres com TME em idade reprodutiva tem aumentado de forma importante, tendo elas necessidade de maior atenção não só quanto às suas sequelas físicas, mas também quanto às possíveis dificuldades no âmbito psicossocial⁸(C).

A capacidade reprodutiva da mulher com TME está conservada; se a gravidez não for desejada, ela deverá utilizar métodos contraceptivos, com necessária orientação médica. E, quando tomada a decisão de uma gravidez, a mulher com TME necessitará de acompanhamento médico para o cuidado das eventuais intercorrências durante o período⁹(C).

É importante ressaltar que, logo após o trauma, descreve-se um período denominado choque medular, no qual ocorre amenorreia, fase apresentada na literatura com variação de um a seis meses, impossibilitando a gravidez imediatamente após o trauma. Após o término desse período variável, a mulher retorna às condições favoráveis para uma gravidez¹⁰(D).

Para muitas mulheres a diminuição ou perda da sensibilidade geniturinária é um dos maiores impactos do TME. Consequentemente, essa alteração pode levar à incontinência urinária, caracterizando possivelmente a maior razão de restrição e esquivo em relação a atividade sexual¹¹(B).

Portanto, quando considerada a mulher com TME, a literatura descreve que os impactos normalmente se restringem aos aspectos físicos, psico-emocionais e sociais, já que a capacidade de gestar está preservada. Desse modo, fato importante a ser mencionado é que esses fatores interferem indiretamente na decisão e capacidade da mulher de ter filhos.

Sexualidade feminina versus trauma da medula espinhal

As considerações sobre a sexualidade da mulher com TME são inexpressivas e incompletas na literatura, fato devido principalmente ao julgamento de que ela possui menos dificuldades nessa área, quando comparada ao homem com TME⁵(D).

O TME pode proporcionar alterações que variam de acordo com o nível do trauma, sendo que, além das já mencionadas, somam-se ainda a diminuição da capacidade de lubrificação vaginal e dificuldade para atingir o orgasmo. Essa dificuldade em atingir o orgasmo muitas vezes pode advir da dificuldade de aceitação e também da disreflexia autonômica (DA), condição clínica que pode aparecer durante a relação, causando aumento na pressão arterial¹²(A).

Mesmo frente às dificuldades relatadas, segundo trabalho realizado junto a 507 mulheres com TME, 80% relataram ter retomado a atividade sexual após o TME, afirmando que a relação pode ser baseada na intimidade e preliminares, e ressaltando o fato de que a estimulação sexual é mais importante do que a forma e duração da relação¹³(A).

Esses são fatores de influência na qualidade da relação sexual da mulher após o TME, o que afeta diretamente sua autoestima. Apesar de todos os fatores descritos na literatura, é possível obter sucesso na relação, pois o sexo é também ligado ao estado psicológico, e assim há possibilidade de uma gestação advir dessa relação.

A disreflexia autonômica

A DA foi descrita parcialmente em 1890 e, de maneira completa, somente em 1947. É importante salientar que, para pacientes com TME associado à história prévia de hipertensão arterial, a gravidez é considerada de alto risco¹⁴(B).

A DA pode ocorrer em até 85% dos pacientes com nível de TME acima de T6⁸, caracterizando nessa ocasião a complicação mais importante do TME, podendo se apresentar durante o trabalho de parto ou no pós-parto. Causada por impulsos autonômicos e descarga em massa de catecolaminas em resposta à estimulação cutânea e/ou visceral, traduz-se por uma hiperatividade simpática do segmento medular distal¹⁵(D).

Os sinais e sintomas mais frequentes da DA são afasia, perda de consciência, dispneia, ansiedade, náuseas, bradicardia³(B), cefaleia, eritema cutâneo, taquicardia, hipertensão arterial, sudorese, piloereção, midríase, disritmias cardíacas, congestão nasal, espasmos musculares e, mais raramente, coma e convulsões. Esse fenômeno, se não diagnosticado e tratado, pode pôr em risco a vida da paciente, sendo os acidentes cardiovasculares e neurológicos as principais consequências¹(C).

