

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- › RISCO DE INFECÇÃO PELO HPV NO INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL
- › FLUXO VAGINAL NA INFÂNCIA
- › REPERCUSSÃO PSICOLÓGICA DA PUBERDADE PRECOCE



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

Risco de infecção pelo HPV no início da atividade sexual. 3

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Fluxo vaginal na infância 9

RELATO DE CASO

Repercussão psicológica da puberdade precoce 13

NOTÍCIAS E AGENDA 18

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

João Alcione Macedo Almeida

EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Wisniewski (SP)

Alcristina Duarte Takaiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Charlita Lúcia Beckman Salomão (MG)

Caracilda Castro de Riquelme (BA)

Christian Baldo Gamaelli (SP)

Deiane Maria Menezes (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Edina Krugh (MA)

Fernanda César de Oliveira Jr. (PR)

Gleba Spina (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

João Domingos das Neves Jr. (DF)

João Maria Soares Jr. (SP)

Luziellina de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Hexter (RS)

Marcelino H. Pali (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marcos Aurélio K. Galletta (SP)

Márcia de Lourdes Calábria Magalhães (CE)

Maria Virginia E. Wernick (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (RS)

Rosamunda Castro do Rego Barros (PR)

Tatiana Serra da Cruz Veirinhas (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

2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takaiuti

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



Rua Amália, 67, Parque São - SP/01248-000 - São Paulo, SP. Fone: 11 3023-5200
www.segurosfatima.com.br - seg@segurosfatima.com.br

Este trabalho não é patrocinado, divulgado, autorizado ou avaliado pela Seguros Fátima. A Seguros Fátima não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido das informações aqui contidas. Este trabalho não constitui oferta de seguro. Para mais informações, consulte o site www.segurosfatima.com.br ou ligue 11 3023-5200.



CAROS COLEGAS,

A Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR), fundada em 3 de outubro de 1995, tem como objetivos incentivar o estudo e a pesquisa científica de problemas relacionados à infância e à adolescência femininas; estimular a criação de centros de estudo e oferecer assistência a essa faixa etária; enfatizar aspectos da medicina preventiva; promover congressos e eventos em nível local, regional, nacional e internacional; representar o Brasil perante sociedades internacionais congêneres e manter intercâmbio cultural com sociedades da espécie (Estatutos da SOGIA-BR).

A SOGIA-BR foi fundada pelo mesmo grupo que participava da Comissão Nacional Especializada (CNE) de Ginecologia Infantojuvenil da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), sob a liderança do Professor Álvaro da Cunha Bastos. Essa CNE organizou duas jornadas nacionais, um simpósio internacional e a Segunda Jornada Latino-Americana de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, no ano de 1990, em São Paulo. Em 1993 participou da Asociación Latinoamericana de Obstetrícia y Ginecologia da Infância e Adolescência, durante o congresso em Santiago, Chile. Em maio de 2007 organizou o 10º Congresso Latino-Americano (Alogia) e 15º Congresso Mundial de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, na cidade de São Paulo.

O congresso brasileiro, promovido por nossa sociedade, é realizado a cada dois anos, desde 1998, em Fortaleza, CE; 2000, Porto Alegre, RS; 2002, Cuiabá, MT; 2004, Curitiba, PR; 2006, Salvador, BA; e 2008, no Rio de Janeiro, a bordo de um navio em cruzeiro de quatro dias. Antes, em 1995, realizou-se em Recife, ainda como CNE, o congresso que marcou o início do prêmio Álvaro Bastos, oferecido ao melhor trabalho original apresentado em nossos congressos brasileiros. Também nesse congresso consolidou-se a ideia da fundação da SOGIA-BR. Todos nossos congressos alcançaram o sucesso que todos conhecem.

Portanto, a SOGIA-BR já deu demonstração de sua capacidade em organizar eventos em todos os níveis. Agora estamos empenhados para novo sucesso com o Congresso em Brasília, sob a presidência de José Domingues dos Santos Jr., de 11 a 14 de agosto próximo. É tarefa árdua que requer muito trabalho e dedicação do comitê organizador, mas tenho certeza que o êxito virá. O comitê organizador tudo fará para isso. Esperamos novamente um agradável encontro com vocês.

Confira os trabalhos acessando o site www.congressosogia.org.br.

Até breve,

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
FUNDADA EM 03/10/95

RISCO DE INFECÇÃO PELO HPV NO INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL

RISK OF THE HPV INFECTION IN THE SEXUAL DEBUT

DENISE LEITE MAIA MONTEIRO¹ · ALEXANDRE JOSÉ BAPTISTA TRAJANO² · FÁBIO BASTOS RUSSOMANO³ · KÁTIA SILVEIRA DA SILVA⁴

RESUMO

Estudou-se a incidência e o tipo das alterações citopatológicas cervicais em adolescentes acompanhadas desde o primeiro ano de atividade sexual, por intermédio de estudo de coorte de 403 adolescentes, entre 1993 e 2006, com dados analisados pelo Epi-info. Utilizou-se como critério de inclusão a citopatologia negativa para lesão cervical na entrada do estudo, exceto quando a atividade sexual era inferior a um ano. Em cinco anos de acompanhamento, os exames citopatológicos permaneceram normais em 63,5% (256/403). No primeiro ano de atividade sexual, a incidência de alterações citopatológicas foi de 24,1% (IC95% 20-28,5). Nos anos subsequentes, foi respectivamente: 8% (IC95% 5,2-11,7); 7,4% (IC95% 4,4-11,4); 3,3% (IC95% 1,1-7,5) e 4,3% (IC95% 0,9-12). O diagnóstico citológico revelou: ASCUS 5,5% (22), LSIL 28% (113) e HSIL 3% (12). Concluiu-se que a incidência de alterações citopatológicas é alta logo no início da atividade sexual, principalmente nos três primeiros anos.

Palavras-chave: Lesão cervical intraepitelial, papilomavírus humano, adolescente.

ABSTRACT

The objective was to study the incidence and the types of cervical cytopathological findings in adolescents followed since their first year of sexual activity. Cohort study of 403 adolescents, between 1993 and 2006, with data analyzed using Epi-info. The inclusion criteria was no abnormal cervical cytopathological findings upon entry into the study, except when had been sexually active for less one year. After five years of follow-up, cervical cytopathology remained normal in 63.5% (256/403). In the first year of sexual activity, the incidence was 24.1% (CI95%: 20-28.5). In the following years, it was 8% (CI95%: 5.2-11.7), 7.4% (CI95%: 4.4-11.4), 3.3% (CI95%: 1.1-7.5), 4.3% (CI95%: 0.9-12), respectively. Cytological diagnosis showed ASCUS 5.5% (22), LSIL 28% (113) and HSIL 3% (12). We concluded that the incidence of cytopathological abnormalities at the very beginning of sexual life is high, especially during the first three years.

Keywords: Cervical intraepithelial lesion, human papilloma virus, adolescence.

A revolução sexual iniciada na década de 1960, com o advento dos contraceptivos orais, aliada às mudanças culturais, acarretou aumento da atividade sexual entre mulheres solteiras com consequente aumento do número de parceiros e das doenças sexualmente transmissíveis (DST), além de menor idade à iniciação da atividade sexual¹.

O exercício da sexualidade pode ser fonte de imenso prazer e de expressão de sentimentos profundos próprios do encontro amoroso, mas também pode gerar graves transtornos

na vida pessoal e social do indivíduo. As DSTs e a gravidez na adolescência reforçam a hipótese de que a desinformação, a repressão, o silêncio, o medo e outros sentimentos negativos parecem limitar as escolhas do adolescente ante a vida sexual e reprodutiva, criando situações de difícil atuação para pais e profissionais que lidam com jovens².

Entre adolescentes de 15 a 19 anos, ocorrem 40% dos casos de infecção por clamídia, sendo também observadas altas taxas de gonorreia e infecção pelo papilomavírus humano (HPV)¹.

Como grande parte dos casos de infecção pelo HPV não causa sintomas e regride espontaneamente, não evoluindo para o câncer, sua importância é muitas vezes questionada. Entretanto, a persistência da infecção por subtipos oncogênicos do HPV é capaz de interferir no controle da replicação celular, acarretando modificações intraepiteliais que podem levar ao desenvolvimento de lesões precursoras do câncer do colo do útero. A presença do HPV não é suficiente para induzir a carcinogênese cervical, entretanto, representa condição necessária^{3,4}.

A prevalência da lesão intraepitelial (SIL) HPV-induzida vem aumentando nas últimas décadas, e a idade média ao diagnóstico, diminuindo, sendo encontrada com maior frequência entre adolescentes e mulheres com menos de 30 anos⁵. Meeker e Meg⁶ demonstraram que citopatologias com anormalidades causadas pelo HPV foram observadas entre um terço e metade das pacientes adolescentes. Isso significa que a atual frequência de lesões HPV-induzidas entre adolescentes e adultos jovens pode se traduzir em aumento na incidência de câncer do colo uterino nos próximos anos, constituindo grande desafio no campo da saúde pública^{7,8}.

Estudo utilizando o banco de dados do laboratório Sitec (Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia, da DIPAT — Divisão de Patologia do Instituto Nacional do Câncer), no período de 1999 a 2005, revelou que a maior prevalência de anormalidades citológicas ocorre no grupo de adolescentes (8,9%), e entre as adultas foi de 5,6%. Nesse período, as alterações cervicais em adolescentes duplicaram, passando de 6,4% para 12,4%, e nas mulheres adultas aumentou de 4,0% para 6,1%. Ao se analisarem as LSIL, observaram elevação de 3,5% para 6,5% nas adolescentes e de 1,3% para 2,4% nas adultas⁹.

A prevalência global de infecção pelo HPV nos Estados Unidos é de 33,8% em mulheres com idade entre 14 e 24 anos de idade, correspondendo a 7,5 milhões de jovens infectadas, diminuindo com o aumento da idade¹⁰.

A maior frequência de SIL na adolescência tem sido atribuída à iniciação sexual precoce, o que talvez possa ser explicado pelas diferenças na maturidade biológica do sistema imune e da cérvix, e vários autores sugerem que estas seriam as responsáveis pelo aumento da suscetibilidade do colo uterino da adolescente à infecção pelo HPV^{4,11}.

Moscicki *et al.*¹² 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. Estudo de coorte de Moscicki *et al.*¹³ em período de 50 meses mostrou que uma em cada quatro adolescentes desenvolveu LSIL 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 oncogênicos¹⁴.

Monteiro *et al.*¹⁵ verificaram que os fatores associados ao desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e câncer do colo uterino são a idade e o número de gestações, tendo dobrado a chance de ocorrência dessas lesões a cada aumento de um ano na idade da paciente, assim como a cada nova gravidez. Além disso, observaram pequeno intervalo de tempo decorrido entre o início da atividade sexual e o diagnóstico da lesão intraepitelial cervical.

