

ISSN 1981-7274



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

ANO 13 - Nº 1  
JAN/FEV/MAR  
2012

# REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- O SIGNIFICADO DO ENVOLVIMENTO COM A PRÁTICA DELITIVA SOB A ÓTICA DO ADOLESCENTE
- VAGINOPLASTIA. REVISÃO DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS
- TUMOR DE OVÁRIO NA INFÂNCIA



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

**28-30 DE JUNHO DE 2012**

MAKSOLID PLAZA HOTEL - SÃO PAULO - SP

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





## SUMÁRIO

EDITORIAL ..... 2

### ARTIGO ORIGINAL

O Significado do Envolvimento com a Prática Delitiva Sob a Ótica do Adolescente..... 3

### ARTIGO ATUALIZAÇÃO

Vaginoplastia. Revisão das Técnicas Cirúrgicas..... 12

### RELATO DE CASO

Tumor de Ovário na Infância ..... 19

## 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)

#### 2º Tesoureiro:

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  
[romycastr01@hotmail.com](mailto:romycastr01@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)



Nesta Edição da nossa Revista no espaço do Editorial está sendo reproduzido na íntegra a matéria publicada na Edição 285 9/2011 do Jornal do CREMESP

## FAZENDO O QUE O MEC DEVERIA FAZER

E  
D  
I  
T  
O  
R  
I  
A  
L

### “AS MÁS FACULDADES FORMAM MAUS PROFISSIONAIS E O MEC OFICIALIZA SEUS DIPLOMAS”

Não adianta ao Cremesp apenas punir e por vezes, juntamente com o CFM, até banir da profissão os maus médicos. Lutamos pela formação acadêmica adequada no país, isto é, evitando os erros médicos inerentes às deficiências das faculdades que formam os maus profissionais. Muitas delas são criadas e mantidas por conchavos políticos e interesses financeiros escusos. E o MEC, a quem caberia controlar efetivamente a qualidade do ensino, fecha os olhos a essas mazelas e não cumpre sua obrigação.

Sabemos que nas escolas médicas são raras as reprovações de alunos. O controle interno não é feito e eles se formam sem o conhecimento exigível para um bom exercício profissional. Caberia ao MEC exercer uma fiscalização externa na formação desses médicos, porém isso também não ocorre. Ao contrário, age na contramão, pois além de não fechar as ruínas, constantemente autoriza a criação de novas faculdades, em locais sem mínimas condições técnicas.

As más faculdades formam maus profissionais e o MEC oficializa seus diplomas. Depois, em função cartorial, cada Conselho Regional os registra e fornece as credenciais que permitem que tais médicos exerçam a profissão em cada Estado. Só a partir de então os Conselhos podem controlar a atuação profissional, em função dos erros e das desgraças a que a saúde das pessoas é submetida.

O Cremesp tem gasto parte do dinheiro arrecadado das anuidades dos médicos paulistas para realizar, de forma imparcial, honesta, justa e categórica, uma avaliação externa dos médicos que se formam em Medicina em SP, o Exame do Cremesp. E denunciado os resultados insatisfatórios dessas avaliações. Só não enxerga quem não quer ver. Se isso acontece no Estado mais rico da União, parece óbvio o que ocorre nos demais.

Estamos em diálogo com as escolas médicas, levando até elas nossa proposta de ampliação do Exame do Cremesp para alunos que terminam o segundo, quarto e sexto anos. Continuaremos insistindo, apesar da oposição dos que julgam que têm a perder com os resultados de nossa atuação, procurando constantemente aprimorar os métodos de avaliação.

