

# REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- INVESTIGAÇÃO DE ALGUNS ASPECTOS DA SEXUALIDADE EM ADOLESCENTES MASCULINOS ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO DA PERIFERIA DE SÃO PAULO
- DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME METABÓLICA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA FEMININAS
- RETENÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRAVAGINAL POR UM LONGO PERÍODO: RELATO DE CASO



**XI**  
**VI**

**CONGRESO ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA  
INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA (ALOGIA)**  
**CONGRESO DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (SPOG).**

**2**  
**0**  
**0**  
**9**

**Del 18 al 21 de marzo de 2009**  
**Lugar: Hotel Riande Continental**  
**Ciudad de Panamá**

**TEMAS**

**TEMAS CONGRESO ALOGIA**

- \* Abuso sexual infantil. Un desafío para el Ginecólogo Infanto-Juvenil
- \* Abordaje integral de la ambigüedad genital
- \* Alteraciones ginecológicas en la pubertad
- \* Embarazo en la adolescencia
- \* Problemática y controversias en anticoncepción en adolescentes
- \* Síndrome de ovarios poliquísticos
- \* Dolor pélvico y la problemática de la endometriosis en la adolescencia.

**TEMAS CONGRESO SPOG**

- \* Osteoporosis
- \* Infertilidad
- \* Diagnóstico precoz del cáncer en la mujer
- \* Virus de Papiloma Humano y vacunas.

**CONFERENCISTAS**

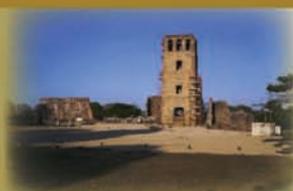
- Dr. José Méndez Ribas (Argentina)
- Dr. José Alcione (Brasil)
- Dr. Ramiro Molina (Chile)
- Dra. Matilde Maddaleno (OPS)
- Dr. Juan Fernando Bojanini (Colombia)
- Dr. José Vidal Sáenz (Costa Rica)
- Dr. Jorge Pelaez (Cuba)
- Dra. Milagros Sánchez (Perú)
- Dr. Samuel Santoyo (México)
- Dr. Enrique Pons (Uruguay)
- Dra. Bestalia Sánchez (Venezuela)
- Dr. Jan Horesji (República Checa)

**COSTOS**

Médicos Especialistas Nacionales y Extranjeros	\$ 200.00 \$ 250.00	(después del 1 de enero del 2009)
Médicos Generales, Internos y Residentes	\$ 80.00 \$ 100.00	(después del 1 de enero del 2009)
Enfermeras, Psicólogos y otras profesiones afines.	\$ 75.00 \$ 85.00	(después del 1 de enero del 2009)
<b>Costo del Precongreso \$ 50.00</b>		



**Para Mayor información contactar:**  
**Web: [www.alogiapanama2009.com](http://www.alogiapanama2009.com)**  
**E-mail: [alogiapanama2009@gmail.com](mailto:alogiapanama2009@gmail.com)**  
**ó llamando al tel.:(507) 229-7764**





## SUMÁRIO

EDITORIAL ..... 2

### ARTIGO ORIGINAL

Investigação de alguns aspectos da sexualidade em adolescentes masculinos  
estudantes de ensino médio da periferia de São Paulo ..... 3

### ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Diagnóstico da síndrome metabólica na infância e na adolescência femininas. . . . 13

### RELATO DE CASO

Retenção de corpo estranho intravaginal por um longo período: relato de caso. . . . 18

NOTÍCIAS E AGENDA ..... 22

### COMISSÃO EDITORIAL

**EDITOR:** José Alcione Macedo Almeida

#### EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

#### CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Weissman (SP)  
Albertina Duarte Takiuti (SP)  
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)  
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)  
Cremilda Costa de Figueiredo (BA)  
Cristina Falbo Guazzelli (SP)  
Denise Maia Monteiro (RJ)  
Elaine da Silva Pires (RJ)  
Fernando César de Oliveira Jr. (PR)  
Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)  
João Tadeu Leite dos Reis (MG)  
Jorge Andalaft Neto (SP)  
José Domingues dos Santos Jr. (DF)  
José Luiz Camargo (PR)  
Laudelino de Oliveira Ramos (SP)  
Liliane D. Herter (RS)  
Marcelino H. Poli (RS)  
Márcia Sacramento Cunha (BA)  
Marco Aurélio K. Galletta (SP)  
Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)  
Maria Virginia F. Werneck (MG)  
Marta Francis B. Rehme (PR)  
Ricardo Leal Rocha (ES)  
Romualda Castro do Rego Barros (PE)  
Vicente Renato Bagnoli (SP)  
Zuleide F. Cabral (MT)

### DIRETORIA EXECUTIVA DA SOGIA-BR

#### Presidente

José Alcione Macedo Almeida

#### Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli

#### 1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

#### 2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

#### 1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

#### 2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

#### Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

#### Presidente Emérito

Álvaro da Cunha Bastos

### VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

#### Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

#### Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

#### Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide F. Cabral

#### Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53  
Jardim América  
CEP 05412-002 – São Paulo, SP  
Fax: (11) 3088-2971

[sogia@sogia.com.br](mailto:sogia@sogia.com.br)

[josealcione.almeida@yahoo.com.br](mailto:josealcione.almeida@yahoo.com.br)

[www.sogia.com.br](http://www.sogia.com.br)

## FAZENDO UMA REFLEXÃO

Quando da minha defesa de Tese de Mestrado, um dos Professores da Banca Examinadora, o Professor Braz Martoreli Filho, fez comentários elogiosos ao meu trabalho pelo fato de encontrar nele várias citações de trabalhos de autores brasileiros. Disse-me então o Professor: “Isso é fato incomum, lamentavelmente. Deveríamos prestigiar mais os autores nacionais”.

Nunca esqueci esse fato e sempre que leio uma publicação de autor brasileiro, consulto logo as referências bibliográficas. Qual não é meu desencanto em constatar que a maioria delas não contém sequer uma citação de artigo nacional.

Tenho refletido sobre esse fato. Será que esses trabalhos têm pouca consistência? Ou dá mais *status* a referência de trabalhos em língua estrangeira? Mesmo publicando em revista estrangeira podem-se referir trabalhos brasileiros. Uma explicação cabível e aceitável e de muita importância é o fato de os nossos periódicos nem sempre serem indexados.

Mas atentemos também para a qualidade dos trabalhos enviados para publicação. É necessário definir bem o que é uma pesquisa, um trabalho original. Um artigo de atualização é muito válido e útil desde que se faça ampla revisão da literatura, selecionando bons trabalhos, nos quais se pode concluir o que realmente é atual. Não basta extrair trabalhos referentes aos últimos três anos que se encontram no “up to date” ou “PubMed” etc.

Também me causam incômodo os “resumos” apresentados em sessão de temas livres nos congressos. Na sessão de Pôster, podemos ver lindos painéis, com visual que chama atenção pelas cores, fotos e gráficos. Mas o conteúdo é de um “relato de caso” que, às vezes, versa sobre um tema que em um serviço público com arquivo de prontuários pode ter uma casuística de vários casos. Esses “resumos” e pôsteres geram títulos para currículo, mas, se fôssemos monitorá-los, veríamos que a maioria nunca gera um trabalho completo e publicado.

Desculpem-me os leitores se acharem que estou sendo muito exigente ou radical. Mas reflitam e manifestem-se.

*José Alcione Macedo Almeida*  
Presidente da SOGIA-BR

# INVESTIGAÇÃO DE ALGUNS ASPECTOS DA SEXUALIDADE EM ADOLESCENTES MASCULINOS ESTUDANTES DE ENSINO MÉDIO DA PERIFERIA DE SÃO PAULO

MARCO AURÉLIO GALLETTA<sup>1</sup>

## RESUMO

Foi realizado um estudo, com questionários autoaplicáveis, em 217 adolescentes masculinos, entre 14 e 16 anos, alunos de cursos profissionalizantes do Rotary Club de São Paulo, enquanto esperavam uma palestra de prevenção da gravidez na adolescência. A idade média era de 15 anos, a maioria de católicos, com quase um terço de evangélicos, e 29,5% não coabitavam com os pais, por separação destes ou morte de um deles. Dos entrevistados, 22,6% relatavam a mãe ter sido gestante adolescente, com 41,9% de antecedente familiar para o evento. Tinham alguma atividade de lazer 90,8% dos jovens, geralmente relacionada à prática esportiva. Todos eram solteiros, e 18,9% tinham namorada, com tempo médio de namoro de 5,94 meses. A maioria (55,3%) ainda era virgem e os 44,7% que já haviam iniciado a vida sexual o fizeram com a idade média de 13,62 anos, com uma parceira em média de 14,91 anos. Nos 19 meses em média de vida sexual, tiveram relação sexual com cerca de 2,84 parceiras, em média. Conheciam poucos métodos anticoncepcionais: 1,98 em média; e fizeram uso de algum método nos últimos 6 meses ainda menos jovens: apenas 27,8%. Apesar da pouca atividade sexual, sete desses jovens relatavam namorada com abortamento, mesmo a maioria dos jovens analisados (57,5%) dizendo ser contra o aborto, em qualquer situação. Quanto à orientação sexual e reprodutiva desses adolescentes, a escola, a mãe e a televisão foram os grandes fornecedores de informações sobre anticoncepcionais, estando o pai, os amigos e a mãe entre os que mais conversaram com o jovem sobre sexualidade, em ordem decrescente de importância. Cerca de dois terços dos jovens possuem algum sonho ou projeto de vida, embora algumas vezes seja fantasioso ou longe da realidade. Discute-se o quanto tal perfil do adolescente masculino se aproxima da gestante adolescente, com indicações de cuidados específicos para a orientação sexual e reprodutiva dessa camada da população.

**Palavras-chave:** adolescente, sexualidade, identidade de gênero, anticoncepção, aborto espontâneo, gravidez na adolescência, masculino, características da família.

## ABSTRACT

*It was carried out a study, with self-applicable questionnaires, in 217 male adolescents, between 14 and 16 years, students of vocational courses of the Rotary Club of São Paulo, while expected a lecture about prevention of the pregnancy in the adolescence. The medium age was of 15 years, the majority was of catholics, with barely a third of evangelical, and 29.5% did not live together with the parents, by disunion of the parents or death of one of them. They related that their mother to have been adolescent pregnant woman in 22.6% them, with 41.9% of family antecedent for the event. Had some activity of leisure 90.8% of the youths, generally sporting practice. Everybody was unmarried persons, and 18.9% had girlfriend, with a medium time of relationship of 5.94 months. The majority (55.3%) still was virgin and the 44.7% that already had initiated the sexual life did with the medium age of 13.62 years, with a partner on average of 14.91 years. In the 19 months on average of sexual life, they had sexual relation with around 2.84 partners, on average. Knew few contraceptive methods: 1.98 on average; and used some contraceptive method in the last 6 months only 27.8%. Seven of these male adolescent have related a girlfriend with abortion. Despite of that, the majority of the youths analyzed (57.5%) said that was against the abortion, in any situation. As regards the reproductive and sexual orientation of these adolescents, the school, the mother and the television were the big suppliers of information about contraception; while the father, the friends and the mother were that more conversed with the youth about sexuality, in decreasing order of importance. Around 2 thirds of the youths have some dream or project of life, although sometimes be fanciful or far from the reality. The author discusses about how much that profile of the male adolescent is similar to the pregnant woman adolescent, with indications of specific cares for the reproductive and sexual orientation of this specific group.*

**Keywords:** adolescent, sexuality, gender identity, contraception, spontaneous abortion, pregnancy in adolescence, male, family characteristics.

## INTRODUÇÃO

Embora seja grande a atenção sobre a sexualidade feminina, principalmente no tocante ao risco inerente para gravidez na adolescência, há poucos trabalhos na literatura que versam sobre o comportamento sexual de adolescentes masculinos, embora estes sejam também os co-responsáveis pelo fenômeno.

Borges e Schor (2007), estudando adolescentes masculinos da periferia de São Paulo, notaram que o primeiro namoro aconteceu em média com 13,2 anos, e a primeira relação sexual com 14,9 anos, com parceiras de 16,4 anos em média. O grupo, de 184 adolescentes homens entre 15 e 19 anos, tinha ainda uma proporção de cerca de 50% de rapazes virgens ao momento da entrevista. Enquanto a maior parte dos com vida sexual afirmavam que iniciaram a vida sexual por atração física, a maioria dos que não tinham começado essa vivência afirmava que era porque não havia encontrado a pessoa certa.

Melo *et al.* (2005), estudando jovens adolescentes entre 10 e 19 anos da região mineira do Rio São Francisco, encontraram mediana de 16 anos para o início da vida sexual, com apenas 10,5% sem atividade sexual aos 19 anos. No entanto, havia uma grande diferença de acordo com o gênero, com 74,6% dos jovens masculinos com vida sexual entre os 15 e os 19 anos, e apenas 31,5% das jovens femininas nesta faixa etária. Entre os 10 e 14 anos, as taxas seriam de 33,8% e 16,1%, respectivamente. Ao mesmo tempo, percebeu-se que, quanto mais escolaridade, maior a proporção de jovens com atividade sexual, inversamente ao que ocorria com os jovens que participavam de algum grupo religioso, em que a atividade sexual caía para quase a metade (35,6 *vs.* 67,1%).