Apesar do câncer de colo uterino ser condição rara na adolescência¹⁶, já se encontra relatado em alguns estudos^{15,17}. Em âmbito global, o colo do útero permanece como o segundo local mais comum de instalação do câncer entre as mulheres, superado apenas pela mama. Anualmente ocorrem 510 mil casos novos e 288 mil óbitos, sendo quase 80% nos países em desenvolvimento¹⁸.

O rastreamento do câncer do colo uterino pelo teste de Papanicolaou é efetivo e de baixo custo, contribuindo para a redução de até 80% das mortes, em países desenvolvidos. Em nosso país, a doença continua a ser grande problema de saúde pública, sendo comum o diagnóstico já em fase avançada da doença¹⁹.

No atendimento ginecológico a adolescentes no Ministério da Saúde/Hospital Federal Cardoso Fontes (MS/HFCF), bairro da cidade do Rio de Janeiro, Brasil, de 1993 até a presente data, constatamos diminuição da idade média da iniciação sexual nessa população, assim como ocorrência de DST e de SIL, incluindo casos de doença cervical pré-invasiva e até mesmo um caso de câncer cervical¹⁵.

O objetivo deste estudo é identificar a incidência e o tipo das alterações citopatológicas cervicais em adolescentes acompanhadas em nosso ambulatório desde o primeiro ano de atividade sexual, visando identificar o risco de infecção pelo HPV no início da atividade sexual.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

A população de estudo foi constituída por adolescentes do sexo feminino com idades entre 11 e 19 anos, acompanhadas entre 1993 e 2006 no Ambulatório de Ginecologia para Adolescentes do HFCF, instituição pública de assistência secundária e terciária, vinculada ao Ministério da Saúde. O hospital está localizado na Serra Grajaú-Jacarepaguá, situado na área programática 4 do município do Rio de Janeiro (AP 4.0), área geográfica com aproximadamente 304 km².

Trata-se de ambulatório geral, no qual as jovens chegam precocemente por orientação do Setor de Atenção ao Adolescente, que funciona nesse hospital desde 1991, oferecendo assistência integral e multidisciplinar aos adolescentes de ambos os sexos. Por esse motivo, há grande procura por

adolescentes antes da iniciação sexual (58%). Somente 20% das adolescentes atendidas no ambulatório especializado em ginecologia para adolescentes chegam por demanda espontânea, sem ter recebido atendimento clínico prévio.

Esse trabalho consiste em estudo de coorte com base na análise do laudo do exame citopatológico de adolescentes sexualmente ativas em acompanhamento ambulatorial específico. Para estimar a incidência de alteração citopatológica foi calculado o tamanho amostral mínimo de 246 adolescentes, baseado em incidência estimada de 20%, erro-alfa de 5% e erro amostral de 4%.

Os critérios de inclusão para compor o grupo de estudo foram: atividade sexual, ter realizado exame citopatológico com resultado negativo na entrada do estudo e ter realizado pelo menos dois exames durante o estudo. Foram excluídas da pesquisa as que apresentaram primeiro exame citopatológico alterado, exceto aquelas com atividade sexual há menos de um ano, quando se considerou o tempo para o desenvolvimento da alteração como a metade do período.

Entre agosto de 1993 e dezembro de 2006, foram atendidas 2.016 adolescentes, entre as quais 846 eram sexualmente ativas (42%). Dentre estas, 403 preenchiam os critérios e foram selecionadas para o estudo (Figura 1).

Os dados foram obtidos por intermédio de análise dos prontuários, onde foram captados dados sobre o exame ginecológico e os laudos das citopatologias, colposcopias e histopatologias do colo uterino. Foi obtida autorização da direção do HFCF para a consulta aos prontuários das adolescentes

e o consentimento foi obtido por termo livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Todas as adolescentes foram atendidas pela investigadora principal pelo menos uma vez, sendo realizado exame ginecológico, realização do teste de Schiller e colheita de material para exame citopatológico. Os esfregaços foram preparados na forma convencional (coloração de Papanicolaou) e avaliados em laboratório central de grande porte (SITEC). Esse laboratório é considerado padrão de qualidade para o setor público no estado do Rio de Janeiro, sendo responsável por todos os exames citopatológicos do sistema público da cidade do Rio de Janeiro e de vários municípios do estado.

Os laudos citológicos foram classificados pelo sistema de Bethesda. O desfecho desse estudo foi a incidência e o tipo de alteração citopatológica nos cinco primeiros anos de vida sexual. Os dados foram analisados estatisticamente por meio do programa Epi Info™. As variáveis categóricas foram descritas por intermédio de proporções, e as contínuas por meio de médias, desvios-padrão e medianas. Foram consideradas as seguintes variáveis: idade na entrada do estudo e quando da iniciação sexual, renda familiar, número de parceiros, incidência de alterações citopatológicas por ano de acompanhamento após a iniciação sexual e distribuição dessas alterações.

RESULTADOS

A idade das adolescentes na primeira consulta variou de 11 a 19 anos (média = 15,6 anos) e a iniciação sexual ocorreu em média aos 14,8 anos. Em relação ao estado civil, quarenta e seis (11,4%) eram casadas ou viviam em companhia de cônjuge. A média do número de parceiros foi de 1,8 com mediana igual a um, sendo que 254 (63%) relataram parceiro único e 123 (30,5%) de dois a três parceiros. Outras DSTs como sífilis, hepatite C, infecção por clamídia, gonococo, herpes genital e HIV foram referidas por 23 (5,7%), como consta na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição do perfil das adolescentes incluídas no estudo

Características clínico-demográficas	% (IC95%)
1º coito: 10 - 15 anos	40,9% (36,1-45,9)
15 - 19 anos	59,1% (54,1/63,9)
média	14,8 ± 1,5
Estado civil: casadas	11,4% (8,5-14,9)
solteiras	88,6% (85,1-91,5)
Número de parceiros: único	63% (58,1-67,7)
2 - 3	37% (32,2-41,9)
História de DST: sim	5,7% (3,6-8,4)
não	94,3% (91,5-96,3)

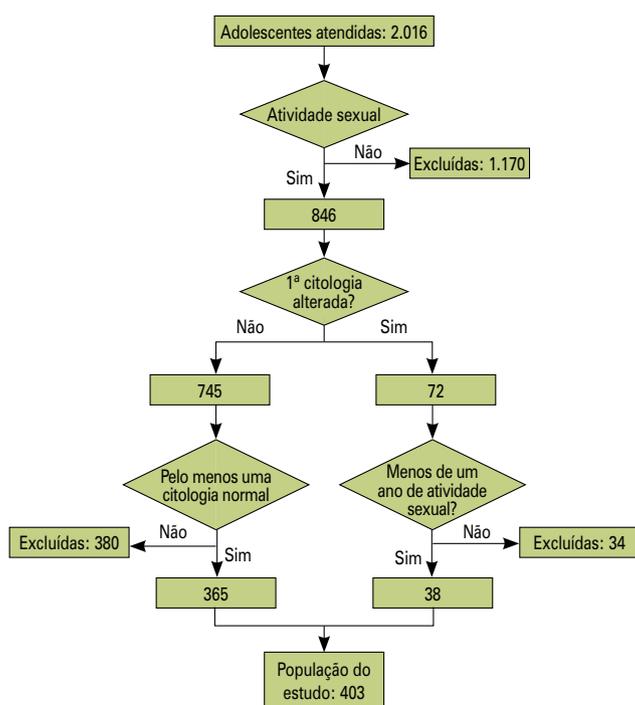


Figura 1.

No período de cinco anos do acompanhamento, os exames citopatológicos permaneceram normais em 256 (63,5%) das 403 pacientes. O diagnóstico citológico revelou ASCUS em 22 (5,5%), LSIL em 113 (28%) e HSIL em 12 (3%) conforme a tabela 2. A maior parte das HSIL, 8 adolescentes (67%), ocorreu no primeiro ano de atividade sexual.

Tabela 2. Incidência de alterações citopatológicas em adolescentes no período de seguimento após início da atividade sexual

Laudos da citopatologia	N°	IC95%
LSIL	113	28% (23,7-32,7)
HSIL	12	3,0% (1,5-5,1)
ASCUS	22	5,5% (3,4-8,1)
Total	147	36,5% (31,8-41,4)

No primeiro ano de vida sexual, a incidência de alterações citopatológicas foi de 24,1% (IC95% 20-28,5). Nos anos subsequentes, foi respectivamente: 8% (IC95% 5,2-11,7); 7,4% (IC95% 4,4-11,4); 3,3% (IC95% 1,1-7,5); e 4,3% (IC95% 0,9-12). Na tabela 3 está descrito o cálculo da probabilidade acumulada a cada período. Observa-se que, no primeiro ano de atividade sexual, a incidência de alteração citopatológica foi três vezes maior que no segundo ano. Ao considerar cinco anos de atividade sexual, a probabilidade de adquirir a alteração citopatológica ao final do quinto ano foi de 40%.

A comparação das características do grupo sexualmente ativo que não foi incluído no estudo (443 adolescentes) com as da coorte estudada (403) não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação aos dados demográficos e aos fatores de risco já descritos no método, exceto quanto ao antecedente de DST, que se mostrou três vezes maior no grupo acompanhado.

DISCUSSÃO

Na adolescência, a atividade biológica cervical está em nível máximo. Nessa fase, a replicação celular e substâncias presentes no meio cervical facilitam a infecção pelo HPV. Outros fatores podem elevar a probabilidade de aquisição

de DST como maior suscetibilidade ao trauma durante a relação sexual e o desenvolvimento incompleto das respostas imunes locais^{13,20}.

O aumento da frequência de lesões pré-neoplásicas cervicais em adolescentes aponta para a necessidade de investigação do comportamento dessas alterações nessa faixa etária, o que poderá auxiliar na redução da taxa de doença HPV-induzida, ao se conhecer o momento ideal da intervenção e os benefícios dela decorrentes²¹.

Nossos resultados mostraram que em cinco anos de seguimento, 36,5% das adolescentes apresentaram anormalidades citopatológicas, valor semelhante aos verificados em trabalhos recentes, 37% e 38%, respectivamente^{22,23}. No entanto, a incidência de lesão intraepitelial cervical no presente estudo foi superior ao primeiro estudo referido, talvez em decorrência do grande índice de ASCUS (16,7%) apontado por aqueles autores²².

Verificamos que a incidência da alteração citopatológica é maior no primeiro ano de atividade sexual (24,1%), declinando nos dois anos subsequentes para aproximadamente um terço (8% e 7,4%), isto é, se a adolescente passar o primeiro ano de atividade sexual sem adquirir a alteração, nos anos subsequentes o risco de adquiri-la é muito menor. Assim como a maioria das DSTs, a infecção pelo HPV apresenta-se logo no início da atividade sexual^{3,8}. Portanto, a incidência é maior em faixas etárias mais jovens e, com a resolução das infecções transitórias, tende a cair em idades mais elevadas. É importante ressaltar a natureza transitória da infecção por HPV, a possibilidade de regressão espontânea das lesões intraepiteliais cervicais, mesmo de alto grau em adolescentes, e a raridade do câncer nessa idade^{13,24,25}. Esses achados ratificam as recomendações para que se adotem condutas mais conservadoras na adolescência, evitando-se procedimentos mais agressivos como as cirurgias sobre o colo uterino que podem gerar aumento do risco de partos prematuros e outras complicações obstétricas²⁴⁻²⁶.

