

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN ADOLESCENTES. ESTUDIO LATINOAMERICANO
- VACINAS CONTRA A INFECÇÃO POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO – RECOMENDAÇÕES DA SOGIA-BR
- AGENESIA CONGÊNITA DO CLITÓRIS EM CRIANÇA DE 11 MESES DE IDADE



Brasília, junho de 2009.

Caros colegas,

Sócios da SOGIA, ginecologistas e obstetras, pediatras e outros profissionais que se dedicam à assistência de crianças e adolescentes com problemas ginecológicos e suas comorbidades.

Por meio deste primeiro comunicado, convidamos todos a participar do XI Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e da Adolescência, que será realizado em Brasília, no período de 11 a 14 de agosto de 2010.

Nossos desafios com mulheres dessa faixa etária são muitos: o exercício da sexualidade demanda cuidados e proteções específicas, como prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), contracepção de emergência e outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez e também de sua reincidência, identificação da violência sexual, que vem sendo cada vez mais revelada. Avanços na área de diagnósticos e abordagem cirúrgica por via endoscópica precisam ser discutidos, conhecidos e incorporados em nossa rotina de trabalho.

A atenção à saúde da criança e da adolescente tem crescido nos últimos anos, e sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um desafio tanto na ampliação da rede quanto na qualificação de nossos profissionais.

Brasília, com sua ampla rede hoteleira, a proximidade do aeroporto, a beleza natural do cerrado, sua gastronomia diversificada e de ótima qualidade, o lindo azul do céu que se assemelha ao do mar, o clima ameno e a receptividade dos brasileiros de todos os estados que aqui residem, permitirá aos colegas, que aqui vierem desfrutar de momentos de aprendizagem, crescimento pessoal, profissional e de muita alegria.

Aguardaremos vocês e prometemos nos dedicar com muito carinho à organização de nosso congresso.

José Domingues dos Santos Júnior
Presidente do Congresso



SUMÁRIO

EDITORIAL 2

ARTIGO ORIGINAL

Conocimiento y percepción de riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes. Estudio latinoamericano 3

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Vacinas contra a infecção por papilomavírus humano – Recomendações da SOGIA-BR 16

RELATO DE CASO

Agenesia congênita do clitóris em criança de 11 meses de idade 19

NOTÍCIAS E AGENDA 21

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida

EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Weissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)

Cremilda Costa de Figueiredo (BA)

Cristina Falbo Guazzelli (SP)

Denise Maia Monteiro (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

Fernando César de Oliveira Jr. (PR)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

José Domingues dos Santos Jr. (DF)

José Maria Soares Jr. (SP)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Herter (RS)

Marcelino H. Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marco Aurélio K. Galletta (SP)

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

Zuleide Felix Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida
josealcione.almeida@gmail.com
Tel. (11) 3825-2547

Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli
vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta
mgalletta@uol.com.br

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges
drbosco@terra.com.br

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida
anacelia.mesquita@yahoo.com.br

2º Tesoureiro

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti
albertinaduarte@ajato.com.br

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme
martarehme@uol.com.br

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide Felix Cabral
zuleidecabral@terra.com.br

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros
(81) 3342-0682
romycastro1@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53

Jardim América

CEP 05412-002 – São Paulo, SP

Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br

josealcione.almeida@yahoo.com.br

www.sogia.com.br



A MISSÃO NÃO CUMPRIDA

É comum dirigente no final de mandato fazer uma mensagem “Missão Cumprida”, elencando as diversas realizações no período de sua gestão.

Neste Editorial queremos externar nosso sentimento de final de mandato como “missão não cumprida”.

Obviamente que na meta traçada para nosso mandato há projetos possíveis e outros que podem ser sonhos. E como é bom sonhar!

Conseguimos manter a regularidade de nossos congressos nacionais e a circulação da Revista da SOGIA-BR, ambos com o padrão que recebem elogios frequentes de congressistas e leitores.

Em breve teremos nosso site funcionando em definitivo, com novas e interessantes seções. Para isso já assinamos o contrato com a empresa que já está trabalhando em sua reestruturação. O endereço continuará o mesmo: www.sogia.com.br.

Uma das novidades do novo site será a Revista da SOGIA que ficará on-line, possibilitando assim a ampliação do universo de leitores, o que levará à maior divulgação dos temas publicados, propiciando uma atualização constante dos profissionais da área.

Frequentemente recebemos consulta de colegas que solicitam opinião sobre determinados casos de pacientes. Isso nos inspirou a criar um link em nosso site para a discussão de casos clínicos. Preparem-se então para participar. As normas serão divulgadas pela revista ou mesmo diretamente pelo site.

Paralelamente trabalhamos com o objetivo da indexação da Revista da SOGIA e esperamos obter sucesso em mais uma etapa do processo de consolidação de nossa sociedade.

Tudo isso temos conseguido com a valiosa ajuda de membros da diretoria e do corpo de delegados, mas queremos mais realizações. Por isso, consideramos que nossa missão ainda não foi cumprida.

Esperamos o engajamento de mais sogianos nessa tarefa, contribuindo com sugestões, ideias e com material.

Um fraterno abraço,

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN ADOLESCENTES. ESTUDIO LATINOAMERICANO

KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF RISK OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN TEENAGERS. A LATIN AMERICAN STUDY

Autores: ESCOBAR DE FERNÁNDEZ ME¹, SALAZAR SANTOS G²

Coautores: MAUCÓ CORRALES S³, SANTOYO HARO S⁴, CORDOVA LEGUÍSAMO MB⁵, ASPILCUETA D⁶, REYES MT⁷, ROCA C⁸, MARULLO DÍAZ GE⁹, MUNDO CUERVO VH¹⁰, PRESENZA PEÑA GF¹¹

RESUMEN

Introducción: los adolescentes asumen conductas de riesgo que los llevan a exponerse a situaciones como el embarazo no deseado, abortos provocados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Constituyen el 30% de la población de Latinoamérica y por su gran vulnerabilidad se tomó la determinación de investigar acerca de las ITS en ellos. **Objetivos:** 1. Comparar el conocimiento sobre ITS entre los adolescentes de 6 países de Latinoamérica. 2. Determinar la percepción de riesgo de contagio de ITS y la prevención de estas mediante diferentes métodos, en los adolescentes de 6 países de Latinoamérica. **Métodos:** estudio prospectivo observacional realizado entre mayo y noviembre de 2006 en 6 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela). El estudio se realizó mediante encuestas de auto administración para adolescentes escolarizados, con edades entre los 14 y 21 años de edad, en diferentes instituciones y en varias ciudades. Las encuestas fueron procesadas con base en datos SPSSy se hizo el análisis y cruce de variables cuantitativas y cualitativas mediante determinación de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, t de Student, análisis de varianza (ANOVA, según terminología inglesa), test de Fisher, chi-cuadrado y test de Scheffé. **Resultados:** un 47.5 % de los adolescentes ya había iniciado relaciones sexuales en la edad promedio de 15.5 años. Un 90% tiene conocimiento sobre las ITS, pero el 73% muestra una escasa preocupación por el contagio. El estudio muestra que un bajo porcentaje obtiene información por medio de los médicos y tampoco tiene conocimiento sobre la transmisión vertical (madre-hijo) de determinadas ITS. **Conclusiones:** existe un conocimiento alto de las ITS en relación a la evidencia de cuidado hallada. Los datos obtenidos resaltan la necesidad de pasar a la implementación de planes de expansión nacional y regional para proteger a la población que presenta un alto potencial de contagio en la región.

Palabras-clave: Adolescencia, riesgo, infecciones de transmisiones sexual.

ABSTRACT

Introduction: Adolescents assume risky behaviors that face them with situations such as unplanned pregnancy, illegal abortion and Sexually Transmitted Infections (STI). Because they constitute 30% of Latin America's population with a high vulnerability, the study group determined the importance to perform this research about STI. **Objectives:** 1. To compare knowledge about STI among adolescents of six Latin American countries. 2. To determine the perception of risk of STI transmission on behalf of the care in sexual behavior observed among adolescents of six Latin American countries. **Methods:** Prospective and observational study performed from May to November 2006 in six Latin American countries (Argentina, Colombia, Ecuador, Mexico, Peru and Venezuela) using self polls for adolescents 14 to 21 years old from different public and private, religious and non religious schools and universities. Data were processed in SPSS V.12. Variables were analyzed by frequency determinations, medians, Student's t, variances (ANOVA), Chi-square, Fisher and Scheffé's tests. **Results:** 47.5% of adolescents have had sexual intercourse, median age of sexual initiation was 15.5 years. Knowledge about STI was near 90%, poor fear for transmission (73%). Minimal knowledge about vertical transmission of STI and poor medical information. **Conclusions:** There is high perception of knowledge on STI in relationship to the evidence of sexual care observed. Data obtained, show a great need for the development of national and regional policies to increase safe sexual behaviors in adolescents.

Keywords: adolescent, risk, sexually transmitted infections in teenagers.

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes en su camino a la consolidación de la propia identidad, característico de esta etapa, buscan vivir nuevas experiencias que les permitan afianzar su personalidad y separarse de sus padres, para lograr en algún momento clarificar su propio yo.

Ese trayecto se traza con numerosos ensayos de prueba y error, muchas veces asociados a la esfera de la sexualidad, con la finalidad de responder a demandas propias, del grupo de pares, de imagen social o cultural, y en contrapartida, para alejarse de su entorno familiar. Es así que muchos inician su actividad sexual sin siquiera haberlo planificado o deseado y sin la información necesaria para protegerse adecuadamente. Esto los lleva a exponerse al embarazo no deseado, abortos provocados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como el Sida, entre otras.

Las ITS están en constante aumento en los países latinoamericanos –según lo demuestran las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²⁻⁴– y la población joven permanece en primer lugar en los niveles de contagio, conformando así una población de alto riesgo⁵⁻⁸. El Plan Regional de VIH/ITS de la OPS para el Sector de la Salud 2006-2015 es una herramienta para asistir a los sectores de salud de las Américas para responder más eficazmente a la epidemia de VIH y prevenir y controlar las ITS⁹.

La educación aparece como una variable significativa en la predicción de algunos emergentes en salud, y el área de salud reproductiva específicamente es una de ellos¹⁰⁻¹¹.

Sabiendo que los adolescentes constituyen el 30% de la población latinoamericana⁴, representando un gran potencial de desarrollo para sus países, y que en contrapartida son el grupo etario más vulnerable a infecciones que pueden comprometer su salud por su morbilidad y mortalidad, los autores decidimos investigar acerca de ellas con la perspectiva de ampliar y aclarar la información disponible en esta área.

OBJETIVOS

- Evaluar el conocimiento sobre ITS en adolescentes, mediante un análisis comparativo entre 6 países latinoamericanos.
- Evaluar la percepción de riesgo de contagio de ITS tomando como referente el uso de métodos preventivos, mediante un análisis comparativo entre 6 países latinoamericanos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: se realizó un estudio prospectivo observacional entre mayo y noviembre de 2006, utilizando una encuesta de autoadministración, en 6 países latinoamericanos (en orden alfabético): Argentina, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela. En todos ellos se utilizó una encuesta estándar (supervisada y aprobada previamente por el Comité de Bioética de la Universidad del Rosario de Bogotá), y se garantizó la confidencialidad y anonimato de las respuestas.

Población: adolescentes escolarizados, entre 14 y 21 años de edad, de escuelas secundarias y universidades estatales y privadas, laicas o confesionales. Los jóvenes encuestados pertenecían a poblaciones urbanas y fueron seleccionados al azar. La encuesta se realizó en:

Argentina: Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Colombia: Bogotá, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Cali y Cúcuta.

Ecuador: Quito y Guayaquil.

México: México D.F.

Perú: Lima.

Venezuela: Estado Lara, Estado Yaracuy y Distrito Capital.

Se recolectaron 1.000 encuestas por país, las que fueron revisadas y seleccionadas con base en las siguientes pautas:

Criterios de inclusión

Ambos sexos

Edad entre 14 y 21 años

Escuela secundaria o universidad en curso

Criterios de exclusión

Abandono de educación secundaria o universitaria

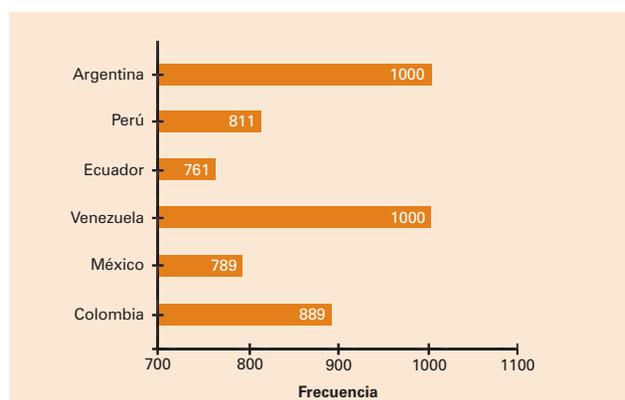
Menores de 14 o mayores de 21 años.

En total entre los 6 países se recolectaron 5.250 encuestas válidas, las cuales se presentan en la Tabla 1 y Gráfico 1.

Número de encuestas válidas por país

Tabla 1. Población total

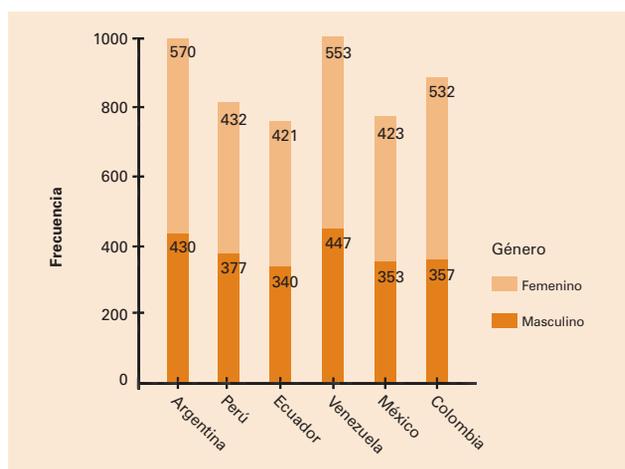
	Frecuencia	%
Argentina	1.000	19,0
Perú	811	15,4
Ecuador	761	14,5
Venezuela	1.000	19,0
México	789	15,0
Colombia	889	16,9
Total	5.250	100,0

Gráfico 1. Número de encuestas válidas por país

En el Gráfico 2 y la Tabla 2 se presenta la distribución por sexo, que es del 44% para los varones y del 56% para las mujeres en el total de la población. No se presentan diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre países.