Pessoalmente, apesar de tratar de gestantes adolescentes há vários anos, pouco sei sobre seu companheiro ou namorado, a não ser que era um pouco mais velho do que elas.

Ao ter a chance de orientar um grupo de cerca de 500 jovens entre 14 e 16 anos, nos aspectos da sexualidade e da prevenção da gravidez na adolescência, em um evento patrocinado pelo Rotary Club de São Paulo, achei que seria uma ótima chance para conhecer melhor esse grupo por intermédio de um questionário autoaplicável. Apresento a seguir os resultados da pesquisa realizada.

## MÉTODOS

Na espera para uma palestra sobre prevenção da gravidez na adolescência, ministrada pelo autor, foi repassado para cerca de 500 jovens um questionário autoaplicável com cerca de 30 perguntas. Tais jovens vinham dos vários programas profissionalizantes mantidos pelo Rotary Club em São Paulo, no geral jovens pobres da periferia da cidade. Destes jovens, 217

rapazes responderam ao questionário e o entregaram aos organizadores, que repassaram ao autor. As respostas das garotas não serão avaliadas neste momento. Todos eram alfabetizados, com pelo menos 7 anos de estudo. Não era solicitada a identificação do material e as respostas eram livres e espontâneas. Os responsáveis se prontificaram a devolver o resultado da pesquisa aos alunos interessados em obtê-lo.

As questões eram abertas, a maioria delas com alternativa sim/não, e versavam sobre aspectos sociais, familiares, religiosos, educacionais, de orientação anticoncepcional, sexualidade e projetos de vida.

Os dados foram analisados pelo Programa Epi-Info 6 e serão apresentados de forma descritiva.

## RESULTADOS

A idade variou entre 14 e 16 anos, sendo quase 62% da amostra de jovens com 15 anos de idade. A idade média foi de 15,04 anos (DP: 0,61). A imensa maioria dos pesquisados era da cidade de São Paulo (97,2%), embora alguns viessem de outras cidades da região metropolitana, como Santo André, Osasco, Suzano, Ferraz de Vasconcelos e Guarulhos. A grande maioria deles (90,3%) também era nascida no estado de São Paulo, mas certa porção deles veio de outros estados, sendo a maioria do Norte/Nordeste, como se pode ver pela tabela 1.

Quanto à raça, 43,1% se autointitularam como sendo de cor branca, 38,9% de cor parda, e 15,7% de cor negra, existindo ainda 2,3% de cor amarela.

**Tabela 1.** Naturalidade dos 217 adolescentes masculinos pesquisados

Natural	n	Percentual	Percentual acumulado	
AL	1	0,5%	0,5%	
BA	5	2,3%	2,8%	
MA	1	0,5%	3,2%	
MG	3	1,4%	4,6%	
PB	1	0,5%	5,1%	
PE	2	0,9%	6,0%	
PI	2	0,9%	6,9%	
PR	1	0,5%	7,4%	
RJ	1	0,5%	7,8%	
RO	1	0,5%	8,3%	
RS	1	0,5%	8,8%	
SE	2	0,9%	9,7%	
SP	196	90,3%	100,0%	████████████████████
Total	217	100,0%	100,0%	████████████████████

No tocante à religião, podemos ver pela tabela 2 que a maioria era católica (46,5%), com quase um terço (32,7%) de

evangélicos. Chama à atenção a expressiva taxa de 8,8% que declaravam não ter nenhuma religião. Quanto à frequência aos ritos, a maior parte dos jovens (54,8%) se dizia praticante.

**Tabela 2.** Religião declarada dos 217 adolescentes masculinos pesquisados

Religião	n	Percentual	Percentual acumulado	
Católica	101	46,5%	46,5%	
Evangélica	71	32,7%	79,2%	
Dado não disponível	24	11,0%	90,3%	
Nenhuma	19	8,8%	99,0%	
Budista	1	0,4%	99,5%	
Espírita	1	0,4%	100,0%	
Total	217	100,0%	100,0%	

Quanto ao núcleo familiar, a grande maioria, 153 (70,5%), morava com o pai e a mãe, enquanto outros 64 jovens (29,5%) não coabitavam com os pais. Isso acontecia por algumas razões. Dezoito destes jovens (8,3%) declararam que o pai tinha falecido, enquanto 68 jovens (31,3%) relatavam que os pais não moravam juntos. Ao serem questionados quanto à relação entre os pais, 11 (5,07%) disseram que era ruim, apesar de morarem juntos, o que nos fornece uma taxa de 79 pais (36,4%) com relações inadequadas.

Avançando no entendimento dessa estrutura familiar, vemos, por meio da análise da tabela 3, que o pai era o grande provedor da casa, sendo o responsável maior pela renda em 56,9% das vezes. Mas a participação da mãe também era importante, sendo a principal mantenedora em 22,7% das vezes e dividindo com o pai esse encargo em outros 7,1%. Ademais, a participação do padrasto é nítida, sendo o provedor principal em 8,5% das vezes.

Além disso, a moradia familiar era na grande parte das vezes própria (81%), sendo alugada em 13,4% e cedida em outros 5,6%.

O pai tinha, em média, 43,45 anos (DP: 6,85), variando entre 26 e 69 anos, sendo a mediana em 42 anos.

A mãe possuía, em média, 40,02 anos (DP: 5,19), variando entre 29 e 59 anos, sendo a mediana em 40 anos.

**Tabela 3.** Distribuição da responsabilidade pela renda familiar de 217 adolescentes masculinos pesquisados

Responsável pela renda	n	Percentual	Percentual acumulado	
Pai	120	56,9%	56,9%	
Mãe	48	22,7%	79,6%	
Padrasto	18	8,5%	88,1%	
Pai e mãe	15	7,1%	95,2%	
Avós	4	1,9%	97,1%	
Mãe e padrasto	2	0,9%	98,1%	
Mais de duas pessoas	2	0,9%	99,0%	
Outros	2	0,9%	100,0%	
Total	211	100,0%	100,0%	

Quarenta e nove (22,6%) desses jovens informavam que sua mãe tinha sido gestante adolescente. Em outros 15 casos, a mãe não possuía esse antecedente, mas alguém na família tinha, totalizando 64 casos (29,5%) com pelo menos um caso de gravidez na adolescência, fato este que se repetia em outros membros da família em 27 jovens, elevando o número para 91 (41,9%) de antecedente familiar para o evento gravidez na adolescência, como podemos analisar pela tabela 4. Com isso, temos uma média de 0,54 gestante adolescente por família.

Quanto à escolaridade, a maioria (57,1%) dos pesquisados possuía o ensino médio incompleto, cursando o 1º ou 2º ano do ensino médio. Outros 35,5% cursavam o 8º ano do ensino fundamental. Em 7,4% das vezes, não foi possível obter esse dado. A média de anos de escola foi de 8,68 anos (DP: 0,59), com 61,8% dos pesquisados tendo mais de 8 anos de escola. Não houve nenhum caso de interrupção nos estudos.

Apenas 8 jovens da amostra (3,7%) trabalhavam, com ocupações geralmente manuais e de meio período.

Perguntou-se também sobre atividades extraescolares e de lazer. A imensa maioria dos jovens analisados, 197 (90,8%), relatava algum tipo de atividade de lazer, a qual na grande parte das vezes estava relacionada à atividade esportiva (173 jovens ou 79,7%), especialmente o futebol. Destes, 184 jovens

**Tabela 4.** Presença de antecedente familiar para gravidez na adolescência nos 217 adolescentes masculinos pesquisados

Quantas gestantes adolescentes na família	n	Percentual	Percentual acumulado	
0	126	58,1%	58,1%	
1	64	29,5%	87,6%	
2	26	12,0%	99,5%	
3	1	0,5%	100,0%	
Total	217	100,0%	100,0%	

(84,8%) disseram ter um grupo de amigos que se encontrava frequentemente, amigos tais que eram muitas vezes envolvidos em sua atividade de lazer. Além do futebol, vários jovens relatavam saídas no fim de semana, ida a “baladas”, festas, passeios, escutar e tocar música, além de acessar a internet e mexer no computador.

Quanto à afetividade, todos os 217 jovens eram solteiros, dos quais 41 (18,9%) tinham namorada ao momento da enquete. O tempo médio de namoro relatado foi de 5,94 meses (DP: 6,26), variando de 15 dias a 2 anos.

No tocante à sexualidade, 97 adolescentes (44,7%) já haviam iniciado a vida sexual, sendo a grande maioria, 120 adolescentes (55,3%), ainda virgem. Para aqueles, o início da vida sexual variou entre 8 e 15 anos, com média de 13,62 anos (DP: 1,37) e mediana de 14 anos. A distribuição desse fato pode ser visualizada na tabela 5.

O tempo de vida sexual nesses 95 jovens variou de 3 a 84 meses, com uma média de 19,83 meses (DP:15,35), sendo a mediana de 12 meses.

Também se perguntou qual era a idade das parceiras no momento da iniciação sexual do rapaz. Podemos ver, por meio da análise da tabela 6, que esse dado variou entre 8 e 26 anos, com média de 14,91 anos (DP: 2,71), sendo a mediana de 15 anos.

O número de parceiros sexuais variou de 1 a 30, com média de 2,84 parceiros por jovem pesquisado.

Apesar dessa grande atividade sexual de alguns jovens, o conhecimento de métodos anticoncepcionais não foi o espe-

**Tabela 5.** Distribuição da idade do início da vida sexual com coito (coitarca) dos 95 adolescentes homens que responderam à questão

COITARCA	n	Percentual	Percentual acumulado	
8	1	1,1%	1,1%	
10	3	3,2%	4,2%	
11	4	4,2%	8,4%	
12	7	7,4%	15,8%	
13	18	18,9%	34,7%	
14	36	37,9%	72,6%	
15	26	27,4%	100,0%	
Total	95	100,0%	100,0%	

rado. Em média, tais jovens conheciam 1,98 método, com mediana em dois métodos (basicamente, condom e pílula). Podemos ver, pela análise da tabela 7, que poucos eram os métodos conhecidos. Chama a atenção que 13 jovens não conheciam um método sequer. Na tabela 8, apresentam-se os métodos de forma discriminada, por citação nominal, podendo um mesmo adolescente ter relatado mais de um método ao mesmo tempo.

A fonte dessa informação sobre anticoncepcionais variou bastante, como podemos ver na tabela 9, mas se concentrou na escola (32,2%), nas mães e na televisão, estando estas duas últimas modalidades em terceiro lugar, com 13,4% das indicações. Mais relevante do que elas foi o encontro de duas fontes concomitantes de informação.

**Tabela 6.** Distribuição da idade da parceira no momento da primeira relação sexual de 90 adolescentes homens pesquisados

Idade da parceira na primeira vez do adolescente	n	Percentual	Percentual acumulado	
8	1	1,1%	1,1%	
11	2	2,2%	3,3%	
12	7	7,8%	11,1%	
13	14	15,6%	26,7%	
14	20	22,2%	48,9%	
15	20	22,2%	71,1%	
16	12	13,3%	84,4%	
17	6	6,7%	91,1%	
18	1	1,1%	92,2%	
19	2	2,2%	94,4%	
20	1	1,1%	95,6%	
22	1	1,1%	96,7%	
23	1	1,1%	97,8%	
25	1	1,1%	98,9%	
26	1	1,1%	100,0%	
Total	90	100,0%	100,0%	

**Tabela 7.** Distribuição do número de métodos anticoncepcionais conhecidos pelos 217 adolescentes masculinos pesquisados

CONHECE AC	n	Percentual	Percentual acumulado	
0	13	5,6%	5,9%	
1	60	27,6%	33,6%	
2	94	43,3%	76,9%	
3	31	14,3%	91,2%	
4	10	4,6%	95,8%	
5	6	2,7%	98,6%	
6	3	1,4%	100,0%	
Total	217	100,0%	100,0%	

**Tabela 8.** Métodos anticoncepcionais conhecidos pelos 217 adolescentes masculinos pesquisados e sua frequência em relação ao total de sujeitos investigados

Métodos anticoncepcionais conhecidos	n	Percentual
Camisinha masculina	203	93,5%
Pílula	127	58,5%
DIU	36	16,6%
Camisinha feminina	18	8,3%
Pílula do dia seguinte	18	8,3%
Diafragma	8	3,7%
Injetável	7	3,2%
Tabelinha	4	1,8%
Coito interrompido	2	0,9%
Laqueadura	2	0,9%
Vasectomia	2	0,9%
Espermaticida	1	0,4%

**Tabela 9.** Fonte da informação sobre os diversos métodos anticoncepcionais de 202 adolescentes masculinos que relatavam este dado

Fonte de informação	n	Percentual	Percentual acumulado	
Escola	65	32,2%	51,5%	
Duas ou mais	28	13,9%	13,9%	
Televisão	27	13,4%	100,0%	
Mãe	27	13,4%	64,9%	
Ambos os pais	19	9,4%	85,1%	
Pai	16	7,9%	73,8%	
Amigos(as)	11	5,4%	19,3%	
Médico	2	1,0%	65,8%	
Outros	4	2,0%	75,7%	
Revista	3	1,5%	86,6%	
Total	202	100,0%	100,0%	

Dos 97 rapazes que relatavam já terem iniciado a vida sexual, apenas 27 (27,8%) descreviam o uso de algum método anticoncepcional nos 6 meses que antecediam o momento da

pesquisa. Destes, 25 usaram condom (92%) e dois descreviam o uso de pílula (8%) em suas parceiras. Um rapaz relatou ter usado condom ao mesmo tempo que a moça usava a pílula, seguindo o conceito da dupla proteção.