Estudos longitudinais utilizando técnicas de detecção do DNA-HPV confirmam que as taxas de infecção por HPV são mais altas em adolescentes, mostrando prevalência de período (prevalência cumulativa) de 82% e média de 4,9

Tabela 3. Distribuição da incidência de alterações citopatológicas por ano de atividade sexual

Tempo de atividade sexual	N° de pacientes no início do período	N° de citopatologias alteradas no período	Perdas	Censuradas*	Incidência de alteração citopatológica IC 95%	Probabilidade da ocorrência da alteração citopatológica por ano	Probabilidade acumulada de ocorrência de lesão citopatológica ao final de cada período
1° ano	403	97	0	97	24,1 (20-28,5)	0,241	0,241
2° ano	306	24	15	39	8,0 (5,2-11,7)	0,080	0,302
3° ano	267	18	47	65	7,4 (4,4-11,4)	0,074	0,353
4° ano	202	5	98	103	3,3 (1,1 - 7,5)	0,033	0,375
5° ano	99	3	58	61	4,3 (0,9 - 12)	0,043	0,402

*Censuradas — Pacientes que já apresentaram o desfecho ou abandonaram o acompanhamento.

tipos diferentes de HPV²². Estudo semelhante mostrou que 55% das adolescentes adquiriram a infecção em três anos¹³.

A população de adolescentes do presente estudo apresenta características semelhantes às da população geral de adolescentes brasileiras no que se refere à idade da iniciação sexual; procuram por atendimento ginecológico aos 15 anos, isto é, logo após a iniciação sexual, e a idade média da primeira relação sexual é semelhante à referida por estudo oficial que revelou 15,2 anos²⁷.

Embora o número de parceiros seja descrito como fator de risco do câncer cervical, estudo longitudinal com adolescentes e adultas jovens, mostrando que ter um novo parceiro aumentava em dez vezes o risco de adquirir HPV, não evidenciou associação significativa entre número de parceiros e desenvolvimento de LSIL¹³. No estudo de prevalência que realizamos anteriormente, o número de parceiros também não mostrou associação com a lesão cervical¹⁵. No presente estudo, grande proporção de nossas adolescentes relatou parceiro único, o que se assemelha ao estudo desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) que verificou média de 1,4 parceiro entre as adolescentes²⁸. Apesar de não termos como comprovar a consistência da informação sobre o real número de parceiros, acreditamos que esse fato não tenha influenciado nossos resultados, se considerarmos o pouco tempo de vida sexual dessas pacientes.

Como limitação desse estudo, apontamos o abandono do acompanhamento ambulatorial em mais de 50% do grupo de adolescentes sexualmente ativas (443). Essas pacientes apresentaram alterações citopatológicas em 6,2% (ASCUS = 1,4%, LSIL = 4,3% e HSIL = 0,5%), mas como não completaram o seguimento, foram excluídas do estudo, fato este que pode ter levado à medida subestimada da incidência. No entanto, as características desse grupo com as da coorte estudada não apresentou diferença estatisticamente significativa. Em recente estudo, também foi observada grande perda (65%) no seguimento de adolescentes²⁵.

Encontramos alta proporção de adolescentes com alterações citopatológicas logo no início da atividade sexual, seis vezes superior à taxa verificada após cinco anos de atividade sexual, o que pode ser explicado pela alta taxa de regressão descrita por vários autores nessa faixa etária^{13,25,26}. Essa alta incidência de alterações citopatológicas logo no início da vida sexual, com maioria ocorrendo nos três primeiros anos e predominância das mais graves no primeiro ano de atividade sexual, sugere ser importante o acompanhamento das adolescentes com atividade sexual²¹.

Aliada a essa estratégia, a prevenção primária da infecção por HPV por meio do estímulo à utilização do condômio deve

ser mantida e, no momento atual, as vacinas contra o HPV poderão se constituir ferramenta importante, se integradas com os programas de triagem existentes para a detecção precoce do câncer cervical e aos programas de educação em saúde sexual para adolescentes²⁹. Esses achados justificam a vacinação antes de iniciada a atividade sexual, já que a maior incidência de lesões HPV-induzidas ocorre no primeiro ano de atividades sexual.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP-2000). Tracking the hidden epidemic: Trends in sexually transmitted diseases in the U.S. – 2000. Atlanta: Department of Health and Human Services, Division of Sexually Transmitted Disease Prevention.
- Monteiro RLM, Monteiro DLM. A mídia na informação sobre saúde sexual. *Adolescência & Saúde*. 2005;2(1):17-28.
- Schiffman MH. Recent progress in defining the epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *J Natl Cancer Inst*. 1992;84(6):394-8.
- Singer A. The uterine cervix from adolescence to the menopause. *Br J Obstet Gynaecol*. 1975;82:81-99.
- Lüdicke F, Stalberg A, Vassilakos P, Major AL, Campana A. High and intermediate-risk human Papillomavirus infection in sexually active adolescent females. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2001;14:171-4.
- Meeker, Meg MD. "The Explosion from Two to Fifty". *Epidemic: How Teen Sex is Killing Our Kids*. Washington DC: Regnery Publishing, 2002. p.35-8.
- Gonçalves WC, Leonardo NDB, Serapião JJ. Influência atual do HPV na sexualidade. *Femina*. 2003;31(9): 823-5. Hosmer DW e Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley-Interscience publication; 1989. p. 86.
- Villa LL. Human papillomaviruses and cervical cancer. *Adv Cancer Res*. 1997;71:321-41.
- Pedrosa ML, Mattos IE, Koifman RJ. Lesões intra-epiteliais cervicais em adolescentes: estudo dos achados citológicos entre 1999 e 2005, no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(12):2881-90.
- Dunne EF, Unger ER, Stenberg M, McQuillan G, Swan D, Patel SS, Markowitz LE. Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States. *JAMA*. 2007;297(8): 817.
- Moscicki AB, Winkler B, Irwin C, Schachter J. Differences in biologic maturation, sexual behavior, and sexually transmitted disease between adolescents with and without cervical intraepithelial neoplasia. *J Pediatr*. 1989;115: 487-93.
- 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.
- 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.
- Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP, Adam DE, Lee SK, Kuypers JM, et al. Development and duration of human papillomavirus lesions, after initial infection. *J Infect Dis*. 2005;191(5):731-8.
- Monteiro DLM, Trajano AJB, Silva KS, Russomano FB. Pre-invasive cervical disease and uterine cervical cancer in Brazilian adolescents: prevalence and related factors. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(12):2439-48.
- Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C. American Cancer Society - Guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin*. 2002;52:342-62.
- Nascimento MI, Pires ES, Gil DQ, Nunes GG, Balboa V, Stasiaki FV, Cunha AA. Características de um grupo de adolescentes com suspeita de neoplasia intra-epitelia cervical. *RBGO*. 2005;27(10):619-26.
- Pagliusi S. World Health Organization. Human papillomavirus infection and cervical cancer. Disponível em: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/hpv/en/. Acesso em 26/10/2006.

19. MS/INCA. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de atenção à saúde. Coordenação de prevenção e vigilância. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>>. Acesso em 10/9/2009.
20. Derchain SFM, Pinto Neto AM, Oliveira RLC, Santos CC, Pinto e Silva JLC. Infecção por papilomavírus humano e neoplasia intra-epitelial cervical em adolescentes. *J Bras Ginecol.* 1991;101:499-503.
21. 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.
22. Brown DR, Shew ML, Qadadri B, Neptune N, Vargas M, Tu W, et al. A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women. *J Infect Dis.* 2005;191:182-92.
23. Tarkowski TA, Koumans EH, Sawyer M, Pierce A, Black CM, Papp JR, et al. Epidemiology of human papillomavirus infection and abnormal cytologic test results in an urban adolescent population. *J Infect Dis.* 2004;189:46-50.
24. Koshiol J, Lindsay L, Pimenta JM, Poole C, Jenkins D, Smith J. Persistent Human Papillomavirus Infection and Cervical Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Epidemiol.* 2008;168:123-37.
25. Moore K, Cofer A, Elliot L, Lanneau G, Walker J, Gold MA. Adolescent cervical dysplasia: histological evaluation, treatment and outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:141.e1-141.e6.
26. Moscicki AB. Impact of HPV infection in adolescent populations. *J Adolesc Health.* 2005;37(6 Suppl):S3-S9.
27. Ministério da Saúde. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids. Brasília: Coordenação de DST/Aids; 2000.
28. Mosher WD, Chandra A, Jones J. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15-44 years of age, United States, 2002. *Adv Data.* 2005; (362):1-55.
29. 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 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *Lancet.* 2006;367(9518):1247-55.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA _____

Dra. Denise Leite Maia Monteiro

E-mail: denimonteiro2@yahoo.com.br

TITULAÇÕES _____

- 1 Doutorado e mestrado em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), professora titular de Obstetrícia do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), coordenadora do Setor de Ginecologia para Adolescentes do Hospital Federal Cardoso Fontes.
- 2 Professor titular e coordenador da disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), doutorado em Medicina (Clínica Obstétrica) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, livre-docente em Obstetrícia pela UERJ.
- 3 Doutorado em Pesquisa Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, responsável pelo Setor de Patologia Cervical do Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz).
- 4 Professora de Epidemiologia do Curso de Mestrado do Instituto Fernandes Figueira (Fiocruz), doutora em Saúde Coletiva, área de Epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social pela UERJ.

FLUXO VAGINAL NA INFÂNCIA

VAGINAL DISCHARGE IN CHILDHOOD

ANTÔNIO CHAMBO FILHO¹ · RICARDO CRISTIANO LEAL DA ROCHA² · CLARICE DE ALMEIDA FIORILLO³

RESUMO

Fluxo vaginal é uma queixa comum em pediatria. Pode se manifestar como sintoma primário de vulvite, vaginite e vulvovaginite. Na prática, esses três termos se confundem no diagnóstico das condições inflamatórias. Os sinais e sintomas incluem disúria, prurido, eritema vulvar, fluxo vaginal e sangramento. Esta revisão de literatura descreve os principais agentes causadores das vulvovaginites específicas e, somente quando bem determinados, devem ser tratados com antibióticos. Enfatizamos que por meio da anamnese e do exame físico detalhado é possível diagnosticar a maioria dos casos como sendo vulvovaginite sem causa específica, o que justifica a reeducação da higiene como forma de tratamento.

Palavras-chave: Corrimento genital, fluxo vaginal, crianças.

