

# REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- ANÁLISE DO COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES
- MALFORMAÇÕES GENITAIS CONGÊNITAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A NOVA NOMENCLATURA E ABORDAGEM
- LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR EM CRIANÇA



**XII CONGRESSO BRASILEIRO  
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA  
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

**28-30 DE JUNHO DE 2012**

MAKSoud PLAZA HOTEL - SÃO PAULO - SP

**[sogia.com.br/congresso2012](http://sogia.com.br/congresso2012)**





## SUMÁRIO

EDITORIAL ..... 2

### ARTIGO ORIGINAL

Análise do comportamento sexual entre mulheres de diferentes gerações ..... 3

### ARTIGO ATUALIZAÇÃO

Malformações genitais congênitas: considerações sobre a nova nomenclatura e abordagem..... 9

### CASO CLÍNICO

Líquen escleroso vulvar em criança ..... 13

## COMISSÃO EDITORIAL

### EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

### EDITORES ASSOCIADOS

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

### CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)

Cremilda Costa de Figueiredo (BA)

Cristina Falbo Guazzelli (SP)

Denise Maia Monteiro (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

Fernando César de Oliveira Jr. (PR)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Reis Leite (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

José Domingues dos Santos Jr. (DF)

José Maria Soares Jr. (SP)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Herter (RS)

Marcelino H. Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marco Aurélio Galletta (SP)

Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Zuleide Cabral (MT)

## CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

### Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

### DIRETORIA EXECUTIVA

#### Presidente:

José Alcione Macedo Almeida  
[josealcione.almeida@gmail.com](mailto:josealcione.almeida@gmail.com)

#### Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli  
[vrbagnoli@uol.com.br](mailto:vrbagnoli@uol.com.br)

#### 1º Secretário:

João Bosco Ramos Borges  
[drbosco@terra.com.br](mailto:drbosco@terra.com.br)

#### 2º Secretário:

Marco Aurélio K. Galletta  
[mgalletta@uol.com.br](mailto:mgalletta@uol.com.br)

#### 1ª Tesoureira:

Ana Célia de Mesquita Almeida  
[anacelia.mesquita@yahoo.com.br](mailto:anacelia.mesquita@yahoo.com.br)

#### 2ª Tesoureira:

Fernando Cesar de Oliveira Jr.  
[fernandocojr@yahoo.com.br](mailto:fernandocojr@yahoo.com.br)

#### Diretora de Relações Públicas:

Albertina Duarte Takiuti  
[albertinaduarte@ajato.com.br](mailto:albertinaduarte@ajato.com.br)

## VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

### Vice-Presidente Região Sul:

Marta Francis Benevides Rehme  
[martarehme@uol.com.br](mailto:martarehme@uol.com.br)

### Vice-Presidente Região Sudeste:

Denise Maia Monteiro  
[denimonteiro2@yahoo.com.br](mailto:denimonteiro2@yahoo.com.br)

### Vice-Presidente Região Centro-Oeste:

Zuleide Felix Cabral  
[hzcabral@terra.com.br](mailto:hzcabral@terra.com.br)

### Vice-Presidente Região Norte-Nordeste:

Romualda Castro do Rego Barros  
[romycastror1@hotmail.com](mailto:romycastror1@hotmail.com)

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53

Jardim América

CEP 05412-002 – São Paulo, SP

Fax: (11) 3088-2971

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

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



Casa Leitura Médica

Rua Rui Barbosa, 649

Bela Vista – São Paulo, SP

CEP 01326-010 – Telefax: (11) 3151-2144

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



Aos sócios da SOGIA-BR, ginecologistas e obstetras, pediatras, médicos de família e todos os profissionais de saúde que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes:

De 28 a 30 de junho de 2012, ocorrerá o nosso já tradicional congresso da especialidade, o XII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, que será realizado no Maksoud Plaza Hotel, em São Paulo – SP.

A inovação deste congresso será o Curso de Capacitação em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência que ocorrerá no dia 27 de junho de 2012. Esta nova proposta vem atender às solicitações de inúmeros colegas que procuram a diretoria e os delegados da SOGIA-BR constantemente, por desejarem aperfeiçoamento na especialidade. Para nós sogianos, este fato é motivo de grande alegria por constatarmos que se há maior procura por conhecimento, isso consequentemente reverte em melhor qualidade na assistência às nossas crianças e adolescentes, que demandam peculiaridades no atendimento e merecem profissionais bem qualificados.

A comissão organizadora vem se dedicando com empenho na confecção do programa do curso e do congresso, além da programação social.

Como vem ocorrendo desde 2006, durante o congresso será realizada a Prova de Título de qualificação em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência que inclui análise de currículo e prova escrita.

Convidamos a todos a participarem deste congresso que será um evento de grande importância científica e conclamamos a todos os membros da diretoria e todos os delegados da SOGIA-BR a se empenharem na divulgação de nosso congresso, para que alcancemos o sucesso almejado.

Denise Leite Maia Monteiro

*Vice-Presidente Região Sudeste*

# ANÁLISE DO COMPORTAMENTO SEXUAL ENTRE MULHERES DE DIFERENTES GERAÇÕES

## ANALYSIS OF SEXUAL BEHAVIOR AMONG WOMEN OF DIFFERENT GENERATIONS

PAOLLA PUCCI,<sup>1</sup> IVANA FERNANDES SOUZA<sup>2</sup> E THIAGO MAMÔRU SAKAE<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** identificar mudanças no comportamento sexual feminino entre diferentes gerações. **Métodos:** estudo transversal realizado através de questionário auto-aplicativo a alunas do Curso de Medicina de uma universidade do sul do Brasil (grupo A), suas mães (grupo B) e/ou avós (grupo C). Dados digitados no Epidata 3.1, analisados no programa SPSS 16.0. **Resultados:** dados de 232 mulheres, idades entre 18 e 83 anos: 102 (44%) grupo A, 94 (40,5%) grupo B e 36 (15,5%) grupo C. A média de idade da menarca no grupo A foi 12,37 anos, 13,24 no B, 13,27 no C ( $p < 0,0001$ ). A média de idade da sexarca foi 17,09 anos no grupo A, 19,67 no B e 19,02 no C ( $p < 0,0001$ ). O parceiro sexual da sexarca das alunas foi o namorado (89,9%), e o marido, nos grupos B e C. Contraceptivos foram utilizados por 64,8% das entrevistadas. O número médio de filhos tidos foi 5,5 no grupo C, 3,0 no B e 1,0 no A. **Conclusão:** observou-se antecipação da idade da menarca e sexarca. O parceiro da sexarca passou a ser o namorado. Os contraceptivos vem sendo mais utilizados. O número de filhos tidos diminuiu.

**Palavras chaves:** Menarca, Anticoncepção, Comportamento Sexual

### ABSTRACT

**Objective:** To identify changes in female sexual behavior between different generations. **Methods:** A cross-sectional study by questionnaire self-application to medical school students from a University in Southern Santa Catarina (group A), their mothers (group B) and / or grandparents (group C). Data entered in Epidata 3.1, analyzed using SPSS 16.0. **Results:** Data from 232 women, ages 18 to 83 years: 102 (44%) group A, 94 (40.5%) group B and 36 (15.5%) group C. The average age of menarche in group A was 12.37 years, 13.24 in B, C at 13.27 ( $p < 0.0001$ ). The average age at first intercourse was 17.09 years in group A, 19.67 and 19.02 in B in C ( $p < 0.0001$ ). The sexual partner at first intercourse was the boyfriend of the students (89.9%), and her husband, in groups B and C. Contraceptives were used by 64.8% of respondents. The average number of children per mother was 5.5 in group C, 3.0 and 1.0 in the B. **Conclusion:** There was anticipation of age at menarche and first sexual intercourse. The partner of first sexual intercourse has become her boyfriend. Contraceptives are being used more. The number of children decreased.

**Keywords:** Menarche, Contraception, Sexual Behavior

## INTRODUÇÃO

A puberdade é um evento fisiológico do processo de maturação sexual, que começa com a ativação do eixo neuroendócrino e culmina com a capacidade reprodutiva. Ela abrange o desenvolvimento das gônadas, dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias, sendo estas, nas mulheres, caracterizadas pelo desenvolvimento das mamas (telarca), dos pêlos pubianos (pubarca) e a ocorrência da primeira menstruação (menarca). Dentre esses, a menarca é o fenômeno mais representativo, sendo um importante indicador da maturação sexual<sup>1,2</sup>.