Três adolescentes masculinos investigados relataram ter engravidado uma namorada. Duas delas tinham 16 anos e outra, 14. Destas, apenas uma teve o filho, ocorrendo o aborto nas demais. Perguntados se suas namoradas já tinham tido algum aborto, sete adolescentes responderam que sim, dois dos quais foram provocados. Dessas sete gestações, três aparentemente foram fruto de relação sexual com o entrevistado. O mesmo rapaz que possuía um filho com a namorada também teve com ela um abortamento.

Perguntou-se também o que esses adolescentes achavam do aborto. A maioria (57,5%) dizia ser sempre contra, enquanto 39,6% relatavam que, em algumas circunstâncias, eram favoráveis. Apenas 0,9% demonstrou ser sempre favorável à prática do aborto.

Interessante notar que no único caso de aborto provocado em que o progenitor era o próprio entrevistado este respondeu que era sempre contra.

Outra pergunta interessante foi sobre quem falou sobre sexo pela primeira vez com o adolescente investigado. As respostas estão dispostas na tabela 10. Diferentemente da pergunta sobre os métodos anticoncepcionais, em que a escola e a televisão tomavam a dianteira em relação aos pais, aqui o pai aparece em primeiro lugar, com 23,1% das respostas, seguido de perto pelos amigos (21,2%) e pela mãe (20,8%).

A entrevista foi finalizada com uma questão sobre projetos de vida e em relação a planos profissionais. As respostas foram as mais variadas, mas foi possível agrupá-las em algumas categorias, dispostas na tabela 11. Percebe-se que muitos têm planos para o futuro, embora algumas vezes sejam sonhos ou metas muito difíceis de ser atingidas. No entanto, chama a atenção que uma grande parte dos entrevistados se apresente com projetos concretos e possíveis.

**Tabela 10.** Distribuição das fontes de informação sobre sexo para os 212 adolescentes masculinos que responderam à questão

Quem falou sobre sexo	n	Percentual	Percentual acumulado	
Pai	49	23,1%	23,1%	■
Amigos	45	21,2%	44,3%	■
Mãe	44	20,8%	65,0%	■
Pais	20	9,4%	74,5%	■
Outros	14	6,6%	81,1%	■
Escola	11	5,2%	86,3%	■
Irmãos	11	5,2%	91,5%	■
Várias pessoas	10	4,7%	96,2%	■
Médico	4	1,9%	98,1%	■
Avós	3	1,4%	99,5%	■
Ninguém	1	0,5%	100,0%	■
Total	212	100,0%	100,0%	■

**Tabela 11.** Planos profissionais categorizados para as respostas dadas para os projetos de vida de 217 adolescentes masculinos pesquisados

Plano profissional	n	Percentual	Percentual acumulado	
Artístico	7	3,2%	3,2%	■
Está em dúvida	7	3,2%	6,5%	■
Fantasiado	7	3,2%	9,7%	■
Jogador de futebol	14	6,5%	16,1%	■
Militar e afins	9	4,1%	20,3%	■
Não tem planos	29	13,4%	33,6%	■
Nível superior muito difícil	19	8,8%	42,4%	■
Nível superior possível	63	29,0%	71,4%	■
Nível técnico concreto	34	15,7%	87,1%	■
Nível técnico indefinido	9	4,1%	91,2%	■
Quer posição de poder	19	8,8%	100,0%	■
Total	217	100,0%	100,0%	■

## DISCUSSÃO

Percebe-se, pela análise dos dados, que se trata de um grupo de adolescentes representativo da periferia da região metropolitana de São Paulo, homogêneo em relação à idade e ao estrato socioeconômico. Cerca de 10% dos jovens do grupo analisado imigraram de estados mais pobres da federação e

possivelmente uma taxa ainda maior tem pais imigrantes dessas regiões, principalmente o Norte-Nordeste brasileiros. Tais dados são consistentes com a maior parte dos trabalhos nacionais com gestantes adolescentes, cuja idade é, em média, por volta dos 15 aos 16 anos. Sendo a média de início da vida sexual das meninas por volta dos 13 aos 14 anos, com o parceiro sexual cerca de 1 a 2 anos mais velho, estamos, portanto, atentando-nos exatamente ao grupo de risco para ser parceiro de uma gestante adolescente.

A cor autodeclarada dos jovens pesquisados, com 43% de brancos e 54% de pardo-negros, está mais concordante com o perfil brasileiro do que com o perfil paulista, demonstrando o forte componente de imigração regional nesse subgrupo analisado. Pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2006)<sup>10</sup>, a população em idade ativa (> 10 anos) distribuía-se por cor no Brasil com 56% de brancos, 33% de pardos e 10% de pretos. Em São Paulo, os de cor branca seriam 65%, com 33% de pardo-pretos. Mais semelhante ao dado encontrado na amostra seria o perfil de Belo Horizonte, com 43% de brancos e 56% de pardo-pretos. Certamente, isso está relacionado com um perfil populacional de menor poder aquisitivo.

O perfil religioso também não está condizente com o perfil nacional. Dados do IBGE do Censo de 2000 apresentam como católicos 73% da população brasileira, com 15% de evangélicos e 7,4% sem religião. Certamente, tal perfil também se relaciona com a condição socioeconômica da população analisada, e se sabe por várias investigações sociais que os evangélicos, principalmente os da linha pentecostal ou neopentecostal, crescem nas periferias das grandes cidades. Assim, o perfil de 32,7% de evangélicos demonstra bem uma amostra com nível socioeconômico e cultural diferenciado, que, aliás, tem muita proximidade com o perfil notado entre as adolescentes gestantes do nosso ambulatório.

Esse dado descritivo da religiosidade dos adolescentes masculinos poderia ser entendido por alguns como supérfluo e sem valor, mas há trabalhos que demonstram a importância de tal dado na consideração do comportamento sexual e reprodutivo dos jovens. Belo e Silva (2004), por exemplo, perceberam que as adolescentes grávidas por eles estudadas e que manifestavam possuir uma religião tinham um conhecimento mais adequado dos métodos anticoncepcionais. No entanto, apesar desse melhor conhecimento, mais frequentemente não faziam uso dos métodos, provavelmente por questões religiosas. Aquino *et al.* (2003), por sua vez, notaram que a religião professada era discriminante no risco para a gravidez apenas nas mulheres, não o sendo para os homens. Para tais autores, a ausência de credo trazia o maior risco, seguida da

religião pentecostal, possuindo as católicas a menor prevalência de gravidez.

O perfil notado na pesquisa de casais separados em cerca de 31% das vezes pode ser dramático para alguns. No entanto, os dados do IBGE (2005) para o registro civil do ano de 2004 relatam cerca de 224 mil separações e divórcios no ano, com cerca de 806 mil casamentos. Temos então uma proporção de 27,76% de casais separados, em relação ao total de casamentos. Assim considerando, temos na amostra uma taxa de pais separados semelhante, mas ainda um pouco maior, do que a média brasileira, o que poderia ser explicado pelas dificuldades econômicas dessas famílias de periferia, em que os laços familiares se tornam mais frouxos pela tensão gerada pelo ambiente econômico desfavorável. Mesmo assim, ainda é uma taxa inferior à que vemos em nosso ambulatório de gestantes adolescentes, em que casais de pais separados é a regra e não a exceção. Adicionalmente, a faixa etária dos pais, por volta dos 40 aos 42 anos, é exatamente a da média brasileira para as separações e divórcios. Ainda de acordo com os dados do IBGE, no Brasil de 2004 a idade média para a separação seria de 37,7 anos para os homens e de 35 anos para as mulheres e, para o divórcio, de 41,8 para os homens e de 39,1 para as mulheres.

Por outro lado, no Brasil, cada vez mais domicílios são chefiados por mulheres. De acordo com o IBGE (2006)<sup>7</sup>, de 1991 para 2000, os domicílios chefiados por mulheres aumentaram quase 37%, passando de 18,1% para 24,9%. Há também cada vez maior contribuição das mulheres casadas para o sustento das famílias. Nesse mesmo período considerado, tal contribuição passou de 24,1% para 37,7%. Assim, a taxa encontrada na amostra de 22,7% de lares cuja responsabilidade pela renda é da mulher não está muito longe das taxas divulgadas pelo IBGE.

Chama a atenção para a presença de 81% de moradias próprias. Mas deve-se pensar que, pela localização das residências, no geral na zona leste de São Paulo, muitas dessas casas devem ser de baixa qualidade e não necessariamente de alvenaria. Adicionalmente, se forem núcleos familiares com vários membros, como é comum nesses locais, o fato de ser uma moradia própria não diz muito sobre a condição econômica.

O fato de mais de um terço dos adolescentes pesquisados descreverem uma relação entre os pais ruim ou inexistente, embora triste, também é notado por nós entre as gestantes adolescentes do nosso serviço. Pelo menos para as adolescentes femininas tal configuração familiar acaba sendo um dos fatores predisponentes para a gravidez, na intenção, às vezes, até inconsciente de sair desse ambiente e tentar outra possibilidade de família.

O dado de 22% de mães gestantes adolescentes ainda é pouco pesquisado nos trabalhos científicos. Embora seja uma cifra que impressiona, ainda é menor do que observamos em nosso ambulatório de gestantes adolescentes, em que quase metade das pacientes tem tal antecedente em sua mãe, fato que faz perpetuar o mesmo comportamento de uma geração para a outra.

A escolaridade notada entre os jovens pesquisados é realmente um diferencial importante. Nenhum deles tinha repetido ou desistido da escola e este comportamento realmente não é o da média da população. Embora tenhamos notado em nossas pacientes adolescentes uma melhoria da escolaridade na última década, ainda muitas delas apresentam a interrupção dos estudos antes da gravidez, não conseguindo retomar o processo educacional no pós-parto. Neste sentido é esclarecedor o trabalho de Almeida *et al.* (2006), em que tanto uma trajetória escolar irregular como a interrupção dos estudos foram associados com o evento gravidez na adolescência, tanto para mulheres como para homens. Quanto menor a idade de início da atividade sexual, menor a frequência à escola, assim como quanto maior o uso de métodos anticoncepcionais nas primeiras relações sexuais, maior a aderência ao ensino regular. Nesse panorama, as mulheres interrompem os estudos por causa da gravidez e dos cuidados com o bebê, enquanto os homens o fazem por causa da necessidade de trabalhar para sustentar o filho. Interessantemente, para os homens, a repetência na escola praticamente duplicava o risco de gravidez da parceira.

Assim, se por um lado esse grupo de adolescentes pesquisados preenche os requisitos de risco para uma gravidez da parceira, pela estrutura familiar e social, por outro lado, por estar na escola, sincronizado com o ano escolar, tal risco diminui substancialmente.

O dado coletado na pesquisa sobre atividade esportiva e de lazer impressionou, pois vejo nas minhas pacientes gestantes adolescentes muito menos atividade de lazer e menos ainda de prática esportiva, ao passo em que quase todos os adolescentes masculinos entrevistados relatavam algum tipo de atividade de lazer, sendo inclusive profícuos nisso, com várias atividades descritas individualmente. Para a menina, é claramente um fator de proteção, pois o não fazer nada a deixa predisposta a fazer algo em termos reprodutivos. Isso provavelmente deve proteger também o adolescente masculino em relação a uma possível gravidez, mas ainda necessita de mais investigações.

O fato de a mediana da coitarca (ou sexarca como querem alguns) se dar com 14 anos é compatível com a proporção de 55% de adolescentes virgens nesta amostra que, como já se viu, tem uma idade média de 15 anos. Esta é a idade média

de início da vida sexual para grande parte dos adolescentes desse estrato social. No trabalho de Borges e Schor (2007), por exemplo, dos 184 adolescentes masculinos entre 15 e 19 anos, moradores da zona leste da cidade de São Paulo, 53,3% ainda não haviam iniciado sua vida sexual. Tais autores estabelecem idades médias diferenciadas de acordo com o sexo e o evento afetivo-sexual. Os homens teriam para o primeiro beijo, o primeiro namoro, a primeira relação sexual e a primeira união consensual as seguintes idades médias: 11,5, 13,2, 14,9 e 17,5 anos. As mulheres, por sua vez, teriam as seguintes idades médias para os mesmos eventos: 11,9, 13,3, 16,4 e 16,0. Ou seja, tanto para o homem como para a mulher decorreria cerca de um ano entre o primeiro beijo e o primeiro namoro. O mesmo um ano seria o necessário para a primeira relação masculina, mas um tempo maior seria necessário para a primeira relação feminina. Por outro lado, a moça se uniria em matrimônio ou união consensual mais precocemente.

Os dados de Borges e Schor (2007) são, assim, compatíveis com os do presente estudo, em que a idade da parceira era em média um ano a mais (14,91 anos) do que a idade média (13,62 anos) do adolescente masculino em sua primeira relação, com tempo de vida sexual na mediana de 12 meses. Os dados aqui apresentados também são compatíveis com os dados coletados por Melo *et al.* (2005), com adolescentes do Vale do São Francisco, onde, na faixa etária dos 15 aos 19 anos, 74,6% dos homens já “transavam”, enquanto apenas 31,5% das mulheres já o faziam, demonstrando que a idade média feminina na primeira relação deveria ser mais elevada do que a masculina. Neste mesmo trabalho, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, apenas 33,8% dos meninos já “transavam”, indicando que a mediana do início da vida sexual estaria além dos 14 anos.