En la Tabla 3 se presenta el nivel educativo de los encuestados.

Edad: en la Tabla 4 se presenta la distribución por edad y por país. El promedio para la población general es de 16.76 años.

Gráfico 2. Distribución de género por país**Tabla 2.**

Frecuencias	Género		Total
	Masculino	Femenino	
Argentina	430	570	1.000
Perú	377	432	809
Ecuador	340	421	761
Venezuela	447	553	1.000
México	353	423	776
Colombia	357	532	889
Total	2.304	2.931	5.235

Tabla 3.

Nivel Educativo		Frecuencia	%	% válido
Válidos	Secundario estatal	2.084	39,7	41,0
	Secundario privado laico	1142	21,8	22,5
	Secundario privado religioso	447	8,5	8,8
	Universidad estatal	431	8,2	8,5
	Universidad Privada Laica	869	16,6	17,1
	Universidad privada religiosa	107	2,0	2,1
	Total	5.080	96,8	100,0
Datos perdidos		170	3,2	
Total		5.250	100,0	

Tabla 4.

País	Media	N	Desv. típ.
Argentina	16,82	1.000	1,358
Perú	16,60	811	1,632
Ecuador	16,68	761	1,322
Venezuela	16,75	1.000	1,553
México	16,44	579	1,597
Colombia	17,10	889	1,916
Total	16,76	5.040	1,585
Perdidos		210	

METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

Las encuestas fueron tabuladas en su país de origen con el programa Excel y centralizadas y procesadas en una base de datos final con el programa SPSS V.12. Para el análisis se utilizaron los siguientes métodos estadísticos:

Para la descripción de las variables cualitativas se realizaron análisis de frecuencias y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central (promedio, mediana) y las medidas de dispersión (desvío estándar).

Cuando se evaluó la asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de independencia entre variables (chi-cuadrado, correcciones por continuidad y test exacto de Fisher). Para analizar las variables cuantitativas se utilizó t de Student para muestras independientes, en el caso de que el factor tuviera 2 categorías; y, el análisis de varianza, en el caso de que el factor tuviera más de 2 categorías. Para las comparaciones múltiples (post hoc) se empleó el test de Scheffé.

VARIABLES CONSIDERADAS

- Menarquía
- **Actividad sexual:**
 - ⇒ Inicio de Relaciones Sexuales (IRS), edad, uso de Método Anticonceptivo (MAC) en la primera relación sexual.
 - ⇒ Actividad sexual actual, uso de MAC actual, uso de condón, número de parejas sexuales, preocupación por el riesgo de un embarazo.
- Conocimiento de ITS
- Preocupación por el riesgo de contagio
- Cuidados para evitar el contagio
- Conocimiento de vías no sexuales de contagio
- Fuentes de información

RESULTADOS

Menarquía: la edad promedio general es de 12.32 años.

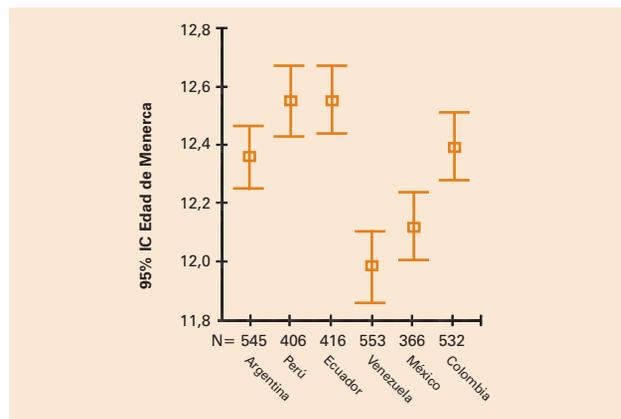
La discriminación por países se muestra en la Tabla 5. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de edad en la cual las adolescentes tienen su menarquía, en los diferentes países. (ANOVA: $F=14,83$; $p<0,001$).

El análisis post hoc (Scheffé) muestra a Venezuela y México con promedios de edades menores; en un grupo intermedio están Colombia y Argentina; y Ecuador y Perú tienen promedios de edades superiores. Esto se visualiza en el Gráfico 3.

Tabla 5.

País	Media	N	Desv. típ.	Mediana
Argentina	12,35	544	1,235	12,00
Perú	12,54	403	1,214	13,00
Ecuador	12,55	415	1,202	12,00
Venezuela	11,98	553	1,445	12,00
México	12,13	356	1,121	12,00
Colombia	12,39	532	1,333	12,00
Total	12,32	2803	1,293	12,00

Gráfico 3.



ACTIVIDAD SEXUAL

Inicio de Relaciones Sexuales (IRS)

El 47.5% de los jóvenes encuestados habían iniciado su actividad sexual. La distribución por género presenta una diferencia estadísticamente significativa a favor del masculino (59.9%), mientras que para el femenino el porcentaje fue de 37.6%. Esto se muestra en la Tabla 6. (Chi cuadrado=255,61; $p<0,001$).

Tabla 6.

		Ha tenido relaciones sexuales				Total	
		Si		No		N	%
		N	%	N	%		
Género	Masculino	1.375	59,9%	919	40,1%	2.294	100,0%
	Femenino	1.093	37,6%	1.811	62,4%	2.904	100,0%
Total		2.468	47,5%	2.730	52,5%	5.198	100,0%

En el análisis comparativo por país se encuentran diferencias estadísticamente significativas en esta variable. Ecuador tiene el porcentaje más bajo de jóvenes con inicio de actividad sexual (34%); luego, un grupo intermedio es compuesto por México (45.2%), Venezuela (47.7%) y Perú (43.4%); y Colombia y Argentina presentan el porcentaje más alto de jóvenes sexualmente activos: 54.2% y 56.6% respectivamente. Esto se visualiza en la Tabla 7.

Tabla 7. IRS porcentaje por País

		Ha tenido relaciones sexuales		Total
		Si	No	
País	Argentina	56,6%	43,4%	100,0%
	Perú	43,4%	56,6%	100,0%
	Ecuador	34,2%	65,8%	100,0%
	Venezuela	47,7%	52,3%	100,0%
	México	45,2%	54,8%	100,0%
	Colombia	54,2%	45,8%	100,0%
Total		47,5%	52,5%	100,0%

(Chi cuadrado= 109,7; $p<0,001$)

EDAD DE IRS

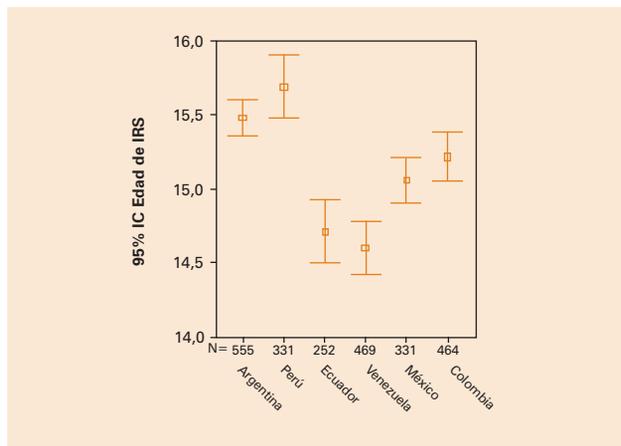
La edad de IRS presenta una media de 15.15 años para el total de la población, pero al realizar el análisis comparativo entre los países se observan diferencias significativas (Tabla 8).

Tabla 8. Edad de primera relación sexual por país

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
Argentina	555	15,49	1,441	15,37	15,61	11	20
Perú	331	15,70	1,972	15,49	15,91	10	20
Ecuador	252	14,71	1,712	14,50	14,93	10	20
Venezuela	469	14,60	1,966	14,42	14,78	10	20
México	331	15,06	1,416	14,91	15,22	11	20
Colombia	464	15,22	1,776	15,06	15,38	10	21
Total	2.402	15,15	1,763	15,08	15,22	10	21

(ANOVA: F=24,27; p<0,001)

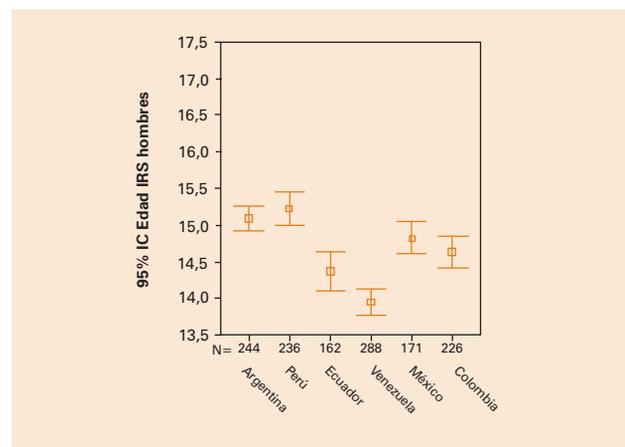
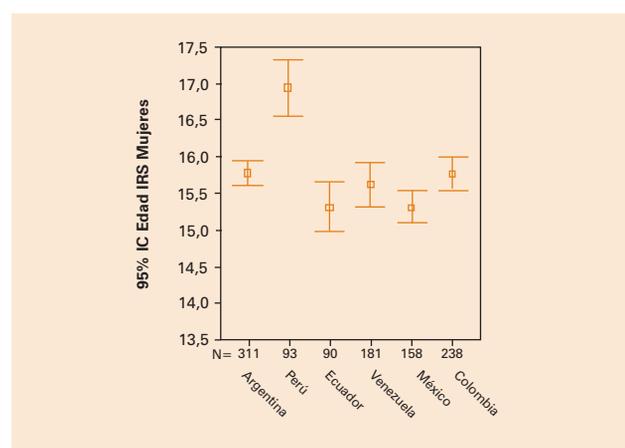
Al presentar los porcentajes gráficamente se evidencian claramente 3 grupos: Ecuador y Venezuela presentan un promedio de edades más precoces de IRS; México y Colombia conforman un grupo intermedio; y Perú y Argentina presentan un promedio de edades más tardías de IRS (Gráfico 4).

Gráfico 4.

Al realizar la discriminación por género se mantiene una distribución similar a la población total en los varones (Gráfico 5), que permanecen distribuidos en 3 grupos bien identificables en los cuales se mantienen diferencias significativas: Venezuela y Ecuador con las edades más tempranas; México y Colombia en un grupo intermedio; y Argentina y Perú con edades más tardías. Por su parte, la población de mujeres (Gráfico 6) presenta los siguientes porcentajes: Ecuador y México constituyen el grupo de edades mejores; Colombia, Venezuela y Argentina, el grupo intermedio; y Perú, el grupo de edades mayores.

Uso de MAC en la primera relación sexual

El 60.9% de los varones y el 64.7% de las mujeres usaron algún MAC en su primera relación sexual, lo cual no muestra

Gráfico 5. IRS en varones por país**Gráfico 6.** IRS en mujeres por país

diferencia significativa entre géneros, con la excepción de Ecuador, en que es mayor en varones (73.8% vs. 55.2%). Sí se observan diferencias al discriminar por países. Estos datos se presentan en la Tabla 9 y 10.

Tabla 9. Uso de MAC en IRS por País en población total

	País	En la 1º relación sexual uso MAC		Total
		Si	No	
	Argentina	84,9%	15,1%	100,0%
	Perú	42,2%	57,8%	100,0%
	Ecuador	67,1%	32,9%	100,0%
	Venezuela	45,6%	54,4%	100,0%
	México	76,4%	23,6%	100,0%
	Colombia	57,1%	42,9%	100,0%
	Total	62,6%	37,4%	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson: 271,208. $p < 0.001$ **Tabla 10.** Uso de MAC por país y por género

Género	País	En la 1º relación sexual usó MAC		Total
		Si	No	
Masculino	Argentina	88,2%	11,8%	100,0%
	Perú	40,7%	59,3%	100,0%
	Ecuador	73,8%	26,2%	100,0%
	Venezuela	45,4%	54,6%	100,0%
	México	73,5%	26,5%	100,0%
	Colombia	57,4%	42,6%	100,0%
	Total	60,9%	39,1%	100,0%
Femenino	Argentina	82,2%	17,8%	100,0%
	Perú	45,7%	54,3%	100,0%
	Ecuador	55,2%	44,8%	100,0%
	Venezuela	45,9%	54,1%	100,0%
	México	79,2%	20,8%	100,0%
	Colombia	56,7%	43,3%	100,0%
	Total	64,7%	35,3%	100,0%

(Chi-cuadrado de Pearson para género masculino: 167,909; $p < 0.001$)(Chi-cuadrado de Pearson para género femenino: 108,279; $p < 0.001$)

USO DE MAC EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

El 60.9% de los varones y el 64.7% de las mujeres usaron algún MAC en su primera relación sexual, lo cual no muestra diferencia significativa entre géneros, con la excepción de Ecuador, donde es mayor el porcentaje de varones (73.8%) con respecto al de mujeres (55.2%). Sin embargo, sí se observan diferencias al discriminar los resultados por países. Estos se presentan en las Tablas 9 y 10.

Perú y Venezuela presentan los menores índices de uso de MAC en IRS, mientras que Argentina tiene un índice

del 84.9%. Le siguen México, Ecuador y Colombia en orden decreciente.

Hay una diferencia considerable entre los jóvenes de México y Argentina—quienes presentan un alto porcentaje de uso de MAC en ambos sexos (alrededor del 80%)— con respecto a los de Colombia y Ecuador (alrededor de 55%), y muy bajo en Perú y Venezuela—quienes, por su parte, presentan un bajo porcentaje (por debajo de 46%).

Con respecto al tipo de MAC utilizado en la primera relación sexual, el 59.57% de la población total de los encuestados refieren haber usado condón en su “primera vez”, siendo este el método más utilizado con respecto a los otros MAC, los cuales presentan un bajo porcentaje de empleo (por debajo del 3.4%) en todos los países. El 35% no responde a esta pregunta (Tabla 11).

Tabla 11.

	Tipo de MAC en IRS	Frecuencia	%
Válidos	Condón	890	59,57%
	Anticonceptivo oral	44	2,95%
	Condón + ACO	14	0,94%
	Condón + espermicida	2	0,13%
	Otros	12	0,80%
	Anticoncepción de emergencia	2	0,13%
	Total	964	64,52%a
	Perdidos sistema	530	35,48%
Total	1.494	100,00%	

ACTIVIDAD SEXUAL ACTUAL

El 63.1% de aquellos que manifestaron IRS tiene vida sexual activa en el momento de la encuesta.

El análisis de la variable permite encontrar diferencias estadísticamente significativas en el análisis por país (Tabla 12).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en la continuación de la actividad sexual, después de la “primera vez”, por género; los porcentajes son similares en todos los países.