A idade da menarca varia de uma população para outra e vários fatores são capazes de influenciá-la. De acordo com a literatura, a menarca tem ocorrido de três a quatro meses mais cedo a cada década, para uma mesma população<sup>3</sup>. Esta antecipação foi mais significativa entre o final do século XIX e os anos 70 do século XX<sup>4-6</sup>.

Em países desenvolvidos, a idade da menarca caiu de 17 para 13 anos. Isso se deve provavelmente a melhoria das condições socioeconômicas. A idade da menarca também tem demonstrado redução em países em desenvolvimento, assim como o Brasil<sup>7</sup>. No trabalho de Picanço, a média de idade da menarca encontrada no Brasil foi 13,02 ( $\pm 0,09$ ), sendo que para a região Sudeste urbana a idade encontrada foi de 12,75 anos<sup>8</sup>.

A menarca é um indicador de maturação no desenvolvimento da mulher<sup>9</sup> e sua antecipação pode ser um dos fatores envolvidos na iniciação precoce da atividade sexual<sup>10</sup>. Estudos dos anos 90 no Brasil, mostram que a média de idade da primeira relação sexual no gênero feminino era de 16 anos e 70% das adolescentes com 19 anos já tinham tido pelo menos uma relação sexual<sup>11-12</sup>. Já em 2000, de acordo com a UNESCO, a média de idade da primeira relação sexual entre as meninas foi de 15 anos<sup>13</sup>.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, mostrou aumento expressivo no número de adolescentes com 15 anos que já haviam tido sua primeira experiência sexual: 32,6 % contra os 11% identificados na mesma pesquisa, 10 anos antes, em 1996<sup>14</sup>.

Em relação à anticoncepção no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, 30% dos jovens e adolescentes usam algum método contraceptivo na primeira relação sexual<sup>15</sup>. De acordo com a PNDS/2006, praticamente todas as mulheres brasileiras em idade fértil (99,9%) tem conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais<sup>14</sup>. De maneira geral a prevalência de uso de métodos anticoncepcionais entre as mulheres é alta, porém concentrada na esterilização tubária e na pílula anticoncepcional<sup>16</sup>.

O maior conhecimento dos métodos contraceptivos vem se refletindo na diminuição gradativa da taxa de fecundidade

no Brasil nas últimas décadas. Em 1940 registrava-se a média de 6,2 filhos por mulher, passando a 5,8 em 1970, 2,3 em 2000<sup>16</sup> e, atualmente, 1,8 filhos por mulher<sup>14</sup>.

Por outro lado, tem se observando nos últimos anos, um rejuvenescimento do padrão reprodutivo<sup>14</sup>. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>17</sup> de 1999, nos mostra que a taxa de fecundidade no grupo de mulheres entre 15 e 19 anos apresentou aumento de 26% entre os anos 1970 e 1991. No mesmo período, a taxa de fecundidade entre adolescentes de 10 a 14 anos foi duplicada, enquanto que a fecundidade de mulheres adultas vem mantendo seu declínio<sup>18</sup>.

De acordo com o exposto, podemos perceber várias mudanças nos padrões de comportamento sexual das mulheres, observando-se diferenças em várias esferas: na idade da menarca, da iniciação sexual, no uso de contracepção e nas taxas de fecundidade.

O objetivo deste estudo é avaliar as mudanças no comportamento sexual entre diferentes gerações de mulheres. Identificar se houve decréscimo na idade da menarca entre os grupos estudados, verificar se o conhecimento da geração atual é diferente das gerações passadas no que diz respeito à sexualidade e à prevenção da gestação. Além disto, avaliar possíveis mudanças na idade da sexarca e nas taxas de fecundidade entre as jovens dos grupos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, aplicado a estudantes do Curso de Medicina de uma Universidade no Sul do Brasil, suas mães e/ou avós, no 2º semestre de 2009. Este estudo incluiu estudantes do sexo feminino, cursando da 1ª à 9ª fase do curso de medicina, com idade igual ou superior a 18 anos, que tinham mãe e/ou avó materna e/ou paterna viva e que aceitaram participar do estudo. O critério de exclusão foi alunas que tinham mães e/ou avós com doenças organo-mental incapacitante e/ou analfabetas.

Utilizando-se uma população alvo de 590 indivíduos (alunas/mães/avós), prevalência esperada de 50% para cálculos no Epiinfo 6.04d e erro alfa de 5%, a amostra necessária para a descrição do estudo foi de 232 indivíduos. Para a coleta de dados, foi realizado um questionário auto-aplicativo elaborado pela autora, constando de 10 questões, sendo algumas abertas e outras fechadas. O questionário e o termo de consentimento foram entregues em envelope lacrado às alunas, e através delas foram enviados às suas respectivas mães e/ou avós.

A pesquisa teve autorização prévia e formal, através de declaração de ciência e concordância da instituição envolvida, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade sob o registro 09.473.4.01.III.

Após a aprovação, foi iniciada a coleta de dados através do questionário anônimo e auto-aplicativo, que após preenchido, era devolvido diretamente a autora, através das alunas. Todos os dados obtidos foram sigilosos, sendo a identidade e a privacidade das participantes preservada. As participantes foram orientadas que poderiam desistir a qualquer momento, enquanto a coleta de dados era realizada.

As variáveis analisadas foram a idade, escolaridade, estado civil, idade da menarca e da sexarca, parceiro da primeira relação sexual, o uso de contraceptivo na sexarca, o tipo de anticoncepcional usado na sexarca, os métodos anticoncepcionais que já ouviu falar, o número de gestações, a idade da primeira gestação, o número de filhos antes e após os 20 anos.

Os dados foram coletados e armazenados no programa Epidata 3.1 e analisados com o programa SPSS 16.0. As variáveis quantitativas foram testadas utilizando-se análise de variância (ANOVA) e post Hoc de Tukey HSD. As variáveis qualitativas foram testadas utilizando-se o teste qui-quadrado ou prova exata de Fisher, quando apropriado. O nível de significância adotado foi de 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

## RESULTADOS

Foram analisados os resultados dos questionários aplicados a 232 mulheres, assim distribuídas: 102 (44%) alunas (grupo A), 94 (40,5%) mães de alunas (grupo B) e 36 (15,5%) avós de alunas (grupo C).

A idade das mulheres analisadas variou entre 18 a 83 anos. A média de idade por grupo foi: 21 anos no grupo A, 47 anos no grupo B e 70 anos no grupo C.

A idade da menarca variou de 9 à 17 anos, sendo a média de idade dos três grupos 12,86 anos e mediana de 12 anos (30,6%). No grupo A, a média de idade foi de 12,37 anos, no grupo B, 13,24 e no grupo C, 13,27, havendo significância estatística entre os grupos A e B ( $p < 0,001$ ) e entre A e C ( $p < 0,005$ ).

Das estudantes analisadas, 89 (87,2%) já tinham tido a primeira relação sexual, sendo 17,09 anos a média de idade da sexarca neste grupo. A média de idade da sexarca no grupo das mães foi 19,67 anos e das avós 19,02 anos. Encontramos significância estatística entre os grupos A e B ( $p < 0,001$ ), com antecipação da sexarca no grupo A em 2,5 anos e também entre os grupos A e C, onde a antecipação da sexarca foi de 1,9 anos ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao tipo de parceiro da primeira relação sexual, 89,9% das alunas referiu ter sido o namorado. Nos grupos B e C o marido foi o primeiro parceiro sexual para a maioria, com 60,6% e 75% respectivamente. Nestes grupos apenas 31,9% das mães e 16,7% das avós tiveram a iniciação sexual com o namorado, sendo estatisticamente significativo ( $p < 0,0001$ ).

A maioria das entrevistadas (64,8%) relatou o uso de algum método anticoncepcional (MAC) na primeira relação sexual, sendo o grupo das alunas o que mais usou contraceptivos na sexarca (87,6%). Cerca de 58,5% das mães usaram algum anticoncepcional e a maioria das avós (75%) não o fizeram. Em comparação as avós, as mães apresentaram uma chance 4 vezes maior (OR=4,23) de utilizar MAC na primeira relação e as alunas uma chance vinte vezes maior (OR=21,27) de fazê-lo ( $p < 0,00001$ ).