ABSTRACT

Vaginal discharge is a frequent complaint in childhood. It may express as a primary symptom of vulvitis, vaginitis and vulvovaginitis. In clinics, these terms are often used interchangeably for diagnosing inflammatory conditions. Signs and symptoms include dysuria, itching, vulvar erythema, vaginal discharge and bleeding. This review describes the main agents of specific vulvovaginitis. The antibiotics are indicated for specific cases. Also, it is important to emphasize that a detailed clinical history and examination is possible to diagnose the most cases as nonspecific vulvovaginitis what justify the re-education of hygiene as good treatment.

Keywords: Vaginal discharge, vaginal flow, children.

INTRODUÇÃO

Fluxo vaginal é anormalidade na quantidade ou no aspecto físico do conteúdo vaginal, que se exterioriza pelos órgãos genitais externos. Pode ser sintoma referido pela paciente ou apenas identificado pelo ginecologista¹. Em pré-púberes, o conteúdo vaginal normal, raramente, exterioriza-se, porém a genitália está mais suscetível a infecções devidas a fatores anatômicos, hormonais, comportamentais, sistêmicos e tópicos². Em consequência a esses fatores, o fluxo vaginal se torna queixa comum durante a infância³ e pode se apresentar como sintoma primário de vulvite, vaginite ou vulvovaginite.

A vulvite manifesta-se principalmente por disúria e prurido, associados a eritema da vulva. A vaginite caracteriza-se por corrimento sem disúria, prurido ou eritema associados. Já a vulvovaginite consiste em uma combinação de ambas. Na prática, frequentemente esses três termos se confundem no diagnóstico das condições inflamatórias².

EPIDEMIOLOGIA E FATORES PREDISPONENTES

Relatos sobre a incidência de vulvovaginite na infância variam entre 17% e 50% dessa população⁴, e alguns fatores predisponentes contribuem para seu desenvolvimento, como a presença de vagina atrófica não estrogenizada com pH de 6,5 a 7,5. Esses fatores associados à umidade e ao calor presentes na vagina determinam um excelente meio para crescimento e proliferação de bactérias. A ausência de coxim adiposo e pelos pubianos, pele vulvar delgada, ação de irritantes locais (xampu e sabonete), roupas mal ventiladas e material sintético, proximidade anatômica da vagina com o reto e higiene precária da genitália externa também são fatores que contribuem para vulvovaginite na infância⁵.

MICROFLORA NA PRÉ-PÚBERE

O maior ponto de debate na conduta das vulvovaginites em pré-púberes é distinguir a flora normal de outros agentes. Essa mi-

croflora ainda não é muito bem definida, pois muitos organismos foram cultivados e a maioria dos estudos foi falha por causa da ausência de objetos-controle ou porque combinaram pré- e peripúberes⁶. Um estudo da microflora vaginal de cem meninas saudáveis encontrou difteroides, anaeróbios e *Staphylococcus epidermidis* como os organismos mais comuns⁷. Nesse mesmo estudo, foram encontrados *Candida albicans*, *Corynebacterium vaginale* e micoplasmas genitais na flora vaginal normal.

Em um estudo de caso-controle com 67 pré-púberes (36 casos e 31 controles), 77% das culturas vaginais de pacientes assintomáticas foram positivas para bactérias aeróbias, 65% para bactérias anaeróbias e 45% para ambas. As espécies mais prevalentes foram *Staphylococcus epidermidis* (35%), *Enterococcus* (29%), *Streptococcus viridans* (13%) e lactobacilos (39%)⁷. Relatou-se que meninas com vulvovaginites e grupos-controle tinham uma flora microbiológica similar, sendo que os organismos isolados em comum são um mesclado de anaeróbios, difteroides, *Staphylococcus coagulase* negativo e *Escherichia coli*. Entretanto, o número da amostra foi muito pequeno⁸.

AGENTES MICROBIANOS

Em 25% a 75% das pacientes com vulvovaginites, não é isolado micro-organismo específico. Isso decorre de irritações inespecíficas, como banhos de espuma, sabonetes ou xampus, higiene precária, roupas apertadas ou contaminação fecal⁶. Há relatos de que 68% das vaginites inespecíficas são atribuídas a bactérias coliformes⁵.

Infecções vulvovaginais específicas em crianças pré-púberes são usualmente atribuídas ao trato respiratório, entérico ou a organismos sexualmente transmitidos⁴.

Streptococcus β-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*) são consideradas as bactérias patogênicas mais frequentemente isoladas em crianças pré-púberes sintomáticas. Em estudo retrospectivo realizado em Zurique, foram avaliadas culturas bacterianas de 80 pré-púberes com idade variando entre 2 e 12 anos e diagnóstico de vulvovaginite. Foram isoladas bactérias patogênicas em 36% dos casos e em 59% desses casos o patógeno isolado foi o *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A⁹.

Haemophilus influenzae pode ser encontrado na nasofaringe e pode causar otite média, pneumonia e sinusite⁵. São patógenos oportunistas e só causam infecção na presença de outros fatores associados (infecção viral ou imunodepressão). No passado, foi considerado uma das principais causas de vulvovaginite em meninas pré-púberes, no entanto, com a introdução da rotina de vacinação contra tipo b encapsulado em algumas áreas, sua atuação foi reduzida em muitos países¹⁰.

Outra causa comum de vulvovaginite é a infestação pelo *Enterobius vermicularis* e deve ser considerada em meninas que

têm sintomas de pruridos perineais noturnos⁵. Nesses casos a história clínica é geralmente mais indicativa do que a procura por ovos. Além disso, o resultado negativo do teste da fita adesiva ou da pesquisa de oxiúros não exclui a presença desse parasita¹⁰. Alguns investigadores sugerem tratar todas as meninas com prurido vulvar e anal noturno em razão da dificuldade de diagnóstico.

O isolamento de leveduras não é frequente, mas *Candida albicans* e *Candida glabrata* podem ser encontradas em meninas pré-púberes que usam roupas apertadas ou em situações com fatores predisponentes, tais como uso recente de antibiótico ou tratamento com corticosteroides ou diabéticas descompensadas¹⁰.

Contaminação vaginal durante infecções causadas por *Shigella flexneri* também deve ser considerada. A infecção por *Shigella* é transmitida por via fecal-oral, em que o patógeno invade o epitélio do cólon e causa disenteria¹⁰. Por causa dessa forma de transmissão, é conveniente ter atenção à história de diarreia pregressa entre os familiares.

Bactérias intestinais tais como *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e *Enterococcus faecalis* estão frequentemente presentes em culturas vaginais junto aos *Streptococcus viridans*, mas são consideradas um grande grupo de microrganismos comensais de baixa patogenicidade.

A transmissão primária de um agente por contato sexual pode ser causa de vulvovaginite em criança. Dentre as bactérias mais comumente isoladas estão *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* e *Chlamydia trachomatis*. A *Neisseria gonorrhoeae* se apresenta com um corrimento purulento, amarelado e espesso⁴. Em um estudo prospectivo com 93 pacientes com idades entre 12 meses e 12 anos, 43 tinham corrimento vaginal no exame físico, e destas, 4 (9%) apresentavam cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*¹¹. Em um estudo similar com 54 pacientes apresentando sinal ou sintoma de vulvovaginite, 26 apresentavam corrimento vaginal no exame físico, e nestas, 4 (15%) obtiveram cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*¹². Contudo, a presença desses agentes necessita de investigação minuciosa para afastar violência sexual.

Outra bactéria sexualmente transmissível é a *Chlamydia trachomatis* que, quando encontrada em criança, tem como forma de transmissão mais provável o contato sexual com penetração. Em meninas muito pequenas a aquisição pode ocorrer por inoculação perinatal da secreção cervical infectada durante o parto vaginal ou por meio da cesariana, após a ruptura das membranas amnióticas infectadas. A doença adquirida na neonata tem sido associada com a localização conjuntival ou nasofaríngea. Deve-se suspeitar de abuso sexual em crianças maiores de um ano com pesquisa positiva para *Trichomonas vaginalis* quando não há evidência de transmissão vertical¹⁰.

Um corpo estranho na vagina pode causar odor fétido de sangue persistente ou corrimento amarronzado. Leva-se em consideração essa causa quando há recorrência de vulvovaginite ou nos casos em que todos os outros tratamentos foram exauridos⁵.

DIAGNÓSTICO

É necessária uma avaliação sistemática dos sinais e sintomas relatados nas vulvovaginites para um correto diagnóstico. O histórico deve incluir questões específicas sobre hábitos de higiene. É importante questionar sobre a frequência de banhos, se a paciente usa banheira ou chuveiro e a que tipos de sabonetes ou loções é exposta. São proveitosas informações sobre infecções respiratórias recentes ou a presença de lesões na pele (eczema ou psoríase). Da mesma forma, é pertinente perguntar sobre os responsáveis por cuidar da criança (babá, doméstica) e questionar a respeito da possibilidade de abuso sexual⁵.

Em pré-púberes, o exame da vulva, do introito vaginal e do períneo pode ser feito com a menina em decúbito dorsal e posição de “frog-leg” (perna de sapo): as coxas abduzidas e as pernas fletidas. Outra variante para o exame ginecológico é a posição de “frog-leg” modificada, onde a paciente fica sentada no colo do acompanhante, deixando-a mais segura. Outra alternativa a essa posição é a que a criança se coloca de joelhos apoiando o tórax sobre a maca (“knee-chest”)¹³.

Se a inspeção revelar hiperemia, escoriação ou irritação com corrimento discreto não são necessárias avaliações laboratoriais ou cultura. Isso pode ser conduzido com uma orientação sobre condutas de higiene e banhos correntes de assento. Por outro lado, se o exame evidenciar corrimento vaginal profuso e inflamação, indica-se investigação microbiológica⁵. Para a cultura ser obtida é suficiente a coleta do material do introito vaginal. O espéculo ou exame digital em pacientes pré-púberes é fortemente desencorajado¹³.

TRATAMENTO

Em infantes inicialmente tratadas com correção dos hábitos de higiene, uma avaliação mais completa deve ser feita se os sintomas não regredirem. Se os sintomas vaginais persistirem após retirados os fatores de risco (sabonete, material sintético etc.) e técnicas de boa higiene serem implementadas, deve-se planejar acompanhamento e realizar avaliação do conteúdo vaginal⁵. A indicação da cultura é importante em todos os casos de suspeita de vulvovaginite específica, contudo se mostra de fundamental importância no estudo. A bacterioscopia também pode ser usada pelo método de gram. Esse método é incapaz de diferenciar a *Neisseria gonorrhoeae* da *Neisseria Catarrhalis* da *Moraxella* do *Acinetobacter* e da *Veillonella*, pois todos são diplococos gram-negativos e semelhantes morfolo-

gicamente ao gonococo. Portanto, a diferenciação entre eles só é possível mediante a cultura do material¹⁴.