De los jóvenes que actualmente tienen RS, no se observan diferencias entre géneros en los diferentes países.

USO ACTUAL DE MAC

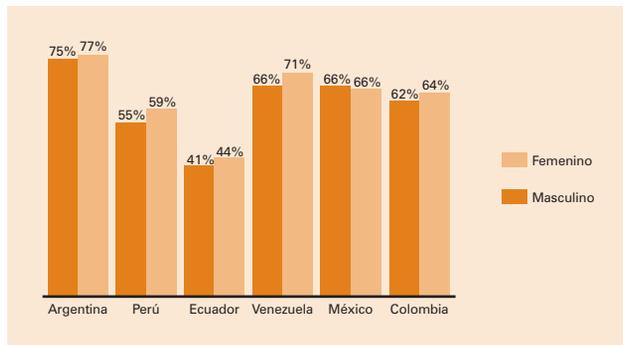
De manera global, el 78.9% de los jóvenes que tienen actividad sexual en el momento de la encuesta manifestó utilizar algún MAC. Esta cifra es mayor con respecto al uso de MAC

Tabla 12.

			Tiene actualmente relaciones sexuales		Total	
			Si	No		
País	Argentina	Frecuencia	415	139	554	
		% de País	74,9%	25,1%	100,0%	
	Perú	Frecuencia	185	151	336	
		% de País	55,1%	44,9%	100,0%	
	Ecuador	Frecuencia	106	153	259	
		% de País	40,9%	59,1%	100,0%	
	Venezuela	Frecuencia	316	161	477	
		% de País	66,2%	33,8%	100,0%	
	México	Frecuencia	229	116	345	
		% de País	66,4%	33,6%	100,0%	
	Colombia	Frecuencia	294	182	476	
		% de País	61,8%	38,2%	100,0%	
	Total		Frecuencia	1.545	902	2.447
			% de País	63,1%	36,9%	100,0%

(Pruebas de Chi-cuadrado = 101,231 p < 0.001)

Gráfico 7. RS actual por país y género



en el IRS. Cuando hay continuidad en la actividad sexual hay un aumento en el uso de condón; el porcentaje es altamente significativo con respecto al uso de los anticonceptivos orales (21.7%) y también aparece el uso del condón más anticonceptivos orales (Gráficos 8 y 9).

Al evaluar la utilización de condón por género no se observan diferencias significativas en la población general, pero sí al hacer la comparación entre países.

Los jóvenes de México que siempre usan condón llegan al 81.3% (Tabla 13 y Gráfico 10).

Gráfico 8. Actualmente usas MAC

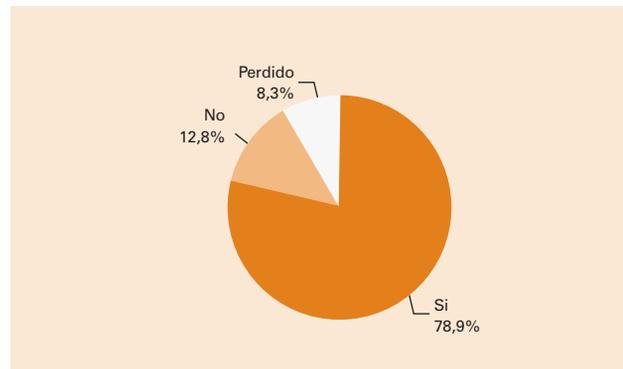


Gráfico 9. Tipo de MAC em RS actual

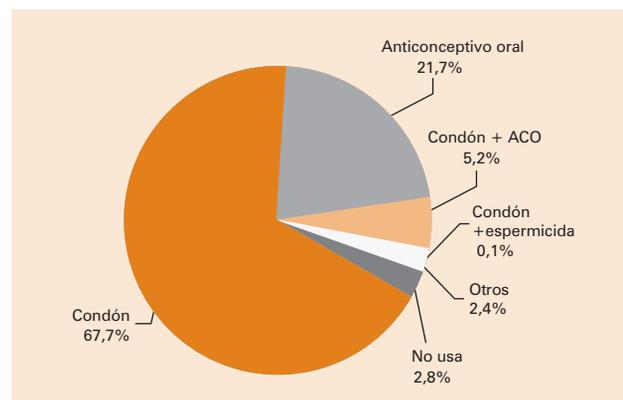
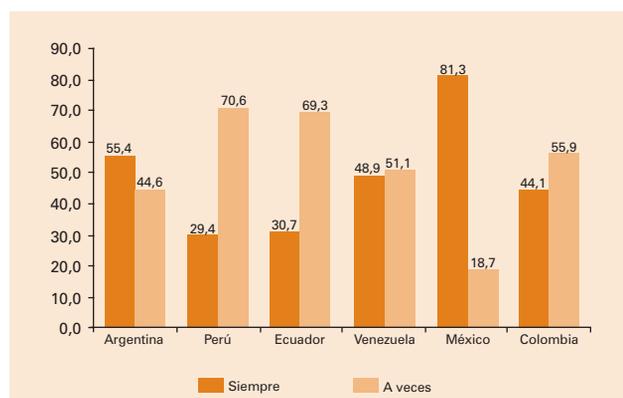


Tabla 13. País-uso del condón

		Uso del condón		Total	N
		Siempre	A veces		
País	Argentina	55,4%	44,6%	100,0%	381
	Perú	29,4%	70,6%	100,0%	163
	Ecuador	30,7%	69,3%	100,0%	88
	Venezuela	48,9%	51,1%	100,0%	264
	México	81,3%	18,7%	100,0%	198
	Colombia	44,1%	55,9%	100,0%	256
Total		51,0%	49,0%	100,0%	1350

(Chi-cuadrado de Pearson = 125,870. p < 0.001)

Gráfico 10.



NÚMERO DE PAREJAS

El 62.6% de los jóvenes manifestaron haber tenido hasta 2 parejas sexuales en el momento del estudio (Tabla 14).

Al realizar la discriminación por género se observan diferencias estadísticamente significativas; un mayor número de parejas en el sexo masculino ($p < 0.001$) (Tabla 15 y Gráfico 11).

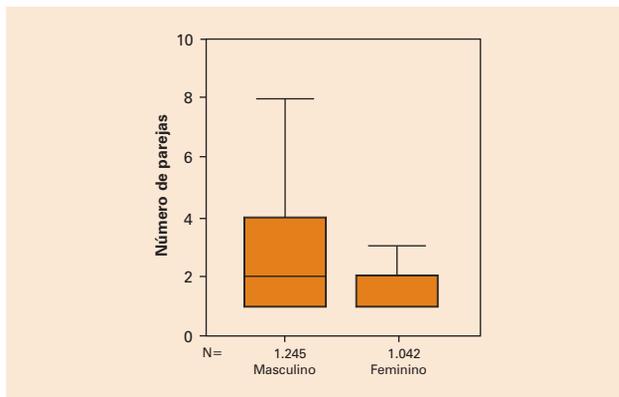
Tabla 14.

		Frecuencia	%	% válido
Válidos	1	932	37,7	40,7
	2	502	20,3	21,9
	3	335	13,6	14,6
	4	193	7,8	8,4
	5	114	4,6	5,0
	6-18	214	8,6	9,4
	Total	2.290	92,6	100,0
Perdidos sistema	182	7,4		
Total	2.472	100,0		

Tabla 15.

Género	Media	N	Desv. tít.	Mediana	Mínimo	Máximo
Masculino	3,12	1.245	2,484	2,00	1	18
Femenino	2,08	1.042	1,963	1,00	1	18
Total	2,65	2.287	2,320	2,00	1	18

Gráfico 11.



LOS ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA TIENEN TEMOR A UN EMBARAZO?

El 63.1% de los jóvenes encuestados está preocupado por esta contingencia, y es común dicha preocupación en ambos sexos. Solo aparecen diferencias significativas cuando se discriminan los resultados por países, y se pueden definir 3 grupos: Colombia, con un 80.6% de temor a embarazo; México, Argentina,

Ecuador y Perú con cifras entre el 60% y el 72%; y Venezuela con un nivel de preocupación del 45.8%. (Chi-cuadrado de Pearson 234,451; $p < 0.001$).

CONOCIMIENTO DE ITS

El 93.2% de los jóvenes conocían una o más ITS (Tabla 16 y Gráfico 12).

Tabla 16.

		Frecuencia	%	% válido
Válidos	Si	4.883	93,0	93,2
	No	358	6,8	6,8
	Total	5.241	99,8	100,0
Perdidos sistema		9	2	
Total		5.250	100,0	

Gráfico 12.

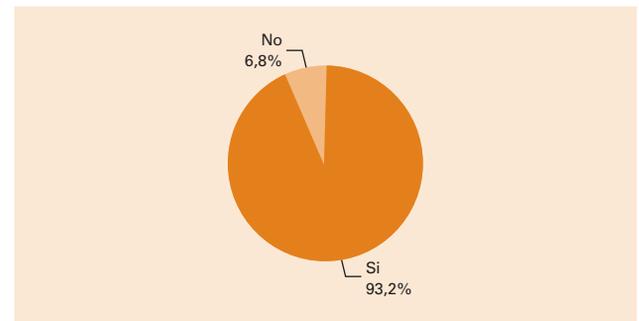


Tabla 17. País-conocimiento de ITS

	País	Conoce ITS		Total
		Si	No	
	Argentina	93,2%	6,8%	100,0%
	Perú	87,7%	12,3%	100,0%
	Ecuador	90,9%	9,1%	100,0%
	Venezuela	96,6%	3,4%	100,0%
	México	92,8%	7,2%	100,0%
	Colombia	96,6%	3,4%	100,0%
	Total	93,2%	6,8%	100,0%

(Prueba de Chi-cuadrado = 79,401; $p < 0.001$)

La distribución por país permite encontrar diferencias estadísticamente significativas: en Perú, más del 12% de los jóvenes encuestados no conoce las ITS (Tabla 18).

Al explorar el conocimiento de ITS entre aquellos que iniciaron actividad sexual, el 93% de los encuestados manifiesta conocer por lo menos 1. No se observan diferencias en el conocimiento al considerar IRS o número de parejas sexuales (Tablas 18 y 19).

Tabla 18.

		Conoce ITS		Total
		Si	No	
Relaciones sexuales	Si	93,4%	6,6%	100,0%
	No	93,3%	6,7%	100,0%
Total		93,3%	6,7%	100,0%

Tabla 19.

		Conoce ITS		Total
		Si	No	
Cantidad de parejas	hasta 2	1.367	95	1.462
	más de 2	809	54	863
Total		2.176	149	2.325

En cuanto a las infecciones conocidas, el VIH sigue siendo la más nombrada y tiene una distribución similar en todos los países, con una cifra superior al 92%. Le siguen en frecuencia sífilis (46.3%) y gonorrea (41.5%), y en porcentaje decreciente: herpes genital, virus del papiloma humano, chancro blando y las clamidias (Tabla 20).

Tabla 20.

	N	%	
		Respuestas	Casos
HIV-Sida	3738	41,1	92,7
Hepatitis B	277	3,0	6,9
Herpes	600	6,6	14,9
Sífilis	1.866	20,5	46,3
Gonorrea	1.674	18,4	41,5
Chancro blando	145	1,6	3,6
Hongo	133	1,5	3,3
Ladilla	79	,9	2,0
Chlamydia	42	,5	1,0
Papiloma	545	6,0	13,5
Total respuestas	9.099	100,0	225,6

PREOCUPACIÓN POR EL CONTAGIO DE UNA ITS

El 73.9% de los jóvenes se manifestaron preocupados por esta posibilidad (Tabla 21).

Al considerar la misma pregunta solo para aquellos que habían iniciado relaciones sexuales (IRS) el porcentaje es similar al de la muestra total (Tabla 22).

Tabla 21.

		Frecuencia	%	% válido
		Válidos	Si	3.585
	No	1.269	24,2	26,1
	Total	4.854	92,5	100,0
Perdidos sistema		396	7,5	
Total		5.250	100,0	

Tabla 22.

Preocupación por ITS en IRS		Frecuencia	%	% válido
Válidos	Si	1.820	73,6	75,4
	No	593	24,0	24,6
	Total	2.413	97,6	100,0
Perdidos sistema		59	2,4	
Total		2.472	100,0	

CUIDADOS PARA EVITAR EL CONTAGIO

Solo el 55.8% de los encuestados responde acerca de estos cuidados, y los orienta hacia la utilización del preservativo (61.1%), seguido por abstinencia (16.7%) y monogamia (9%), (Tabla 23). Al considerar solo los que iniciaron actividad sexual (solo IRS), aumenta el porcentaje para el uso del condón al 73.4%, disminuye el de abstinencia al 2% y la monogamia se mantiene en valores similares (12%). Es menor pero igualmente significativo el porcentaje de falta de respuesta (29.2%), (Tabla 24).

Tabla 23. Cuidados para no contagiarse

	Frecuencia	%	% válido
Abstinencia	491	9,4	16,7
Condón	1.792	34,1	61,1
Anticonceptivo oral	83	1,6	2,8
Condón + ACO	13	,2	,4
Monogamia	264	5,0	9,0
Información	32	,6	1,1
Ninguno	158	3,0	5,4
Higiene	28	,5	1,0
Total	2.932	55,8	100,0
Perdidos sistema		2.318	44,2
Total		5.250	100,0

Tabla 24. Cuidados para evitar el.

	Frecuencia	%	% válido
Abstinencia	52	2,1	3,0
Condón	1.285	52,0	73,4
Anticonceptivo oral	33	1,3	1,9
Condón + ACO	5	,2	3
Condón + monogamia	24	1,0	1,4
Control + monogamia	9	,4	,5
Monogamia	210	8,5	12,0
Información	15	,6	,9
Ninguno	94	3,8	5,4
Total	1.751	70,8	100,0
Perdidos Sistema		721	29,2
Total		2.472	100,0

CONTAGIO POR OTRAS VÍAS

La mayoría de respuestas (el 77.2%) están orientadas al contagio por vía sanguínea, por medio de sangre o material infectado como las jeringas (Tabla 25).

Tabla 25.

	N	%	
		Respuesta	Casos
Contagio sangre	1773	53,7	68,4
Contagio jeringa	777	23,5	30,0
Contagio saliva	126	3,8	4,9
Contagio por sexo no protegido	74	2,2	2,9
Contagio drogas	56	1,7	2,2
Contagio vertical	120	3,6	4,6
Contagio beso	100	3,0	3,9
Contagio sexo oral	76	2,3	2,9
Contagio otros	41	1,2	1,6
Contagio tatuaje	58	1,8	2,2
Contagio otras vías	99	3,0	3,8
Total respuestas	3.300	100,0	127,3

FUENTES DE INFORMACIÓN

El colegio es la principal fuente de información sobre ITC para los jóvenes. La familia es la segunda (Tabla 26).