Entre os MAC mais utilizados na coitarca pelos três grupos estão o preservativo masculino (71,8%), seguido do anticoncepcional oral (43,6%) e do coito interrompido (14,7%). No grupo das alunas e das mães, o condom e o anticoncepcional oral foram os métodos mais utilizados. Porém, enquanto cerca de 89,7% das alunas usaram o condom na sexarca, apenas 45,4% das mães relataram seu uso. Já o contraceptivo oral foi utilizado por 35,8% das alunas e 58,1% das mães na coitarca. No grupo das avós o coito interrompido foi o método mais usado (88,8%) seguido do preservativo masculino (77,7%). A tabela 1 mostra os métodos anticoncepcionais utilizados pelas entrevistadas na primeira relação sexual.

Em relação ao conhecimento dos métodos contraceptivos (tabela 2), todos os grupos relataram conhecer o condom e os contraceptivos orais. Os métodos anticoncepcionais menos conhecidos pelas participantes foram: o anel vaginal (23,7%), o implante (18,9%) e o adesivo (18,5%). O grupo que mostrou menos conhecimento sobre os métodos contraceptivos foi o grupo C, sendo o único que referiu desconhecer a tabelinha (5,5%), a ligadura de trompas (5,5%) e a vasectomia (2,7%).

A média de idade da primeira gravidez nos três grupos avaliados foi 22,1 anos. Sendo 23,7 anos no grupo A, 22,5 anos no grupo B e 20,8 anos no grupo C, ( $p = 0,036$ ). O número médio de filhos tidos pelas participantes até o momento deste estudo foi de 5,5 no grupo C, 3,0 no grupo B e 1,0 no grupo A.

A maioria das participantes teve filhos após os 20 anos de idade, a média geral dos grupos foi de 2,6 filhos, sendo 0,2

**Tabela 1. Métodos anticoncepcionais (MAC) utilizados pelas entrevistadas na primeira relação sexual**

MAC/grupos	Grupo A n (%)	Grupo B n (%)	Grupo C n (%)
Nenhum	8 (7,8%)	27 (28,7%)	20 (55,6%)
Coito interrompido	4 (3,9%)	9 (9,6%)	8 (22,2%)
Tabelinha	2 (2%)	7 (7,4%)	2 (5,6%)
Condom	70 (68,6%)	25 (26,6%)	7 (19,4%)
Camisinha feminina	2 (2%)	1 (1,1%)	--
ACO	28 (27,5%)	32 (34%)	2 (5,6%)
ACI	1 (1%)	--	--
Total (n) :	105	101	39

MAC= método anticoncepcional, ACO= anticoncepcional oral, ACI: anticoncepcional injetável.

**Tabela 2.** Métodos anticoncepcionais conhecidos pelas entrevistadas dos 3 grupos

MAC/Grupos	Grupo A N (%)	Grupo B N (%)	Grupo C N (%)
Coito interrompido	102 (100%)	93 (98,9%)	34 (94,4%)
Tabelinha	102 (100%)	94 (100%)	34 (94,4%)
Condom	102 (100%)	94 (100%)	36 (100%)
Camisinha feminina	102 (100%)	93 (98,9%)	29 (80,6%)
ACO	102 (100%)	94 (100%)	36 (100%)
ACI	102 (100%)	92 (97,9%)	24 (66,7%)
DIU	102 (100%)	91 (96,8%)	19 (52,8%)
Diafragma	101 (99%)	78 (83%)	16 (44,4%)
Anel vaginal	99 (97,1%)	<b>67 (71,3%)</b>	<b>11 (30,6%)</b>
Adesivo	98 (96,1%)	79 (84%)	12 (33,3%)
Implante	<b>97 (95,1%)</b>	77 (81,9%)	14 (38,9%)
Ligadura tubária	102 (100%)	94 (100%)	34 (94,4%)
Vasectomia	102 (100%)	94 (100%)	35 (97,2%)

ACO: anticoncepcional oral, ACI: anticoncepcional injetável, DIU: dispositivo intra-uterino.

filho no grupo A, 2,46 no grupo B e 4,72 filhos no grupo C, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos A e B, A e C, e B e C ( $p < 0,0001$ ).

Antes dos 20 anos de idade, ou seja, na adolescência, a média geral dos grupos foi de 1,3 filhos. Embora as alunas não tenham tido filho nesta faixa etária, apenas uma aluna relatou ter tido uma gestação neste período. No grupo B a média de filhos tidos antes dos 20 anos foi de 1,2 e no grupo C 1,5.

## DISCUSSÃO

No mundo todo observamos mudanças tanto no que diz respeito à idade da menarca como em relação ao comportamento sexual das mulheres. Este trabalho avaliou as diferenças ocorridas nestes aspectos, comparando três gerações diferentes de mulheres.

Em relação à idade da menarca, um importante indicador de maturação sexual<sup>19</sup>, alguns estudos constataram que entre os anos 1840 e 1980 a idade da menarca teve um decréscimo de cerca de três meses a cada década, caindo de 17 para 13 anos<sup>2</sup>. Após a década de 80, a idade da menarca tem apresentado uma tendência à estabilização ou a queda menos acentuada<sup>7</sup>.

No nosso estudo, a média de idade da menarca das alunas avaliadas, o grupo mais jovem estudado, foi de 12,3 anos, coincidindo com o trabalho de Silva, realizado em 2008, que refere a média de idade atual da menarca da mulher brasileira de 12,4 anos ( $\pm 1,5$ )<sup>20</sup>.

Comparando as diferentes gerações (alunas, mães e avós), observamos queda da idade da menarca entre os grupos avaliados, com diminuição estatisticamente significativa de um ano das mães em relação as alunas, passando de 13,24 para

12,37 anos e das avós em relação as alunas, de 13,27 para 12,37 anos.

Acredita-se que as mudanças ambientais, os fatores genéticos, diferenças de etnias, nível socioeconômico e condição nutricional podem estar associados à antecipação secular da menarca<sup>22</sup>, fenômeno de ocorrência mundial.

Na França, em 1950, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estudos Demográficos (INED) a média de idade da menarca era de 13 anos passando a 12,6 anos em 2000, o mesmo ocorrendo em outros países como os Estados Unidos e a Inglaterra<sup>21</sup>.

A respeito da idade da primeira relação sexual, observamos em nosso estudo, um alto índice de iniciação sexual entre as alunas avaliadas, com 87,2% referindo já ter tido a sexarca. Estudos conduzidos nos anos 90 mostraram que 70% das adolescentes com 19 anos já tinham tido pelo menos uma relação sexual<sup>11, 12</sup>.

Em nossa avaliação a média de idade da sexarca das alunas foi de 17 anos, pouco superior a média nacional, que de acordo com a UNESCO (2000), é de 15 anos para as garotas<sup>13</sup>. Esta diferença está relacionada possivelmente ao fato das alunas avaliadas na nossa amostra pertencerem a um extrato sócio-econômico-cultural mais elevado do que a população brasileira como um todo.

Quando comparamos as alunas com as mães e avós, constatamos uma diminuição da idade da sexarca na ordem de 2,5 anos das mães em relação as alunas, caindo de 19,6 para 17,0 anos respectivamente. Das avós em relação as alunas a antecipação da sexarca foi de 2 anos, passando da média de 19 para 17 anos daquelas em relação a estas.

De acordo com Gonçalves, em 1950 as mulheres brasileiras se iniciavam sexualmente em torno dos 20,5 anos, em 1975 aos 18,6 anos e, em 1996 aos 16,4 anos. De 1998 a 2004-2005, a média de idade da primeira relação sexual entre as mulheres estabilizou-se em 15,9 anos<sup>23</sup>. Estes dados são similares aos dados encontrados pelo INED na França, quando pesquisaram a iniciação sexual das mulheres francesas destas mesmas faixas etárias<sup>21</sup>.

Acredita-se que a diminuição da idade da sexarca esteja associada a diversos fatores, como a antecipação da idade da menarca<sup>10</sup>, curiosidade, atração ou pressão do parceiro, necessidade de perder a virgindade e desvinculação do sexo do sentimento de amor<sup>24</sup>. Além disto, a estrutura familiar<sup>25</sup>, a influência do grupo, o nível econômico e a escolaridade, influenciam diretamente na iniciação sexual mais precoce<sup>26</sup>.