Se a história e o exame clínico forem sugestivos de vulvovaginite inespecífica, é importante instruir a acompanhante e a criança sobre algumas regras de higiene: evitar contato da área genital com desodorantes, sabonetes perfumados, banhos de espuma ou gel de banho; secar a região anogenital completamente após o banho ou piscina; limpar a área genital de frente para trás após evacuar; usar papel higiênico branco; lavar as mãos frequentemente, escolher roupas íntimas de algodão e lavadas com sabão branco sem perfume; evacuar com as pernas bem abertas^{6,5,10}. Em um estudo, das 17 pacientes (n = 54) sem causa específica para infecção, 6 (35%) apresentavam como causa para a vulvovaginite a higiene precária. Todos esses casos foram resolvidos após implantação de medidas de higiene perineal¹¹.

Os principais agentes microbianos estão listados na tabela 1. Eles devem ser considerados como causa para vulvovaginite e precisam ser tratados com antibiótico. Se *Streptococcus pyogenes* for identificado na cultura ou mesmo quando os sintomas e a história clínica apontarem significativamente para essa etiologia, o tratamento oral com amoxicilina deve ser recomendado. Nos casos de recorrência pode ser associada à presença assintomática de *Streptococcus* faringianos na criança ou em algum membro da família e deve ser tratada associando-se amoxicilina com rifampicina. Infecções causadas por *Haemophilus influenzae* devem também ser tratadas com amoxicilina — considerada antibiótico de primeira linha. Entretanto, em vários países são descritas cepas de *Haemophilus* não encapsuladas produtoras de β -lactamase, e nesses casos ou nos de falha do tratamento com a primeira escolha recomendam-se amoxicilina-clavulanato¹¹. Podem ser ainda empregados outros derivados da penicilina ou cefalosporinas.

Tabela 1. Agentes microbianos em vulvovaginite

Patógenos
<i>Streptococcus pyogenes</i>
<i>Haemophilus influenzae</i>
<i>Enterobius vermicularis</i>
<i>Candida albicans</i> e <i>Candida glabrata</i>
<i>Shigella flexneri</i>
Patógenos oportunistas
<i>Escherichia coli</i>
<i>Proteus mirabilis</i>
<i>Enterococcus faecalis</i>
<i>Streptococcus viridans</i>
Patógenos sexualmente transmissíveis
<i>Neisseria gonorrhoea</i>
<i>Trichomonas vaginalis</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i>

O tratamento-padrão para oxiúros é o pamoato de pirantel (10 mg/kg), mas podem ser empregados o mebendazol (100 mg/dia) e o albendazol (400 mg/dia) por via oral, em dose única. Devem ser repetidos após duas semanas do início do tratamento para eliminar possíveis remanescentes que eclodiram posteriormente^{6,7,11}. *Candida albicans* só deve ser tratada nos casos de crianças de fralda ou escolares que receberam antibióticos orais e que estão sintomáticos⁵, e nesses casos recomenda-se o uso de cremes antifúngicos tópicos (por exemplo, nistatina tópica). Para o tratamento da *Shigella flexneri* é recomendado sulfametoxazol e trimetoprima^{5,10}, mas considerando a frequência de cepas resistentes a antimicrobianos é indicado um antibiograma¹⁰.

Em casos envolvendo episódios de recorrência, é necessária investigação mais detalhada, a fim de reavaliarem-se os hábitos urinários e intestinais, excluir-se a possibilidade de reação alérgica a tratamentos tópicos ou componentes traumáticos ou abuso sexual e considerar a possibilidade de corpo estranho. A situação mais comum é a presença de grumos de papel higiênico, mas qualquer tipo de objeto dentro da vagina pode ser retirado durante a vaginoscopia¹⁰.

Nos casos de recorrência para *Streptococcus pyogenes* ou *Haemophilus*, a possibilidade de colonização faringiana assintomática na criança ou contaminação familiar deve ser considerada. Foi relatado o caso de uma menina de 4 anos de idade com cultura positiva e recorrência de vulvovaginite por *Streptococcus pyogenes* após tratamento. As culturas da faringe mostraram-se positivas para a mãe e para a criança, e após a antibioticoterapia os sintomas vaginais foram solucionados e não houve mais recorrência¹⁵.

Havendo suspeita de abuso sexual é importante, além da investigação clínica, a cultura do patógeno. Se for positiva para *Neisseria gonorrhoea*, o tratamento pode ser realizado com cefalosporina de terceira geração por via oral, sendo necessária uma reavaliação diagnóstica em razão da resistência crescente dessas bactérias ao antibiótico. Caso haja contaminação por *Chlamydia trachomatis*, a indicação é um macrolídeo, tal como azitromicina em dose única^{5,10}. Por fim, se houver presença de *Trichomonas vaginalis*, está indicado o metronidazol⁹.

A análise dos estudos citados nos direciona à importância da análise do histórico clínico juntamente ao exame físico na diferenciação da vulvovaginite específica e inespecífica. No caso inespecífico da doença, apenas medidas de higiene e orientação da criança e da responsável são necessárias para o tratamento, sendo contraindicado o uso de antibioticoterapia. Por outro lado, o tratamento antimicrobiano específico deve ser usado se o microrganismo predominante ou isolado for identificado.

REFERÊNCIAS

- Zamith R, Nicolau SM, Sartori MGF, Girão MJBC. Corrimto genital. In: Ginecologia. Girão MJBC, de Lima GR, Baracat EC (Eds.). Barueri: Manole, 2009. p153-64.
- Leucorréia na Infância e Adolescência. Disponível em: www.soperj.org.br/revista. Acessado em 9/2/2010.
- Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Nelson, Tratado de Pediatria. 17.ed. v.2. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- Makwela MR. Paediatric vaginal discharge. SA Fam Pract. 2007;49(7):30-1.
- Jasper JM. Vulvovaginitis in the pepubertal child. Clin Ped Emerg Med. 2009;10:10-3.
- Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? BMJ. 2005;330:186-8.
- Gerstner GJ, Grunberger W, Boschitsch E, Rotter M. Vaginal organisms in prepubertal children with and without vulvovaginitis. A vaginoscopic study. Arch Gynecol. 1982;231:247-52.
- Jaquier A, Stylianopoulos A, Hogg G, Grover S. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology, and microbiology of the genital tract. Arch Dis Child. 1999;81:64-7.
- Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch Dis Child. 2003;88:324-6.
- Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G. Vulvovaginitis in childhood. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010;24(2):129-37.
- Shapiro RA, Schubert CJ, Siegel RM. *Neisseria gonorrhoea* infections in girls younger than 12 years of age evaluated for vaginitis. Pediatrics. 1999;104:e72.
- Paradise JE, Campos JM, Friedman HM, Frishmuth G. Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features and diagnostic evaluation. Pediatrics. 1982;70:193-8.
- Stukus KS, Zuckerbraun NS. Review of the prepubertal gynecologic examination: techniques and anatomic variation. Clin Ped Emerg Med. 2009;10:3-9.
- de Zeiguer BK. Ginecologia Infantojuvenil. Segunda Edición. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1987. p.179.
- Hansen MT, Sanchez VT, Eyster K, Hansen KA. Streptococcus pyogenes pharyngeal colonization resulting in recurrent, prepubertal vulvovaginitis. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007;20:315-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Antônio Chambo Filho

E-mail: achambo@uol.com.br

TITULAÇÕES

- Coordenador do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
- Coordenador do Serviço Infantojuvenil da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.
- Acadêmica de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam).

REPERCUSSÃO PSICOLÓGICA DA PUBERDADE PRECOCE

FELISBELA SOARES DE HOLANDA¹ · LÚCIA HELENA LAPRANO VIEIRA² · MÁRCIA GASPAR NUNES³
· EDUARDO LEME ALVES DA MOTTA⁴ · EDMUND C. BARACAT⁵ · JOSÉ MARIA SOARES JR.⁶

RESUMO

A puberdade precoce é definida como surgimento dos caracteres sexuais secundários em meninas antes dos 8 anos de idade. Contudo, há também distúrbio psicológico com essa mudança física. Nesse caso, objetivamos apresentar as repercussões psicológicas da puberdade precoce, visando fornecer subsídios para o planejamento de intervenções a serem implementadas por equipe multidisciplinar. O instrumento para avaliar a repercussão psicológica foi o teste das pirâmides coloridas de Pfister. Os dados foram analisados segundo os princípios específicos de interpretação desse teste, sendo considerados: modo de colocação, processo de execução, síndromes cromáticas, aspecto formal, fórmula cromática, variações cromáticas e de matrizes, bem como cores por dupla. Conclusão: Este caso sugere que a puberdade precoce pode ser acompanhada de repercussões psicológicas importantes que podem levar ao isolamento social com prejuízo do desenvolvimento afetivo-emocional.

Palavras-chave: Puberdade precoce, repercussão psicológica, menina.

ABSTRACT

Precocious puberty is defined as secondary sexual feature presence in girls under 8 years old. However, there is a psychological disturbance associated with this physical change. In this case we aimed to show the psychological repercussion of precocious puberty and help to plan multiprofessional team's intervention for this situation. The instrument for evaluating this affection was the Pfister colored pyramid test. The data were analyzed followed the specific principles of this test, such as colored mode, execution process, chromatic syndrome, formal aspect, chromatic formula, chromatic range and matrix as well as color by double. Conclusion: This case suggested that precocious puberty may be associated to severe psychological repercussion that may determinate the social isolation with damage in the emotional affection development.

Keywords: *Precocious puberty, psychological repercussion, girls.*

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento puberal em meninas se inicia com o surgimento das mamas e o crescimento dos pelos pubianos, que são avaliados clinicamente pela classificação de Marshall-Tanner¹.

A puberdade precoce é caracterizada pelo aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos de idade em meninas e em meninos antes dos 9 anos de idade²⁻⁴. Sua incidência na população varia de 0,4% a 2% das meninas nessa faixa etária.

A puberdade precoce central ou verdadeira (dependente do GnRH) é resultante da ativação prematura do eixo hipotalâmico-hipofisário-ovariano (EHHO) (98% dos tipos de puberdade precoce). Assim, os eventos endócrinos são normais, desenvolvendo-se a função cíclica do EHHO antes

da época desejável para a ocorrência da puberdade. Seu diagnóstico se baseia nos achados clínicos associados à elevação das gonadotropinas. Contudo, a dosagem isolada desses hormônios pode ser insuficiente para confirmar a maturação do EHHO. Assim, o teste do GnRH pode ser empregado nos casos em que houver dúvidas no diagnóstico diferencial e quando a dosagem de LH não for compatível com o desenvolvimento puberal⁴.

Se, por outro lado, o quadro de puberdade precoce ocorre por aumento da secreção de hormônios sexuais produzidos nas gônadas (ovários) ou nas glândulas suprarrenais, denomina-se pseudopuberdade precoce (independentemente do GnRH)⁴.

Também pode ocorrer uma secreção autônoma de estrogênios (independentemente do sistema nervoso central) na pseudopuberdade precoce, causada por cisto, ou tumor ovariano, ou neoplasia suprarrenal, ou, ainda, exposição inadvertida a hormônios estrogênicos de fora. Nesses casos pode-se considerar a ingestão de hormônios pelas mães¹⁻³.