Tabla 26.

	N	%	
		Respuesta	Casos
Información casa	660	10,6	17,0
Información padres	385	6,2	9,9
Información colegio	2.935	47,2	75,8
Información medios de comunicación	632	10,2	16,3
Información charla	324	5,2	8,4
Información amigos	209	3,4	5,4
Información otros	99	1,6	2,6
Información médico	471	7,6	12,2
Información folletos, libros	339	5,5	8,8
Información internet	163	2,6	4,2
Total respuestas	6.217	100,0	160,5

DISCUSIÓN

La edad en la cual las adolescentes tienen su menarquía presentó una diferencia entre países estadísticamente significativa: Venezuela y México presentan las edades más tempranas; Argentina y Colombia conforman un grupo con las edades intermedias; y Perú y Ecuador presentan las edades más tardías. La altura sobre el nivel del mar podría ser un factor por el cual se presentan estas diferencias, asociado a factores nutricionales, si consideramos que la población incluyó regiones de gran altitud.

La actividad sexual se investigó mediante diversas variables:

- El IRS presentó mayor proporción para los varones, tanto en la población total como en la distribución por países, lo que demuestra claramente una diferencia de géneros. Colombia y Argentina conforman el grupo que tiene un porcentaje más elevado de IRS (54.6 y 56.6% respectivamente); México, Venezuela y Perú tienen un porcentaje intermedio (45.2%, 47.7% y 43.4% respectivamente); y Ecuador presenta el menor porcentaje en IRS en esta población escolarizada (34.2%).
- La IRS tiene una media global de 15.15 años. Se muestran diferencias significativas por país y por género. A pesar de que en Ecuador el porcentaje de jóvenes iniciados sexualmente es el más bajo, estos lo hacen tempranamente, al igual que los de Venezuela, con una edad promedio de 14.6 años. Siguen México y Colombia con un promedio intermedio; y Perú y Argentina con las edades promedio más altas. De todos modos, la edad promedio sigue siendo temprana para IRS en todos los grupos. Al discriminar por género, el masculino repite la distribución de la población general, pero se observan diferencias en las mujeres, quienes en Ecuador y México se inician más tempranamente (15.25 años); en Colombia, Venezuela y Argentina conforman un grupo intermedio; y en Perú se inician a edades mayores (17 años).
- El uso de método anticonceptivo en el inicio sexual fue en promedio del 60.9% para los varones y del 64.7% para las mujeres, considerando la población total. Se mantiene similitud al analizar por país y género, con excepción de Ecuador, donde el porcentaje es mayor en los varones (73.8%) con respecto a las mujeres (55.2%). Esta diferencia puede ser adjudicada fundamentalmente al menor poder de negociación en el uso de condón que frecuentemente se presenta en la mujer.
- Aparecen diferencias significativas al estudiar cada país. En las jóvenes es preocupante el bajo porcentaje de cuidado observado en línea descendiente para Venezuela, Perú, Ecuador y Colombia. En Argentina y México los porcentajes son superiores, probablemente debido a la existencia de campañas informativas dirigidas, en general, a prevención de VIH, lo que ha hecho que aumente el uso del condón. En los varones, Perú, Venezuela, Ecuador y Colombia mantienen niveles bajos de cuidados en el inicio sexual (inferiores al 57%). Las cifras halladas preocupan por el alto porcentaje

de adolescentes que queda expuesto a embarazo no deseado y a las ITS.

- El preservativo es el método más usado (69.1%), y se presenta una escasa participación de los otros MAC (por debajo del 3.4% para todos los países). El 25% no responde a esta pregunta. ¿Estará esto relacionado con el uso de coito interrumpido, con temor a dar una respuesta? Las hipótesis han sido numerosas, pero ninguna lo suficientemente satisfactoria para los investigadores. Además, es muy bajo el porcentaje de jóvenes que menciona la anticoncepción de emergencia, método que no está difundido lo necesario como para que puedan usarlo en la ocasión adecuada. En muchas regiones de Latinoamérica el acceso a este método no está facilitado, ni mucho menos difundido, pues existen mitos y falsas creencias al respecto, asociados a la fuerte presión en contra de su uso de sectores conservadores de las sociedades. Este punto ha sido común para los 6 países.
- Sobre la continuación en la actividad sexual después de la “primera vez”, se observó que de los iniciados siguen sexualmente activos un 63.1%. Los jóvenes argentinos mantienen actividad sexual casi en un 74.9% de los casos, mientras que los de Colombia, Venezuela y México lo hacen en un porcentaje más bajo (61.8%, 66.2% y 66.4% respectivamente). Aproximadamente la mitad de los que iniciaron actividad sexual en Perú no la conservaban en el momento de la encuesta. En Ecuador, el 59.1% de los jóvenes que tuvieron su primera vez se mantenían sexualmente inactivos. No se encontraron diferencias por género en cada país.
- En cuanto a la variable de uso de MAC en relaciones sexuales actuales en el análisis de esta variable aparecen diferencias significativas con respecto al uso y distribución de los métodos. Hay un porcentaje del 78.9% que los utiliza, mayoritariamente el condón (67.7%) y aparece un aumento en el uso de anticoncepción oral (21.7%). El uso combinado de ambos (doble barrera, doble protección, pareja ideal, de acuerdo con el lenguaje de cada país), aparece lamentablemente en una proporción muy baja (5.2%). Considerando que este es el método que brinda mayor protección contra el embarazo no deseado y las ITS, es preocupante el bajo porcentaje observado. Del análisis de los datos se podría inferir que los jóvenes realizan una consulta médica con posterioridad al IRS, lo que justificaría los aumentos del porcentaje para el uso del anticonceptivo oral y de la doble barrera o pareja ideal.

- En cuando al modo de utilización del condón se observó que una alta proporción de los jóvenes que usan condón en sus relaciones sexuales lo hacen “a veces”. Esta cifra es muy elevada y se mantiene en todos los países: Perú, 70.6%; Ecuador, 69.3%; Colombia, 55.9%; Venezuela, 51.1%; Argentina, 44.1%. La excepción es México, pues allí se han desarrollado campañas intensivas para promover su uso constante, con resultados muy alentadores.
- Tanto en mujeres como en varones hemos encontrado en las encuestas la mención de que solo usan el condón cuando tienen sexo con parejas ocasionales, y no con su “novio” o “novia”. Estos comentarios no hacen sino reafirmar la importancia de continuar con trabajos de formación con respecto a los riesgos de una sexualidad activa sin la adecuada protección en todo momento, pues de igual manera quedan expuestos a las ITS y al embarazo no deseado.
- ¿Los adolescentes son promiscuos? La creencia popular de la “promiscuidad adolescente” queda desmitificada dadas las cifras obtenidas: el 62.6% manifestó 2 o menos parejas sexuales, lo cual pareciera indicar que dicho comportamiento sexual es más una característica de cada individuo en sí que de los adolescentes en general. La diferencia significativa que se observa en el número de parejas sexuales, siendo este mayor para los varones, marca una vez más la diferencia de género en nuestras poblaciones latinoamericanas.

La percepción de riesgo de ITS se ha analizado a partir de diversas variables:

- El 63.1% de la población sexualmente activa muestra preocupación por el embarazo no deseado, sin diferencias de género. Al realizar la comparación entre países, se pueden definir claramente tres grupos: Colombia, con 80% de temor a embarazo, México, Argentina, Ecuador y Perú con cifras entre 60% y el 72%, Venezuela con un nivel de preocupación muy inferior, del 45.8%.
- Conocimiento de ITS: con excepción de Perú (87%), por encima del 90% de los jóvenes conocían por lo menos la existencia de una ITS. Al analizar qué infecciones conocían, el VIH/SIDA ocupa el primer lugar (92.7% de la población general), seguido por sífilis (46.3%) y gonorrea (41.5%). Es sumamente menor el conocimiento para herpes genital (14.9%), HPV (13.5%), hepatitis B (6.9%), siendo mínimo para Chlamydia (1%). La mención de hongos podría

resultar en un equivalente simbólico de las infecciones vaginales que como tricomonas provocan sintomatología similar. En Perú y Ecuador hay un 17.4% de los jóvenes que reportan el conocimiento de Chancro blando, y se interpreta la falta de mención en otros países por la escasa prevalencia de dicha patología en ellos. La hepatitis B es muy poco conocida como ITS, lo que es preocupante dada la posibilidad de prevención mediante la vacunación.

- Preocupación por el contagio: las cifras son similares para quienes tienen vida sexual activa como para los que aún no la han iniciado, lo que parece indicar que la preocupación por el contagio de una ITS es independiente de la actividad sexual en esta población, que tienen un buen nivel educativo. En aquellos sin inicio, estos cuidados fueron dirigidos a la utilización del condón en las relaciones sexuales en primer lugar seguidos por la abstinencia y la monogamia. Al considerar solo el grupo con actividad sexual aumentan los porcentajes de la prevención con uso de condón, disminuye el de abstinencia y se mantiene el de monogamia. Es escaso el valor que los jóvenes parecen otorgar a la buena información y la consulta médica como orientadores y preventivos en esta área. Las vías de contagio no sexual para estas infecciones se refieren fundamentalmente al contacto con sangre o material infectado como jeringas, agujas, tatuajes. Es mínima y preocupante la mención de transmisión vertical (madre-hijo) como vía de contagio, ya que en Latinoamérica los casos de sífilis y VIH perinatal son muy altos.
- La escuela sigue siendo la principal fuente de información para los jóvenes. Considerando que la encuesta fue dirigida a la población con acceso a la educación formal, cabe plantearse cuál será la realidad en la que ni tiene acceso a ella. Esto permite destacar la importancia de desarrollar programas de educación sexual desde edades tempranas, lo que sigue siendo tema de controversia en Latinoamérica, ya que se presenta una gran oposición de algunos sectores sociales y religiosos. En Argentina se ha aprobado una ley nacional a este respecto, y actualmente está en etapa de implementación. En Colombia es obligatorio tener proyectos de salud sexual y reproductiva para poder tener la certificación de la escuela, pero, aunque la norma existe, no todas tienen el personal adecuado ni la estructura para que el proyecto sea funcional. En México sí existe tan infraestructura, y recientemente

se modificaron los cuadernos escolares en primaria y secundaria para ampliar estos contenidos de educación sexual; esto provocó la oposición de la Sociedad de Padres de Familia y de grupos conservadores, y llevó a posponer esta modificación en algunos estados de la República Mexicana. En Ecuador la educación sexual es obligatoria a partir de quinto grado de la escuela primaria, pero en la práctica ocurre lo que en Colombia: no existe la infraestructura. La familia ocupa el segundo lugar como fuente de información para los jóvenes; la participación del médico como agente informador, por su parte, es muy escasa. Cabría preguntarse acerca de las consultas de control preventivas en los adolescentes: ¿estamos los profesionales lo suficientemente conscientes sobre nuestra función como promotores en salud reproductiva? La realidad latinoamericana lo necesita.

CONCLUSIONES

- En todos los países los jóvenes manifiestan conocer acerca de ITS en un porcentaje alto, lo que es necesario pero no suficiente para poder prevenir situaciones de riesgo con respecto a la sexualidad. La percepción del saber es alta con relación a la evidencia de cuidado.
- Del análisis comparativo por países se puede concluir que las actitudes de cuidado en la sexualidad no parecen acompañar la preocupación por un embarazo o por el contagio de ITS, evidenciándose deformación en la percepción del riesgo, asociada a la omnipotencia adolescente característica por un lado, y a la distorsión del funcionamiento cognitivo mismo que anida mitos y creencias erróneas, por el otro.
- El uso ocasional del condón en los jóvenes es una realidad preocupante.
- Es alarmante la falta de conocimiento con respecto a transmisión vertical (madre-hijo) de ITS, la cual es común en todas las regiones analizadas.
- Solamente por medio de un trabajo interdisciplinario continuo, individual, más subjetivo en su elaboración, de formación en valores, adecuado al lenguaje adolescente, con promoción de responsabilidad compartida, apuntando a la fortaleza psíquica como herramienta para evitar situaciones de presión o desigualdad, podremos mejorar esta realidad.

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento clave para el desarrollo del futuro de Latinoamérica. Una visión holística que permita integrar todos los aspectos de su vida

de manera integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva, redundará en beneficio de cada individuo, de sus familias, su descendencia y de la sociedad en que se desarrollan. Esto conllevará a la disminución de los costos económicos y sociales de los riesgos emergentes: embarazo adolescente, ITS (VIH-Sida) principalmente. La falta de información basada en los ensayos de “prueba y error”, la fragmentación de los esfuerzos, la falta de continuidad y de acciones sostenidas y sinérgicas, y la persistencia de estigmas y discriminación, obstaculizan los esfuerzos y el éxito en esta área.

La heterogeneidad de los jóvenes en Latinoamérica, con diferentes culturas y subculturas, divergencias económicas, sociales, religiosas, educativas, de género, no debe invalidar sino más bien redoblar los esfuerzos para lograr estos objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de análisis y estadísticas de Salud. OPS, 2006.
2. ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA: Diciembre de 2006. OPS, diciembre de 2006.
3. Bravo, M. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas. Principios básicos para reducir los daños asociados. OPS, 2004.
4. Schutt-Aine, J., Maddaleno, M. Sexual health and Development of adolescents and youth in the Americas: Program and Policy Implications. Pan American Health Organization PAHO, 2003.
5. Escobar, M. E. “Enfermedades de transmisión sexual, un análisis sobre su conocimiento y percepción de riesgo en una población adolescente”, en XII Jornadas de Ginecología Infante Juvenil, Buenos Aires, Argentina, 2 de noviembre de 2002.
6. Katabian L. “Anticoncepción en la Adolescencia. Informe preliminar”, en XIV Jornadas Argentinas de Ginecología Infante Juvenil. Buenos Aires, Argentina, 31 de agosto de 2006.
7. Micher Camarena, J.M. “Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual”, en Revista SIDA-ETS, México, agosto-octubre de 1997, No. 3, Vol. 3, , pp. 68-73.
8. García Baltasar, J. “Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México”, en Salud Pública de México, 1993, P. 628.
9. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. Organización Panamericana de la Salud.
10. Barrer, G. Los muchachos en la Mira (Boys in the Picture). Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 2000,.
11. Good policy and Practice in HIV & AIDS Education. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization UNESCO 2006. En línea: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146121e.pdf>

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. María Eugenia Escobar Fernández

E-mail: mec@gineadol.com.ar

TITULAÇÕES

1. Sección Ginecología Infante Juvenil, Hospital Eva Perón, San Martín, Buenos Aires, Argentina.
2. Unidad de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.
3. Centro Clínico Profesional Rosancar, Estado Lara, Barquisimeto, Venezuela.
4. Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam), Hospital Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México.
5. CEDATOS-Gallup Internacional, Quito, Ecuador.
6. Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES), Lima, Perú.
7. Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
8. Unidad de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.
9. Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado, Estado Lara, Barquisimeto, Venezuela.
10. Coordinador de Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam), México.
11. Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado, Estado Lara, Barquisimeto, Venezuela.