O número de parceiros sexuais dos 95 adolescentes masculinos com vida sexual foi um pouco acima do que se esperaria, com média de 2,84 e variação de 1 a 30. No entanto, no estudo de Belo e Silva (2004), com gestantes adolescentes de 12 a 19 anos e idade média de 16,1 anos, 7,7% delas tiveram dois parceiros sexuais e 3,8% tiveram três parceiros sexuais nos últimos doze meses, demonstrando certa promiscuidade sexual. Por outro lado, a fidedignidade desse dado é restrita, pois parece pouco provável um rapaz de 15 anos, com um ano de vida sexual, ter 20 ou 30 parceiras sexuais e não engravidar ninguém, mesmo sem usar camisinha.

Quanto ao conhecimento dos métodos anticoncepcionais, vê-se pouco conhecimento dos rapazes, com média inferior a dois métodos conhecidos, e 5,5% sem conhecer nenhum. A minha experiência com gestantes adolescentes é um pouco diferente. Em mais de 1.500 atendimentos realizados nos úl-

timos 15 anos, tive apenas uma paciente que não sabia como evitar uma gravidez, sendo a média de métodos conhecidos acima de dois, com mais de 60% delas conhecendo três ou mais métodos. Talvez essa falta de conhecimento por parte dos adolescentes masculinos seja em parte pela idade e escolaridade, mas me parece que seja por não pensarem mesmo no assunto, assumindo uma postura diante da vida mais infantil e autocentrada. Aliás, chama a atenção que pílula apareça em 127 citações, enquanto a camisinha apareça em 203. As mulheres parecem conhecer mais os métodos do parceiro do que este conhece os métodos da parceira. No entanto, talvez isso seja também um efeito trazido pela gravidez, sendo as adolescentes não grávidas menos versadas em anticoncepção. A análise de trabalhos similares corrobora com essa ideia.

Faustini *et al.* (2003), ao analisarem os resultados de um programa de orientação sexual com adolescentes (12 aos 19 anos) em centro de saúde da região sul da cidade de São Paulo, notaram que as adolescentes femininas tinham melhor conhecimento dos métodos do que os adolescentes masculinos. Quanto à camisinha, 86,5% delas conheciam o método antes da atividade de orientação; os meninos, 81,8%. Quanto à pílula, 62,2% delas conheciam; eles, 54,5%. Quanto à tabelinha, 13,5% delas relatavam conhecimento, enquanto nenhum dos meninos a citava. Quanto à laqueadura, 8,1% delas diziam conhecer e novamente nenhum dos meninos sabia de sua existência. Tal panorama era melhorado com a atividade de orientação, mas mesmo assim os meninos ainda ficavam na retaguarda das meninas.

Belo e Silva (2004), estudando o nível de conhecimento contraceptivo de gestantes adolescentes, viram que 91,7% delas relatavam espontaneamente conhecer a camisinha, 94,2%, a pílula e 41%, o DIU, taxas estas que subiam, respectivamente, para 99,4%, 98% e 76,3% após indução da resposta.

Quanto ao uso de método contraceptivo, a taxa de 27,8% parece ser muito baixa, assim como surpreende o fato de que, na grande maioria das vezes (92%), foi usada apenas a camisinha. Belo e Silva (2004) descrevem o uso de um método contraceptivo na primeira relação de suas gestantes adolescentes em 54,5% das vezes, estando o condom presente em 87% dessas ocasiões, com a pílula em 10%. Darroch *et al.* (2001), ao revisarem os dados de anticoncepção em adolescentes femininas de vários países (Suécia, França, Grã-Bretanha e Estados Unidos), perceberam que o uso de condom na primeira relação sexual variou de 41% a 66,5%, enquanto o de pílula variou entre 6% e 15,1%, havendo a falta de algum método nesta ocasião em apenas 11% a 24,7% dos casos. Ou seja, exatamente o oposto do verificado aqui, onde os adolescentes masculinos brasileiros deixam de usar

um método na mesma proporção em que fora se usa um método anticoncepcional.

Sorribe *et al.* (2002), por sua vez, salientam que o uso de anticoncepção em adolescentes cubanas é baixo naquelas que engravidam durante esse período da vida (7,8%), sem ser muito diferente do ponto de vista estatístico das adolescentes não gestantes (9,1%). Por outro lado, houve nítida diferença estatística entre os grupos de gestante ou não gestante, na comparação entre a educação dos pais, e a presença ou não de conversa com os pais sobre sexualidade e anticoncepção.

Neste sentido, chama a atenção nos dados coletados desses adolescentes masculinos que grande parte deles conversava com seu pai e sua mãe não só sobre anticoncepção, como também sobre sexualidade e principalmente sobre este último tema. Quanto aos métodos anticoncepcionais, a primeira fonte de informação foi a escola (32,2%), seguida da mãe e da televisão, em proporções iguais (13,4%), mas com presença expressiva do pai (7,9%) e de ambos os pais (9,4%). A informação sobre sexualidade veio primeiro por meio do pai (23,1%), seguindo-se os amigos (21,2%), a mãe (20,8%), ambos os pais (9,4%) e a escola (5,2%).

Quanto à fonte dessa informação, Jeolás e Ferrari (2003), por exemplo, descrevem a seguinte ordem de importância na informação sobre sexualidade em adolescentes masculinos de Londrina: 1ª) Amigos (35%), 2ª) Outros (16%), 3ª) Namorada (14%), 4ª) Médico (10%), 5ª) Pai (9%), 6ª) Professor (8%), 7ª) Mãe. Diferentemente, para as adolescentes femininas, a mãe, que aparece em último lugar para os meninos, assume a segunda posição, junto com o professor (16%), só perdendo para as amigas (29%). Parece que a diferença entre os grupos masculinos descritos pelo presente trabalho e pelo de Londrina vem a ser a forte presença da mãe na orientação anticoncepcional e sexual dos rapazes paulistas. Talvez isso se deva pela forte presença materna em casa, com ausência do pai em muitas das vezes. Afinal, faz mais sentido que a informação venha pelo pai e não pela mãe, pela identificação sexual que geralmente ocorre na adolescência. De qualquer forma, é clara a importância dos amigos em quaisquer dos cenários, o que reforça a crença de que a identificação sexual na adolescência tende a ser cada vez mais grupal e cada vez menos centrada na família de origem. Assim, qualquer orientação que se faça com tais jovens tem de levar em consideração esse aspecto crucial.

A questão do aborto não tem sido adequadamente tratada neste grupo social. Vemos por intermédio dos dados que, apesar de a maioria (57,5%) dos adolescentes masculinos ser contra o aborto provocado em qualquer situação, a interrupção da gravidez de sua parceira ocorreu com uma frequência

não desprezível de 7,3% (considerando os 7 abortos sobre o total de adolescentes com vida sexual ativa). Mesmo considerando que esse tenha sido mais um antecedente do que um fato na vida desses jovens, tal situação está no dia-a-dia deles, de forma independente de suas convicções religiosas ou morais. Possivelmente, a resposta a essa pergunta seria diferente se fossem mulheres a respondê-la, afinal são a elas que cabem em última análise a dor, a angústia e o conflito subjacente a qualquer decisão dessa monta. Entretanto, é interessante que se tenha registrado a opinião masculina sobre o assunto.

Finalmente, minha consideração sobre os sonhos profissionais desses jovens. Esse é um tipo de questionamento não usual nos periódicos sobre a adolescência e que entendo ser da máxima importância, afinal são próprios desse período o sonhar e a construção de planos de vida futura. Tenho percebido em minha atuação com as gestantes adolescentes uma falta impressionante de perspectivas e de sonhos de vida, que parece se reduzir a apenas cuidar do filho e talvez voltar a estudar. Vimos pelo trabalho de Almeida *et al.* (2006) que a possibilidade de retorno ao banco escolar é realmente muito pequena, não só para as mães adolescentes como também para os pais adolescentes. Assim, os sonhos de realização profissional evaporam-se dolorosamente.

Recordo aqui a iniciativa do Instituto Kaplan, do Projeto “Vale Sonhar”, em que monitores questionaram os jovens do Vale do Ribeira, em São Paulo, a expressarem seus sonhos, para logo em seguida instigarem uma reação, ao questionarem para onde iriam tais sonhos se elas ou as namoradas deles engravidassem. Esse “choque de realidade” foi o responsável por uma das mais vigorosas quedas na taxa de gravidez na adolescência em nosso país e, o que é mais importante, foi disseminado por facilitadores juvenis, que aumentam tremendamente o poder da ideia veiculada.

Nesse sentido, surpreende-me favoravelmente o encontro de tantos sonhos desses jovens aqui pesquisados, sejam eles fantasiosos ou extremamente difíceis de ser alcançados. Pouco importa! O que não quero perder é a indignação diante dos absurdos da vida. E – convenhamos – ver um jovem sem sonhos é mais do que absurdo. É quase monstruoso! Quiçá possamos nós, como profissionais da saúde do adolescente, favorecer cada vez mais o correto direcionamento desses sonhos, em vez de lamentar sua ausência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MCC, Aquino EML, Barros AP. School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(7):1397-409.
2. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(Sup. 2):S377-88.

3. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública.* 2004;38(4):479-87.
4. Borges ALV, Schor N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(1):225-34.
5. Darroch JE, Singh S, Frost JJ. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives.* 2001;33(6):244-50, 281.
6. Faustini DMT, Novo NF, Cury MCF, Juliano Y. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):783-90.
7. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – IBGE divulga estudo especial da PME sobre cor ou raça – Comunicação de novembro de 2006. Acesso em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_imprensa.php?id\\_noticia=737](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=737).
8. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – Dados do Censo de 2000. Acesso em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/religiao/brasil.html>.
9. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – Estatísticas do Registro Civil de 2004. Comunicação de dezembro de 2005. Acesso em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=512&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=512&id_pagina=1).
10. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – As mulheres no alvo das políticas públicas brasileiras – Comunicação de maio de 2006. Acesso em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=605&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=605&id_pagina=1).
11. Jeolás LS, Ferrari RAP. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado – *Ciência & Saúde Coletiva.* 2003;8(2):611-20.
12. Kaplan Instituto – Vale Sonhar. Acesso em: <http://www.kaplan.org.br/valesonhar.asp>.
13. Melo EM, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB, Machado GP. Projeto meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(1):39-48.
14. Sorribe VL, Bonne AB, Delvis Negret Dutel DN, García AJ. Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Rev Cubana Enfermer.* 2002;18(2):107-11.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marco Aurélio Galletta

Rua Itapeva, 518 – cj. 509-510 • Bela Vista • 01332-000 • São Paulo – SP

E-mail: [mgalletta@uol.com.br](mailto:mgalletta@uol.com.br)

## TITULAÇÃO

1. Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Responsável pelo Ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes do Hospital das Clínicas da USP.

# DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME METABÓLICA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA FEMININAS

JOÃO TADEU LEITE DOS REIS<sup>1</sup> · CLÁUDIA LÚCIA BARBOSA SALOMÃO<sup>2</sup>

## RESUMO

O objetivo desta atualização é destacar a identificação precoce de indivíduos expostos aos fatores de risco para síndrome metabólica, principalmente a obesidade, frequente e crescente na população de crianças e adolescentes. São discutidas as opções diagnósticas na infância e na adolescência para síndrome metabólica, com ênfase em métodos mais facilmente realizáveis, como a medida da circunferência abdominal.

**Palavras-chave:** síndrome metabólica, infância, adolescência, resistência à insulina, obesidade, circunferência abdominal.

## ABSTRACT

*The objective of this study is point out the early identification of risk population to metabolic syndrome, mainly in the obese children and adolescents group. Metabolic syndrome diagnostics options for young people are discussed with emphasis in the easier methods, as the waist measurement.*

**Keywords:** metabolic syndrome, childhood, adolescent, insulin resistance, obesity, abdominal circumference.

## INTRODUÇÃO

Descrita inicialmente por Gerald Reaven em 1988, a síndrome metabólica (SM) é atualmente caracterizada por sua associação principalmente com resistência à insulina, obesidade central, intolerância à glicose, hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia, redução do colesterol HDL e hipertensão arterial, mas também à microalbuminúria, ao estado pró-inflamatório pró-trombótico, à predisposição genética, às influências ambientais e aos hábitos de vida<sup>2,18,22</sup>. Por sua vez, a resistência à insulina é uma condição, genética ou adquirida, em que ocorre menos utilização de glicose pelos tecidos em resposta ao estímulo insulínico, promovendo inicialmente hiperinsulinemia e posteriormente hiperglicemia e *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2)<sup>18</sup>. Não há um consenso em relação à definição ou ao diagnóstico da SM, mas a literatura concorda com seu papel na predição de doenças cardiovasculares (DCV) e DM2 e com sua associação com a síndrome dos ovários policísticos. Para a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, 2004, a incidência no sexo feminino varia de 10,7% a 40,5%, de acordo com a população estu-

dada e o critério diagnóstico utilizado. Estudo de Ferreira *et al.* (2007), com 1.550 escolares brasileiros, de 7 a 10 anos de idade, mostrou que 17,3% das crianças com sobrepeso tinham SM, sendo mais frequente em meninas que em meninos.