Alguns tipos de cistos ovarianos, como os cistos foliculares, podem ser a causa mais comum de secreção aumentada de hormônios estrogênicos na infância. Folículos com tamanho aumentado, com mais de 8 mm de diâmetro, são relativamente comuns em meninas pré-púberes. Eles podem aparecer e regredir espontaneamente, mas, ocasionalmente, podem produzir hormônios estrogênicos com aparecimento de precocidade sexual^{3,4}.

No que se refere ainda à pseudopuberdade precoce (causas fora do sistema nervoso central), a síndrome de McCune Albright é responsável por cerca de 5% a 6% dos casos e é constituída pelas seguintes características: displasia fibrosa poliostótica, manchas café com leite na pele e disfunção endócrina com produção de estrogênios pelos ovários¹.

Apesar dos atuais meios de investigação clínica, apenas cerca de 10% das meninas com puberdade precoce central apresentam doença orgânica. Grande proporção de casos ocorre por tumores do sistema nervoso central, incluindo hamartomas, gliomas, neurofibromas, astrocitomas responsáveis por até 15% dos casos de causas conhecidas. Outros distúrbios do sistema nervoso central que podem dar origem à puberdade precoce são encefalite, meningite, traumatismo cerebral e abscesso cerebral. Há evidências que a melatonina também poderia estar associada com o processo de puberdade precoce^{5,6}.

Em todas as formas de precocidade sexual, o aumento na secreção dos hormônios esteroides aumenta a velocidade de crescimento físico e a taxa de maturação óssea. Esta última ocorrência leva ao fechamento prematuro das epífises ósseas e à baixa estatura na idade adulta⁷.

Cerca de três quartos dos casos de puberdade precoce em meninas são idiopáticos. Esse é um diagnóstico de exclusão, devendo-se realizar longo seguimento com o propósito de se detectarem lesões com desenvolvimento lento no cérebro, no ovário ou na suprarrenal. A idade de início, em cerca de 50% dos casos, ocorre entre 6 e 7 anos; em 25%, entre 2 e 6 anos e, em 18%, em idade inferior a 2 anos. Aproximadamente 10% das meninas com puberdade precoce de origem central apresentam doença orgânica ou alteração anatômica no sistema nervoso central^{7,8}.

O principal determinante do início da puberdade é, sem dúvida, genético, porém, vários fatores parecem influenciar tanto a idade de início quanto a progressão do desenvolvimento puberal. Dentre estes, estão o estado nutricional, a saúde geral, a localização geográfica, a exposição à luz e o estado psicológico^{7,8}.

Tipicamente, a idade da menarca é mais baixa que a média nas crianças com obesidade moderada (até 30% acima do peso normal para a idade), ao passo que a menarca tardia é comum naquelas com desnutrição intensa⁹. Zacharias e Wurtman¹⁰ sugeriram que a presença de luz poderia estar envolvida no estímulo inicial para os primeiros sinais da puberdade, ao registrarem que as meninas cegas aparentemente apresentavam menarca mais cedo do que as que enxergavam. Entretanto, nessa época ainda não se cogitava sobre a atuação da melatonina.

Segundo Soares Jr.⁶, a melatonina pode influenciar no início da puberdade, após verificar que ocorre uma queda acentuada dos níveis de melatonina em meninas com puberdade normal, bem como naquelas com puberdade precoce, em relação às meninas na mesma faixa etária sem sinais de desenvolvimento puberal.

A gênese da puberdade precoce verdadeira idiopática ainda não está elucidada. Contudo, essas alterações levam a repercussões sociais e psicológicas importantes, interferindo no desenvolvimento afetivo e emocional dessas meninas. Por esse fato, a investigação de fatores que desencadeiam essa doença é essencial. Talvez, a melatonina, por atuar no EHHO, seja o elo que faltava para elucidar a origem dessa afecção. As crianças que vivem em ambientes urbanos, mais próximos do Equador e em baixas altitudes, têm puberdade mais precoce do que aquelas que habitam áreas rurais, mais distantes do Equador e em altitudes superiores. Esse fato poderia estar relacionado com a menor produção de melatonina nessas crianças devida à maior exposição à luz^{7,8}. Contudo, essa explicação é apenas hipótese. Independentemente do mecanismo, as meninas com puberdade precoce podem ter repercussões emocionais e psicológicas importantes⁹⁻¹¹.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever um caso clínico de uma criança de 7 anos de idade apresentando puberdade precoce, em seus aspectos clínicos e resultados da avaliação psicológica com propósitos clínicos, solicitada pela equipe médica, por meio do método das pirâmides coloridas de Pfister.

RELATO DO CASO

CCGS, sexo feminino, 7 anos de idade; com queixa de aparecimento de caracteres sexuais secundários (mamas e pelos pubianos) há um ano; negava sangramento transvaginal; sem outras queixas. Antecedentes familiares: mãe com menarca aos 7 anos de idade. Antecedentes pessoais: nasceu de parto cesárea com oito meses, tendo sido gestação gemelar. Telarca aos 6 anos e pubarca aos 7 anos. Ao exame: peso de 34,5 kg e altura de 1,35 m. M2/P2. Exames laboratoriais: TSH, T4 livre, S-DHEA, 17-OH-progesterona, testosterona: normais. LH basal: < 0,07 mUI/mL e teste do GnRH com ativação do eixo (LH = 7,2 mUI/mL após 1h30min do GnRH). Exames de imagem: ultrassonografia pélvica: útero com eco endometrial homogêneo de 1 mm e ovários visualizados. Raio X de mão e punho: idade cronológica de 7 anos e 4 meses e idade óssea de 12 anos. Após firmado o diagnóstico de puberdade precoce central idiopática (sem sinais neurológicos e ressonância nuclear magnética normal do sistema nervoso central), a paciente foi submetida à análise da capacidade de adaptação à nova realidade e recursos para lidar com essas mudanças antes e após o tratamento com leuprorrelina, 3,75 mg.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Metodologia

Na avaliação desse caso foram utilizadas as seguintes técnicas: entrevista com os pais e pirâmides coloridas de Pfister. No primeiro momento, utilizou-se uma escuta inicial e entrevista semidirigida realizada com a mãe e recebida uma autorização para o processo de psicodiagnóstico.

Teste das pirâmides coloridas de Pfister

O teste das pirâmides coloridas de Pfister é uma técnica empregada para a compreensão do funcionamento afetivo-emocional do sujeito. A grande vantagem em se utilizar esse instrumento reside na economia de recursos, na rapidez de execução e na facilidade de compreensão da tarefa proposta, além do aspecto lúdico inerente à técnica, uma vez que o paciente trabalha com a escolha de cores, manipulando quadrículos de papel colorido em uma ampla gama de cores. Podemos ainda indicar uma técnica não verbal, rápida e acessível, a pessoas de todas as idades, incluindo aquelas com dificuldades de fala, com limitações culturais ou com resistências a tarefas que envolvam mais diretamente habilidades cognitivas. Foi utilizada a versão composta por um conjunto de três cartões em papel pardo com o esquema de uma pirâmide formada por 15 espaços quadrangulares e

mais um jogo de quadrículos coloridos composto por dez cores subdivididas em 24 tonalidades. Conforme Villemor Amaral (1978) foram aplicadas somente às pirâmides bonitas. As cores que compõem o material do teste são azul, verde e vermelho (quatro tonalidades de cada), violeta (três tonalidades), amarelo, laranja e marrom (duas tonalidades cada), preto, branco e cinza.

RESULTADOS

A seguir registramos os resultados da aplicação, obtidos das três pirâmides (Figura 1), que serão analisadas conforme a frequência das cores utilizadas, a maneira como aparecem combinadas em duplas ou em síndromes, e também de acordo com sua configuração formal. Geralmente também são levados em conta na análise o processo de execução, o modo de colocação dos quadrículos sobre o esquema e a maior ou menor constância no uso de cores e tons de uma pirâmide para outra.

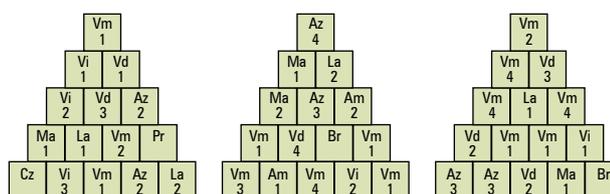


Figura 1.

O tipo de resposta apresentada pela examinanda demonstra inicialmente um período mais primário de seu desenvolvimento psicológico, denotando possível presença de desadaptação ao ambiente em razão de turbulência afetiva com conflitos acentuados, que são características próprias dos quadros infantis.

Por outro lado, apresenta um esforço intenso para manter seu equilíbrio, contrapondo-se a suas tendências impulsivas com poucas condições de elaboração. Diante de um ambiente de grande estimulação tanto em seu desenvolvimento físico quanto nos fatores sociais e familiares, estabelece-se um contato de forma cautelosa e prudente, sugerindo uma ideia da existência de tensões e inseguranças, o que dificulta sua adaptação social e obstrui seu desenvolvimento afetivo-emocional.

DISCUSSÃO

Alguns analistas questionam a possibilidade de a puberdade feminina precoce ter suas origens em outros males atuais, como a obesidade. A incidência de obesos nos Estados Unidos já é de 11% nas meninas entre 6 e 11 anos de idade, tendo aumentado quase nas mesmas proporções que a puberdade feminina precoce. De fato, a obesidade

tende a favorecer a fabricação de um hormônio, a leptina, bastante necessário à puberdade. A falta de atividade física, a alimentação com consumo excessivo de carne ou de laticínios e o aumento do consumo de hormônios também são citados⁷.

Outras causas possíveis da puberdade feminina precoce são bastante surpreendentes. Entre elas citam-se causas culturais, como o bombardeio de imagens de caráter sexual difundidas na televisão e o maciço apelo cultural para a busca da perfeição do corpo de mulher. Alguns cientistas se inclinam também para o papel de alguns estimuladores de estrogênio contidos em produtos químicos ou plásticos, principalmente a maquiagem e até mesmo o esmalte das unhas. Portanto, o mais correto seria buscar uma causalidade multifatorial⁸.

De todas as reflexões e estudos sobre infância e adolescência, se alguma coisa pode ser mais ou menos consensual é que, crescentemente, as crianças estão mais sozinhas ou convivem mais com seus pares da rua do que no seio de suas famílias. O pai, a mãe ou qualquer outra figura de ligação familiar está tornando-se rarefeita. Embora dentro de sua casa, mas distante do convívio doméstico e familiar, o adolescente ou a criança está solitariamente assistindo à tevê, está acessando à internet ou está fora de casa, em bandos perambulando pelas ruas, nos *shoppings*, nos lugares de lazer. Por outro lado, parece razoável atenuar o peso atribuído à hegemonia da televisão, tendo em mente a redução das oportunidades de convivência e brincadeiras ao ar livre. Isso porque os espaços livres das ruas, antes utilizados por crianças e adolescentes para brincadeiras, já não estão mais disponíveis, estão intensamente habitados por carros, prédios, marginais, ladrões. A rua perdeu seu lugar de expressão coletiva dos jogos e das brincadeiras.