No que se refere ao tipo de parceiro da primeira relação sexual, também podemos observar mudanças entre as gerações estudadas. Na nossa avaliação, o namorado foi o primeiro par-



ceiro para a maioria das alunas entrevistadas (89,9%). Este achado corrobora com o estudo de Borges, onde o namorado foi o principal parceiro da coitarca (79,1%) para esta faixa etária<sup>27</sup>. Já no grupo das mães e avós avaliadas, o marido foi o primeiro parceiro para a maioria. Apenas 16,7 % das avós e 31,9% das mães tiveram o namorado como primeiro parceiro. De acordo com Mirando-Ribeiro, nas décadas de 50 e 60 a virgindade era muito valorizada devendo ser preservada até o momento do casamento. Assim, a coitarca não deveria acontecer antes de cerca dos 21 anos, idade em torno da qual frequentemente se casavam. Já para as mulheres das décadas de 80 e 90 a virgindade feminina, embora seja apontada como importante, não estava conectada ao casamento<sup>28</sup>. Muito possivelmente a mudança do tipo de parceria na primeira relação sexual, observada em nossa amostra, esteja relacionada à menor valorização da virgindade e uma maior aceitação pela sociedade atual da prática sexual fora do casamento.

Sobre o uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual, constatamos que enquanto mais de 90% das alunas utilizaram algum método na sexarca, mais da metade das mães avaliadas e a maioria das avós (75%) não o fizeram à sua época. Houve um aumento exponencial do uso de método anticoncepcional na primeira relação entre os grupos.

Observamos portanto, uma maior preocupação das gerações mais jovens no que diz respeito à proteção e postergação da maternidade. Este fato pode ser atribuído a várias razões, como maior conhecimento e acesso aos métodos de prevenção da gestação, maior opção anticonceptiva nas gerações atuais, além da expectativa de futuro profissional por parte das alunas avaliadas. Diferente das gerações passadas onde, na maioria das vezes, a expectativa de futuro era relacionada ao casamento.

O preservativo masculino, o anticoncepcional oral e o coito interrompido foram os métodos mais utilizados na sexarca pelos três grupos avaliados. Observamos um aumento considerável do uso do condom na primeira relação sexual pelas alunas em relação às suas mães, 89,7% contra 45,4%. Esta atitude provavelmente está relacionada a uma maior conscientização em relação aos riscos de contração de DSTs, inclusive a Aids, que motivou os jovens ao uso mais frequente deste método contraceptivo.

O coito interrompido e o condom foram os principais métodos usados na sexarca pelas avós avaliadas, haja vista que as primeiras pílulas anticoncepcionais chegaram ao mercado brasileiro somente na década de 60. Possivelmente as avós não tiveram acesso a este método por ocasião da sua sexarca.

No que concerne ao conhecimento dos métodos contraceptivos, todas as participantes do nosso estudo conheciam

condom e os contraceptivos orais. Os métodos menos conhecidos foram os métodos mais modernos como o anel vaginal, o implante e o adesivo. As avós foram as que demonstraram menor conhecimento sobre os anticoncepcionais em geral.

Em relação à idade da primeira gravidez, observamos um retardamento da idade da primeira gestação entre os grupos, com aumento da idade de quase 3 anos das alunas em relação a suas avós. Acredita-se que fatores como a revolução sexual e a comercialização das pílulas anticoncepcionais, aliados a inserção da mulher no mercado do trabalho, influenciaram na postergação da maternidade entre as mulheres das gerações mais jovens. Permitiram o controle da natalidade e o exercício da sexualidade com fins exclusivos de obtenção de prazer. Estes fatos vem contribuindo para a evidente redução da fecundidade no Brasil nos últimos 30 anos. De acordo com o IBGE, a taxa de fecundidade declinou de 7,2 filhos/mulher em 1970, para 2,2 filhos em 2006 e 1,86 em 2008<sup>29</sup>.

Neste trabalho observamos, em conformidade com as estatísticas brasileiras atuais, diminuição da fecundidade das mães em relação às avós. Enquanto as avós tiveram uma média de 5,5 filhos, a média das mães avaliadas foi de 3,0 filhos. Não podemos estender esta avaliação para o grupo das alunas, uma vez que estas não concluíram seu ciclo de vida reprodutiva. Entretanto, até o momento deste estudo, a média de filhos das alunas foi de um filho.

Em relação à maternidade na adolescência, ou seja, antes dos 20 anos de idade, observamos que as alunas não tiveram filhos neste período. As avós e mães tiveram uma média de 1,3 filhos na adolescência, tendo a maioria, seu maior número de filhos na idade adulta.

## CONCLUSÃO

Observamos neste estudo uma diminuição da idade da menarca entre as gerações estudadas, sendo mais evidente entre o grupo das avós em relação às alunas avaliadas.

Constatamos também uma antecipação da idade da primeira relação sexual e uma mudança no tipo de parceria, onde o namorado passou a ser o parceiro predominante na sexarca da geração mais nova, enquanto o marido o era nas gerações precedentes.

Observou-se maior conhecimento a cerca dos métodos anticoncepcionais e aumento expressivo do uso destes na primeira relação sexual, entre as mulheres da geração mais jovem. Também foi verificou-se um aumento significativo do uso do preservativo masculino por esta geração em relação a das avós.

A primeira gestação vem ocorrendo mais frequentemente após os 20 anos de idade e a taxa de fecundidade tem diminuído entre as gerações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ellis BJ. Timing of pubertal maturation in girls: an integrated life history approach. *Psychol Bull* 2004;130(6):920-58.
- Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Topparri J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocr Rev* 2003; 24(5):668-93.
- Castilho SD, Barras Filho AA. Crescimento pós-menarca. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000;44(3):195-204.
- Gluckman PD, Hanson MA. Evolution, development and timing of puberty. *Trends Endocrinol Metab* 2006;17(1):7-12.
- De Munich Keizer SM, Mul D. Trends in pubertal development in Europe. *Hum Reprod Update* 2001;7(3):287-91.
- Kalberg J. Secular trends in pubertal development. *Horm Res* 2002;57(2):19-30.
- Carvalho WRG, Farias ES, Guerra Júnior G. A idade da menarca está diminuindo?/Is the age of menarche decreasing? *Rev Paul Pediatr* 2007;25(1):76-81.
- Picanço MRA. A idade da menarca da menina brasileira: os fatores socioeconômicos e as diferenças regionais. Análise dos dados da PNSN, 1989. Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo 1995;161.
- Tavares CHF, Haeffner LSB, Barbieri MA, Bettiol H, Barbieri MR, Souza L. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2000;16(3):709-15.
- Bareiro AOG. Gravidez na adolescência: seus entornos, suas peculiaridades e o ponto de vista da adolescente. *Rev Bras Med Fam e Com* 2005; 1(3):60-71.
- Rickert VI, Jay MS, Gottlieb AA. Adolescent wellness. *Med Clin North Am* 1990; 74(5):1135-48.
- Prestes RC, Colpani J, Burlamaque R, Pozza M, Zandoná JM, Herzog ML, et al. Anticoncepção e sexualidade entre escolares. *Rev Med Hosp São Vicente de Paulo* 1994;6(15):22-5.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Pesquisa: juventudes e sexualidade [online]. 2005. [Acesso 24 julho 2009]. Disponível em: <http://www.observatorio.ucb.unesco.org.br/publicacoesjuventudes>.
- Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006. [Acesso em: agosto de 2009]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>.
- Organização Mundial da Saúde. Dossiê Universo Jovem MTV e Saldiva associados; 2007. [Acesso em setembro de 2009]. Disponível em: [www.energia.com.br/materia/walter\\_aula\\_04\\_sexoadolescencia.ppt](http://www.energia.com.br/materia/walter_aula_04_sexoadolescencia.ppt).
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. [Acesso em: setembro de 2009]. Disponível em: [www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecondidade](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecondidade).
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Distribuição da população residente, por Grandes Regiões segundo a situação do domicílio, o sexo e os grupos de idade – 1999 e 1998. Brasília (DF): IBGE; 1999. [Acesso em: agosto de 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- Carvalho IE, Pinto e Silva JL, Mello MB. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):29-35.
- Vitalle MSS, Tomioka CY, Juliano Y, Amancio OMS. Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal, e sua relação com a menarca. Trabalho realizado na Universidade Federal da São Paulo/Escola Paulista de medicina. *Rev Assoc Med Bras* 2003;49(4):429-33
- Silva CML, Gigante DP, Minten GC. Sintomas pré-menstruais e síndrome de acordo com a idade da menarca em uma coorte de nascimentos de 1982 no sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(4):835-44.
- Institut national d'études démographique-INED. [Acesso em: abril de 2010]. Disponível em : [http://www.ined.fr/fr/tout\\_savoir\\_population](http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population).
- Bezno GW. Crescimento e Desenvolvimento Físico SEÇÃO III: Atenção Integral da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de programas e Políticas de Saúde –CODEPPS 2006;328p.
- Gonçalves H, Dominique BP, Gigante DP, Minten GC, Horta BL, Victora, et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública* 2008;42(2):34-41.
- Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(4):597-604.
- McNeely C, Shew ML, Beuhring T, Peneira R, Muller BC, Blum RW. Influência das mães sobre o calendário de primeira relação sexual entre os 14 - e 15-year-olds. *Journal of Adolescent Health* 2002;31(3):256-65.
- Figueiró AC. Condições de Vida e saúde reprodutiva de adolescentes os residentes na comunidade de Roda de Fogo, Recife. *Rev Bras de Saúde Materno Infantil* 2002; 2(3):291-302.
- Borges AV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saude Publica* 2005;21(2):499-507
- Miranda-Ribeiro P. Telenovelas and the sexuality transition among teenagers in Brazil. Texas, Austin, 1997.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050. [Acesso em maio de 2010]. Disponível em: [http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4\\_081010-120048-289.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/4_081010-120048-289.pdf).