VACINAS CONTRA A INFECÇÃO POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO – RECOMENDAÇÕES DA SOGIA-BR

VACCINES AGAINST HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION – SOGIA-BR RECOMMENDATIONS

DENISE L. MAIA MONTEIRO¹, MARTA F. BENEVIDES REHME²,
LILIANE D. HERTER³ E JOSÉ ALCIONE M. ALMEIDA⁴

RESUMO

O colo do útero é o segundo local mais comum de instalação do câncer entre as mulheres. O primeiro contágio pelo HPV ocorre geralmente no início da vida sexual e, como a idade desta vem diminuindo, torna-se cada vez mais precoce o risco de surgimento dessas lesões. A infecção persistente por HPV de alto risco é considerada necessária para o desenvolvimento do câncer, e a infecção pelos tipos de baixo risco está associada com as verrugas genitais. Reconhecendo a importância do câncer do colo uterino como problema de saúde global e que as vacinas contra o HPV podem se tornar ferramenta importante nos programas de prevenção e controle do câncer cervical, a SOGIA-BR descreve neste artigo as recomendações para o uso dessas vacinas.

Palavras-chave: HPV (papilomavírus humano), adolescência, lesões intraepiteliais cervicais, vacinas.

ABSTRACT

The uterine cervix is the second most common site of cancer among women. The first infection with HPV often occurs at the beginning of sexual activity and, as long as it is happening in earlier ages, the risk for the appearance of these lesions is becoming precocious. The persistent infection by high-risk HPV is necessary for the development of cancer, whereas the infection by low-risk types is associated with the genital warts. Recognizing the importance of the cervical cancer as a global health problem and that HPV vaccines may become an important tool in prevention and control of the cervical cancer, SOGIA-BR describes in this article the recommendations for the use of these vaccines.

Keywords: Human papillomavirus (HPV), adolescence, cervical intraepithelial lesion, vaccines.

INTRODUÇÃO

O colo do útero é o segundo local mais comum de instalação do câncer entre as mulheres. Como a idade da iniciação sexual vem diminuindo, e o primeiro contágio pelo papilomavírus humano (HPV) ocorre geralmente no início da vida sexual, torna-se cada vez mais precoce o risco de surgimento dessas lesões^{1,2}.

A disponibilização das vacinas profiláticas contra o HPV traz novo alento e pode se tornar a mais nova arma a ser somada nas estratégias da prevenção do câncer de colo uterino. Os tipos virais mais prevalentes em todo o mundo são, respectivamente, HPV-16, 18, 45 e 31, sendo os tipos 16 e 18 encontrados em 70% dos casos de câncer cervical. A infecção persistente por HPV de alto risco (principalmente HPV 16

e 18) é considerada necessária para o desenvolvimento do câncer, e a infecção pelos tipos de baixo risco (como HPV 6 e 11) está associada ao desenvolvimento de verrugas genitais^{2,3}.

Moscicki *et al.* estudaram 84 mulheres com idades entre 13 e 22 anos e verificaram que o tempo médio entre a iniciação sexual e o diagnóstico da infecção pelo HPV foi de 2,7 anos. Em período de 50 meses, mostrou-se que uma em cada quatro adolescentes desenvolveu lesão intraepitelial cervical durante o seguimento. Embora predominem as lesões de baixo grau entre as adolescentes, há risco de desenvolvimento de alterações de maior grau naquelas portadoras de subtipos oncogênicos^{4,5}.

Monteiro *et al.*⁶ verificaram que a incidência da alteração citopatológica no primeiro ano de vida sexual das adolescentes é de 24,1%. Em cinco anos de atividade sexual, a probabilidade é que 40% delas já tenham apresentado algum tipo de lesão HPV-induzida.

A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (Inca) para o ano de 2010 aponta que devem ocorrer 18.430 casos novos de câncer do colo do útero, com risco estimado de 18 casos a cada cem mil mulheres¹.

VACINAS CONTRA O HPV

Duas vacinas contra o HPV estão sendo comercializadas, ambas profiláticas e obtidas a partir de VLP L1 (do inglês *virus-like particles* ou partículas semelhantes ao vírus, geradas por expressão recombinante da proteína principal do capsídeo viral L1). A vacina VLP L1 é um capsídeo vazio, isto é, sem material genético (DNA), portanto, não infecciosa nem oncogênica. Sua ação é induzir a formação de anticorpos neutralizantes de alta titulação, específicos para o HPV, sendo capaz de induzir resposta imune adaptativa superior à produzida pela infecção natural^{7,8}.

No Brasil, a vacina quadrivalente recombinante contra HPV (tipos 6, 11, 16 e 18) associada ao alumínio como adjuvante é indicada para meninas e mulheres entre 9 e 26 anos de idade, em três doses (0, 2 e 6 meses) de 0,5 mL. A vacina contra HPV oncogênico (16 e 18, recombinante, com sistema adjuvante AS04), está indicada para meninas e mulheres entre 10 e 25 anos de idade, em três doses (0, 1 e 6 meses) de 0,5 mL^{7,9}.

IMPORTÂNCIA E RECOMENDAÇÕES DA VACINAÇÃO PROFILÁTICA

Reconhecendo a importância do câncer do colo uterino como problema de saúde global e que as vacinas contra o HPV podem se tornar fator importante nos programas de prevenção e controle do câncer cervical, a SOGIA-BR recomenda que

a vacinação das mulheres seja instituída, prioritariamente para meninas de 11 a 12 anos, e reitera as recomendações das sociedades científicas nacionais e internacionais¹⁰⁻¹³, observando-se os seguintes pontos:

- Explicar às pacientes que as vacinas são destituídas de DNA viral e, por isso, são incapazes de produzirem infecção por HPV nas mulheres vacinadas.
- Reforçar que ambas as vacinas não são “curativas”, isto é, não são capazes de alterar o desenvolvimento de infecção já presente, sendo exclusivamente profiláticas.
- Aproveitar o momento da vacinação contra o HPV para orientar quanto à atualização do calendário vacinal da criança ou da adolescente.
- Orientar sobre as formas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.
- Enfatizar que as vacinas, embora sejam muito eficazes, não apresentam proteção para todos os tipos virais associados com o câncer cervical. Portanto, os médicos devem informar às suas pacientes de que o exame ginecológico e o rastreamento citológico devem ser mantidos, mesmo em mulheres vacinadas¹⁴.
- Recomendar que o início da vacinação ocorra, de preferência, antes do início da atividade sexual, embora as vacinas não sejam contraindicadas para mulheres que já iniciaram a vida sexual ou que apresentam infecção por HPV atual ou prévia.
- Embora estudos clínicos já tenham demonstrado que as vacinas não são contraindicadas para mulheres com mais idade (até 55 anos), recomenda-se seguir as faixas etárias autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme se indica na bula do produto.
- A aplicação das vacinas é de uso intramuscular, preferencialmente no braço não dominante.
- Não é necessária a realização de exames prévios à aplicação das vacinas, como a colpocitologia oncótica (Papanicolaou), colposcopia, pesquisas de DNA viral no colo uterino (PCR, captura híbrida) bem como pesquisa de anticorpos no sangue.
- Não recomendar as vacinas contra HPV durante a gravidez, por não existirem dados de estudos clínicos suficientes para recomendá-las nesse período.
- Caso a mulher engravide na vigência do esquema de vacinação contra o HPV, deve-se interromper o esquema e completar as doses restantes após a gravidez, sem necessidade de recomeçar o esquema.
- Deve ser observado o intervalo mínimo entre as doses: primeira/segunda = 4 semanas; segunda/terceira =

- 12 semanas; primeira/terceira = 24 semanas. Doses efetuadas com intervalos menores devem ser refeitas.
- É permitida a administração da vacina contra o HPV simultânea com outras vacinas.
 - Não recomendamos a intercambialidade entre as vacinas contra HPV, uma vez que não há estudo comprovando se há benefícios ou não. Por isso quando se inicia o esquema com uma das duas vacinas, este deve ser completado com a mesma vacina. A aplicação da outra vacina só deve ser feita em caso de desconhecimento do passado vacinal ou de falta da vacina previamente administrada^{7,9,13,15,16}.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>. Acessado em: 24/10/2010.
2. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1: human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;(31):3-13.
3. Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med.* 1997;102:3-8.
4. Moscicki AB, Palefsky J, Smith G. Variability of human papillomavirus DNA testing in a longitudinal cohort of young women. *Obstet Gynecol.* 1993;82:578-85.
5. Moscicki AB, Hills N, Shiboski S, Powell K, Jay N, Hanson E, et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA.* 2001;285(23):2995-3002.
6. Monteiro DLM, Trajano AJB, Katia SS, Russomano FB. Incidence of cervical intraepithelial lesions in a population of adolescents treated in public health services in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(5):1113-22.
7. Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, et al. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18. *Vaccine.* 2006;24:5571-83.
8. Giannini SL, Hanon E, Moris P, Van Mechelen M, Morel S, Dessy F, et al. Enhanced humoral and memory B cellular immunity using HPV16/18 L1 VLP vaccine formulated with the MPL/aluminium salt combination (AS04) compared to aluminium salt only. *Vaccine.* 2006;24(33-34):5937-49.
9. Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, Moscicki AB, Romanowski B, Roteli-Martins CM, et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 viruslike particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *Lancet.* 2006;367(9518):1247-55.
10. World Health Organization. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record.* 10 April 2009, 84th year, 15:117-32.
11. Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria. FIGO, 2009. Disponível em: http://www.figo.org/files/figo_corp/English_version.pdf. Disponível em: 3/12/2010.
12. Associação Brasileira de Imunizações. SBIm. Disponível em: http://www.sbim.org.br/sbim_calendarios2010_adolescente.pdf.
13. Carvalho NS, Teixeira J, Fedrizzi E, Focchi J, Mortoza G. Vacinas contra a infecção pelo HPV: recomendações da Comissão Nacional de Patologia do Trato Genital Inferior da Febrasgo. *Femina.* 2009;37(4):179-80.
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Bulletin. Management of Abnormal Cervical Cytology and Histology. *Obstetrics & Gynecology.* 2008;112(6):1419-44.
15. Paavonen J, Naud P, Salméron J, Wheeler CM, Chow S-N, Apter D, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet.* 2009. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61248-4.
16. The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). CDC. MMWR 59 (20), May 28, 2010. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5920.pdf>.

Conflitos de interesse: Denise Monteiro já preferiu palestras para GSK e MSD. Marta Rehme é pesquisadora da vacina da GSK.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Diretoria da SOGIA-BR

E-mail: sogia@sogia.com.br.

TITULAÇÕES

1. Delegada regional da SOGIA-BR no estado do Rio de Janeiro.
2. Vice-presidente da SOGIA-BR para a Região Sul.
3. Delegada da Sogia-BR no estado do Rio Grande do Sul.
4. Presidente da SOGIA-BR.

AGENESIA CONGÊNITA DO CLITÓRIS EM CRIANÇA DE 11 MESES DE IDADE

CLITORIS AGENESIS

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA¹ E ENCARNAÇÃO RODRIGUEZ GALVEZ LAGHAI²

RESUMO

Objetivo: Apresentar um caso de ocorrência rara na literatura médica. **Resumo:** Descreve-se nesta publicação um caso clínico de ocorrência rara, a agenesia congênita do clitóris. Apresentam-se dados da literatura que considera a agenesia congênita uma aberração embriológica. Cita-se que a agenesia pode ter também causa adquirida, como trauma e líquen escleroso vulvar. Chama-se atenção para a necessidade do exame ginecológico em crianças desde o nascimento e o encaminhamento para serviço de referência, sempre que houver suspeita de alguma alteração anatômica.

Palavras-chave: agenesia, malformação do clitóris.

ABSTRACT

It is described in this document a case of rare occurrence, congenital agenesis of the clitoris. Data from the literature that considers the congenital absence an embryological aberration are presented. It is mentioned that agenesis may also have an acquired cause, such as trauma or vulvar lichen sclerosus. Attention is drawn to the need for pelvic examination in children from birth and their referral to a service reference, whenever there is suspicion of anatomic change.

Keywords: clitoris agenesis clitoral malformations, absence of the clitoris.

INTRODUÇÃO

É conhecida a ausência do clitóris por causa adquirida como trauma e por atrofia acentuada em casos de líquen escleroso vulvar. As anormalidades congênitas do trato genital feminino são raras, com incidência de aproximadamente 1 caso em 20 mil mulheres¹. Essa raridade é ainda maior quando se trata da ausência congênita isolada do clitóris, com os outros elementos da genitália externa normais.

Esta tem sido referida concomitantemente com outros achados isolados, é considerada uma aberração embriológica. Alguns autores sugerem sua ligação com a extrofia vesical, teoria que pode ser sustentada por uma ocasional presença de outros achados como ausência de pelos na linha

mediana da região pubiana, alterações dos pequenos lábios, no meato uretral^{2,3}.

Estudos têm sido publicados num esforço para elucidar os detalhes e uma variação normal da anatomia genital feminina^{4,5}. No entanto, na literatura pediátrica inglesa não se encontra descrição da ausência isolada congênita do clitóris⁶.

RELATO DO CASO

KCFP, 11 meses de idade, branca, procedente de São Paulo.

Primeira consulta em 17 de outubro de 2008.

História da moléstia atual (HMA): Mãe informa que notou ausência do clitóris quando a criança tinha 6 meses de idade. Procurou atendimento em unidade básica de saúde, que a encaminhou a nosso serviço.

Antecedentes pessoais (AP): Nasceu de parto normal, pesando 3.730 g. Teve desenvolvimento psicomotor normal. Nega qualquer tipo de trauma na região genital.

Antecedentes familiares (AF): Nega consanguinidade e não conhece casos de malformações na família. Mãe teve infecção do trato urinário (ITU) quando estava grávida da paciente, e foi tratada com antibióticos, mas não sabe referir o nome destes.

Exame físico geral: Criança ativa (normal para idade), corada, acianótica, hidratada e bem nutrida. Ausência de estigmas turneriano e todos os segmentos corporais normais. Tireoide não palpada; peso: 10.300 g; estatura: 75 cm.