Qualquer estímulo abaixo do nível da lesão, como amniorrexia, distensão perineal ou vaginal, instrumentação, incisão cutânea, dilatação cervical e até mesmo o cinto elástico utilizado para a monitorização fetal, pode desencadear a DA. Existem estudos sugerindo que a hiperreflexia causada por um parto induzido é de mais difícil controle em relação àquela causada por parto espontâneo, mas, sem dúvida, o estímulo cirúrgico de uma operação cesariana é o mais potente¹⁶(C).

A causa mais frequente de morte durante o parto se relaciona ao acidente vascular cerebral, devido à hipertensão arterial descontrolada causada pela DA¹⁷(C).

A anestesia peridural tem sido considerada por muitos o método mais eficaz para prevenção da DA durante o trabalho de parto espontâneo ou induzido, como também na operação

cesariana¹⁸(D). Sua utilidade se estende para o tratamento da DA no perioperatório, com complementação de anestésico local nos casos de nível insuficiente de bloqueio simpático e para a realização de analgesia no pós-operatório, prevenindo a hiper-reflexia no pós-parto⁹(C).

A DA é amplamente descrita na literatura, havendo uma concordância entre os diversos autores de que essa afecção representa o risco mais importante para a mulher com TME que deseja engravidar.

Gravidez no TME

Considerando a gravidez, os traumas torácicos altos e cervicais merecem uma atenção especial no aspecto da função respiratória, pois esta pode estar prejudicada pelo aumento do peso da gravidez e pelo trabalho de parto; assim, o risco de parto prematuro pode aumentar discretamente. O tipo de parto pode ser determinado por indicação do obstetra que acompanha a gestante e a indicação para o parto cesárea atinge os mesmo índices em relação às mulheres sem TME¹⁹(D).

Estudo realizado junto a 96 mulheres com TME observou a gravidez em 10,4%, sendo que a cesárea foi realizada em 100% dos casos e a gestação predominou em pacientes com paraplegia²⁰(B).

Quando o tipo de parto é o normal, há necessidade de atenção às possíveis complicações, como o aumento de infecções urinárias, da espasticidade, maior risco de úlceras de pressão, anemia e complicações tromboembólicas, entre outras¹⁰(D). Já complicações da fase crônica do trauma medular incluem alterações graves da ventilação, infecções crônicas tanto pulmonares quanto genitourinárias, alterações ósseas e de termorregulação, todas otimizadas pela gestação²¹(C).

O TME provoca também diminuição da reserva respiratória da capacidade vital, do volume corrente e pode levar ao aparecimento de atelectasias e pneumonias devido ao mau funcionamento muscular da caixa torácica. A hipotensão arterial também é uma ocorrência possível para paciente com TME, sendo frequente devido à falta de autorregulação – situação agravada durante a gestação devido às mudanças hormonais que provocam diminuição da resistência vascular sistêmica¹(C).

Em relação às contrações uterinas, os traumas completos da medula não as inibem. As contrações podem ser percebidas através de espasmos musculares abdominais ou dos membros inferiores, e ainda por aumento da pressão na região da pelve. Entretanto, pacientes com TME acima de T10 não conseguem identificar o momento do parto¹⁹(D).

A dilatação cervical é sentida a partir de T12 – onde as mulheres com trauma completo sentem dor e desconforto durante as contrações uterinas – e se faz necessário o monitoramento das contrações a partir do sétimo mês. Ainda por razão da fraqueza muscular abdominal, no parto vaginal pode ser necessário o uso de recurso de assistência como o fórceps e a episiotomia¹⁴(B).

Considerando os fatores descritos na literatura, pode-se observar que o parto normal é indicado para mulheres com TME – situação que muitas vezes é desconhecida, até pelas limitações físicas impostas pelo TME. Podemos observar também que o parto cesariana é o mais utilizado segundo as pesquisas disponíveis, mesmo considerando o fato de que a DA pode ser deflagrada pela instrumentação cirúrgica.

Conclusão

Durante a realização deste trabalho, foi observada a escassez de informações objetivas quanto à gravidez associada ao TME, sendo muito comum a exploração da sexualidade após o TME ou de aspectos isolados do assunto, dificultando assim a análise do contexto geral.