## CORRESPONDÊNCIA

Ivana Fernandes Souza  
 Fone: (48) 33342550 - (48) 99515134  
 e-mail: ivanafernandes@hotmail.com

## TITULAÇÃO

- Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).
- Ginecologista e Obstetra pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Especialista em Medicina do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Fellow of the International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology. Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).
- Mestre em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutorando em Ciências Médicas – UFSC. Residência em Saúde da Família e Medicina Comunitária. Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

# MALFORMAÇÕES GENITAIS CONGÊNITAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A NOVA NOMENCLATURA E ABORDAGEM

## *CONGENITAL GENITAL MALFORMATIONS: ANALYZE OF THE NEW NOMENCLATURE CLASSIFICATION AND MANAGEMENT*

VICENTE RENATO BAGNOLI<sup>1</sup>, ANGELA MAGGIO DA FONSECA<sup>1</sup>, FABIO BAGNOLI<sup>2</sup>  
CRILZE MARCELA GOMES BAGNOLI<sup>3</sup> JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA<sup>4</sup>

### RESUMO

Analisar e discutir a nova nomenclatura, classificação e abordagem das malformações genitais congênitas de acordo com o Consenso gerado em encontro sobre malformações realizado em Chicago. As evidências sugerem ser mais objetivo que estas malformações tenham como termo genérico distúrbios do desenvolvimento sexual (DDS) e termos específicos de acordo com o fator etiológico. Em relação à abordagem, poucos foram os avanços significativos.

**Palavras chave:** malformações genital, intersexo

### ABSTRACT

*To analyze and discuss the new nomenclature classification and management of congenital genital malformations considering the consensus statement from a meeting about malformations carried out in Chicago. The evidences suggest to be more objective that these malformations has a generic denomination disorder of sexual development (DSD) and specific denominations according the etiological factor . About the management were observed not significant progress.*

**Key word:** genital malformations, intersex.

## INTRODUÇÃO

O estudo das malformações genitais congênitas frequentemente tem sido motivo de reavaliação, em decorrência dos múltiplos aspectos que envolvem os indivíduos que apresentam uma de suas variantes. As últimas décadas foram marcadas por grandes mudanças, para melhor, conduzindo a diagnóstico mais precoce e preciso, possibilitado pelo aprimoramento da tecnologia para exames de imagem, dosagens hormonais e principalmente na biologia molecular. Diferentes entidades que assistem indivíduos portadores destes problemas passaram a discutir e reavaliar o tema, em encontros periódicos e que conduziram a Encontro Internacional e Multidisciplinar sobre malformações genitais congênitas, realizado em Chicago, no qual foi discutido com detalhes os diferentes aspectos das malformações genitais e tendo sido elaborado o Consenso de Atendimento das desordens intersexuais, também denominadas de malformações genitais (Hughes et al 2006)<sup>1</sup>.

**Objetivo:** Analisar os aspectos relevantes da nomenclatura e abordagem das malformações genitais congênitas.

**Método:** Rever e considerar as conclusões do Consenso realizado em Chicago na definição da nova nomenclatura e condutas nos Estados Intersexuais (Hughes et al 2006, Lee et al 2006)<sup>1,2</sup> englobando as malformações genitais congênitas em geral, utilizando como referência os trabalhos gerados nesta Reunião e outros que possam contribuir para a avaliação da nomenclatura proposta e os aspectos relevantes do atendimento destes indivíduos.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

### Nomenclatura e Classificação

A nomenclatura das malformações genitais congênitas, denominadas de estados intersexuais e malformações dos ductos de Müller, foi provavelmente um dos principais motivos do Evento de Chicago. As discussões sobre a melhor nomenclatura foram relevantes, pois termos como intersexo, hermafrodita, pseudo-hermafrodita, sexo reverso e outros até então empregados, neste encontro passaram a ser considerados pejorativos e que poderiam interferir desfavoravelmente no comportamento destes indivíduos. Assim, após análise de várias opiniões de especialistas multidisciplinares, ficou estabelecido que para minimizar este problema, a melhor opção seria o termo “distúrbios do desenvolvimento sexual” (DDS) para definir qualquer condição congênita em que ocorra desenvolvimento atípico dos cromossomos, das gônadas ou da anatomia dos órgãos genitais. A opinião dos especialistas está apresentada no quadro 1, com uma síntese da nova nomenclatura proposta (Lee et al 2006<sup>2</sup>).

**Quadro 1 - Nomenclatura revista e proposta (Lee et al 2006<sup>2</sup>)**

Atual	Proposta
Intersexo	Distúrbio do desenvolvimento sexual (DDS)
Pseudohermafrodita masculino	DDS 46 XY
Homem XY incompletamente virilizado	
Homem feminizado	
Pseudohermafrodita feminino	DDS 46 XX
Sinais de virilização de indivíduo XX	
Mulher XX virilizada	
Hermafrodita verdadeiro	DDS ovotesticular
Homem XX ou sexo reverso XX	DDS 46XX testicular
Sexo reverso XY	Disgenesia gonadal 46 XY

Aspecto importante a ser destacado é que a nomenclatura proposta, acima apresentada, contempla resumidamente, as malformações genitais, com destaque para as com características de intersexualidade, não sendo detalhadas as malformações sem estas características como a disgenesia gonadal XX, síndrome de Turner e variantes, síndrome de Klinefelter e as malformações dos ductos de Muller, mas que estão melhor caracterizadas na classificação proposta por Hughes et al, 2006<sup>1</sup>. Por estes motivos, modificações devem ser propostas considerando-se outras denominações e classificações já consagradas, adaptando-as com esta nova nomenclatura (Bagnoli et al 2009<sup>3</sup>). Este posicionamento está plenamente justificado, pois estes grupos de malformações fazem parte importante do DDS e está apresentado no Quadro 2, de forma objetiva e aponta a maior abrangência, facilitando o estudo e abordagem dos diferentes grupos de DDS através de classificação etiopatogênica (Lee et al 2006<sup>2</sup>; Hughes et al 2006<sup>1</sup>; Hughes 2008<sup>4</sup>; Bagnoli et al 2009<sup>3</sup>).

### Abordagem dos portadores de DDS

Aspecto importante discutido e definido no Consenso de Chicago foi a abordagem clínica e laboratorial estabelecida e cujos tópicos fundamentais são a seguir relacionados (Hughes et al 2006<sup>1</sup>):

1. Atendimento multidisciplinar. A equipe de atendimento dos portadores de DDS deve ser composta por pediatra, geneticista, endocrinologista, ginecologista e urologista treinados para tratar estas malformações, psicólogo e psiquiatra, que atuarão em conjunto durante todo o processo pré e pós definição do sexo e tratamento, para poder oferecer as melhores condições de diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes indivíduos e seus familiares (Cashman et al., 2004<sup>5</sup>).
2. Diagnóstico. O estudo clínico deve ser minucioso, considerando-se a história da gestação, os antecedentes familiares e o exame físico, no qual são relevantes os

**Quadro 2- Classificação etiopatogênica proposta para os Distúrbios do Desenvolvimento Sexual " DDS " (modificada de Hughes et al 2006<sup>1</sup>)**

**DDS POR CROMOSSOMO SEXUAL ANORMAL**

- A - 45 X ( síndrome de Turner e variantes ou DDS 45 X )
- B - 47 XXY ( síndrome de Klinefelter e variantes ou DDS 47 XXY )
- C - 45 X / 46 XY ( DDS disgenético mosaico )
- D - 46 XX / 46 XY ( DDS ovotesticular ou mosaico )