Carlos Alberto Herrerias de Campos  
*Diretor primeiro-secretário do CREMESP*



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

# O SIGNIFICADO DO ENVOLVIMENTO COM A PRÁTICA DELITIVA SOB A ÓTICA DO ADOLESCENTE

## *THE SIGNIFICANCE OF INVOLVEMENT WITH THE CRIMINAL OFFENSE PRACTICE FROM THE PERSPECTIVE OF ADOLESCENT*

NEUSA FRANCISCA DE JESUS

### RESUMO

Este artigo resulta de um estudo que teve como objetivo identificar e analisar as percepções de adolescentes em conflito com a lei sobre o seu envolvimento com a criminalidade, desenvolvido entre 2009-2011. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas em profundidade, orientadas por um roteiro semi-estruturado, tendo como informantes-chave e sujeitos 20 adolescentes do sexo masculino, de 15 a 18 anos de idade, reincidentes, cumprindo medida socioeducativa em uma unidade da Fundação Casa – São Paulo-SP. A revisão bibliográfica aborda aspectos e dimensões diversos relacionados ao constructo teórico, com base nas principais teorias internacionais e nacionais que tangenciam o objeto de estudo. As análises orientaram-se pelo método da análise de conteúdo em Bardin (2002), identificando o contexto em que se deu o início da prática de delitos e de que maneira os informantes-chave associam infância, fatos, acontecimentos, relações, condições socioeconômicas ou outros elementos com o envolvimento com a criminalidade. Constatou-se que as percepções dos adolescentes sobre o seu envolvimento com o ato infracional, na condição de fenômeno social, estão associadas a três categorias: 1) a percepção sobre o envolvimento com o crime aportado nas estruturas sociais; 2) a percepção sobre o envolvimento com o crime aportado na emoção; 3) a percepção sobre o envolvimento com o crime aportado na representação. Conclui-se que, em decorrência da criminalização social e criminal, os adolescentes constroem suas percepções assumindo que estão envolvidos com a criminalidade, em que pese que se posicionem de maneira diversa em relação a esse processo.

**Palavras-chave:** Adolescente em conflito com a lei. Criminalidade. Ato delitivo. Percepção. Prática delitiva.

### ABSTRACT

This article results from a study that aimed to identify and analyze the perceptions of adolescents in conflict with the law on their involvement with crime, carried out between 2009-2011. The research was conducted through in-depth interviews guided by a semi-structured script, involving 20 male adolescents as key informants and subjects, aged from 15 to 18 years old, relapsing, serving it in a socio-unit of the Fundação Casa - São Paulo-SP, Brazil. The literature review discusses various aspects and dimensions related to the theoretical construct, based on major international and national theories that the tangent object of study. The analyzes were guided by the method of content analysis of Bardin (2002), identifying the context in which they gave the beginning of the commission of offenses and how key informants associate with childhood, facts, events, relationships, socioeconomic status or other elements involved in crime. It was found that adolescents' perceptions about their involvement in the offense, as a phenomenon in society, are associated with three categories: 1) the perception of involvement in the crime grounded in social structures, 2) the perception on involvement with the crime grounded in emotion, 3) the perception of involvement in the crime grounded in representation. It is concluded that, due to the social and criminal criminalization, adolescents build their perceptions assuming they are involved with crime, despite that they position themselves differently in relation to this process.

**Key Words:** Teen offender. Crime in Adolescence. Minor offender. Adolescence and Crime. Perception.

## INTRODUÇÃO

A questão do envolvimento de adolescentes com práticas de delitos constitui motivo de preocupação em muitos países ocidentais. Esta preocupação tem raízes no aparecimento cada vez mais precoce deste tipo de envolvimento<sup>1</sup> e no maior número maior de adolescentes envolvidos nas práticas delitivas<sup>2</sup>. Esse fenômeno tem se intensificado nos Estados Unidos, Canadá e em vários países europeus, como Alemanha, França, Itália e Inglaterra.

Há, efetivamente, inúmeros estudos que incidem sobre o envolvimento dos adolescentes com práticas delitivas. Em que pese essas contribuições, a expectativa é a de que já tivéssemos avançado numa maior compreensão sobre a evolução deste fenômeno no tempo e nos processos aí implicados. Verifica-se a tendência política e social de agir sobre a materialidade do problema, sem, no entanto, buscar desvendar sua complexidade. Para a efetividade de políticas públicas dirigidas a este segmento social é imprescindível que avancemos em direção ao desvelamento da questão.

É neste contexto que se expressa a relevância deste estudo que tem como objetivo de identificar e analisar quais são as formas de percepção que o adolescente tem do seu envolvimento com a criminalidade e a que ele atribui esse envolvimento. Buscou-se analisar contextos e processos que possibilitam a sua recorrente presença em situações de (re) produção da criminalidade, identificar os atos delitivos e os significados dados a eles, pelos sujeitos.