Há muitas tentativas de se definir adolescência, embora nem todas as sociedades possuam esse conceito. Cada cultura possui um conceito de adolescência, baseando-se sempre nas diferentes idades para definir esse período. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente define essa fase como característica dos 13 aos 18 anos de idade⁸.

Os níveis psíquicos e emocionais da maturidade, como os níveis cognitivo e emocional, podem mostrar-se conturbados na puberdade feminina precoce. Como essas pacientes farão para enfrentar os sentimentos confusos que podem se seguir ao surgimento de sinais exteriores de maturidade sexual? Como lidar com a atração que podem gerar nos homens? Atualmente temos visto, cada vez mais precocemente, crianças que assumem o papel social de adolescentes e estes, por sua vez, cada vez mais precocemente assumem o papel social

de adultos. E dando asas à imaginação, parece, salvo melhor juízo, que essa adolescência precoce tem arrastado consigo a puberdade precoce, principalmente a feminina, com meninas desenvolvendo os caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos de idade.

Existe preocupação maior dos profissionais da saúde em relação ao enfrentamento dos sentimentos confusos que podem surgir com o aparecimento dos sinais exteriores de maturidade sexual. Alguns estudos indicam que o desenvolvimento sexual feminino precoce pode implicar maior probabilidade de depressão, agressividade, rebeldia, isolamento, baixo rendimento escolar e até mesmo suicídios¹¹. Em nosso caso, a menina tem tendência ao retraimento social e deve ser observada. Sua apreensão da realidade objetiva apresenta-se levemente prejudicada, tanto na utilização dos recursos racionais quanto relacionais e na identificação com sua realidade social. Esse quadro melhorou após o tratamento com a leuprorrelina e o processo psicoterápico. O teste de Pfister pode ser empregado para avaliar as repercussões emocionais em meninas com puberdade precoce¹²⁻¹⁴.

Nesse sentido, pais ou cuidadores devem ser, portanto, incluídos no programa de intervenção psicológica na puberdade precoce, já que estão envolvidos no processo de ajustamento ao meio social, para que possam atuar como um fator protetor, servindo como apoio e modelo de enfrentamento de dificuldades e não ser uma fonte geradora de estresse e conflito.

CONCLUSÃO

Esse caso sugere que a puberdade precoce pode ser acompanhada de repercussões psicológicas importantes que podem levar ao isolamento social com prejuízo do desenvolvimento afetivo-emocional. Portanto, o acompanhamento multiprofissional é importante, principalmente avaliando-se a parte afetiva.

REFERÊNCIAS

1. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969;44(235):291-303.
2. Mansfield MJ, Rudlin CR, Crigler Jr. JF, Karol KA, Crawford JD, Boepple PA, Crowley WF Jr. Changes in growth and serum growth hormone and plasma somatomedin-C levels during suppression of gonadal sex steroid secretion in girls with central precocious puberty. J Clin Endocrinol Metab. 1988;66:3-9.
3. De Sanctis V, Corrias A, Riozzo V, Bertelloni S, Urso L, Galuzzi F, et al. Etiology of central precocious puberty in males: the results of the Italian study group for physiopathology of puberty. J Pediatric Endocrinol Metab. 2000;13:687-93.
4. Carel JC, Lahlou N, Roger M, Chaussan JL. Precocious puberty and statural growth. Human Reproduction Update. 2004;10:135-47.
5. de Holanda FS, Tufik S, Bignotto M, Maganhin CG, Vieira LH, Baracat EC, Soares JM. Evaluation of melatonin on the precocious puberty: a pilot study. Gynecol Endocrinol. 2010 (in press).

6. Soares Jr. JM, Holanda, FS, Baracat EC. Melatonin and puberty. What is the evidence? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(10):483-5.
7. Benetti-Pinto CL, Camargo LB, Magna LA, Garmes HM, Petta CA. Predictive factors for height gain in idiopathic central precocious puberty treated with GnRH analogues. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(12):609-13.
8. Soares Jr. JM, Baracat EC. Puberdade Precoce. In *Endocrinologia Ginecológica e Reprodutiva.* Giordano MG (Ed.). Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p.99-106.
9. Alexandri V, Spina V, Ciardo A. Il ruolo della pineale nel controllo endocrino della pubertà. *Minerva Ginecol.* 1997;49:43-8.
10. Zacharias L, Wurtman RJ. Blindness: It's relation to age of menarche. *Science* 1964;144:1154-5.
11. Sonis WA, Comite F, Blue J, Pescovitz OH, Rahn CW, Hench KD, et al. Behavior problems and social competence in girls with true precocious puberty. *J Pediatr.* 1985;106(1):156-60.
12. Villemor Amaral F. *Pirâmides Coloridas de Pfister.* Rio de Janeiro: 1978; CEPA.
13. Villemor-Amaral AE. *As Pirâmides Coloridas de Pfister.* São Paulo: 2005; CETPP.
14. Villemor Amaral AE. (Org.) *Atualizações em Métodos Projetivos para avaliação psicológica.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. José Maria Soares Júnior

E-mail: jsoares415@hotmail.com

TITULAÇÕES

- 1 Pós-graduanda no programa de doutorado do Departamento de Ginecologia e corresponsável do Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).
- 2 Psicóloga do Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Unifesp.
- 3 Doutora em Ginecologia e assistente do Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Unifesp.
- 4 Chefe da disciplina de Endocrinologia Ginecológica do Departamento de Ginecologia da Unifesp.
- 5 Professor titular da disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 6 Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Unifesp.

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción AMADA

5º CONGRESO ARGENTINO DE ANTICONCEPCIÓN

11 y 12 de Marzo de 2010

REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS MODALIDAD PÓSTER

El primer Autor y el Expositor de cada trabajo, deberán estar inscriptos obligatoriamente en el momento de la presentación del resumen.

Los resúmenes de los trabajos deben ser enviados: por e-mail, (no fax) a la Secretaría del Congreso; en el correspondiente cuadro de resúmenes.

El Comité Científico se reserva el derecho de aceptar o no el trabajo enviado. Su decisión es inapelable y deberá devolver el mismo a los autores.

Contenido del Resumen:

- **Título:** en letras mayúsculas
- **Autor:** Apellido completo, iniciales del nombre
- **Co - Autores:** igual que el Autor, separados por punto y coma
- **Expositor:** igual que el Autor y subrayado
- **Institución:** nombre del lugar donde se realizó el trabajo
- **Resumen:** transcribir el resumen dentro del formulario correspondiente, en letra Arial cuerpo 10.

Forma de Presentación: **Póster**

Se le proveerá de un panel en blanco de 150 cm. de alto por 90 cm. de ancho para la colocación del póster. La Secretaría del Congreso no proveerá ningún material para su colocación y no se podrá utilizar cemento de contacto.

En todos debe figurar Autor / Co – Autores / Institución

Los Autores son los únicos responsables de la colocación del póster en el panel y de retirarlo al finalizar el Congreso. La Sociedad NO se hará responsable de los pósters que no hayan sido retirados a la finalización del Evento.

Los pósters presentados durante el Congreso OPTAN al premio “PROF. DR. CARLOS GURUCHARRI” (bases en www.amada.org.ar)

FECHA LÍMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:

1º FEBRERO DE 2010

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Paraná 326 – 9º of. 36 // www.amada.org.ar // amada@amada.org.ar

Lunes a Viernes de 12.00 a 18.00 hs.

Participação da SOGIA em congressos

Congresso Paulista De Obstetrícia e Ginecologia, organizado pela Sociedade Paulista de Obstetrícia e Ginecologia (Sogesp), São Paulo, 24 a 27 de junho de 2009.

Representantes da SOGIA-BR:

Dr. José Alcione Macedo Almeida, Dr. Vicente Renato Bagnoli, Dr. Marco Aurélio Galletta,
Dr. João Bosco Borges.

XVII Jornada Mato-Grossense de Ginecologia e Obstetrícia

Cuiabá – Mato Grosso, 10 a 12 de setembro de 2009.

Representantes da SOGIA-BR:

Dra. Denise Maia Monteiro, Dr. José Alcione Macedo Almeida, Dra. Liliane Herter e
Dra. Zuleide Felix Cabral.



2010

16º Congresso Mundial FIGIJ

Montpellier-França, 22 a 25 de maio de 2010

www.figij2010.com



XI Congresso Brasileiro de
Obstetrícia e Ginecologia
da Infância e Adolescência
11 a 14 de agosto de 2010
Brasília - DF
www.congressosogia.org.br

X Congreso Latinoamericano de Medicina Reproductiva
 ANASSERNA LATINOAMERICANA DE MEDICINA REPRODUCTIVA
 ALMER (EX FLASER)



TEMAS:

- Anatomía
- Células Stem en Medicina Reproductiva
- Clínica Reproductiva
- Endocrinología Reproductiva
- Endometrio, Endometriosis e Implantación Endometrial
- Embriología
- Embriología, Epidemiología, Registro, Seguimiento, Control de Calidad, Riesgos y Complicaciones en Medicina Reproductiva
- Preservación de la Fertilidad

CURSOS PRECONGRESOS:
 Domingo 26 de septiembre

- Histoscopia en Reproducción
- Como escribir y lograr publicar un artículo científico
- Genética y desarrollo embrionario
- Medicina Reproductiva en el Varón
- Embriología
- Inducción de ovulación

CONFERENCISTAS:

- Jaime Ferró - España
- Klaus Weimer - USA
- Mariusz Meirjes - USA
- Mario Baccaro - España
- Miguel Chaca - España
- Santiago Munne - USA
- Seung Ling Tan - Canadá
- Ramón Carera - España
- Ricardo Lore de Mola - USA

Hotel Telemansana
 27 al 29 de septiembre de 2010
 Bogotá - Colombia

INFORMES:
 FOLIORES
 Tel/Fax: (57-2) 627 2476 | 22 | 62
 www.almerweb.com - www.fecolog.org
 almer@fecolog.org

Sociedade Brasileira de Obstetria e Ginecologia da Infância e Adolescência – SOGIA-BR

Assembleia Geral Extraordinária – Edital de Convocação

A Diretoria Executiva da **Sociedade Brasileira de Obstetria e Ginecologia da Infância e Adolescência – SOGIA-BR**, representada por seu presidente, na forma do *caput* do Artigo 29 e Parágrafo Único, do Estatuto Social da Sociedade, convoca os senhores sócios a se reunirem em Assembleia Geral Extraordinária, a realizar-se à Rua Piam, nº 151, bairro Vila Ida, em frente ao restaurante Ilha da Avenida São Guálter, município de São Paulo-SP, às 21:00 horas do dia 27 de outubro de 2010, a fim de discutirem e deliberarem sobre a seguinte ordem do dia:

a) Discussão e aprovação da adequação do Estatuto Social às exigências legais.