Para Sinaiko (2007), as raízes de DCV e DM2 se estendem até a infância, uma vez que, embora crianças e adolescentes não apresentem DCV franca, crianças obesas apresentam um perfil de risco cardiovascular caracterizado por pressão arterial, triglicérides e glicemia de jejum elevados e fração HDL-C diminuída. A consequência na vida adulta pode ser uma elevada mortalidade prematura por causa cardiovascular, mais frequente nos indivíduos que eram obesos quando adolescentes.

Esse conjunto de sintomas e sinais clínicos descritos é válido para a população em geral, independentemente do grupo étnico, não havendo ainda para a International Diabetes Federation – IDF, Alberti *et al.* (2007) e para Chen e Berenson (2007) um padrão bem definido para crianças e adolescentes. Características próprias dessas idades devem ser consideradas na prevenção de DCV e DM2 em suas formas precoces. O intenso crescimento e a maturação sexual exigem

maior aporte de nutrientes, e desvios nutricionais podem levar a comportamento de risco, sendo tênue a distância entre estar saudável ou doente.

### FATORES DE RISCO

Para Chen e Berenson (2007), cresce entre as crianças a incidência de SM, assim como a presença de fatores de risco múltiplos para aterosclerose coronariana, fatores estes que persistem desde a infância até a idade adulta. Ganha significância cada vez maior o papel da obesidade e da resistência à insulina (RI) no desenvolvimento da SM em crianças, a ponto de os mesmos autores acreditarem que a obesidade é mais importante que a hiperinsulinemia como processo etiológico primário. A IDF<sup>1</sup> considera que a alta frequência da SM observada entre crianças e adolescentes, atualmente, seria decorrente da presença considerada como “epidêmica” de obesidade na população jovem.

Atualmente, a obesidade é vista como um fenômeno mundial, fato confirmado por levantamento em população norte-americana de 2 a 19 anos, na qual 17,1% dos indivíduos encontravam-se acima do peso<sup>4</sup>. A literatura registra associação entre obesidade e SM: em adolescentes com idade compreendida entre 12 e 19 anos, a incidência de SM foi de 6,8% entre os com sobrepeso e de 28,7% entre os obesos<sup>5</sup>; SM em 38,7% das crianças moderadamente obesas e 49,7% em crianças gravemente obesas<sup>21</sup>. Apesar da percepção geral de que crianças obesas emagrecem ao entrar na adolescência e de que permanecem magras no início da vida adulta, Sinaiko *et al.* (1999) demonstraram, por estudos longitudinais de crescimento, que o índice de massa corporal (IMC) aos 7 anos de idade prevê os riscos de DCV aterosclerótica aos 24 anos. Para a IDF, 2007, aproximadamente metade dos adolescentes com sobrepeso e um terço das crianças com sobrepeso serão obesos quando adultos.

Sinaiko (2007) acredita que:

- a RI está associada a elevados níveis de risco cardiovascular, mas ainda falta esclarecer melhor sua associação com SM;
- a RI medida aos 13 anos, independentemente do IMC, prevê pressão arterial e níveis lipídicos aos 19 anos;
- a obesidade é um fator importante da SM, mas não essencial;
- a obesidade não explica completamente o desenvolvimento de RI;
- a RI não está presente em todos os indivíduos obesos;
- os indivíduos não obesos e não diabéticos podem ter RI;
- o DM2 ocorre em indivíduos não obesos.

Braga (2006) afirma que a prevalência de hiperinsulinemia e RI aumenta proporcionalmente ao IMC, principalmente quando há acúmulo de gordura visceral (maior liberação de fatores de risco cardiovasculares, como ácidos graxos livres e adiponectinas). Também para a autora há relação entre RI, irregularidade menstrual e síndrome dos ovários policísticos (anovulação crônica). Níveis elevados de insulina e IGF I e II estimulariam o sistema enzimático P-450 ovariano, promovendo maior produção de andrógenos pela teca interna ovariana e elevação da secreção de gonadotrofinas (principalmente LH), além de reduzir a síntese hepática de SHBG, a proteína carreadora de esteroides sexuais<sup>9,10</sup>. Essas alterações resultariam em graus variados de hiperandrogenismo clínico (acne, hirsutismo, *acanthosis nigricans*), oligomenorreia e até amenorreia.

### DIAGNÓSTICO

É um desafio estabelecer o diagnóstico da SM em razão da utilização de parâmetros e fatores de risco diferentes, usados por distintas instituições e critérios de normalidade variáveis. Além do mais, pontos fundamentais para a identificação da SM como resistência à insulina também apresentam dúvidas sobre seus próprios critérios diagnósticos. Esse desafio existe para indivíduos adultos, mas é especialmente evidente para crianças e adolescentes quando, de forma simplista, se modificam arbitrariamente os padrões utilizados na adultice. Vale lembrar que a puberdade tem um impacto na distribuição de gordura corporal e na sensibilidade e secreção da insulina.

A seguir as principais instituições e a ênfase dada por elas aos fatores de risco considerados como mais importantes na avaliação da SM **em indivíduos adultos**:

- **Organização Mundial de Saúde (OMS)**, 1999: prioriza a presença de RI e intolerância à glicose.
- **European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR)**, 1999: como a OMS, prioriza RI e intolerância à glicose.
- **National Cholesterol Education Program (NCEP – ATP III)**, 2001: prioriza critérios clínicos como sobrepeso e sedentarismo. Para diagnóstico de SM, presença de, no mínimo, três entre cinco critérios apontados. Classificação adequada à prática clínica.
- **Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AAEC)**, 2003: valoriza inflamação subclínica (níveis elevados de proteína C reativa em não diabéticos), obesidade central, glicemia de jejum elevada, hiperinsulinemia e RI.

- **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I-DBSM)**, 2004: recomenda os mesmos critérios da NCEP – ATP III.
- **International Diabetes Federation (IDF)**, 2005: como NCEP ATP III, não prioriza RI, intolerância à glicose ou DM2. Classificação adequada à prática clínica.

Identificada como referência importante da SM, a resistência à insulina tem na literatura, como padrão-ouro para seu diagnóstico, o “clampeamento euglicêmico e hiperinsulinêmico” (análise de glicose após indução hiperinsulinêmica), técnica dispendiosa, de difícil utilização na prática clínica, mas utilizada para pesquisa. Como alternativa, vários estudos utilizam o HOMA (Homeostasis Model Assessment), técnica que requer uma única amostra de sangue em jejum noturno de 12 horas e que tem como fórmula  $\text{insulinemia } (\mu\text{UI/ml}) \times \text{glicemia (mmol/L)} / 22,5$ , sendo considerado diagnóstico de RI índice superior ao percentil 90. Huang *et al.* (2002) validaram o HOMA para diagnosticar RI em crianças, mas Sinaiko (2007) não concorda com sua precisão diagnóstica, alegando uma variação muito pequena nos níveis de glicose em crianças. Questiona-se, então, se a insulinemia de jejum não seria uma alternativa diagnóstica para RI, mas parece que também sua variação em crianças é pequena, não tendo precisão para categorizar os indivíduos<sup>20</sup>.

Moreira *et al.* (2008), em estudo com 109 crianças brasileiras de 7 a 11 anos de idade, sendo 55 obesas, 23 sobrepesadas, 31 eutróficas (classificadas a partir do IMC), propõem como preditores da RI na infância, em ordem decrescente de sensibilidade e especificidade, insulinemia, percentual de gordura, IMC, circunferência abdominal (CA), glicemia de jejum, trigliceridemia. Para crianças obesas, a ordem seria a mesma e, para esse grupo, os autores não consideraram a glicemia um preditor válido.

A American Diabetes Association (ADA) recomenda o teste oral de tolerância à glicose (glicemia de jejum e após 2 horas da ingestão de 75 g de glicose anidra) para crianças acima de 10 anos de idade, com história familiar de DM2 e presença de condições associadas à RI, sendo sua interpretação, em crianças e adolescentes, igual à da população adulta<sup>10</sup>.

O perfil lipídico característico da SM é aterogênico, com níveis aumentados de triglicérides e LDL-C e níveis baixos de HDL-C<sup>7</sup>. Braga (2006) sugere para crianças e adolescentes as recomendações da I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e Adolescência (Tabela 1). A mesma autora sugere, para avaliação de hipertensão arterial, valores maiores ou iguais ao percentil 95, definidos pelo The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of Higher Blood Pressure in Children and Adolescents, 2004.

**Tabela 1. Valores de referência de lipídeos propostos para a faixa etária de 2 a 19 anos**

Lípides	Desejáveis (mg/dl)	Limítrofes (mg/dl)	Aumentados (mg/dl)
CT	< 150	150-168	> 170
LDL-C	< 100	100-129	> 130
HDL-C	> 45		
TG	< 100	100-129	> 130

CT: colesterol total; LDL-C: colesterol da lipoproteína de baixa densidade; HDL-C: colesterol da lipoproteína de alta densidade; TG: triglicérides.

I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. Arq Bras Cardiol. 2005;85(supl VI):16-7.

Com a controvérsia envolvendo o diagnóstico laboratorial de SM, outros testes diagnósticos de fácil aplicação e de baixo custo poderiam ser utilizados, com a finalidade de prever a RI a partir de fatores de risco<sup>1,15</sup>. A obesidade, como variável associada à RI, pode ser avaliada pelo IMC e pela CA. O IMC (peso kg/alt<sup>2</sup> m), a partir de gráfico desenvolvido pelo National Center for Health Statistics (2000), adequado às idades de 2 a 20 anos, considera como sobrepeso as crianças entre os percentis 85 e 95, e obesas aquelas com IMC superior ao percentil 95.

Para o I-DBSM, 2004, a medida antropométrica mais representativa da gordura intra-abdominal é a mensuração da CA (meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior), cujo ponto de corte, para adultas do sexo feminino, é de 80 a 88 cm.

Preocupada com a falta de uma definição formal para o diagnóstico de SM na infância e na adolescência e com o rápido crescimento da incidência de obesidade nesta população e de seus riscos para o desenvolvimento de DCV e DM2, a IDF, 2007, propôs uma nova classificação, de acordo com as diferentes faixas etárias (Tabela 2). Ressalta que:

- de forma semelhante à classificação sugerida para indivíduos adultos pela própria IDF em 2005, a medida da CA é, novamente, o principal critério diagnóstico adotado, em razão de ser um preditor independente para a RI, assim como para os níveis lipídicos e a pressão sanguínea. Além do mais, em jovens obesos e com IMC similares, a sensibilidade à insulina é mais baixa naqueles com alta concentração de gordura visceral e maior relação cintura/quadril do que naqueles que as apresentam em menores proporções.
- Para compensar as variações de crescimento na infância e as diferenças étnicas, em vez de valores absolutos para mensurar a CA, utilizam-se percentis como os sugeridos por Fernandez *et al.* (2004): crianças com percentil acima de 90 estão mais predispostas a múltiplos fatores de risco para DCV.

**Tabela 2. Síndrome metabólica (SM) na infância e na adolescência – Critérios Diagnósticos da International Diabetes Federation (IDF), 2007**

Idade (anos)	Obesidade (CA)	Triglicérides	HDL-C	Pressão sanguínea	Glicose (mmol/L) ou DM tipo 2 conhecido
6 ≤ 10 anos	Percentil ≥ 90	SM não pode ser diagnosticada, mas pode ser avaliada se há história familiar de SM, DM tipo 2, dislipidemia, doenças cardiovasculares, hipertensão e/ou obesidade			
10 ≤ 16 anos	Percentil ≥ 90	≥ 1,7 mmol/L (≥ 150 mg/dl)	< 1,03 mmol/L (< 40 mg/dl)	sist ≥ 130 diast ≥ 85 mmHg	≥ 5,6 mmol/L recomendada TTGO se ≥ 5,6 mmol/L, ou história conhecida de DM tipo 2
> 16 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• usar critérios IDF para adultos:</li> <li>• obesidade central: ≥ a 80 cm*</li> <li>• níveis aumentados de triglicérides: ≥ 1,7 mmol/L</li> <li>• níveis baixos de HDL-C: &lt; 1,29 mmol/L (&lt; 50 mg/dL), em mulheres ou tratamento específico para essas alterações lipídicas</li> <li>• níveis pressóricos aumentados: sistólica = 130 ou diastólica = 85 ou tratamento de hipertensão arterial previamente diagnosticada</li> <li>• glicose de jejum sérica ≥ 5,6 mmol/L (≥ 100 mg/dL), ou diagnóstico prévio de DM2</li> </ul>				

CA: circunferência abdominal; DM: *diabetes mellitus*; TTGO: teste de tolerância oral à glicose.

\* Como a maioria dos estudos publicados foi realizada em populações europeia e norte-americana, a IDF (2005 e 2007) sugere que, para a população sul-americana, se utilizem valores de referência da população asiática.

Alberti G, Zimmet P, Kaufman F, Tajima N, Silink M, et al. The IDF consensus definition of metabolic syndrome in children and adolescents. International Diabetes Federation, 2007. Disponível em [http://www.idf.org/webdata/docs/Mets\\_definition\\_children.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/Mets_definition_children.pdf) Acesso em 4/8/2008.