Exame ginecológico: Mamas infantis com complexo areolopapilar normal; abdômen sem lesões dermatológicas e sem massas palpáveis; órgãos genitais externos — ausência do clitóris (Figura 1), grandes e pequenos lábios da vulva normais, hímen de forma normal e com orifício circular central, meato uretral tópico e aparentemente normal, perineo normal e ânus tópico. A palpação da região clitoridiana habitual não evidenciou espessamento tecidual que pudesse corresponder ao clitóris.

Diagnóstico: Agenesia do clitóris.

Figura 1.



Conduta: Orientar a mãe da criança, tranquilizando-a sobre o diagnóstico, e aguardar evolução da criança, com consulta semestral.

Seguimento: Em 17/4/2009, criança com evolução normal, com exame ginecológico sem alteração em relação à consulta anterior. Em 16/10/2010, retorna com ultrassonografia pélvica transabdominal realizada em 22/9/2009 com o seguinte laudo: útero com forma normal, medindo 17 x 10 x 8 mm (volume 0,83 mL) e ecotextura miometrial homogênea. Ovários não identificados. Esses dados são considerados normais para a idade.

Discussão: A paciente do caso aqui descrito não apresenta qualquer outra alteração da arquitetura da genitália externa; não teve qualquer malformação detectada; não apresenta sintomas ou sinais de líquen escleroso e não há referência nem sinais de trauma vulvar. Portanto, o diagnóstico de agenesia congênita do clitóris foi reconhecido.

Com relação ao diagnóstico, fica evidente que o exame especial da genitália deve fazer parte da consulta rotineira desde o nascimento, embora às vezes não seja fácil diferenciar agenesia de hipoplasia do clitóris, principalmente em recém-nascidas lactentes. Neste caso podemos considerar que o diagnóstico foi estabelecido ainda precocemente e também pode-se considerar correta a conduta médica na Unidade Básica de Saúde que encaminhou a paciente para um serviço de referência.

REFERÊNCIAS

1. Edmunds D. Congenital abnormalities of the genital tract. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1989;1:238.
2. Schey WL, Kandel G, Charles AG. Female epispadias. *Clin Pediatr (Phila)*. 1980;19(3):212.
3. Russu IG. Absence of clitoris. *Endocrin ginecol Obstet (Roumania)*. 1938;5:23.
4. Riley WJ, Rosenbloom AL. Clitoral size in infancy. *J Pediatr*. 1980;96(5):918.
5. Sane K, Pescovitz OH. The clitoral index: A determination of clitoral size in normal girls and in girls with abnormal sexual development. *J Pediatr*. 1992;120(2 Pt 1):264.
6. Bellemare S, Dibden L. Absence of the Clitoris in a 13-Year-Old Adolescent: Medical Implications for Child and Adolescent Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2005;18:415-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Macedo Almeida

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÕES

1. Médico chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
2. Médica colaboradora do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Congreso ALOGIA Chile 7 al 9 de Julio de 2011.

Centro de Convenciones Hotel Sheraton. Santiago de Chile.

Comité organizador: Presidenta: Pamela Oyarzun

Secretaría: Patricia Romero

Comité científico (Local), por Alogia:

Carolina Conejeros José Vidal Sáens

Ximena Luengo Roberto Sergio

Adela Montero María Mercedes Pérez

Paulina Merino

Oriana Carrasco

Comité ejecutivo:

Alejandra Cabellos

Carolina Gonzalez

Se pide colaboración de las "Sociedades madres" para el financiamiento, ya que Chile no puede asumir los costos de los delegados en su totalidad.

OVARIAN CLUB

De Oocyte: from Basic Research to clinical practice

BARCELONA, SPAIN, NOVEMBER 3-6, 2011

TOPICS TO BE DISCUSSED

GENERAL ASPECTS

Oocyte development from infancy to menopause
Oocyte development during the follicular phase: from GV to MII
Nutrition and oocyte quality
Oocyte and ovarian mitochondrial activity
The environment and the oocyte
Rate of oocyte development in vivo and in vitro -what are the brakes?
Stresses and the oocytes; oxidative, heat, chilling etc
Ovarian aging; oocytes age? it is the ovarian environment that ages and not the oocytes?
Different morphologic appearance of the oocyte
Relation between the oocyte and granulosa cells
Stresses and the oocytes; oxidative, heat, chilling etc
Control of atresia
Cumulus cells markers of oocyte competence
Role of NR5A1 and ovarian development
Regulation of primordial follicle activation (Comparison pre and postpubertal)

OOCYTE QUALITY

Can we test oocyte quality
Obesity and the egg

GENETICS

Genetic issue related to the oocyte; The FMR1 gene
Oocyte genomic integrity: incidence of aberrations and repair mechanisms
Selection of the competent oocyte by microarray gene expression
Differential gene expression in oocyte matured in vitro versus in vivo
X chromosome defects and ovarian function

TREATMENT

Excess dose of gonadotropins and the oocytes
Various stimulation protocols and the oocyte
What is the optimal number of eggs to be retrieved at IVF?
What is the optimum dose of hCG for trigger?

Use of Growth Hormone in ovarian stimulation protocols
Round table discussion: Intervention in premature ovarian failure - new strategies or a return to the past?
Various process of fertilization
In Vitro Maturation – current role in clinical practice
What does it mean poor responders?
The role of androgens in low responders
"Rejuvenating" ovarian function: DHEA? (Improves IVF outcomes, and reduces aneuploidy).
In vitro folliculogenesis
Assessment of ovarian reserve
Are PCO oocytes "inferior"
Autoimmunity and the ovary

TREATMENT FOR CANCER

Chemotherapy and radiation and the oocyte
Can we protect the oocyte from chemotherapy

CRYOPRESERVATION

Oocyte cryopreservation: slow cooling vs. vitrification
Freeze preservation of ovarian wedges for future reproductive and as an alternative to HT
How to handle an oocyte bank? - Donor Oocyte Cryo-Bank and Fertility Preservation Cryo-Bank
Molecular integrity of cryopreserved immature oocytes
GV stage oocyte cryopreservation
Freeze dried oocytes and "micro-cytoplast"

ETHICAL ISSUES

Ethical issues of oocyte cryopreservation
www.comtecmed.com/ovarianclub
ovarianclub@comtecmed.com

TRABALHOS CIENTÍFICOS

APRESENTAÇÃO ORAL

AO 1 – A EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS DA OFICINA DE SENTIMENTOS

Autores: Fernandes LS, Frederico JR, Ruiz A, Kerr JMS, Abduch C, Ashkenazi, Costa EO.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo.

Resumo: Objetivo: Aproveitando a tendência grupal da adolescência, através de atividades grupais, facilitar a comunicação e a reflexão dos adolescentes sobre seus sentimentos, construindo um espaço protetor. Material e Método: No período 02/03/2004 a 04/03/2009 foram realizados 190 grupos semanais com 15 adolescentes em média, duração 1 hora, coordenados por 2 médicos e rodízio da equipe multiprofissional. Técnicas utilizadas: jogos lúdicos, reflexões sobre um tema, perguntas anônimas, dramatizações, vivências, danças de roda, notícias mídia Resultados: Participaram 2850 adolescentes. 1967 (69%) feminino e 883 (31%) masculino, idade média 15 anos. Temas discutidos: Mãe e Pai na adolescência, Amor/ Paixão /Ficar / Namorar/ Ciúmes, Primeira vez, Coisas de homem mulher, Insegurança, Timidez, Relacionamentos difíceis; Resolução de conflitos, Raiva / controle das emoções, Informação X Prevenção, Dependência e independência, Plano de futuro. Constatou-se que atividades grupais envolvendo uma produção coletiva, onde os adolescentes tenham igualdade de oportunidade para expressarem-se, facilita a comunicação e a reflexão sobre os seus sentimentos. “Estou conseguindo enfrentar meus maiores medos e inseguranças com a ajuda daqui...”; “Aqui a gente é vista como pessoa...”; “Vim buscar informação e aqui me abriu os mundos...”; “Aqui é uma coisa que você leva pro resto da vida.” Conclusão: Atividade grupal destinada à escuta dos sentimentos torna-se espaço protetor pois, orienta, acolhe inquietações, identifica vulnerabilidades e facilita o atendimento integral. Palavras-chave: adolescência, tendência grupal, vulnerabilidade.

AO 2 – ADOLESCENTES MASCULINOS: E O UNIVERSO DAS DROGAS

Autores: Moraes EM, Rosa APA**, Moraes Rosa PR**, Leal AC*, Takiuti AD*, Angela Maggio da Fonseca, Moraes SDTA***.

Instituições: * Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, **Núcleo de Estudos Sobre Violência e Humanização da Assistência à Saúde.

Resumo: Objetivo: analisar como adolescentes masculinos de dois segmentos sociais que fazem uso de drogas ilícitas. Método: investigação etnográfica qualitativa, 42 adolescentes masculinos, de 14-19 anos, internados em uma comunidade terapêutica por dependência química. Foram divididos em dois grupos -A) renda familiar baixa (até 5 salários mínimos); B) renda familiar média/alta (até 25 salários mínimos). Realizou-se entrevista semi-estruturada tratada por meio de Análise de Conteúdo de Bardin, (1977). Resultados: Os do grupo A, 23(54,76%) usam frequentemente maconha e crack e, raramente a cocaína. Os do grupo B, 19(45,24%) usam como primeira opção maconha, seguido de cocaína, e crack somente quando não dispõe de dinheiro para adquirir a cocaína ou outra droga mais cara. O crack é a que mais esteve associada à perda de auto-controle e à degradação de laços sociais (família, trabalho, amigos). Apresentam diversas dificuldades sociais e econômicas (desemprego, desestruturação familiar, ausência de família, participação no tráfico) 27(64,28%). Mencionam certo consentimento dos pais quanto a maconha, permitindo o uso em casa 7(16,67%). Depoimentos: “Eu sou nervoso, a maconha me deixava mais calmo”. “Meus pais sempre souberam que eu usava maconha, às vezes fumava no quarto...”. “Com a maconha eu nunca fiz nada”. “Cocaína você sempre acaba ficando dependente”. “O crack é terrível, se pudesse trocaria todo o meu sangue para me ver livre deste vício”. Conclusão: O uso da maconha é consentido claramente ou de modo velado por determinados pais. O crack é mais utilizado por adolescentes de menor poder aquisitivo e estes usuários apresentam maiores dificuldades na recuperação. Palavras-chave: dependência química, adolescentes, família disfuncional, maconha, crack.

AO 3 – ATIVIDADE EM GRUPO: A REDE SOCIAL DE UM GRUPO DE ADOLESCENTES

Autores: Fernandes LS, Frederico Jr A, Ruiz ARR, Pereira EA, Pedullo P, Hermida RPM, Takiuti AD.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo.

Resumo: Objetivo: Identificar as relações interpessoais e afetivas consideradas positivas e negativas. Refletir em grupo Material e Método: Realizados 12 grupos, de abril a julho de 2009. Utilizou-se como objeto intermediário, desenho semiorientado, cada adolescente representava sua rede social, as relações interpessoais (boas, neutras, ruins) identificando com um coração o melhor relacionamento e com uma bomba o pior. Reflexão em grupo. Resultados: Participaram 114 adolescentes. Idade média: 16 anos Estudam: 85%(97) Ensino médio incompleto: 56%(64) Ensino fundamental incompleto: 25%(28) Ensino médio completo: 13%(15) Ensino superior incompleto: 6%(7) Não trabalham: 85%(97). Relação interpessoal positiva (coração): mãe, amiga(o), namorado(a). Relação interpessoal negativa (bomba): pai, ex amiga(o), ex namorado. Reflexões: Que sentimentos essa “bomba” provoca? O que fazer quando se está assim? Como posso melhorar essa situação? Encerramento: O que ficou de importante?: “se colocar no lugar do outro; ter mais tolerância; tentar dividir os problemas; ter paciência; compreensão; ter calma; esperar o momento certo pra falar o que sente; reconhecer limites; aprender a olhar, a conviver; procurar solução para o que me faz mal; nada melhor do que uma boa conversa” Conclusão: Atividade em grupo facilitou a identificação de relações conflituosas. Permitiu aos adolescentes expressarem os seus pensamentos e sentimentos. Refletir sobre a resolução de conflitos. Palavras-chave: grupos, adolescentes, rede social.

AO 4 – "BALADA DA SAÚDE": UM ESPAÇO ALTERNATIVO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE: QUEIXAS E DIAGNÓSTICOS

Autores: Fernandes LS, Frederico Junior A, Costa EO, Godoy MA, Leal AC, Portella CFS, Pereira EA.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo.

Resumo: Objetivo: Levantamento dos diagnósticos e queixas encontradas entre adolescentes durante a Balada da Saúde, que ocorre em serviço de atendimento a adolescentes. Material e Método: trata-se de estudo retrospectivo. Realizou-se levantamento dos diagnósticos e queixas por meio de 800 prontuários de adolescentes de 10 a 20 anos atendidos durante a Balada da Saúde que ocorre todas as segundas-feiras das 17:00 as 21:00 hs de julho de 2009 a janeiro de 2010. Os dados encontrados foram categorizados por semelhança de queixas e diagnósticos de acordo com a técnica de Minayo, 2004. Resultados: 512 (64%) eram de adolescentes femininos e 288 (36,0%) masculinos. Eutrofia 280 (35,0%); Ginecológicos 160 (20,0%); Dermatológicos 72 (9,0%); Neurológicos 56 (7,0%); Respiratórios 56 (7,0%); Psicológicos e Psiquiátricos 50 (6,25%); Endocrinológicos 46 (5,75%); Oftalmológicos 32 (4,0%), Crescimento-Desenvolvimento 16 (2,0%); Ortopédicos 12 (1,5%); Urológicos 8 (1,0%); Gastrointestinais 8 (1,0%); Otorrinolaringológicos: 4 (0,5%). Conclusão: A Balada da Saúde com o horário diferenciado facilita o acesso ao atendimento multiprofissional de adolescentes inseridos no mercado de trabalho e em escolaridade de tempo integral. Oferece atividades lúdicas e informativas. Tornou-se um espaço importante de atendimento dentro do Serviço Público de Saúde, facilitando a procura pela prevenção e cuidado com a saúde. Palavras-Chave: adolescente, horário de atendimento diferenciado, vulnerabilidade.

AO 5 – CORPO LEGAL: GRUPO TERAPÊUTICO EM ABORDAGEM SOMÁTICA COM ADOLESCENTES

Autores: Paoletti MRM, Fernandes LS, Kerr JMS, Godoy MA, Leal AC, Freitas BR, Costa EO.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo.