São Paulo, 24 de março de 2010.
 Dr. José Alcione Macedo Almeida
 Presidente da Diretoria Executiva

Sociedade Brasileira de Obstetria e Ginecologia da Infância e Adolescência – SOGIA-BR
Assembleia Geral Ordinária – Edital de convocação

A Diretoria Executiva da **Sociedade Brasileira de Obstetria e Ginecologia da Infância e Adolescência – SOGIA-BR**, representada por seu presidente, na forma do *caput*, do Artigo 29 e Parágrafo Único, do Estatuto Social da Sociedade, convoca os senhores associados a se reunirem em Assembleia Geral Ordinária, a realizar-se à Rua Piam, no 151, bairro Vila Ida, em frente ao restaurante Ilha da Avenida São Guálter, município de São Paulo-SP, às 19:30 horas do dia 27 de outubro de 2010, a fim de discutirem e deliberarem sobre a seguinte ordem do dia:

- a) Prestação de contas.
- b) Eleição da diretoria executiva, para o quadriênio de 2010 a 2014, nos termos do Artigo 15 e seguintes do Estatuto Social.

São Paulo, 24 de março de 2010.
 Dr. José Alcione Macedo Almeida
 Presidente da diretoria executiva

SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

XVI CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL

BUENOS AIRES, 18, 19 y 20 de NOVIEMBRE de 2010

SEDE: PANAMERICANO BUENOS AIRES HOTEL & RESORT

VALORES DE INSCRIPCION

Socios SAGI	\$ 300.- (cuota societaria al día)
NO Socios SAGI	\$ 500.-
Profesionales NO Médicos	\$ 150.-
Extranjeros	U\$ 150.-
Estudiantes Sin Cargo (con presentación de libreta o certificado)	
Informe: www.sagij.org	
sagij@sagij.org.ar	

TEMAS RELACIONADOS A LA ADOLESCENCIA

- ANTICONCEPCION
- EMBARAZO
- NUTRICION
- MEDICINA ESTETICA
- DIAGNOSTICO PRE NATAL
- SEXUALIDAD
- PATOLOGIA UROLOGICA
- DEPORTE Y SALUD
- VIOLENCIA
- POBREZA Y INEQUIDAD

PREMIO “ BERTA ZEIGUER ”
Al mejor Póster
REGLAMENTO

La Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil ha decidido instituir el premio Berta Zeiguer, por decisión unánime de sus miembros.

Los principales objetivos que motivaron esta decisión.

- El crecimiento experimentado por la Ginecología Infanto Juvenil de la República Argentina en los últimos años queda evidenciado por la apertura de diversos centros de atención tanto a nivel público como privado y por tareas no solo asistenciales, sino de docencia e investigación, que dichos centros realizan. Esta realidad queda evidenciada en el elevado número de trabajos que periódicamente son publicados o presentados en las Jornadas que la Sociedad realiza.

- La necesidad de rendir un sentido homenaje a la Dra. Berta Zeiguer, fallecida en 1997.

1. El premio se otorgará bianualmente, durante el desarrollo de las Jornadas
2. Serán posibles de mención todos los Pósters exhibidos en las Jornadas y su elección será por voto secreto de los participantes inscriptos en dicho evento. La votación será tenida en cuenta por un jurado integrado por el Vice - Presidente de la Sociedad, un Miembro de la Comisión Científica y un Miembro de la Comisión Directiva.
3. El premio consistirá en \$ 300.- (pesos trescientos) en efectivo y un diploma para cada uno de los autores. El mismo será entregado en el Acto de Clausura de las Jornadas correspondientes.
4. La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, a través de su Comisión Directiva y Científica está facultada para resolver cualquier dificultad que se presente en la interpretación de este Reglamento

PREMIO “JOSE MARIA LOPEZ REGUEIRA”
Al mejor Trabajo Libre
REGLAMENTO

La Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil ha decidido instituir el premio José María López Regueira, por decisión unánime de sus miembros. Los principales objetivos motivaron esta decisión. El crecimiento experimentado por la Ginecología Infanto Juvenil de la República Argentina en los últimos años queda evidenciado por la apertura de diversos centros de atención tanto a nivel público como privado y por tareas no solo asistenciales, sino de docencia e investigación, que dichos centros realizan. Esta realidad queda evidenciada en el elevado número de trabajos que periódicamente son publicados o presentados en las Jornadas que la Sociedad realiza.

La necesidad de rendir un sentido homenaje al Dr. José María López Regueira, fallecido en 1985, quien, pese a su juventud dedicó con empeño su trabajo a la Ginecología Infanto Juvenil. Ello, unido a su relevante personalidad de hombre de bien, imborrable en la memoria de todos aquellos que tuvieron la posibilidad de conocerlo.

1. El premio se otorgara bianualmente.
2. Los trabajos aspirantes al premio deberán ser presentados a la Sociedad de Ginecología Infanto Juvenil entre el 30 de abril hasta 60 días anterior a la fecha de nuestro Congreso
3. Los trabajos presentados deberán ser inéditos.
4. Se deberán presentar 4 ejemplares del trabajo, a máquina o PC (letra Arial 12), a doble espacio, con 3 cm. de margen en el lado izquierdo y 1 cm. de margen en el lado derecho. Los gráficos, tablas y cuadros deberán ser enumerados correlativamente y colocados al final del trabajo. La bibliografía deberá ser escrita y señalada, según las normas establecidas en el Index Medicus.
5. En el trabajo no debe figurar el verdadero nombre de los autores y será presentado con seudónimo o sin especificar ningún autor. Los nombres de él o los autores deberá ser enviado con el trabajo bajo sobre cerrado, donde debe figurar dirección y teléfono del autor principal.
6. El jurado estará integrado de la siguiente forma: el Presidente de la Sociedad de Ginecología Infanto Juvenil, un ex - presidente de la Sociedad y un representante de la Comisión Directiva.
7. El premio consistirá en un diploma entregado a cada uno de los autores del trabajo. El mismo será entregado en acto público en oportunidad de las Jornadas de la especialidad o al iniciar sus actividades anuales.
8. Uno de los autores como mínimo deberá ser socio de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil
9. El jurado podrá declarar desierto el premio, si ninguno de los trabajos tuviera la relevancia exigida.
10. A partir de la de la fecha de aprobación de este reglamento el Premio será publicado por la Sociedad a través de sus medios de difusión y/o donde considere conveniente.
11. La Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, a través de su Comisión Directiva, esta facultada para resolver cualquier dificultad que se presente en la interpretación de este reglamento.

Atividades programadas para 2010 com participação da SOGIA-BR

JORNADA DE HORMONIOTERAPIA

Hormogim 2010, São Paulo, 26/3/2010.

Palestra: Desenvolvimento Puberal. Quando Suspeitar de Anormalidade?
Dr. José Alcione Macedo Almeida

CURSO BÁSICO DE MEDICINA DO ADOLESCENTE

Organização: Secretaria Municipal de Saúde/OPAS, São Paulo, 29/3/2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Programa de Saúde do Adolescente

A Saúde do Adolescente — 29/3/2010.

Adolescência Saúde e Cidadania — em seis módulos de abril a outubro de 2010.

CURSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DO HOSPITAL SÃO LUIZ

Unidade Anália Franco, 10/4/2010.

PROGRAMA

Vulvovaginites na Infância: Dra. Arlete Gianfaldoni

Puberdade Normal: Dr. José Alcione Macedo Almeida

Puberdade Precoce e Puberdade Atrasada: Dr. Cezar Noboru Matsuzakii

CURSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DO HOSPITAL SÃO LUIZ

Unidade Itaim, 3/8/2010.

PROGRAMA

Abordagem de Adolescentes com Sangramento Uterino Anormal: Dr. Paulo Margarido

Malformações Mulleriana Obstrutivas: Dr. José Alcione Almeida

Puberdade Precoce: Como diagnosticar, como e quando tratar. Dr. José Maria Soares Jr.

USO DO GNRH EM GINECOLOGIA

São Paulo, 5 de agosto de 2010.

Tema: Outras aplicações do GnRH em ginecologia da infância e da adolescência

José Alcione Macedo Almeida

ENCONTRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Organização: Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina, Blumenau, SC, 6 e 7 de agosto de 2010.

TEMA: Anticoncepção na Adolescência, Desafios e Avanços: Dra. Ivana Fernandes

CURSO DE GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

Para médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso.

Uma vez por semana durante o segundo semestre de 2010. Organização: Dra. Zuleide Cabral com apoio da SOGIA-BR.

XI CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

Promoção: SOGIA-BR. Brasília, DF, 11 a 14 de agosto de 2010.

CONGRESSO PAULISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

São Paulo, 2 a 4 de setembro de 2010. Organização: Sociedade Paulista de Obstetrícia e Ginecologia – Sogesp. Participação da SOGIA-BR.

Congreso ALOGIA Chile 7 al 9 de Julio de 2011.

Centro de Convenciones Hotel Sheraton. Santiago de Chile.

Comité organizador: Presidenta: Pamela Oyarzun

Secretaria: 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-cytoplasm”

ETHICAL ISSUES

Ethical issues of oocyte cryopreservation

www.comtecmed.com/ovarianclubovarianclub@comtecmed.com

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@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. fernandocjr@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 elainepiresba@yahoo.com.br / elainepires@ig.com.br

ESPÍRITO SANTO

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

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joatadeu@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 originais 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 josealcione.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, 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!*. 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 combinada¹⁻⁷

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.⁸

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).⁸

Sua paciente fuma, tem diabetes ou hipertensão?

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco para doença cardiovascular, não prescreva anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0). Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.⁸

Referências bibliográficas: 1. 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. 2. 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. 3. 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. 4. 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. 5. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. Contraception 2004; 69: 89-97. 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. 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. 8. Adaptado de FEBRASGO. Anticoncepção. Manual de orientação 2004. 9. Bula do produto.

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 a 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 a colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada a 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 gastrointestinais 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 etonogestrel 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 (carreadoras). **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). Organon do Brasil Índ. e Com. Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro São Paulo - SP - CEP 04747-900.**

MATERIAL DE USO EXCLUSIVO DA CLASSE MÉDICA.

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. Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de Cerazette® com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina.



Nem comprida demais,
nem curta demais:
tudo na vida
tem que ser dosado.



Mercilon® Conti
desogestrel + etinilestradiol/
etinilestradiol
"A" pílula combinada¹⁻⁴



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



Referências bibliográficas: 1. Akin M and the other members of 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: S2-S8. 2. Sulak PJ, et al. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. Obstet Gynecol 2000;95:261-6. 3. Miller L, Hughes JP. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. Obstet Gynecol 2003; 101: 653-61. 4. Hubacher D, Potter L. Adherence to oral contraceptive regimens in four countries. Inter Family Plan Pers 1993; 19:49-53. 5. 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 enfarte 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 Organon do Brasil Ind. e Com. 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.⁵

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.