Partiu-se do pressuposto de que para conhecer a dimensão de um determinado fenômeno social é importante considerar a percepção dos sujeitos envolvidos na problemática. Aqui emergem os pilares nos quais ancoramos o presente estudo: a compilação das teorias recentes voltados para a compreensão do objeto e um inventário pertinente das teorias mais recentes no cenário brasileiro, sobre a temática em questão.

Considerou-se, também, que a criminalidade, enquanto fenômeno circunscrito à violência, embora não se traduza como um problema específico da área da Saúde, também<sup>3</sup> afeta diretamente este campo<sup>4</sup>. A Organização Pan-Americana da Saúde (1993) em seus últimos estudos expressa que as práticas de violência adquiriram um caráter endêmico, se transformando num problema de saúde pública. Desse modo, confluem para o campo da Saúde todos os corolários da violência e novas problemáticas, exigindo a reorganização tradicional dos seus serviços tanto os de natureza preventiva quanto os de caráter curativo e a sua integração pública com a justiça, a segurança pública, a educação, a assistência social e na produção científica.

O presente artigo está estruturado em quatro sessões. Nesta primeira sessão, foi sinalizado o contexto na qual a problemática ocorre e os objetivos a que foram submetidos à pesquisa. Na segunda sessão, com base em referencial teórico diversificado, pretende-se contribuir para o alargamento do conhecimento das bases teóricas do delito, numa perspectiva crítica. Na terceira sessão serão apresentados casuística e método. Na quarta sessão, composta por dois itens, far-se-á a descrição pormenorizada dos resultados e das análises. E, por fim, as considerações pertinentes ao objeto estudado.

## A ABORDAGEM DA CRIMINALIDADE E CRIMINALIDADE ADOLESCENTE

As abordagens teóricas sobre o delito na vida do adolescente são construções sócio-históricas e têm sido desenvolvidas nos mais variados campos da ciência e sob as mais variadas perspectivas. As teorias mais recentes da criminologia contemporânea têm exercido uma influência peculiar nas argumentações sobre o envolvimento dos adolescentes com a criminalidade: (i) na teoria do controle social a ênfase é dada nas razões que levam os indivíduos a se absterem de cometer crimes<sup>5</sup>. O pressuposto é de que o engajamento em atividades institucionais e a crença nos valores convencionais inibem práticas de crimes; (ii) a teoria da escolha racional presume que o indivíduo tem a capacidade de fazer escolhas racionais em que confronta os potenciais ganhos, o valor da punição, as probabilidades de detenção e o custo da oportunidade de cometer crime<sup>6</sup>; (iii) a teoria do interacionismo simbólico defende que o indivíduo desenvolve atitudes estereotipadas na relação com os outros, por meio de papéis estabelecidos de forma interativa<sup>7</sup>. Destacam-se as teorias de auto-representação<sup>8</sup> e da delinquência associada à vivência com grupos de pares<sup>9</sup>. As críticas a estas teorias são a de que na linha da perspectiva positivista, as análises se voltam sobre o agressor e sobre os determinantes individuais do crime<sup>10</sup>.

No Brasil, a emergência da criminalidade como campo de produção de conhecimentos é datada da década de 1980 e caracterizou-se como uma abordagem mais política, menos social e técnica. Os primeiros estudos analisaram a correlação causal entre pobreza e crime. Creditava-se que as condições sociais precárias e ausência de políticas sociais levariam o indivíduo ao comportamento transgressor<sup>11</sup>. Um novo deslocamento nas pesquisas sobre criminalidade no país localiza-se após 1990, dando ênfase a novos elementos explicativos e relacionando-os a um conjunto de fatores: adolescência; padrão de socialização; abandono; vitimização psicológica, física

e sexual; relação com familiares e parceiros com envolvimento com o crime e a influência das drogas<sup>12</sup>.

No bojo desta produção, alguns estudos passaram a explicar esse envolvimento pela busca da identidade<sup>13</sup>; pela tendência por comportamento de risco e o desejo de onipotência<sup>14</sup>; pela busca de modelos de identificação; pelo apelo a segurança e estima pessoal, que recorre aos grupos de iguais e submetem-se às suas regras e aos seus ritos de iniciação<sup>15</sup>; valorização de determinados objetos que têm valor simbólico para a sociedade<sup>16</sup>.