Resumo: Objetivo: Relatar a efetividade da abordagem terapêutica grupal, com abordagem corporal. Método: fundamentada no pensamento formativo de Stanley Keleman, no atendimento a adolescentes incomodados com a forma do corpo e/ou apresentando sobrepeso, obesidade ou baixo peso, em conjunto com o atendimento multidisciplinar realizado pela equipe multiprofissional de Serviço especializado em atendimento ao adolescente. Estudo retrospectivo de 327 adolescentes (93,92% sexo feminino) atendidos no grupo Corpo Legal de janeiro de 2007 a maio de 2010. Resultados: 13,54% baixo peso; 76,04% sobrepeso; 10,42% obesidade; 3,10% eutróficos. Associados ou não ao peso: incomodo com o próprio corpo (89,56%); sentimentos de rejeição social (51,42%), auto estima rebaixada (86,46%), isolamento social (8,42%) e alterações de postura corporal (18,52%). Alinhado com a proposta integral e multidisciplinar do Programa de Saúde do Adolescente, o atendimento grupal (com foco emocional e corporal) denominado Corpo Legal visa estimular o adolescente a “construir” um “corpo legal”, focado na apropriação de si, na singularidade da forma corporal e na saúde integral. A participação nos grupos resultou em alteração positiva de peso (61,04%); adoção de comportamentos de auto cuidado e melhoria da auto estima (80,15%); busca de inserção social (67,35%). Conclusão: A referida abordagem terapêutica mostrou-se eficaz no atendimento de adolescentes incomodados com a forma do corpo, favorecendo a organização de novas formas emocionais e corporais. Palavras-chave: Adolescência, Imagem Corporal, Transtornos de Alimentação.

AO 6 – DO OUTRO LADO DO ESPELHO: O ADOLESCENTE E A FAMÍLIA

Autores: Lia Pinheiro, Roberto Ramos de Moraes, Francisco Saraiva, Matteo Montile Napolitano, Renato Liberman, Patrícia Santamaría.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente - Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Casa do Adolescente de Pinheiros.

Resumo: Introdução: Entender a representação e percepção da figura materna e paterna no universo psicológico do adolescente através de um estudo com adolescentes que moram (ou não) com os pais. Investigar as relações desta representação nos diagnósticos psicológicos apresentados pelos adolescentes. Material e Metodologia: Levantamento dos diagnósticos psicológicos por meio de 82 questionários aplicados aos adolescentes (62,7% feminino; 37,3% masculino) com a idade média de 15,56 anos, atendidos no programa “Dá pra atender”, durante os meses de abril a junho de 2010. Resultados: Os diagnósticos mais frequentes (segundo o DSM IV) foram: problemas de fase de vida (feminino 57,14%, masculino 42,86%), transtorno de ansiedade (58,33% feminino, 41,67% masculino), transtorno desafiador de oposição (100% feminino) e depressão (75% feminino, 25% masculino). O que mais aparece em relação à representação da figura materna e paterna e aos diagnósticos, são problemas de fase da vida, quando o adolescente mora com os pais. O que menos aparece é a depressão, quando o adolescente mora com o pai sem a mãe e, transtorno desafiador de oposição, quando mora com a mãe sem o pai. A falta da figura materna e paterna é indicativo de uma menor incidência de transtorno. Conclusão: A família exerce papel importante no desenvolvimento da adolescência. A questão relativa à função paterna e materna na estrutura familiar deve ser observada, pois tanto a carência das funções do pai, como a inversão destas funções exercidas por ambos (pai e mãe), acarretam problemas psicológicos. Os resultados sugerem novas investigações, para compreender o papel das relações familiares no processo psicológico do adolescente.

AO 7 – ESTUDO DAS DEMANDAS NO ATENDIMENTO À DISTÂNCIA DE ADOLESCENTES, DISQUE ADOLESCENTE

Autores: Kerr JMS, Ashkenazi C, Paolletti MR, Rochael AC, Montalto JT, Godoy MA, Portella CFS.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Resumo: Objetivo: levantamento da demanda de adolescentes recebida através de ligações telefônicas no ano de 2009. Método: dados das ligações sigilosas ao Disque Adolescente da Casa do Adolescente de Pinheiros de janeiro a dezembro de 2009, segunda à sexta feira, das 11 às 14 horas, pela equipe multiprofissional. Resultados: O total de telefonemas foi 634, tendo sido selecionadas 295 dúvidas. Eram de adolescentes 183(62%), e referentes a adolescentes 44(14,91%). Com idade de 10 a 14 anos foram 23(12,5%); de 15 a 17anos 90(49,1%); de 18 a 20anos 70(38,2%). Foram do gênero feminino 153(83,6%), masculino 30(16,39%). Telefonemas vieram da cidade de São Paulo 101(55,1%), do interior de São Paulo 57(31,1%), de outros estados 25(13,6%). As dúvidas mais frequentes foram: Anticoncepção 69(37,7%): ACO 38(55%), Preservativo masculino 11(15,9%), Injetável 1(1,44%), Pílula do dia seguinte 12(17,3%). Psicológicas: 57(31,1%). Sexualidade: 41(22,4%): sobre primeira relação 18(43,9%), orgasmo/libido 8(19,5%), sexo oral e anal 0. DST/AIDS/HPV: 6(3,2%). Ginecológicas/Obstétricas 50(27,3%). Urológicas:12(6,5%), sendo questões orgânicas 6(50%), insatisfação tamanho/aspecto pênis 6(50%). Em 2009 surgiram 6(3,2%) queixa do atendimento/atenção médica. CONCLUSÃO: Evidenciou-se número significativo de telefonemas dos adolescentes com idade abaixo 18 anos, do gênero feminino, e vindas da capital. Surgem queixas do atendimento/ atenção médica. O disque adolescente se mantém como um canal à distância de prevenção e identificação da vulnerabilidade do adolescente, num espaço acolhedor, inclusivo, estimulando a iniciativa e criatividade do adolescente na tomada de suas decisões, objetivando dar continuidade no atual momento do seu conflito.

AO 8 – MUDANÇA DO INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Autores: Albertina Duarte Takiuti, Maria Lúcia A. Montealeone, Lélia Souza Fernandes, Abduch C., Arlindo Frederico Jr, Sandra Dircinha Teixeira Araújo Moraes, Rodolfo Pessoa de Melo Hermida.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente - Secretária de Estado de Saúde de São Paulo.

Resumo: Objetivo: analisar a diminuição da incidência de nascidos vivos registrados nos cartórios do Estado de São Paulo na última década. Método: computaram-se as informações da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) do Estado de São Paulo, de 1998 a 2008. O Programa de Saúde do Adolescente nesta década sensibilizou e capacitou 10.000 profissionais de saúde em eventos no Estado. Enfatizou o modelo integral, multiprofissional, intersetorial com participação social, implantou 23 Casas de Adolescentes, um “Disk Adolescente” na capital. Em 25 de agosto de 2005 foi promulgada a Lei Estadual de nº 11.976/05, legalizando o programa. Resultados: no Estado de São Paulo, a população feminina adolescente em 1998 era de 3.402.976, e em 2008 era de 3.247.393. Em 1998, na faixa etária de 10 a 14 anos existiam 1.661.611 e de 15 a 19 anos 1.741.365. A cada mil adolescentes entre 10 a 14 anos, 2,7 foram mães. Entre 15 a 19 anos, a cada mil, 42,1 tiveram filhos. Portanto, de 10 a 19 anos 43,4 foram mães. Em 2008 entre 10 a 14 anos havia 1.598.710 e 1.648.683 de 15 a 19 anos no Estado de São Paulo. Em 1998 entre as adolescentes de 10 a 14 anos, houve 4.528 nascidos vivos, entre as de 15 a 19 anos 143.490 nascidos vivos. Portanto, entre 10 a 19 anos houve 148.018 nascidos vivos. Em 2008 entre 10 a 14 anos houve 3.489 nascidos vivos, entre 15 a 19 anos 90.972 nascidos vivos. Entre 10 a 19 anos, 94.461 tiveram filhos. Entre os anos de 1998 e 2008 houve uma redução entre adolescentes de 10 a 14 anos de 22,9% de nascidos vivos e, entre 15 a 19 anos 36,3%. Nesta década, entre 10 a 19 anos houve uma redução 36,18%. Na região metropolitana de São Paulo de 1998 a 2007 a taxa de gravidez na adolescência reduziu 24,48% e na capital, 26,43%. Conclusão: As ações desenvolvidas pelo programa, adicionadas às demais realizadas na Intersetorialidade, conseguiram resultados inéditos no Estado (redução de 36,1% de recém nascidos vivos de mães adolescentes do ano de 1998 comparado ao ano de 2008) e demais Estados.

AO 9 – NATUROLOGIA E NUTRIÇÃO – A CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO DE REFLEXÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE AO ADOLESCENTE

Autores: Portella CFS., Godoy MA, Pereira EA, Rochael AC, Freitas BR, Napolitano MM, Takiuti AD.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo - Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo.

Resumo: Objetivos: Desenvolver um modelo de oficina que integre profissionais da naturologia e da nutrição no trabalho com adolescentes, visando uma abordagem completa e uma reeducação alimentar eficiente. Método: As oficinas ocorrem uma vez por semana, o trabalho acontece na casa do adolescente de Pinheiros em São Paulo. Uma horta de plantas medicinais e aromáticas, mantida pelos profissionais com a ajuda dos próprios adolescentes fornece material para enriquecer as oficinas de nutrição. Atividades práticas com a terra, os aromas, os alimentos e os temperos são correlacionadas à questões importantes na adolescência. Os alimentos são preparados pelos próprios adolescentes sob orientação dos profissionais da nutrição, são priorizados alimentos in natura e de cultivo orgânico. O uso dos temperos é adicionado juntamente com a fitoterapia racional nas oficinas. Resultados: Um espaço de reflexão e vivência em que se ressalta a importância do cuidado com o meio ambiente e com o próprio processo de saúde-doença do adolescente. Os adolescentes que preparam os alimentos nas oficinas demonstram ter melhor aceitação das receitas e assim de uma mudança de hábitos alimentares. Em pesquisas anteriores de 740 adolescentes frequentadores da casa estavam sobrepeso 19,04% e 14,28% desnutridas somente 3,44% gostam de frutas e 2,58% legumes em geral; 12,93% doces; 11,20% frituras; 31,10% massas. Conclusão: A nutrição dos adolescentes é um fator preocupante e que necessita de atenção diferenciada por parte das equipes de saúde. A experiência demonstrou-se positiva resultando em um livro intitulado: “Nutritivos e Saborosos - de adolescentes para adolescentes”, contribuindo para uma mudança nos hábitos alimentares dos adolescentes. Palavras-chave: nutrição, plantas medicinais, adolescência, espaço de vivência

AO 10 – TERAPIAS NATURAIS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Autores: Portella CFS, Pereira EA, Freitas BR, Napolitano MM, Favero P, Pedullo P, Kerr JMS.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Resumo: Introdução: as diretrizes previstas pelo SUS e pela OMS incluem as terapias naturais como parte dos programas públicos de saúde, porém na prática essas experiências são raramente encontradas e divulgadas academicamente. Objetivos – Descrever a atuação do Naturólogo, profissional que trabalha com terapias naturais, em um programa de atenção integral ao adolescente. Método – Técnicas como Yoga, Meditação, Aromaterapia, Fitoterapia e Florais são inseridas em oficinas e grupos multiprofissionais. Tratamentos terapêuticos com Técnicas naturais são disponibilizados aos adolescentes, complementando as ações de outros profissionais da Psicologia, Medicina, Enfermagem, Odontologia e outras áreas da equipe multiprofissional. Entre as técnicas mais usadas nos atendimentos estão a Fitoterapia, a Acupuntura Auricular, Terapia Floral, Massoterapia e Aromaterapia. Resultados – A Naturologia atua como Integrante da equipe de matriciamento da atenção ao adolescente, evidenciando a importância das Práticas Naturais, que favorecem a Sustentabilidade e a Promoção de Saúde. Há uma excelente aderência aos tratamentos e à participação dos adolescentes nos grupos de Naturologia, os adolescentes fazem um acompanhamento individual regular com o Naturólogo complementando assim o atendimento médico/psicológico, ajudando muitas vezes a resolver alguns problemas de forma simples, sem precisar de medicação. Conclusão: Naturologia é nova área disposta a complementar as equipes de saúde. Insere-se como uma nova proposta dentro das políticas públicas em saúde sendo uma importante ferramenta para complementar a abordagem integral no trabalho com adolescentes. Palavras-chave: terapias naturais, adolescente, matriciamento da atenção.

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lhherter@terra.com.br
Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br
Glênio Spinato spinato@tpo.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian fatroian@yahoo.com.br
Ivana Fernandes ivanafernandes@hotmail.com

PARANÁ

Fernando César de Oliveira Jr. fernandocojr@yahoo.com.br

MATO GROSSO DO SUL

(67) 3384-2982 tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

GOIÁS

Alessandra Arantes

SÃO PAULO

Ribeirão Preto: Rosana Maria dos Reis ramareis@fmrp.usp.br
São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai elaghai@uol.com.br
Barueri: Arlete Gianfaldoni arletegi@terra.com.br

RIO DE JANEIRO

Denise Leite Maia Monteiro denimonteiro2@yahoo.com.br
Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br
Elaine Pires elainespiba@yahoo.com.br / elainespiba@ig.com.br

ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha ricardo.cristiano@yahoo.com.br

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joaotadeu@seven.com.br
Claudia Lucia Barbosa Salomão ginecoinfantopub@yahoo.com.br

BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo cremilda@svn.com.br
Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães mariadelourdes@uol.com.br
Sílvia de Melo Cunha smel@oi.com.br

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

PARÁ

José Clarindo Martins Neto

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, dirigido aos médicos e profissionais de áreas afins que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos que versem sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol.

O trabalho deve ser encaminhado preferencialmente por e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para joasealcione.almeida@gmail.com, acompanhado de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR. Quando for encaminhado pelo correio, deve ser gravado em CD, impresso em duas cópias e enviado para o endereço da SOGIA constante na primeira página da revista.

Quando enviado por e-mail, a autorização para a publicação assinada pelos autores é dispensada desde que conste o endereço eletrônico destes, para contato pela comissão editorial.

Todos os artigos recebidos serão submetidos à análise pela comissão editorial. Os que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos com as orientações para as devidas correções.