**DDS 46 XY**

- A - Distúrbio do desenvolvimento gonadal
  - 1 - DDS disgenético XY (síndrome de Swyer)
  - 2 - DDS disgenético XY parcial
  - 3 - DDS ovotesticular XY
- B - Distúrbio na síntese ou ação dos androgênios
  - 1 - DDS por deficiências na síntese de androgênio ( deficiência 17-hidroxiesteroide desidrogenase ,deficiência 5 alfa redutase ,outras deficiências)
  - 2- DDS por deficiente ação androgênica (insensibilidade androgênica completa e parcial)
  - 3- DDS por anomalia nos receptores do LH (hipoplasia ou aplasia das células de Leydig)
  - 4- DDS por distúrbio do hormônio anti-mulleriano ou de seus receptores
- C - Outras
  - 1 - Hipospádias ; extrofia cloacal
  - 2 - Iatrogenia

**DDS 46 XX**

- A - Distúrbio do desenvolvimento gonadal
  - 1 - DDS ovotesticular XX
  - 2 - DDS disgenético XX
  - 3 - DDS Testicular XX ( SRY + )
- B - Exposição a excesso de androgênios
  - 1 - DDS por hiperplasia adrenal congênita fetal ( deficiência 21 hidroxilase; deficiência 11 hidroxilase)
  - 2 - DDS por deficiência placentária de aromatase
  - 3 - DDS por androgênio materno ( luteoma ; iatrogenia
- C - Outras
  - 1 - **DDS por distúrbios dos ductos de Muller (Ginatresias; Anomalias da fusão; extrofia cloacal; outras síndromes)**

aspectos de genitais externos ambíguos, ou alterações não tão evidentes, tais como hipertrofia do clitóris, fusão parcial das pregas labiais, testículos criptorquídicos ou não palpáveis, hipospádia, hérnia inguinal bilateral entre outros.

As informações clínicas são fundamentais, mas para o diagnóstico conclusivo e etiológico é necessário a definição do sexo genético, cada vez mais aprimorado, que oferece informações até então inacessíveis apenas pelo cariótipo, mas que nos dias atuais é possível através da biologia molecular; exames de imagem individualizados a cada caso, na maioria das vezes definido pela ultrassonografia; dosagens hormonais para avaliação das adrenais, principalmente em recém-nascidos, gonadotrofinas (FSH/LH) no período da puberdade, testes funcionais e outros (Morel et al 2002<sup>6</sup>; Hughes et al 2006<sup>1</sup>).

3. A definição do sexo de portador de DDS é tarefa em geral difícil e que necessita de diagnóstico etiológico

preciso, para oferecer ao indivíduo condições clínicas e órgãos genitais compatíveis com a opção escolhida. Ressalte-se que nem sempre o sexo genético determinará o sexo a ser adotado, devido às inúmeras limitações e os **tópicos** a serem considerados são: condições de configurar genitais externos funcionais para o sexo escolhido, presença ou não de potencial reprodutor, identidade sexual do indivíduo em análise e outros, que no conjunto orientação para a escolha, em geral feita antes dos dois anos de idade. Contudo, na adolescência e na vida adulta com frequência pode haver insatisfação do paciente, gerando sério problema, pois a troca de sexo em geral é problemática (Ogilvy-Stuart 2004<sup>7</sup>; Bagnoli et al 2009<sup>3</sup>).

4. Tratamento. A etapa de tratamento inicia-se em geral logo após o diagnóstico e prolonga-se por toda a vida. Consiste de procedimentos cirúrgicos para feminização ou virilização, a ser realizado apenas por profissional afeito e capacitado, em diferentes etapas da vida; tratamento hormonal individualizado a cada caso por exemplo supressão adrenal com corticoide na hiperplasia adrenal congênita, estrogênio com ou sem progestagênio na feminização e testosterona na virilização, acompanhamento por psicólogo e psiquiatra para dar suporte e tratar problemas decorrentes das limitações e insatisfações com a condição; e por fim atenção à gonada dos portadores de DDS, que nos indivíduos com cariótipo XY ou detecção de fragmento ou determinantes testiculares, apresentam risco de transformação neoplásica e orientam para a gonadectomia (Hughes et al 2006<sup>1</sup>; Lee et al 2006<sup>2</sup>; Bagnoli et al 2009<sup>3</sup>).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada considerando – se a nova nomenclatura ,a classificação e abordagem do DDS permite concluir que as novas denominações serão facilmente assimiladas e utilizadas pelos especialistas e inserindo-as à classificação etiopatogênica que não apresenta nenhuma particularidade mais relevante. Em relação a abordagem ficou bem estabelecido que os avanços tecnológicos possibilitam diagnóstico e condutas mais precisas e precoces, que certamente conduzirão ao melhor prognóstico destes indivíduos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hughes IA ;Houk C ;Ahmed SF et al .Consensus Statement on management of intersex disorders .Arch Dis Child 2006 ;91 : 554 -563 .
2. Lee PA, Houk SF, Ahmed SF et al. Consensus Statement on management of intersex disorders. Pediatrics 2006; 118 ( 2 ): 487 – 500.

3. Bagnoli VR, Fonseca AM, Ariê WMY et al. Malformações genitais congênitas na adolescência. Potencial reprodutor e assistência pré – natal. In Monteiro DLM; Trajano AJB; Bastos AC. Gravidez e Adolescência, Rio de Janeiro, Revinter, 2009 pg 246.
4. Hughes IA. Disorders of sex development: a new definition and classification. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2008; 22 (1) : 119 – 134.
5. Cashman S, Reidy P, Cody K et al. Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health teams. J Interprof Care 2004 ;18 : 183 – 196.
6. Morel Y, Rey R, Teinturier C et al. Aetiological diagnosis of male sex ambiguity: a collaborative study. Eur J Pediatr 2002;161:49 -59.
7. Ogilvy –Stuart AL, Bain CE. Early assessment of ambiguous genitalia. Arch Dis Child 2004;89 : 401 – 407.

#### CORRESPONDÊNCIA

Vicente Renato Bagnoli  
vrbagnoli@uol.com.br

#### TITULAÇÃO

1. Livre –Docente .Professor Associado do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.Vice-
2. Professor Instrutor e Mestre da Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
3. Médica Especialista em Obstetrícia e Ginecologia pela FEBRASGO
4. Assistente-Doutor e chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

# LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR EM CRIANÇA

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA<sup>1</sup> E LANA MARIA DE AGUIAR<sup>2</sup>

Conhecido desde 1887, quando foi descrito por Hallopeau, o líquen escleroso (LE) pode surgir em qualquer idade, com dois picos de incidência: na pré puberdade e após menopausa. Sua prevalência é 1:900 em crianças e pré púberes.<sup>1,2,3,4,5</sup>

Geralmente os sintomas do LE em crianças surgem por volta dos cinco anos de idade e o diagnóstico é realizado em torno dos seis a sete anos.<sup>3,6,7</sup>

Inúmeras teorias já foram propostas para explicar a etiologia do LE, que provavelmente é multifatorial.<sup>2,8,9</sup>

O fato de haver maior incidência da doença em pacientes na pré-puberdade e após a menopausa, sugere a participação hormonal na sua etiopatogenia.

Friedrich e Kalra<sup>9</sup> encontraram uma anormalidade no metabolismo androgênico, defeito na 5-alfa-redutase, nas mulheres com LE, mostrando uma diminuição de diidrotestosterona e androstenediona nessas pacientes. Entretanto, nem estrogênio nem testosterona trouxeram benefícios no tratamento e profilaxia da doença.<sup>9,10</sup>

Existe uma forte relação do LE com desordem do sistema imune.<sup>11</sup> Powell *et al.*<sup>8</sup> encontraram história familiar de LE em 17% dos casos, doenças auto-imunes associadas em 14% dos casos e história familiar de doença auto-imune em 64% dos casos.

Foi pesquisada relação entre HPV e LE, não sendo encontrada relação significativa, embora entre homens possa haver associação.<sup>12</sup>

O líquen escleroso vulvar tem seu diagnóstico embasado na clínica. Na infância, os principais sintomas são prurido e mancha hipocrômica na vulva, com 80% e 20% dos casos,

respectivamente, além de disúria e constipação intestinal.<sup>3,8</sup> Em crianças a biópsia deve ser evitada. Institui-se o tratamento, sendo a biópsia feita nos casos em que não haja resposta terapêutica satisfatória.<sup>13</sup>

A história e o exame físico são essenciais para o diagnóstico do LE que tem uma expressão clínica variável e recorrente e não existe importante correlação dos sinais com os sintomas.<sup>12</sup> Cerca de um terço das pacientes são assintomáticas.