- A SM não pode ser diagnosticada em crianças abaixo da idade de 10 anos, mas estaria indicada uma rígida redução de peso para aquelas com obesidade abdominal.
- Para crianças entre 10 e 16 anos, a SM poderia ser diagnosticada pela obesidade abdominal quando associada a dois ou mais fatores de risco.
- Para adolescentes acima de 16 anos, os critérios seriam os mesmos dos adultos.

## TRATAMENTO

A literatura concorda que atividade física e mudança dos hábitos alimentares são consideradas terapias de primeira escolha para SM. Promovem redução da CA e da gordura visceral, melhora da sensibilidade à insulina, redução dos níveis plasmáticos de glicose, redução da pressão arterial e dos níveis de triglicérides e aumento nos de HDL-C<sup>7</sup>. A atividade física, preferencialmente, deve ser aeróbica e realizada de três a cinco vezes por semana. Deve-se reduzir a ingestão de alimentos de alto índice glicêmico e associar alimentos com fibra, diminuindo a gordura *trans* na dieta, fracionando a alimentação (cinco refeições principais e dois lanches) e diminuindo a carga metabólica. Esse conceito é especialmente válido na infância e na adolescência, momentos de definir hábitos alimentares e compreender que fome e saciedade são diferentes de apetite, gula e voracidade: comer demais ou não comer nada, refeições em frequência irregular, mal balanceadas e com excesso de calorias vazias.

A prescrição de medicamentos varia de acordo com os critérios e os fatores de risco adotados pelas diversas entidades citadas anteriormente.

## CONCLUSÃO

Muitos pontos ainda serão esclarecidos em relação à SM, mas esta, quando presente na infância e na adolescência, parece estar clinicamente relacionada à doença cardiovascular futura, assim como parece possuir uma relação direta com resistência à insulina. Fica o alerta em relação à ideia de SM “como doença única” em que todas as alterações clínicas que constituem essa síndrome devem necessariamente estar presentes, fato que pode impedir o cuidado e a prevenção adequados e em tempo de DCV e DM2. A SM deve ser identificada precocemente, e avaliadas e tratadas crianças e adolescentes em risco de desenvolvê-la, reduzindo a morbidade e a mortalidade na idade adulta, independentemente de que todos os critérios diagnósticos propostos atualmente tenham sido contemplados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alberti G, Zimmet P, Kaufman F, Tajima N, Silink M, et al. The IDF consensus definition of metabolic syndrome in children and adolescents. International Diabetes Federation, 2007. Disponível em [http://www.idf.org/webdata/docs/Mets\\_definition\\_children.pdf](http://www.idf.org/webdata/docs/Mets_definition_children.pdf). Acesso em 4/8/2008.
2. Alberti KGMM, Zimmet PZ, Shaw JE. The metabolic syndrome – a new worldwide definition from the International Diabetes Federation Consensus. *Lancet*. 2005;366:1059-62.
3. American College of Endocrinology. *Endocr Pract*. 2003;9(Suppl.2):9-21.
4. Chen W, Berenson GS. Metabolic syndrome: definition and prevalence in children. *J Pediatr*. 2007;83(1):1-3.
5. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:821-7.

6. Balkau B, Charles MA. Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *Diabet Med*. 1999;16:442-3.
7. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*. 2004;7(4). Disponível em: [http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES\\_SINDROME\\_METABOLICA\\_SBH\\_ORG\\_BR.PDF](http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES_SINDROME_METABOLICA_SBH_ORG_BR.PDF) Acesso em 4/8/2008.
8. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(supl VI):16-7.
9. Baracat EC, Soares-Júnior JM. Ovários policísticos, resistência insulínica e síndrome metabólica. *RBGO*. 2007;29(3):117-9.
10. Braga C. Síndrome metabólica na adolescência. *Adolescência e Saúde*. 2006; 3(3):18-20.
11. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults – Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA*. 2001;285:2486-97.
12. Huang TT, Johnson MS, Goran MI. Development of a prediction equation for insulin sensitivity from anthropometry and fasting insulin in prepubertal and early pubertal children. *Diabetes Care*. 2002;25:1203-10.
13. Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-Americans, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr*. 2004;145:439-44.
14. Ferreira AP, Oliveira CE, França NM. Metabolic syndrome and risk factors for cardiovascular disease in obese children: the relationship with insulin resistance (HOMA-IR). *J Pediatr*. 2007;83:21-6.
15. Moreira SR, Ferreira AP, Lima RM, Arsa G, Campbell CS, Simões HG, et al. Predicting insulin resistance in children: anthropometric and metabolic indicators. *J Pediatr*. 2008;84(1):47-52.
16. National Center for Health Statistics 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts> Acesso em 4/8/2008.
17. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and adolescents: The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of Higher Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2004;114 (2):555-76.
18. Negrato CA, Tambascia MA, Claderon IMP, Pauletti TAL, Rudge MVC. Critérios diagnósticos atuais da síndrome metabólica. *Femina*. 2007;35(10):623-9.
19. Sinaiko AR, Donahue RP, Jacobs DR Jr, Prineas RJ. Relation of rate of growth during childhood and adolescence to fasting insulin, lipids, and systolic blood pressure in young adults. *Circulation*. 1999;99:1471-6.
20. Sinaiko A. Obesity, insulin resistance and the metabolic syndrome. *J Pediatr*. 2007;83(1):3-5.
21. Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N Engl J Med*. 2004;350:2362-74.
22. Zagury RL, Zagury L. Construindo e desconstruindo a síndrome metabólica. *JBM*. 2007;93(2):9-16.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

João Tadeu Leite dos Reis

E-mail: [joaotadeu@seven.com.br](mailto:joaotadeu@seven.com.br)

## TITULAÇÕES

1. “Assistant Étranger” pela “Université Paris V – René Descartes”. Paris, França. Qualificação em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência – SOGIA-BR. Internacional Fellowship on Pediatric and Adolescent Gynecology – International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology, IFEPAG.
2. Coordenadora do Serviço de Ginecologia Infanto-juvenil do Hospital Infantil São Camilo, Belo Horizonte. Qualificação em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência – SOGIA-BR. Internacional Fellowship on Pediatric and Adolescent Gynecology – International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology, IFEPAG.

# RETENÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRAVAGINAL POR UM LONGO PERÍODO: RELATO DE CASO

## LONG RETAINED INTRAVAGINAL FOREIGN BODY: A CASE REPORT

ZULEIDE APARECIDA FÉLIX CABRAL<sup>1</sup>

### RESUMO

A autora relata um caso de retenção de corpo estranho intravaginal em uma criança de 7 anos de idade, tratada durante cinco meses como vulvovaginite inespecífica. A paciente foi submetida ao exame ginecológico sob sedação evidenciando-se a presença de vários objetos no interior da vagina, estando um deles fortemente aderido à mucosa vaginal. Realizou-se a remoção dos objetos encontrados e, em seguida, procedeu-se à lavagem da cavidade vaginal com soro fisiológico e antibióticos. A paciente se encontra bem, sem recidiva do quadro de vulvovaginite até a data desta publicação. Considerações são realizadas sobre a importância do esclarecimento etiológico de corrimento vaginal de longa duração em crianças associado a sangramento genital sem resposta aos tratamentos habituais.

**Palavras-chave:** corpo estranho intravaginal, vagina, criança.

### ABSTRACT

*The author reports a case of retention of intravaginal strange body in a 7-year-old child, treated for five months as inespecific IPV. The patient was submitted to gynecological examination under sedatives, during which it was evident the presence of innumerable objects inside the vagina, one of them being strongly adhered to the vaginal mucous membrane. It was performed the extraction of these related objects, and then proceeded to wash the vaginal cavity with saline and antibiotics. The patient is well, without recurrence of the framework of IPV until the date of this publication. Considerations are made on the clarification of the etiological importance of long-term vaginal discharge in children, associated with vaginal bleeding without response to the usual treatments.*

**Keywords:** foreign body intravaginal, vagina, children.

Qualquer objeto cuja dimensão permita sua introdução na vagina pode ser encontrado em vaginas de meninas. Entre os objetos estranhos mais frequentemente descritos na literatura científica, estão os pedaços de papel higiênico, botões, moedas, cliques, lápis pequenos, areia, entre outros. Na infância, os principais fatores motivadores que levam as meninas a introduzir objetos em sua vagina são a curiosidade e a manipulação dos órgãos genitais<sup>7</sup>. Nas pré-púberes, a descoberta do prazer pela masturbação pode ser o motivo<sup>7</sup>. O interrogatório da paciente sobre a introdução de objetos é sempre seguido de uma resposta negativa, sendo frequente a repetição do ato após a remoção do corpo estranho<sup>13</sup>.

A presença de qualquer objeto na vagina pode causar irritação local e vulvovaginite secundária. Raramente os sintomas estão acompanhados de prurido genital. Sangramento genital e corrimento fétido são os principais motivos da consulta ginecológica<sup>1,4</sup>. É frequente a história de remissão dos sintomas após o uso de tratamentos tópicos<sup>10</sup>. A suspeita da presença de corpo estranho inicialmente é feita pela história clínica. No entanto, a ausência da informação sobre a introdução de objetos no interior da vagina e sua permanência por um longo período de tempo podem retardar o diagnóstico, manter o objeto intravaginal e causar graves complicações como perfuração da parede vaginal, bexiga e reto<sup>2</sup>. A exposição

dos órgãos genitais externos, ao exame clínico, pode permitir a visualização de pequenos objetos no vestibulo e no terço inferior da vagina. A radiografia simples ou contrastada, a ultrassonografia, a tomografia e a ressonância magnética da pelve podem auxiliar na visualização dos objetos e ainda no conhecimento do tipo de material, localização e possíveis repercussões aos órgãos pélvicos<sup>9</sup>.

O tratamento da vulvovaginite secundária ao corpo estranho consiste na remoção do objeto por meio da vaginoscopia, sendo realizada na maioria das vezes sob narcose<sup>13</sup>. Após a retirada do objeto, realiza-se lavagem abundante da vagina com soro fisiológico e antibióticos<sup>11</sup>.

## RELATO DO CASO

RST, 7 anos, branca, natural de Cuiabá.

Data da primeira consulta: 15/10/2006.

## QUADRO CLÍNICO

Atendida no ambulatório de ginecologia infanto-juvenil com história de corrimento esverdeado, um quadro prévio de secreção sanguinolenta e prurido vulvar há mais de 5 meses. Negava outras queixas e referia consulta com vários facultativos, sendo medicada com banhos de assento, cremes vaginais e medicação oral para parasitose intestinal, sem obter melhora do quadro clínico. A investigação dos antecedentes pessoais, familiares, desenvolvimento psicomotor, hábitos de vida e higiene e de vida ficou prejudicada em razão da ausência materna. A criança foi trazida pela avó, a qual referiu estar preocupada com o quadro clínico arrastado e o descuido da menor pela mãe.

## EXAME FÍSICO

- Bom estado geral, corada, hidratada, afebril, eupneica, acianótica e anictérica.
- Pescoço: ausência de adenomegalias.
- ACR: BNF, sem sopros; MV normal.
- Pulso: 80 bat/minuto.
- Frequência cardíaca: 88 bat/minuto.
- Frequência respiratória: 20 resp/minuto.
- Pressão arterial: 90 x 60 mmHg.
- TAX: 35,8°C.
- Abdome superior: sem anormalidades.
- Exame ginecológico.
- Mamas: ausência de desenvolvimento mamário.

Abdome inferior: plano, flácido, sem massas palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes.

Órgãos genitais externos: ausência de pilificação, formações labiais e clitóris de tamanho e aspecto normais, hímen

íntegro e com orifício circular. Os grandes e pequenos lábios estavam hiperemiados e sentia-se um forte odor fétido. À inspeção da região anal não havia hiperemia, lesões, lacerações e edema. A criança demonstrou medo, inquietação e choro, não permitindo a observação mais detalhada dos órgãos genitais e região perianal.