A revista publica artigos nas categorias Artigo Original (pesquisa prospectiva ou retrospectiva, com casuística ou material próprios), Artigo de Revisão e Relato de Caso. Uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

Na seção notícias podem ser publicadas cartas aos editores, bem como notícias sobre assuntos de interesse para os leitores, desde que a comissão editorial considere pertinente.

À comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos.

Os conceitos e opiniões contidos no texto são de inteira responsabilidade dos autores.

Todos os trabalhos publicados passam a ser propriedade da revista.

Normas para publicação

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e pelo menos um dos autores deve ser sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros é dispensada a exigência de filiação.
2. O texto de Trabalho Original, Trabalho de Atualização ou Revisão e Relato de Caso devem ser digitados em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 18 páginas.
3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, incluindo a função ou o cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Exige-se a identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor para correspondência deve ser completo, incluindo e-mail ou fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusão.
7. Todos os trabalhos (original e atualização) devem conter resumo (português) e *abstract* (inglês) e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada. Sempre colocar palavras-chaves e *keywords*.
8. Figuras, gráficos e tabelas devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
9. Referências bibliográficas: não ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, por ordem de citação no texto. No texto as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: *Puberdade Precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças*¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas no final do texto.



Cerazette®

desogestrel 75 mcg

Os benefícios da contracepção sem estrogênio com a mesma eficácia da pílula combinada^{1,2}

Sua paciente fuma e tem mais de 35 anos?

Antes de mais nada, é recomendável que ela pare de fumar. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar, não forneça anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0). Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.¹⁰

Sua paciente está amamentando?

Quando a mulher está amamentando, métodos como a pílula apenas com progestagênio (PP) são melhores escolhas do que os anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0).¹⁰

Sua paciente fuma, tem diabetes ou hipertensão?

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco de doença cardiovascular, não prescreva anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0). Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.¹⁰

Referências bibliográficas: 1. Bjarnadóttir R *et al.* Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *Brit J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 1174-80. 2. Vromans EWM *et al.* Missed pill advice for women using Cerazette. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70:37. 3. Pichl T, Karck U. The estrogen-free pill Cerazette in women with dysmenorrhea and estrogen-related side effects. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70: 37. 4. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. *Contraception* 2004; 69: 89-97. 5. Korver T *et al.* A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 mcg/day or levonorgestrel 30 mcg/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1998; 3: 169-78. 6. Winkler UH *et al.* A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 mcg desogestrel or 30 mcg levonorgestrel. *Contraception* 1998; 57: 385-92. 7. OJB de Smit. Bleeding patterns with Cerazette.: trends over time. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7 [Suppl 1]: 84, 6-46. 8. Vree ML. The estrogen dose in the pill: how low should we go? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7 [Suppl 1]: 87, 6-52. 9. Rice *et al.* A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. *Hum Reprod* 1999; 14: 982-5. 10. Adaptado de FEBRASGO. Anticoncepção. Manual de orientação 2004. 11. Bula do produto Cerazette®.

Cerazette® Desogestrel. Apresentação: cartucho com 1 cartela com 28 comprimidos. Cada comprimido contém: desogestrel 75 mcg. **Indicações:** contracepção. **Contraindicações:** Cerazette® não deve ser usado na presença de qualquer das seguintes condições ou se elas ocorrerem pela primeira vez, o produto deve ser descontinuado imediatamente: gravidez ou suspeita de gravidez; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave enquanto os valores de função hepática não tenham retornado ao normal; tumores progestagênio-dependentes; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer componente do Cerazette®. **Precauções e advertência:** durante o uso de contraceptivos orais (COs), o risco de ter câncer de mama diagnosticado está levemente aumentado. Entretanto, para esses contraceptivos de progestagênio isolado, a evidência é menos conclusiva. Avaliar risco-benefício no caso de câncer hepático. Investigações epidemiológicas associaram o uso de COC a uma maior incidência de tromboembolismo venoso (TEV, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para desogestrel usado como contraceptivo na ausência de um componente estrogênico seja desconhecida, Cerazette® deve ser descontinuado em caso de trombose. A descontinuação de Cerazette® deve também ser considerada em caso de imobilização prolongada devido à cirurgia ou doença. Mulheres com história de distúrbios tromboembólicos devem ser alertadas sobre a possibilidade de recorrência. Embora os progestagênios possam apresentar efeito sobre a resistência à insulina e sobre a tolerância à glicose, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando contraceptivos de progestagênio isolado. Entretanto, mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas enquanto usarem Cerazette®. O tratamento com Cerazette® leva a redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase folicular inicial. Apesar do fato de Cerazette® inibir a ovulação, a gravidez ectópica deve ser considerada no diagnóstico diferencial se a mulher tem amenorreia ou dor abdominal. Cloasma pode ocorrer ocasionalmente. As seguintes condições foram relatadas durante a gravidez e durante uso de esteroide sexual, mas a associação com o uso de progestagênios não foi estabelecida: icterícia e/ou prurido relacionado à colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada à otosclerose. Mesmo quando Cerazette® é tomado regularmente, podem ocorrer distúrbios de sangramento. As mulheres devem ser informadas de que Cerazette® não protege contra HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Como em todos os contraceptivos hormonais de baixa dosagem, o desenvolvimento folicular ocorre e ocasionalmente o folículo pode continuar o desenvolvimento além do tamanho que poderia atingir num ciclo normal. Geralmente, esses folículos aumentados desaparecem espontaneamente. A eficácia dos contraceptivos de progestagênio isolado pode ser reduzida no caso de esquecimento de tomar os comprimidos, distúrbios gastrintestinais ou de utilização de medicação concomitante. Estudos epidemiológicos extensos mostraram que não há risco aumentado de malformações nas crianças de mães que utilizaram contraceptivos orais antes da gravidez, nem efeitos teratogênicos quando os contraceptivos orais forem administrados inadvertidamente no início da gestação. Dados de farmacovigilância coletados com vários COCs contendo desogestrel também não indicam um risco aumentado. Cerazette® não influencia a produção ou a qualidade do leite materno, mas uma pequena quantidade de desogestrel é excretada no leite. **Reações adversas:** as reações adversas relatadas com maior frequência nos estudos clínicos com Cerazette® (>2,5%) foram sangramento irregular, acne, alterações de humor, dor nas mamas, náusea e aumento de peso. **Interações medicamentosas:** podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microsossomais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais. Foram estabelecidas interações com hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, rifabutina, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. Durante o tratamento com carvão medicinal, a absorção do esteroide do comprimido pode ser reduzida bem como sua eficácia contraceptiva. Contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos (por ex., ciclosporina), consequentemente concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afetadas. Dados obtidos com contraceptivos orais combinados mostraram que os esteroides contraceptivos podem influenciar os resultados de certos testes de laboratório, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tireoide, adrenal e de função renal, níveis séricos de proteínas (carregadoras). **Posologia:** deve-se tomar um comprimido ao dia durante 28 dias consecutivos na ordem indicada pelas setas impressas na cartela, com pequena quantidade de líquido, aproximadamente no mesmo horário. Cada cartela subsequente deve ser iniciada imediatamente após o término da anterior. **Superdosagem:** não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS: 1.0171.0089 RA 0390 OS S2 (REF 2 0). Fabricado por Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro São Paulo - SP - CEP 04747-900. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.**

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: atendimento medico@spcorp.com ou 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.

Cerazette® não deve ser usado em casos de gravidez ou suspeita de gravidez e tumores progestagênio-dependentes. ¹¹ Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de Cerazette® com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina. ¹¹



Nem light ao extremo,
nem muito pesado:
tudo na vida
tem que ser dosado.



Mercilon® Conti
desogestrel + etinilestradiol/
etinilestradiol
"A" pílula combinada¹⁻⁷



Isso também vale para o contraceptivo:
Mercilon® Conti tem a dose efetiva para controle de ciclo.¹



Referências bibliográficas: 1. Rosenberg MJ *et al.* Efficacy, cycle control, and side effects of low and lower dose oral contraceptives: a randomized trial of 20 mcg and 35 mcg estrogen preparations. *Contraception* 1999; 60:321-9. 2. The Mircette Study Group. An open-label multicenter, non comparative safety and efficacy study of Mircette, a low-dose estrogen-progestin oral contraceptive. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:82-8. 3. Sulak PJ, *et al.* Hormone withdrawal Symptoms in oral contraceptive users. *Obstet. Gynecol* 2000; 95(2): 261-66. 4. Sulak PJ, *et al.* Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms. *Obstet. Gynecol* 1997; 89: 179-83. 5. Sulak PJ *et al.* Acceptance of altering the standard 21 day/7 day oral contraceptive regimen to delay menses and reduce hormone withdrawal Symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186: 1142-9. 6. Hendrix SL, Alexandre NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel, containing low dose oral contraceptive. *Contraception* 2002; 66:393-399. 7. Bula do produto.

MERCILON® CONTI. Desogestrel/Etinilestradiol e Etinilestradiol. **FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO:** embalagem com 1 blíster contendo 21 comprimidos brancos [Desogestrel 150 mcg/Etinilestradiol 20 mcg], 2 comprimidos verdes [placebo] e 5 comprimidos amarelos [10 mcg de etinilestradiol]. **INDICAÇÃO:** prevenção da gravidez. **CONTRAINDICAÇÃO:** tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos; histórico de tromboflebite ou TVP; doença vascular cerebral ou de artérias coronárias; carcinoma de mama conhecido ou suspeito; carcinoma de endométrio ou outra neoplasia estrogênio-dependente conhecida ou suspeita; sangramento vaginal anormal não diagnosticado; icterícia colestática da gravidez ou icterícia com uso prévio de pílula; adenomas ou carcinomas hepáticos; gravidez conhecida ou suspeita; hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **ADVERTÊNCIAS:** o uso de anticoncepcionais orais está associado a maiores riscos de ocorrência de enfarto do miocárdio, tromboembolismo, acidente vascular cerebral, neoplasia hepática e doença da vesícula biliar, embora o risco de morbidade grave ou mortalidade seja muito baixo em mulheres saudáveis. Foi demonstrado que o tabagismo em combinação com o uso de anticoncepcional oral contribui de forma substancial para a incidência de enfarto do miocárdio em mulheres na sua terceira década de vida ou mais velhas. Os anticoncepcionais orais podem aumentar os efeitos de fatores de risco bem conhecidos, tais como a hipertensão, diabetes, hiperlipidemias e obesidade. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais aumentam a pressão arterial entre usuárias. Embora existam relatórios conflitantes, a maioria dos estudos sugere que o uso de anticoncepcionais orais não está associado ao aumento global no risco de desenvolvimento de câncer de mama. Foram relatados casos clínicos de trombose retiniana associada ao uso de anticoncepcionais orais. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais provocam uma diminuição na tolerância à glicose em uma porcentagem significativa de usuárias. Uma pequena proporção de mulheres apresentará hipertrigliceridemia enquanto estiverem usando a pílula. O aparecimento ou exacerbação de enxaqueca ou desenvolvimento de cefaleia grave, exige a suspensão dos anticoncepcionais orais e avaliação da causa. Sangramento intermenstrual e *spotting* são observados algumas vezes em pacientes que recebem anticoncepcionais orais, principalmente durante os primeiros três meses de uso. Devem ser consideradas causas não hormonais e tomadas medidas diagnósticas adequadas para afastar a possibilidade de processo maligno ou gravidez. Algumas mulheres poderão apresentar amenorreia ou oligomenorreia pós-pílula, especialmente caso essa condição já tenha ocorrido. Gravidez ectópica, bem como intrauterina, pode ocorrer em caso de falha do anticoncepcional. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina. Uma associação semelhante, embora menos acentuada, foi sugerida com referência aos barbitúricos, fenilbutazona, fenitoína sódica, carbamazepina e possivelmente também com griseofulvina, ampicilina, tetraciclina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. **PRECAUÇÕES:** não protege contra infecção pelo HIV (Aids) e outras doenças sexualmente transmissíveis; realizar exame físico e testes laboratoriais relevantes; mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou que apresentem nódulos mamários, mulheres em tratamento para hiperlipidemia devem ser monitoradas regularmente; suspender a medicação em caso de icterícia e/ou disfunção hepática; os anticoncepcionais orais podem ocasionar um determinado grau de retenção de líquidos. Devem ser prescritos com cuidado em pacientes que apresentem condições que possam ser agravadas pela retenção de líquidos. Mulheres com histórico de depressão devem ser cuidadosamente observadas e a medicação suspensa caso a depressão volte em nível preocupante. As usuárias de lentes de contato que desenvolverem alterações visuais ou alterações na tolerância às lentes deverão ser avaliadas por um oftalmologista. Extensos estudos epidemiológicos não revelaram qualquer aumento no risco de defeitos congênitos em bebês de mulheres que usaram anticoncepcionais orais antes da gravidez. O uso deste produto antes da menarca não é indicado. **REAÇÕES ADVERSAS:** acredita-se estarem relacionadas com o medicamento: náuseas; alteração no peso (aumento ou diminuição); vômitos; alteração na erosão e secreção cervical; sintomas gastrointestinais (tais como cólicas e distensão abdominal); diminuição na lactação quando dada imediatamente após o parto; icterícia colestática; sangramento intermenstrual; enxaqueca; *spotting*; erupção (alérgica); mudança no fluxo menstrual; depressão mental; amenorreia; tolerância reduzida a carboidratos; infertilidade temporária após suspensão do tratamento; candidíase vaginal; mudança na curvatura da córnea; edema; melasma que pode persistir; intolerância a lentes de contato; alterações na mama: sensibilidade, aumento, secreção. **POSOLOGIA:** tomar 1 comprimido branco, durante 21 dias, seguido por 1 comprimido verde (inerte) por 2 dias e 1 comprimido amarelo (ativo) por 5 dias. Reiniciar nova cartela, no dia seguinte após ter tomado o último comprimido. **SUPERDOSAGEM:** efeitos nocivos graves não foram relatados após ingestão aguda de altas doses de anticoncepcionais orais por crianças pequenas. A superdosagem pode causar náuseas, podendo ocorrer sangramento de privação no sexo feminino. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS – 1.0171.0102. Fabricado por Schering – Plough Indústria Farmacêutica Ltda. – Rua João Alfredo, 353 – São Paulo – SP – Brasil CNPJ 03.560.974/0001-18. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Versão bula EUA 10/00 15/ 304008-A-MAI/08-1.**

Mercilon® Conti não deve ser usado por mulheres que apresentarem as seguintes condições: tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos, câncer de mama (diagnosticado ou suspeito). Eficácia reduzida, aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associados ao uso concomitante de rifampicina, barbitúricos e drogas anticonvulsivantes.⁷

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: atendimentomedico@spcorp.com ou 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.