O LE geralmente é representado por lesão branconacurada, simétrica, acometendo toda a vulva (clitóris, grandes e pequenos lábios) períneo e região perianal, formando a figura de “oito invertido”. A pele pode apresentar-se apergaminhada e, com frequência, é bastante friável e com telangiectasias, púrpuras, escoriações, fissuras e ulcerações. Pode ocorrer também atrofia e absorção dos pequenos lábios, alteração do clitóris e retenção urinária.<sup>2,7</sup>

Alguns casos podem se apresentar com lesão róseo clara ou pouco esbranquiçada, bem delimitada, que muitas vezes passa despercebida ao exame físico. Diferentemente do que ocorre com o líquen plano, a mucosa vaginal raramente é acometida.<sup>2</sup>

Como crianças nem sempre são avaliadas por ginecologistas, esse diagnóstico pode ser feito tardiamente e a paciente ser submetida a procedimentos invasivos desnecessariamente.<sup>14</sup>

O LE é uma doença para a qual ainda não se conhece tratamento que leve à sua cura o que requer seguimento longo. Em alguns casos, pode haver remissão espontânea quando a criança atinge a puberdade. Porém, estudos sugerem que entre 75% e 97% das pacientes continuarão apresentando sintomas

após essa fase e necessitarão de tratamento prolongado.<sup>2,13, 15</sup>

O objetivo ao se realizar um tratamento é controlar os sintomas e prevenir as alterações estruturais.<sup>13,16</sup>

O uso de corticóide tópico de alta potência (clobetasol) proporcionou melhora clínica e histológica e, atualmente, estes fazem parte da primeira linha de medicamentos para o tratamento dessa dermatose.<sup>6,8,16</sup>

Efeitos colaterais podem surgir com essa medicação, como queimação, irritação, secura local e atrofia. Recomenda-se período por duas a quatro semanas com corticóide tópico de alta potência (clobetasol) e manutenção com corticóide de menor potência (hidrocortisona) ou menor número de aplicações, necessárias para o controle dos sintomas. O controle das lesões deve ser feito a cada três meses.<sup>12,16</sup>

O uso da testosterona é controverso e existem dúvidas quanto sua eficácia. Em um ano de avaliação, 70% das pacientes abandonaram o uso de testosterona pela falta de resultados, enquanto que apenas 10% desistiram do tratamento com clobetasol. A testosterona possui efeitos colaterais virilizantes, como aumento do clitóris e engrossamento da voz.<sup>2,16,17</sup>

Tacrolimus/pimecrolimus são drogas com atividade anti-inflamatória e imunomoduladoras que foram introduzidas como medicação de segunda linha para dermatite atópica. Essa medicação no tratamento de LE vem tendo sucesso. O pimecrolimus se mostrou seguro para o tratamento de eczema em crianças, sem causar atrofia da derme, estrias, queimação ou inibição do eixo hipotálamo-hipófise.<sup>15</sup>

O pimecrolimus a 1%, duas vezes ao dia, no final de três meses de tratamento apresentou resolução dos sintomas de prurido e queimação. Ainda não existem estudos sobre o uso prolongado de tacrolimus para o tratamento de LE, mas sabe-se que embora não sejam drogas genotóxicas seu uso pode prejudicar a ação do sistema imune local.<sup>15</sup>

Anti-histamínicos são indicados para aliviar o prurido. Informação sobre a doença e a participação em grupos de apoio deve ser oferecida e incentivada.<sup>2</sup>

## RELATO DO CASO

BMR, 7 anos, branca, natural de São Paulo-SP.

Primeira consulta em março de 1991, com queixas de mancha branca na vulva pouco pruriginosa, há cerca de 1 ano. Acha que a mancha surgiu após trauma local ao andar de bicicleta. Não fez qualquer tratamento para o caso.

Antecedentes familiares: Nega caso semelhante na família; nega diabetes.

Antecedentes pessoais: Nasceu de parto normal, de termo e pesando 2.900g; desenvolvimento psicomotor normal. Nega desenvolvimento das mamas.

Exame físico geral: Bem nutrida, hidratada, eupneica, corada, acianótica e anictérica. Palpação da tireóide normal. Ausência de cicatriz ou outras lesões dermatológicas.

Exame ginecológico

- Mamas: infantis
- Abdome inferior: ndn
- OGE: ausência de pelos pubianos. Presença de lesão esbranquiçada, tênue, em volta do clitóris (sem envolver-lo) e grandes lábios, não atingindo períneo (fig.1).

Diagnóstico presuntivo: Líquen escleroso vulvar

Conduta: Paciente incluída em protocolo de pesquisa de Tese de Doutorado.

Exames complementares:

- 1- Hemograma, glicemia, uréia e creatinina normais.
- 2- Biópsia: Líquen escleroso, sem atipias.

Com o diagnóstico confirmado foi prescrito propionato de testosterona a 2% para uso tópico diariamente por 10 dias, pausa por 5 dias e usar por mais 10 dias se persistir o prurido.

No retorno após 60 dias a mãe informou que o prurido continuava, porém com fraca intensidade. Ao exame constatou-se que a mancha vulvar apresentava-se com cor avermelhada. Foi suspenso o uso da testosterona e prescrito antihistamínico.

Após 30 dias a paciente retornou informando que não teve mais prurido desde o segundo dia do uso da nova medicação. Foi então explicado à mãe da criança o prognóstico da doença e orientada para usar o antihistamínico sempre que surgisse prurido.

A paciente frequentou o ambulatório regularmente durante 2 anos, sem modificação do quadro.

Retornou ao ambulatório aos 22 anos de idade informando que desde os 9 anos não teve mais prurido. Teve menarca aos 12 anos e após cerca de 4-6 meses percebeu a ausência

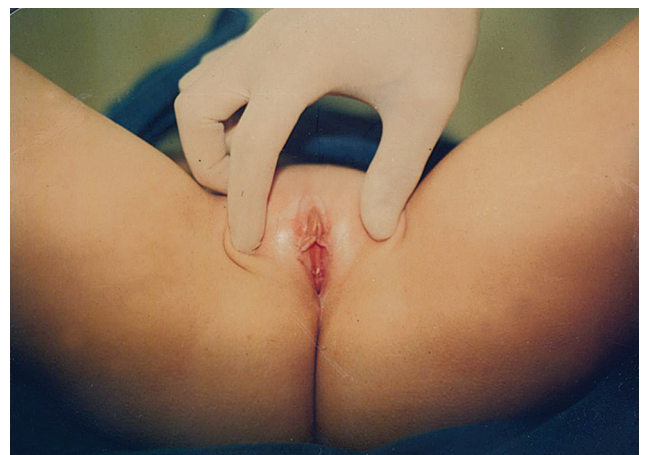


Fig. 1- LE em pac. Com 7 anos de idade



da mancha vulvar. Iniciou atividade sexual aos 18 anos, sem queixas. Usando condom e solicitou “pílula” anticoncepcional. Ao exame ginecológico não se constatou qualquer lesão (fig. 2). Foi então prescrito anticoncepcional oral combinado.



**Fig. 2-** Mesma paciente aos 22 anos de idade.

## DISCUSSÃO

O caso aqui relatado foi diagnosticado quando a criança tinha 7 anos e o sintomas surgiram aos 6 anos de idade, o que coincide com o descrito na literatura.<sup>3,6,7</sup>

As queixas da nossa paciente foi de mancha branca pruriginosa na vulva, o que está de acordo com publicações na literatura.<sup>3,8</sup>

A lesão vulvar geralmente apresenta-se como mancha branconacarada em forma de oito invertido. No entanto, algumas podem ser roseoclaras ou branca tênue e bem delimitada, o que faz com que passe despercebida em alguma consulta<sup>2,3</sup>. É o caso desta nossa paciente na qual a lesão era tênue e não atingia a região perineal.

Em criança o diagnóstico deve ser clínico, avaliando-se a resposta terapêutica e a biópsia deve ser evitada.<sup>13</sup> No caso aqui relatado a biópsia realizada porque a paciente fez parte de um protocolo de pesquisa. Também se justifica a biópsia por se tratar de lesão não muito característica.