Sob níveis de vulnerabilidade intensos e condições psicológicas precárias, afirma-se que o processo da busca da identidade passa pelo *ethos* da masculinidade, através do poder e *status* que se concretiza pelo uso de armas de fogo<sup>17</sup>. Os adolescentes buscam reconhecimento, poder e visibilidade social,<sup>18</sup> simbolizando virilidade (a facilidade de conquistar “meninas”) e incidindo sobre o imaginário do adolescente\*. O consumo de drogas e à ausência de oportunidades no mercado formal de trabalho são considerados elementos importantes para a compreensão desse fenômeno<sup>19</sup>. Outras dimensões são também aí consideradas: territorial e étnica.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

As questões norteadoras deste estudo conduziram a uma abordagem metodológica qualitativa e descritiva. Para atender a este propósito e tomando por base a complexidade da problemática, a escolha da percepção social como abordagem metodológica da pesquisa, mostrou-se especialmente adequada na medida em que este recurso possibilita a compreensão científica de um ato e de atitudes<sup>20</sup> e permite a interpretação de situações de impacto emocional, sentimentos, ideias, comportamentos, emoções<sup>21</sup> e relações que a envolvem.

Como instrumento de investigação, utilizou-se a entrevista em profundidade, com roteiro composto por 08 questões semi-estruturadas. A população amostra foi de 20 (vinte) adolescentes do sexo masculino, com idade entre 15 a 18 anos, reincidentes, cumprindo medida de internação na Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente – Fundação Casa.

Na organização dos dados e no processo de análise das informações, utilizamos a técnica de análise temática proposta por Bardin (2002)<sup>22</sup>, constituindo-se de três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação. Isto implicou a leitura,

a organização e a sistematização dos dados coletados, o que possibilitou à identificação de situações, acontecimentos, sentimentos, discursos e argumentos.

A análise por categorias buscou qualitativamente a presença de determinados temas e seus significados. As informações coletadas foram agrupadas, categorizadas, analisadas e relacionadas de acordo com o apoio do referencial bibliográfico. As informações foram estruturadas em diversas categorias, que progressivamente foi dando sentido e coerência entre os discursos e a cada discurso em si, aliada à coerência interna de cada categoria e à diferenciação entre cada uma delas, dando pertinência aos discursos. A análise do conteúdo permitiu que a ordenação das percepções em 03 categorias, que serão apresentadas na sessão seguinte.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O que dizem os dados iniciais da pesquisa sobre os sujeitos

Este item analisa os dados dos entrevistados relacionados à idade, procedência, escolaridade, trabalho, família, drogas e delitos. A nossa compreensão é que qualquer tentativa de traçar um perfil desses adolescentes é, em certa medida, questionável. Neste sentido, tratou-se de apresentar os dados mais significativos da vida dos informantes-chave.

Com relação à *idade*, no momento da realização das entrevistas, 05 estavam com 17 anos; 06 com 16 anos e 01 com 15 anos. Os dados revelam que a maior incidência encontra-se na faixa etária de 16 a 17 anos de idade.

Quanto à *procedência* dos entrevistados, 60% são procedentes da Capital, 25% da Baixada Santista e 15% do Interior. Estes dados mostram que apesar do direito à convivência familiar e comunitária preconizados pelas leis vigentes, 40% dos adolescentes estão fora dos municípios de origem.

A análise do *nível de escolaridade* revela que a totalidade teve acesso à escola pública e nenhum deles concluiu a formação escolar. 09 deles não ultrapassaram o nível Fundamental I. Do total, 09 frequentam o Ensino Fundamental e 03, o Ensino Médio. Apenas uma pequena parcela não apresentou *deficits* educacionais por reprovação (12%). Ao relatarem sobre desempenho escolar, 55% avaliaram seu *desempenho escolar* como péssimo; 25% como regular, 15% como bom e 5%, ótimo, demonstrando uma profunda crise de eficácia socializadora da educação escolar na sociedade brasileira.