Mesmo com a dispersão dos conteúdos analisados, foi possível observar alguns aspectos comuns, tais como: depois de vencida a barreira da sexualidade, a gravidez é possível no TME; o tipo e nível de TME exercem interferência direta sobre a transcorrência da gravidez e do parto; a DA é a complicação mais mencionada e temida na gravidez ou no parto, podendo oferecer risco de morte; o uso de anestesia peridural é tido como o melhor método de prevenção da DA, tanto no parto normal como na cesariana; o parto tipo cesariana é relatado pelas pesquisas disponíveis como o mais frequentemente utilizado, mesmo na possibilidade do normal.

Leituras suplementares

1. Simoni RF, Leite MR, Fófano R, Giancoli M, Cangiani LM. Hiperreflexia autonômica em gestante tetraplégica: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2003;53(4):481-8.
2. Sodré PC. Estudo sobre a disfunção sexual de mulheres com lesão medular [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
3. Sartori NR Melo MRAC. Necessidades no cuidado hospitalar do lesado medular. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2002;35:151-9.
4. Dias CS. Influências dos fatores físicos e psicológicos na sexualidade do lesado medular. *Rev Bras Sex Hum.* 1997;8(1):119-32.
5. Manhães RB. A engenharia de reabilitação e as características psicossociais de pessoas com lesão medular submetidas a um programa de estimulação elétrica neuromuscular [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

6. Gaspar AP, Ingham SJM, Vianna PCP, Santos FPE, Chamlian TR, Puertas EB. Avaliação epidemiológica dos pacientes com lesão medular atendidos no Lar Escola São Francisco. *Acta Fisiátr.* 2003;10(2):73-7.
7. Girolamo FP. Aconselhamento sexual do paraplégico e tetraplégico. *Rev Bras Sex Hum.* 1996;7(1):31-42.
8. Murphy DB, McGuire G, Peng P. Treatment of autonomic hyperreflexia in a quadriplegic patient by epidural anesthesia in the postoperative period. *Anesth Analg.* 1999;89(1):148-9.
9. Kobayashi A, Mizobe T, Tojo H, Hashimoto S. Autonomic hyperreflexia during labour. *Can J Anaesth.* 1995;42(12):1134-6.
10. Campo M, Ramos AS. La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. *Revista de Terapia Sexual y de la Pareja.* 2003;16:4-18.
11. Ishibashi RAS, Olivieri FLD, Costa VSP. Perfil da função sexual em homens com lesão medular completa. *Unopar Cient.* 2005;7(1):65-8.
12. Sipski ML, Alexander CJ, Rosen RC. Orgasm in women with spinal cord injuries: a laboratory-based assessment. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995;76(12):1097-102.
13. Kreuter M, Siösteen A, Biering FS. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: a controlled study. *J Rehabil Med.* 2008;40(1): 61-9.
14. Cross LL, Meythaler JM, Tuel SM, Cross AL. Pregnancy following spinal cord injury. *West J Med.* 1991;154(5):607-11.
15. Saraiva RA, Piva Jr L, Paz Jr AC, Pacheco MAR. As bases fisiopatológicas para a anestesia no paciente com lesão medular. *Rev Bras Anesthesiol.* 1995;45(6):387-98.
16. Brian J, Clark R, Quirk J. Autonomic hyperreflexia, cesarean section and anesthesia. A case report. *J Reprod Med.* 1988;33:645-8.
17. Pardina B, Metje T, Villalonga A, Navarro M, García CH, Busquets C, et al. Embarazo y parto en la mujer con lesión medular em fase crónica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2001;48:93-6.
18. Hambly PR, Martin B. Anaesthesia for chronic spinal cord lesions. *Anaesthesia.* 1998;53(3):273-89.
19. Baker ER, Cardenas DD. Pregnancy in spinal cord injured women. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996;77(5):501-7.
20. Gaspar AP, Silveira VC. Gestação e lesão medular: estudo retrospectivo em uma amostra de 96 mulheres atendidas na AACD de 2002 a 2006. *Med Reabil.* 2007;26(3):65-7.
21. Crosby E, St-Jean B, Reid D. Obstetrical anaesthesia and analgesia in chronic spinal cord-injured women. *Can J Anaesth.* 1992;39(5 Pt 1):487-94.