O tratamento da paciente deste caso aqui apresentado foi, inicialmente, com testosterona que era a droga usada na época. Em virtude de efeito adverso, conhecido e citado pelos autores consultados<sup>2,16,17</sup> a droga foi suspensa. Atualmente a droga de escolha é o corticóide de alta potência.<sup>6,8,16</sup>

Embora o LE seja uma doença para a qual ainda não se conhece tratamento que leve à sua cura, em alguns casos pode haver remissão espontânea quando a criança atinge a puberdade.<sup>2,13,15</sup> Nossa paciente enquadrava-se nos 3 a 25% de casos com remissão espontânea com o advento da puberdade. Esse fato confirma a necessidade de orientação para a família e paciente quando ao prognóstico e o seguimento médico até a puberdade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ridley CM, Frankman O, Jones ISC, Pincua SH, Winkinson EJ. New nomenclature for vulvar disease: International society for the study of vulvar disease. *Human pathology*. 1989;20:495-50.
- Funaro D. Lichen sclerosus: a review and practical approach. *Dermatol Ther*. 2004;17(1):28-37.
- Almeida JAM, Ramos LO, Bastos AC, Carvalho FM. Vulvar Dystrophy in Childhood. Clinical and Diagnostic Aspects. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*. 1996;18(5):393-8.
- Krysiak R, Gdula-Dymek A, Bednarska-Czerwiska A, Okopie B. Growth hormone therapy in children and adults. *Pharmacol Rep*. 2007 Sep-Oct;59(5):500-16.
- Morgan T. Turner syndrome: diagnosis and management; *Am Fam Physician*. 2007 Aug 1;76(3):405-10.
- Cooper SM, Gao XH, Powell JJ, Wojnarowska F. Does treatment of vulvar lichen sclerosus influence its prognosis? *Arch Dermatol*. 2004;140(6):702-6.
- Araujo MMV, Souza MCB, Azevedo LMS, Simoes PM. Líquen Escleroso Vulvar na Infância e Adolescência. *Ginecologia e Obstetria*. 1994;3(5):99-103.
- Powell J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosus: an increasingly common problem. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:803-6.
- Friedrich Jr EG, Kalra PS. Serum levels of sex hormones in vulvar lichen sclerosus, and the effect of topical testosterone. *N Engl J Med*. 1984;310(8):488-91.
- Val I, Almeida G. An overview of lichen sclerosus. *Clin Obstet Gynecol*. 2005;48(4):808-17.
- Meyrick Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH, Black MM. Lichen sclerosus et atrophicus and autoimmunity—a study of 350 women. *Br J Dermatol*. 1988;118(1):41-6.
- Shelley WB, Shelley ED, Amurao CV. Treatment of lichen sclerosus with antibiotics. *Int J Dermatol*. 2006;45(9):1104-6.
- Neill SM, Tatnall FM, Cox NH. Guidelines for the management of lichen sclerosus. *Br J Dermatol*. 2002;147(4):640-9.
- Gibbon KL, Bewley AP, Salisbury JA. Labial fusion in children: a presenting feature of genital lichen sclerosus? *Pediatr Dermatol*. 1999;16(5):388-91.
- Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K. Pimecrolimus for the treatment of vulvar lichen sclerosus in a premenarchal girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004;17(1):35-7.
- Smith YR, Haefner HK. Vulvar lichen sclerosus: pathophysiology and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5(2):105-25.
- Bornstein J, Heifetz S, Kellner Y, Stolar Z, Abramovici H. Clobetasol dipropionate 0,05% versus testosterone propionate 2% topical application for severe vulvar lichen sclerosus. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178:80-4.

CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Almeida  
josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÃO

1. Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina da USP. Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
2. Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina da USP. Chefe do Setor de Patologia Vulvar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

## Programe-se

### XII Congresso Brasileiro da SOGIA.

Será realizado no **Maksoud Plaza Hotel em São Paulo, de 28 a 30 de Junho de 2012**, o XII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, evento maior da SOGIA-BR.

### Congresso ALOGIA 2013

Na última assembleia da ALOGIA, durante o Congresso de 2011 em Santiago do Chile, foi escolhido o Peru como sede do próximo congresso em 2013. Estaremos atualizando aqui as notícias sobre o mesmo. Desde já conclamamos a todos a comparecer no referido congresso, visitando esse lindo País.

## Título de Qualificação em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência 2012

### Edital

Durante o XII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, de 28 a 30 de Junho de 2012 em São Paulo-SP, será realizado concurso para obtenção de **Título de Qualificação** em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência. O concurso constará de prova escrita e avaliação do Currículum Vitae.

A prova escrita constará de 40 questões na forma de teste de múltipla escolha com uma única resposta correta.

O Currículum será analisado pela comissão examinadora e deve comprovar a efetiva experiência (estágio, atuação em Serviço Específico, publicações) do candidato, na área da tocoginecologia da infância e adolescência.

Para conseguir aprovação o candidato deverá alcançar a nota mínima sete, na escala de zero a dez. A prova escrita corresponde a 60% e a análise curricular 40% da nota final.

A ficha de inscrição (disponível no site do congresso) deverá ser encaminhada devidamente preenchida e acompanhada do comprovante de depósito do valor correspondente à taxa de inscrição (Banco Bradesco agência 498-7 CC 58853-9), pelo fax (11) 3088-2971, até o dia 20/06/12, bem como a documentação exigida no item pré requisitos. Os originais dos documentos deverão ser apresentados à comissão examinadora no local da prova.

Fazem parte deste Edital:

- A – Os pré-requisitos que permitem a inscrição para o concurso.
- B – Lista de 37 pontos dos quais serão extraídas as questões da prova.

**A - Pré-requisitos**

Para efetuar a inscrição o candidato terá que comprovar:

1. Ser sócio da SOGIA-BR, quite com as taxas de anuidade até 2011.
2. Estar regularmente habilitado pelo CRM, com anuidade paga.
3. Ser portador do TEGO.

**B - Lista de pontos**

1. Embriologia e anatomia do aparelho genital feminino
2. A consulta ginecológica na infância
3. A consulta ginecológica na adolescência e a ética médica
4. Vulvovaginite na infância
5. Sinéquias dos pequenos lábios
6. DST na infância e adolescência
7. Sangramento genital na infância
8. Crescimento, desenvolvimento e puberdade normal
9. Puberdade precoce e puberdade tardia
10. Sangramento uterino anormal na adolescência
11. TPM e dismenorréia na adolescência
12. Amenorréia primária
13. Amenorréia secundária na adolescência
14. Malformações genitais
15. Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS)
16. A sexualidade na infância e adolescência
17. Abuso e violência sexual na infância e adolescência
18. Síndromes adrogênicas
19. Síndrome dos ovários policísticos
20. Processos inflamatórios da mama
21. Tumores da mama na adolescência
22. Alterações do desenvolvimento e malformações da mama
23. Tumores do trato genital inferior em crianças e adolescentes
24. Tumores do trato genital superior em crianças e adolescentes
25. Anticoncepção na adolescência
26. Epidemiologia da gravidez na adolescência
27. O risco obstétrico na adolescente
28. O aborto na adolescência
29. Assistência Pré-Natal na adolescente
30. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência
31. Aspectos nutricionais da gravidez na adolescência
32. DHEG na adolescente
33. Trabalho de parto prematuro na adolescente
34. Restrição de crescimento intra-uterino em adolescente
35. Assistência ao trabalho de parto e parto na adolescente
36. A mãe adolescente e amamentação
37. Puerpério e planejamento familiar da adolescente

# Delegados da SOGIA-BR

## RIO GRANDE DO SUL

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

## SANTA CATARINA

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

## MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz tatianasc@terra.com.br

## DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

## SÃO PAULO

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

## RIO DE JANEIRO

Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br  
Elaine Pires elainepiresba@yahoo.com.br

## ESPÍRITO SANTO

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

## MINAS GERAIS

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

## BAHIA

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

## CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães mariadelourdes@uol.com.br

## MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

## Normas e instruções para publicação em nossa revista

### Instruções aos autores

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

Os trabalhos devem ser encaminhados preferencialmente por e-mail [sogia@sogia.com.br](mailto:sogia@sogia.com.br) com cópia para [josealcione.almeida@gmail.com](mailto:josealcione.almeida@gmail.com) acompanhados de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR. Quando for encaminhado pelo correio deve ser gravado em CD com duas cópias em papel, para o endereço da SOGIA constante na primeira página da Revista.

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

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

A revista publica artigos nas categorias Artigo Original, Artigo de Revisão e Relato de Caso. Uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

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

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

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

Todos os trabalhos publicados passam a ser propriedade da revista.

### Normas para publicação em nossa revista

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