Os dados relacionados ao *tipo de família* dos informantes-chave demonstram que o tipo monoparental (feminino) dispõe de percentuais mais relevantes, representando 85%,

\* O mundo criminal é “extremamente sexuado e viril e consumista” (ZALUAR, 1994, p.23).

seguido de 10% do tipo família reconstituída e 5%, do tipo biparental. Com relação à *composição familiar*, em média, cada participante possui 03 (três) irmãos, somente um deles, é primogênito.

A partir das análises realizadas, os dados sobre com quem os *entrevistados moraram a maior parte de sua vida*, aparecem da seguinte forma: 65% morou mais tempo com mãe e irmãos; 15% com pai; 10% com mãe, padrasto e irmãos; 5% pai e irmãos e 5% com avó.

Sobre as *práticas laborativas*, 25% dos participantes responderam afirmativamente, ter passado entre uma a três atividades laborativas (ajudantes de pedreiros, de jardinagem e caseiro). Essas atividades podem ser caracterizadas como pontuais, sem vínculo empregatício.

Tomando como referência o momento da última apreensão que culminou com a internação atual, do total de adolescentes entrevistados, 70% moravam com a mãe, 10% com mãe e padrasto, 10% com o pai; 5% residem com outros; 05% com pai e mãe.

Entre os adolescentes entrevistados, 90% afirmaram serem usuários de *substâncias psicoativas* e 10% não as utilizam. O álcool é a droga mais utilizada por 85% e, destes, 65% usavam com frequência. No segundo plano, surgem às drogas ilícitas: a maconha aparece usada por 68% e frequentemente a cocaína por 55%. À distância, foi constatado o uso do craque por 3% e 2% no uso de inalantes. Não foram identificados índices de uso de medicamentos psicotrópicos.

Na amostra estudada foram identificados 11 (onze) tipos de delitos que caracterizam a prática infracional dos entrevistados. 75% deles, ao *iniciar a prática de pequenos furtos e roubos* ainda frequentavam a escola. Porém, no momento da primeira apreensão, 16 deles (80%) se encontravam fora da escola. Os números concentram-se em torno de dois tipos de delitos: roubo e tráfico de drogas, tendo como grande destaque, o roubo. Os dados indicam proeminência dos delitos relacionados ao tráfico de drogas. 85,0% dos entrevistados tiveram suas primeiras apreensões motivadas por roubo ou tráfico de drogas.

Considerando as percepções a respeito do contexto em que iniciaram as práticas infracionais, furto e roubo, configuraram-se como rito de entrada na prática infracional

### O envolvimento com o ato delitivo - as percepções e significados atribuídos pelos adolescentes sobre o envolvimento com a criminalidade

A partir do enfoque da percepção social de Bardin (2002), os discursos dos entrevistados foram organizados por meio

de um processo de agrupamento por classificação, reunindo os discursos cujos conteúdos apresentaram semelhanças e, posteriormente, construindo os diferentes agrupamentos de significação em três categorias: (i) as percepções sobre o envolvimento com o delito ancorado na estrutura social; (ii) as percepções sobre o envolvimento com o delito ancorado na emoção; (iii) as percepções dos entrevistados sobre o envolvimento com o delito ancorado na auto-representação.

- **A percepção sobre o envolvimento com o delito ancorado na estrutura social**

A percepção sobre o envolvimento com o delito ancorado na estrutura social foi um argumento utilizado por alguns dos entrevistados, expressados pelos seguintes núcleos figurativos: governo, política, pobreza, trabalho, dinheiro, miséria, desemprego, abandono, fome, salário. No plano simbólico, a representação desses núcleos figurativos revela além de situações vivenciadas pelos adolescentes, imagens projetadas pela mídia de massa, uma tendência de estabelecer relação causal entre crime e estrutura social.

ZKM aborda a questão pela via das desigualdades sociais e da concentração de renda: “O princípio do nosso envolvimento com a criminalidade vem do próprio governo. Falta trabalho e tem muita pobreza. Tem muita gente que tem, outros nada tem. Quem tem muito não vai lhe fazer falta”. Outro aspecto que compõe a moldura desta linha de pensamento é a precarização do emprego e dissolução das relações de trabalho, presente no relato PJS: “Aos 14 anos percebi que tinha que ajudar minha mãe. Tentei arrumar trabalho, mas não consegui. Como ajudante e entregador de panfletos, só ganhava mixaria. Comecei a vender e descobri como ganhar dinheiro fácil. Aí me acomodei”.