Figura 1. Pedaco de concha

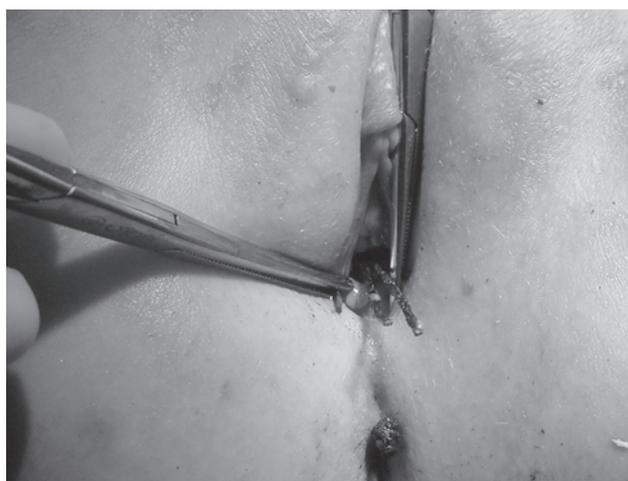


Figura 2. Grampos sendo retirados



Figura 3. Objetos retirados do interior da vagina

## CONDUTA

Após internação e sob sedação, realizou-se a lavagem da cavidade vaginal com soro fisiológico com saída de pedaços pequenos de material endurecido de odor fétido. Com a aplicação de hialuronidase em região peri-himenal e introdução de um espéculo de virgem, visualizaram-se várias estruturas no interior da vagina. Procedeu-se o pinçamento das estruturas endurecidas com pinça de alis, sendo retirado um grampo de cabelo e vários pedaços de estruturas endurecidas identificadas posteriormente como conchas do mar. A constatação da presença de mais uma estrutura endurecida e de difícil remoção por meio da prensão e tração pela pinça de alis levou-nos a realizar o toque vaginal e do retal unidigital. Observou-se a presença de material endurecido, pontiagudo, aderido à mucosa vaginal anterior, sem comprometimento da bexiga e do reto. Pelo descolamento unidigital da mucosa vaginal anterior, foi retirado mais um grampo de cabelo com as duas pontas entrelaçadas. Nova exploração da vagina, buscando a presença de mais objetos, foi realizada pela observação direta da cavidade vaginal auxiliada pela luz do histeroscópio e mediante o toque vaginal e o retal. Posteriormente, realizou-se a lavagem de vagina com soro fisiológico até a saída de líquido claro sem odor. A paciente apresentou evolução clínica satisfatória após o procedimento, recebendo alta hospitalar com 8 horas. Considerando-se que a criança era malcuidada, o caso foi notificado ao Conselho Tutelar pela assistente social do ambulatório, que mantém o acompanhamento da menor e da família até o dia atual desta publicação. Não houve recidivas do quadro de vulvovaginite e/ou sangramento genital.



**Figura 4.** Término do procedimento com lavagem vaginal

## DISCUSSÃO

A queixa de corrimento vaginal de longa duração, resistente a tratamentos clínicos, é comum nos ambulatórios especializados no atendimento de meninas e adolescentes. As principais etiologias do corrimento vaginal nessas etapas da vida são as vulvovaginites (inespecíficas e específicas) e a mucorreia fisiológica da adolescente<sup>6</sup>. Na presença de corrimento com odor fétido acompanhado de sangramento genital, as hipóteses a serem investigadas são os processos inflamatórios genitais e/ou os dermatológicos, a precocidade sexual, o abuso sexual, os traumas, os tumores do trato genital inferior e a presença de corpo estranho na vagina<sup>9</sup>.

Na literatura científica, existem vários trabalhos publicados sobre a permanência de objetos intravaginais em meninas por longo período de tempo<sup>3,5,12</sup>. MacAllister e Gudson descreveram, em 1973, um caso de retenção por nove anos de um objeto na vagina de uma menina de 11 anos com queixa de corrimento genital e tratamento de longa duração. As complicações da permanência desses objetos incluem as infecções urinárias de repetição, a doença inflamatória pélvica e as fístulas retovaginais e vesicovaginal<sup>2,8</sup>.

O aspecto relevante deste relato de caso é a obrigatoriedade da investigação diagnóstica de corrimento de longa duração, resistente aos tratamentos habituais acompanhado de sangramento genital em meninas antes do desenvolvimento da puberdade. Embora rara, a hipótese de tumor em crianças com corrimento sanguinolento deve sempre ser sempre investigada<sup>9</sup>. A realização de exames de fácil execução como a radiografia simples, a tomografia e a ressonância magnética da pelve pode confirmar a presença de objetos radiopacos e a possibilidade de comprometimento de outros órgãos pélvicos<sup>9</sup>. No entanto, existem situações nas quais esses exames não são capazes de confirmar a suspeita diagnóstica da presença de corpo estranho, sendo mandatório o exame dos órgãos genitais externos e internos para a elucidação diagnóstica<sup>3</sup>. No caso aqui relatado, a não solicitação da radiografia da pelve deve-se ao fato de a criança encontrar-se agitada e extremamente amedrontada, por vários exames feitos previamente ao nosso atendimento, o que nos levou a examiná-la sob sedação, permitindo o diagnóstico e o tratamento do caso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altchek A. Pediatric. Vulvovaginitis. *J Reprod Med*. 1984;29(6):359-75.
2. Biswas A, Das HS. An unusual foreign body in the vagina producing vesicovaginal fistula. *J Indian Med Assoc*. 2002;100(4):257-9.
3. Dahiya P, Agarwal U. Long retained foreign body: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;268(4):323-4.

4. Deligeoroglou E, Salakos N, Makrakis E, Chassiakos D, Hassan EA, Christopoulos P. Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31(3):175-8. Review.
5. Gurung G, Rana A, Amatya A. Vaginal foreign body causing recurrent discharge and vaginal stenosis: a case report. *Nepal Med Coll J*. 2007;9(2):136-7.
6. Hammerschlag MR, Alpert S, Rosner I, Thurston P, Semine D, McComb D, et al. Microbiology of the vagina in children: normal and potentially pathogenic organisms. *Pediatrics*. 1978;62(1):57-62.
7. MacAllister DW, Gudson JP. Vaginal foreign body of long duration in a child. *Arch Gynecol Obstet*. 1973;265:221-2.
8. Siddiqui NY, Paraiso MF. Vesicovaginal fistula due to an unreported foreign body in an adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20(4):253-5.
9. Someshwar J, Lutfi R, Nield LS. The missing Bratz doll: a case of vaginal foreign body. *Pediatr Emerg Care*. 2007;23(12):897-8.
10. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child*. 2003;88(4):324-6.
11. Kass-Wolff JH, Wilson EE. Pediatric gynecology. Assessment strategies and common problems. *Semin Reprod Med*. 2003;21(4):329-38. Review.
12. Yanoh K, Yonemura Y. Severe vaginal ulcerations secondary to insertion of an alkaline battery. *J Trauma*. 2005;58(2):410-2.
13. Zeiguer BK. *Ginecologia infanto-juvenil*. Buenos Aires: Medica Panamericana. 1988.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Gustavo da Silveira, 1.357 – 2ª andar • Vila Santa Catarina • 04736-000 • São Paulo – SP • Tels.: (11) 2188-3737/2188-3703  
E-mail: zuleidecabral@terra.com.br

## TITULAÇÃO

1. Mestre e doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Responsável pelo Ambulatório de Ginecologia da Infância e Adolescência do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Hospital Universitário Júlio Muller.

## Próximos Congressos



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA  
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
DE LA INFANCIA Y DE LA  
ADOLESCENCIA

*Dr. José Alcione Almeida*  
Presidente

*Dra. Lilitane Vester*  
Secretaria

*Dra. María Francisca  
Rehms*  
Tesorera

COMITÉ ORGANIZADOR  
ALOGIA 2009

*Dra. Ruth G. De León*  
Presidenta

*Dr. José De Gracia*

*Dra. Margarita Castro*  
Secretaria

*Dra. Geneva González*  
Tesorera

*Dr. Alfredo Juncal*  
Sub-Tesorero

Panamá, 2008

Estimado(a) colega:

Reciba un cordial y afectuoso saludo de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y de Adolescencia y de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología.

Del 18 al 21 de marzo del 2009, se realizará en la ciudad de Panamá el IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia y el VI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia; dictado por expertos en la materia.

Se presentará un programa científico con los avances en las distintas áreas de la ginecología de la infancia y la adolescencia de manera que usted enriquezca sus conocimientos y su práctica cotidiana.

En el marco de dicho congreso, también se llevará a cabo el "International Fellowship of Pediatric and Adolescent Gynecology" (IFEPAG) creado hace algunos años por La Federación Internacional de Ginecología Infantojuvenil (FIGIJ), como reconocimiento internacional para médicos de distintas especialidades que trabajan en el campo de la ginecología de niñas y adolescentes.

Aproveche esta oportunidad para conocer un país de grandes contrastes, interesantes atractivos turísticos e ideal para realizar sus compras. Sabemos que su estadía será sumamente placentera.

Para mayor información acceda a nuestra página web:  
[www.alogiapanama2009.com](http://www.alogiapanama2009.com)

Los esperamos,

Dr. José Alcione Almeida  
Presidente ALOGIA

Dra. Ruth G. De León  
Presidenta  
Comité Organizador ALOGIA 2009

Dr. José F. De Gracia  
Presidente  
Sociedad Panameña  
de Obstetricia y Ginecología

Dra. Margarita Castro  
Secretaria  
Comité Organizador ALOGIA 2009

**XVI Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-juvenil**

Montpellier, França, maio de 2010

Presidente do congresso: Prof. Charles Sultan

Montevideo, 10 de Junio de 2008.

Estimado amigo Alcione:

Me complace mucho informarte, en tu calidad de Presidente de ALOGIA, que el Prof. Charles Sultan, presidente del Próximo Congreso Mundial de Ginecología Pediátrica y de Adolescentes, a celebrarse en Montpellier (Francia) en 2010, ha decidido que haya traducción simultánea al español, además de inglés y francés.

Esta es una gran noticia para toda nuestra región, ya que incluso para los brasileros que no hablen inglés o francés, el español resultará fácilmente entendible.

Me parece importante difundir esta noticia desde ya, puesto que mucha gente hace sus previsiones para asistir a Congresos con anticipación.

Me pongo a tus órdenes para cualquier actividad de difusión de esto, si es que lo consideras necesario.

Un gran abrazo

José Enrique Pons

## PARTICIPAÇÃO DA ALOGIA NO CONGRESSO DA FLASOG

A diretoria executiva da ALOGIA conta com um corpo de assessores que foi idealizado para auxiliar a Diretoria, exatamente com assessoria. Essa assessoria pode ser com sugestões e, principalmente, com ações, no sentido de fortalecer a Sociedade em todos os níveis.

Uma das ações conjuntas com a Diretoria foi a intensiva campanha com a FLASOG para que a ALOGIA tivesse maior espaço no Congresso Latino-Americano de Obstetrícia e Ginecologia, em Mendoza – Argentina, de 27 a 31 de outubro de 2008. Conseguimos uma boa participação conforme programação abaixo.

### 1. Simposio de ALOGIA: SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

**Presidente:** Dr. José María Méndez Ribas (Argentina)

**Coordinador:** Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguay)

#### Relatores:

- Consejería en anticoncepción para adolescentes  
Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)
- La problemática del aborto en adolescentes en la región  
Dr. Jorge Peláez Mendoza (Cuba)
- La infección por HPV genital en adolescentes latinoamericanas  
Dra. Ruth Graciela De León (Panamá)

#### Discutidores:

- Dr. José Enrique Pons (Uruguay)
- Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

### 2. FORO DE DISCUSIÓN DE GINECOLOGÍA: GINECOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA. UN DESAFÍO

**Coordinador:** Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

- Relaciones sexuales tempranas  
Dra. María del Carmen Tinari (Argentina)
- Síndrome de tensión premenstrual  
Dr. Rafael Molina Vilchez (Venezuela)
- Vulvovaginitis en la infancia  
Dra. Carlota López Kauffman (Argentina)

### 3. SIMPOSIO DE OBSTETRÍCIA: Embarazo en la adolescente

**Presidente:** Dr. Carlos Mongelos Ortiz (Paraguay)

**Coordinadora:** Dra. Anália Tablado (Argentina)

#### Relatores:

- Un problema de Salud Pública  
Dr. Luis Bahamondes (Brasil)
- Creación de Unidades de Atención  
Dr. José Enrique Pons (Uruguay)
- Aspectos bioéticos  
Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

**Discutidores:**

- Dra. Ruth Graciela De León (Panamá)
- Dra. Teresita Gassibe (Argentina)

**4. SIMPOSIO PLENARIO DE GINECOLOGÍA: EL GINECÓLOGO Y EL BIENESTAR DE LA MUJER****Presidente:** Antonio Lorusso (Argentina)**Coordinador:** José María Méndez Ribas (Argentina)**Coordinador:** Ítalo Jaime Machado (Uruguay)**Relatores:**

- Infancia y adolescencia  
Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)
- Edad Reproductiva  
Dra. María Cecília Arturo (Colombia)
- En el climatério  
Dra. Blanca Rosa Manzano Ovies (Cuba)
- En la paciente oncológica  
Dr. Hugo Brandi (Argentina)

**5. CONSENSO DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL: CONDICIONES DEL PROFESIONAL QUE ATIENDE NIÑAS Y ADOLESCENTES. EL POR QUÉ DE UNA ATENCIÓN DIFERENTE****Coordinadora:** Dra. María Cristina Zuñiga (Argentina)**Secretaria:** Dra. Viviana Crámer**Expertas:**

- Dra. Gabriela Perrotta (Argentina)
- Dra. María del Carmen Tinari de Platini (Argentina)
- Dra. Silvia Oizerovich (Argentina)

**CONFERENCIAS****1. Salud sexual y procreación responsable: una problemática adolescente****Presidente:** Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguay)**Secretario:** Dr. Ignacio Asprea (Argentina)**Conferencista:** Dr. José María Méndez Ribas (Argentina)**2. La epidemia de demandas contra obstetras y el rol de las sociedades de ginecología y obstetricia****Presidente:** Dra. Blanca Rosa Manzano Ovies (Cuba)**Secretaria:** Dra. Cristina Zúñiga (Argentina)**Conferencista:** Dr. José Enrique Pons (Uruguay)

## Trabalhamos para que a ALOGIA passe a ter esse espaço de forma permanente, como ilustra a carta abaixo

São Paulo, 15.8.2008

Presidente de FLASOG  
Dr. Ángel Terrero

De mi máxima consideración

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para que evalúe junto al Comité Ejecutivo de poder incluir en el Orden del Día de la próxima Asamblea de FLASOG el poder discutir que la participación de ALOGIA dentro de los Congresos o Actividades de la Federación Latinoamericana sea permanente o más estable. Conocedores de la importancia que hoy tiene la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en nuestro continente avalado por las ultimas declaraciones de la OPS-OMS. ALOGIA desde 1996 viene participando de todos los Congresos que FLASOG ha organizado, pero no en forma automática por invitación consensuada sino a través de largas y burocráticas gestiones que en este caso iniciamos 18 meses atrás. Nuestra intención solo es de sumar colaborando con nuestros profesores y asociados al enriquecimiento y crecimiento de FLASOG.