A percepção de MTV sobre o seu envolvimento com o delito reporta as condições de sobrevivência: “Não posso depender de ninguém da minha família, eu tenho que pensar em mim, pensar em minha independência, porque eu nunca dei sorte com trabalho. Vou ficar na miséria e no abandono?”.

CSV também parte da noção de crime como fenômeno estrutural, argumentando sua prática delitiva pelo viés da degradação das condições de vida: “Traficava porque precisava mesmo, porque senão eu não tinha começado esta vida. Comecei nesta vida do crime porque precisei mesmo, vivia na pobreza, na minha casa sempre faltou coisas, tem muitos aí que tem muito dinheiro”.

Essas percepções trazem as marcas de suas vivências. Os entrevistados atribuem às dimensões econômica, política e cultural o envolvimento com o ato infracional, designando-o como um fato social. Ao simbolizarem a prática delitiva



a partir das relações que se estabelecem com os fatores estruturais, nomeadamente com as classes sociais, percebem-na como um fenômeno social radicado no espaço público e nas interações sociais.

Uma das perspectivas tradicionais para explicar a violência e a criminalidade no Brasil, é a que estabelece a relação pobreza e crime. Esta tendência, antiga no imaginário social, adquire status moderno no final do século dezenove em demonstrar sua efetividade causal. Essa associação entre pobreza e criminalidade revela a persistência das teorias sobre periculosidade que tiveram em realce na Europa nesse mesmo século e influenciaram os meios judiciais no Brasil, vinculando a figura do pobre a do criminoso em potencial.

Essa modalidade interpretativa que sustenta a tese da relação de causalidade entre pobreza e criminalidade apresenta limitações, uma vez que têm por base somente a dimensão econômica da vida social, uma lógica explicativa do dualismo estrutural. Zaluar (2003)<sup>23</sup> assevera que, ao concentrar suas argumentações nas condições de vida da população pobre como fundamento explicativo do comportamento anti-social, esta linha de pensamento constrói para si mesma uma armadilha, pois chama a atenção para os pobres, segmento este mais exposto às pressões condutivas ao desvio e à criminalidade, portanto, mais sujeito à inspeção policial.

Paixão (1990),<sup>24</sup> adverte que embora possamos admitir que as crises econômicas e sociais possam ser associadas ao avanço de determinados tipos de crime, a equação não se explica pela relação direta e imediata entre a baixa renda e a criminalidade. A defesa da associação entre crime e pobreza, além de tratar o crime por meio de uma abordagem simplificada e restrita, termina por inscrever-se em um relato mítico, produtora de crenças e percepções sociais limitadas do fenômeno criminoso.

- **As percepções sobre o envolvimento com o ato delitivo ancorado na emoção**

Os discursos dos entrevistados que argumentaram o envolvimento com a prática delitiva ancorados na emoção, o fizeram utilizando-se dos seguintes núcleos figurativos: sedução, adrenalina, emoção, ódio. O traço forte dos discursos é considerar a emoção como algo intrínseco a atividade transgressora. Baseando-nos nas reflexões apontadas pela literatura pesquisada, tornou-se possível identificar nas percepções dos informantes-chave, a influência das emoções nesse tipo de envolvimento.

A abordagem desta categoria analítica privilegiou o conceito de emoção de González Rey (2003)<sup>25</sup> que possibilitou estabelecer configurações das percepções dos entrevistados cujos argumentos foram construídos com base na emoção.

González Rey (2003, p.35)<sup>26</sup> conceitua emoção como “um sistema de registro pelo qual o sujeito consegue mobilizar-se subjetivamente para o desenvolvimento de uma atividade”. O autor parte da ideia de que a emoção direciona as ações e pensamentos na relação interpessoal, pois exerce uma função orientadora num contexto de decisões necessárias que o sujeito deva tomar. Ao mesmo tempo, cumpre um papel decisivo na regulação dos sentimentos, posto que, fornece condições para que o sujeito realize suas ações.