Esperando una respuesta favorable para que podamos hacernos oír en dicha Asamblea con nuestra propuesta, aprovecho la oportunidad para saludarlo con mi consideración mas distinguida.

**José Alcione Almeida**  
Presidente de ALOGIA 2007-2009

## Mais um brasileiro assume uma Sociedade Médica Internacional

Durante o XIX Congresso Latino-Americano de Ginecologia e Obstetrícia, o Dr. Nilson Roberto de Melo, atual Presidente da FEBRASGO, foi eleito Presidente da FLASOG. Outros dois brasileiros, os Drs. Francisco Prota e Luciano Pompei, também compõem a nova Diretoria. Em nome da SOGIA e da ALOGIA, congratulo-me com a nova Diretoria.

**José Alcione Almeida**

## Comitê executivo da FIGIJ 2007-2010

### Presidente

Dr. Ramiro Molina Cartes, Chile

### Vice-Presidente

Dr. Dan Apter, Finlândia

### Secretário-geral

Dr. Efthimios Deligeoroglou, Grécia

### Tesoureiro

Dr. Jan Horejsi, República Checa

### Diretor do IFEPAG

Dr. Jose María Mendez Ribas, Argentina

### Vice-Diretora do IFEPAG

Dra. Marlene Heinz, Alemanha

### Diretor científico

Dr. Charles Sultan, França

## Link com ALOGIA

### Coordenador de ONGs

Dr. Enrique Pons, Uruguai

## Link com NASPAG

Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology

Dra. Ellen Rome, Estados Unidos

## Diretoria da ALOGIA 2007-2009

### Presidente

Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

### Secretária

Dra. Liliane Herter (Brasil)

### Tesoureira

Dra. Marta Francis Rehme (Brasil)

## COMITÊ ASSESSOR

Dr. José Mendez Ribas (Argentina)

Dr. José Enrique Pons (Uruguai)

Dr. Jorge Pelaez Mendoza (Cuba)

Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguai)

Dr. Juan Fernando Bojanini (Colômbia)

Dra. Beatriz Pereyra Pacheco (Argentina)

## SECRETÁRIOS REGIONAIS

Dra. Milagros Sánchez (Peru) – Região Andina

Dr. Roberto Sergio (Uruguai) – Região Sul

Dr. José Sáenz (Costa Rica) – Região Norte

## REVISTA DA SOGIA-BR

1. Lembramos aos autores interessados que nossa revista é aberta para publicação de trabalhos científicos que preencham as normas publicadas em todas suas edições. Os trabalhos podem ser enviados por e-mail, acompanhados de carta dos autores solicitando a publicação.
2. O associado que não esteja recebendo a revista deve, por favor, fazer contato conosco por e-mail, atualizando seu endereço.

# Delegados da SOGIA-BR

## Pará

José Clarindo Martins Neto  
Hospital Guadalupe  
Rua Acipreste Manoel Teodoro, 736  
66015-040 – Belém, PA

## Maranhão

Érika Krogh  
E-mail: erikakrogh@yahoo.com.br

## Ceará

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães  
Sílvia de Melo Cunha  
Rua Des. José Gil de Carvalho, 55 – Lago Jarey  
60822-270 – Fortaleza, CE  
Tels.: (85) 257-3311/4535  
E-mail: mariadelourdes@uol.com.br  
smel@fortalnet.com.br

## Bahia

Marcia Sacramento Cunha  
Rua João das Botas, 89, ap. 601  
40110-160 – Salvador, BA  
E-mail: marciasac Cunha@ig.com.br

Cremilda Costa de Figueiredo  
Rua Dr. Américo Silva, 96, ap. 601  
40155-610 – Salvador, BA  
E-mail: cremilda@svn.com.br

## Mato Grosso do Sul

Tatiana Serra da Cruz Vendas  
Rua Euclides da Cunha, 1.045  
79020-230 – Campo Grande, MS

## Distrito Federal

José Domingues dos Santos Jr.  
SMDB, cj. 12-B, lote 3, casa B  
Lago Sul – 71680-125 – Brasília, DF  
E-mail: josedo@terra.com.br

## Goiás

Alessandra Arantes Silva Campos  
Rua L, 68, ap. 801 – 74120-050 – Goiânia, GO

## Minas Gerais

João Tadeu Leite dos Reis  
Rua Ceará, 1.431, sala 1301  
30150-311 – Belo Horizonte, MG  
E-mail: joaotadeu@seven.com.br

Claudia Lúcia Barbosa Salomão  
Av. Pasteur, 89, salas 1408/1409  
30150-290 – Belo Horizonte, MG  
E-mail: barburi@terra.com.br

## Espírito Santo

Ricardo Cristiano Leal Rocha  
Rua Desembargador Sampaio, 204/401  
Praia do Canto – 29055-250 – Vitória, ES  
E-mail: ricardo.cristiano@yahoo.com.br

## Rio de Janeiro

Denise Leite Maia Monteiro  
Rua Almirante Tamandaré, 66, ap. 851  
22210-060 – Rio de Janeiro, RJ  
E-mail: denimonteiro2@yahoo.com.br

Elaine da Silva Pires  
Praça Nilo Peçanha, 16S 401 – Nilópolis  
26520-340 – Rio de Janeiro, RJ  
E-mail: elainespirez@ig.com.br

Filomena Aste Silveira  
E-mail: femena@uol.com.br

## São Paulo

Rosana Maria dos Reis  
E-mail: ramareis@fmrp.usp.br

## Paraná

José Luiz de Oliveira Camargo  
Rua Assunção, 475  
86050-130 – Londrina, PR  
Fernando César de Oliveira Jr.  
Av. 7 de Setembro, 5.231, ap. 602 – Batel  
80240-000 – Curitiba, PR  
Tel.: (41) 244-9764  
E-mail: fernandocojr@yahoo.com.br

## Santa Catarina

Fabiana Troian  
Al. Rio Branco, 805, ap. 603  
89010-300 – Blumenau, SC  
E-mail: fatroian@yahoo.com.br

Ivana Fernandes  
E-mail: ivanafernandes@hotmail.com

## Rio Grande do Sul

Marcelino H. Poli  
Av. Salgado Filho, 111, ap. 23  
98895-000 – Porto Alegre, RS  
E-mail: mepoli@terra.com.br  
Liliane D. Herter  
E-mail: liliane.herter@clinchaherter.com.br  
Glênio Spinato  
Rua Teixeira Soares, 879/504  
99010-081 – Passo Fundo, RS  
E-mail: spinato@tpo.com.br

## Normas e instruções para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e o autor principal, se for brasileiro, deve estar inscrito como membro sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros, é dispensada a exigência de filiação.
2. O texto original deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 8 a 12 páginas.
3. Referências bibliográficas: no máximo 20 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho. A ordenação das referências bibliográficas deve ser por ordem alfabética.
4. 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 pontos em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
5. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, nome completo e titulação dos autores, as duas principais, além da identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor principal deve ser completo, incluindo e-mail e fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística, resultados, discussão e conclusões. O resumo (português e inglês) deve conter entre 80 e 100 palavras.
7. As figuras (gráficos e tabelas) devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto e em preto-e-branco.

A Revista da SOGIA-BR é um periódico dirigido aos profissionais de saúde que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos de atualização e trabalhos originais de investigação que não tenham sido publicados em outro periódico. Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço de correspondência constante na primeira página da Revista, por e-mail ou pelo correio. Neste último caso, deve-se enviar disquete identificado com título do trabalho e nome do autor principal, acompanhado de duas cópias impressas.



**Cerazette**<sup>®</sup>  
desogestrel 75 mcg

Os benefícios da contracepção sem estrogênio  
com a eficácia da pílula combinada.<sup>3-9</sup>

## Algumas pacientes precisam de um contraceptivo diferente.

### 1) Sua paciente fuma ou tem mais de 35 anos?

Antes de mais nada, peça que ela pare de fumar. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar, não forneça anticoncepcionais orais combinados (AOC). Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.<sup>1,2</sup>

### 2) Sua paciente está amamentando?

Quando a mulher está amamentando, métodos como a pílula apenas com progestagênio (PP) são melhores escolhas do que os anticoncepcionais orais combinados (AOC).<sup>1,2</sup>

### 3) Sua paciente fuma, tem diabetes ou hipertensão?

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco para doença cardiovascular não prescreva anticoncepcionais orais combinados (AOC). Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.<sup>1,2</sup>

**Referências Bibliográficas:** 1. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Reproductive Health and Research. 3th ed. Geneva: World Health Organization, 2004. 2. Manual de orientação anticoncepção. Febraseg 2005. 3. 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. 4. 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. 5. 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. 6. Pichl T, Kärck 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. 7. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. Contraception 2004; 69: 89-97. 8. Winkler UH et al. A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostatis of two progestogen-only pills containing 75 mcg desogestrel or 30 mcg levonorgestrel. Contraception 1998; 57: 385-92. 9. Rice et al. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. Hum Reprod 1999; 14: 982-5. **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 condições abaixo ou se as mesmas 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 ADVERTÊNCIAS:** 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 deste achado para Desogestrel usado como contraceptivo na ausência de um componente estrogênio seja desconhecida, CERAZETTE® deve ser descontinuado em caso de trombose. A descontinuação de CERAZETTE® deve também ser considerada e caso de imobilização prolongada devida à cirurgia ou doença. Mulheres com história de distúrbios tromboembólicos devem ser alertadas sobre a possibilidade de recorrência. Embora os progestagênios possam apresentar efeito sobre a resistência à insulina e sobre a tolerância à glicose, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando contraceptivos de progestagênio isolado. Entretanto, mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas enquanto usarem CERAZETTE®. O tratamento com CERAZETTE® leva à 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 amenorréia 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; corea 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. Com 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 foram 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 microsomas, 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 comprimido pode ser reduzida bem como sua eficácia contraceptiva. Contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos (por ex., ciclosporina), consequentemente concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afetadas. Dados obtidos com contraceptivos orais combinados mostraram que os esteroides contraceptivos podem influenciar os resultados de certos testes de laboratório, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tireoide, adrenal e de função renal, níveis séricos de proteínas (carregadoras). **POSOLOGIA:** deve-se tomar um comprimido ao dia durante 28 dias consecutivos na ordem indicada pelas setas impressas na cartela, com pequena quantidade de líquido, aproximadamente no mesmo horário. Cada cartela subsequente deve ser iniciada imediatamente após o término da anterior. **SUPERDOSAGEM:** não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS: 1.0171.0089 RA 0390 OS S2 (REF 2.0). Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro - São Paulo - SP - CEP 04747-900. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Versão Bula 304.248-FEV/06-1.

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação pelo e-mail  
atendimentomedico@organon.com.br ou pelo tel.: 0800 709 5260.  
Para informações completas, consultar a bula do produto.

**Organon**

Schering-Plough

Você entende as mulheres.  
A gente entende você.



# Mercilon® Conti

## desogestrel + etinilestradiol/ etinilestradiol

"A" pílula combinada<sup>1-7</sup>

**Baixa dosagem<sup>1</sup>**  
**Alta eficácia contraceptiva<sup>1</sup>**  
**Excelente controle de ciclo<sup>1-3</sup>**  
**Permite sangramento no regime de 28 dias<sup>1,2</sup>**

**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. Winkler UH et al. Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20 mcg ethinylestradiol. *Contraception* 2004; 69: 469-76. 3. Ernst U et al. Improvement of quality of life in women using a low-dose desogestrel-containing contraceptive: results of an observational clinical evaluation. *The Eur J Contrace Rep Health Care* 2002; 7:238-243. 4. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception* 2002; 66: 393-99. 5. Sulak PJ et al. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol* 2000;95:261-6. 6. Miller L, Hughes J P. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 653-61. 7. Hubacher D, Potter L. Adherence to oral contraceptive regimens in four countries. *Inter Family Plan Pers* 1993; 19:49-53.

**MERCILON® CONTI Desogestrel/Etinilestradiol e Etinilestradiol. Forma farmacêutica e apresentação:** embalagem com 1 blister contendo 21 comprimidos brancos (Desogestrel 150mcg/ Etinilestradiol 20mcg), 2 comprimidos verdes (placebo) e 5 comprimidos amarelos (10mcg de Etinilestradiol). **Indicações:** prevenção da gravidez. **Contraindicações:** 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 infarto 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 infarto 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 estiver 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 recebendo 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 tenha ocorrido anteriormente. 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 rifamicina. 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 erose 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 um 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. **Versão bula EUA 10/00 15/ 304008-A-MAI/08-1**

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

**Organon**

Schering-Plough

Você entende as mulheres.  
A gente entende você.