Desse modo, torna-se necessário contextualizar as ações e entendê-las dentro dos contextos culturais específicos e analisar os discursos e a linguagem e tomá-los como práticas sociais, à medida que as emoções sofrem influências das determinações sociais. Para ele, não há uma relação causal entre emoção e ação, visto que a emoção comporta um alto grau de imprevisibilidade. Nesse domínio, González Rey (2005, p. 245) realça a “necessidade” como o estado afetivo que aparece pela integração de um conjunto de emoções de diferentes procedências no curso de uma relação ou de uma atividade realizada.

González Rey (2002, p. 245)<sup>27</sup> assevera que “enquanto discutimos uma certa emoção, nós sempre identificamos a necessidade sobre a qual se baseia a emoção”. As “necessidades” assumem, uma dimensão genérica e abrangente que pode ser considerada como um sentimento, intenção, desejo, projeto ou estilo de vida, que envolve exigências valorativas e que motiva o comportamento humano para a busca incessante de bens materiais ou simbólicos. Assim, “toda atividade ou relação implica o surgimento de um conjunto de necessidades para ter sentido para o sujeito” (*id,ib, p.246*).

A relação entre prática delitiva e a busca de emoções pode ser observada no relato de WSP: “A primeira vez que fumei um baseado, gostei. Meus primos, quando eu era pequeno, dizia: você vai ser um criminoso. Via revólver e comecei a gostar. Comecei a andar junto com eles e comecei a me envolver também. Era minha vida, era emoção”.

NES trabalha com a assertiva de que tanto o seu envolvimento com o ato delitivo quanto os de outros adolescentes se alicerçam na emoção: “a maioria vai pela emoção, emoção mesmo. Outros vão pelo respeito que consegue na vida do crime. Outros pela necessidade, mas são poucos que se envolvem porque passa fome ou porque quer comprar tênis, bicicleta. No duro é emoção, adrenalina”.

O autor pontua que o sujeito pode ou não ter consciência desse processo, mas o fato é que exerce sobre este indivíduo, certa sedução irresistível. A fala de ASW sinaliza esta assertiva: “Posso até trabalhar, mas não consigo parar. Depois a gente cansa de trabalhar. Não tem emoção. Vou continuar quando sair daqui”.

Essa dimensão é também apontada por VPF ao narrar um trecho de sua história:

comecei a ficar com as meninas e foi nesta época que comecei a roubar mais ainda para ficar com elas. Tem moleque que passa fome. Têm outros que tem tudo, mas não tem atenção. Mas eu acho que a maioria vai pela emoção de ser bandido. A arma dá muita fantasia e a gente cai”.

A perspectiva colocada pelo autor de que é a emoção que define a disponibilidade dos recursos subjetivos para atuação dos sujeitos, pode ser identificada nas falas seguintes: “ninguém influencia na nossa decisão, a gente é que decide. Nem as menina não influencia na nossa decisão. Não tive necessidade de entrar para o crime. Entrei no crime por emoção. Crime é emoção” (CGP). O relato de VBG caminha na mesma direção: “descobrir que o roubo dava emoção e não sai mais. Dormia muito fora de casa, por causa da droga. Também dormia em casa de amigo. Eu saía muito de casa pra dormir fora. Isto foi me ajudando a estruturar a minha vida do crime e vi que faço por emoção”.

Essa perspectiva é referendada, também, pelas percepções de MBC e TBS que traduzem a emoção pela sedução ao ato ilegal, ilícito, e que provoca o sentimento de pertencimento a um “mundo”, de reconhecimento (‘ter conceito’) e de controle sobre ele. “Tô no crime pela emoção, curtidão, adrenalina. Não digo que não vou pelo dinheiro, também precisava de dinheiro para ir pros lugares, mas a sedução é emoção é forte. O cara do crime é respeitado e é a gente que domina os lugar” (TBS).

Emoção, a gente vai ficando cada vez mais envolvido, passa fazer parte de sua vida. Ninguém planeja, acontece é por emoção. É mais forte que nós porque tem muita emoção. (...) Quem domina a periferia somos nós, do tráfico. (...) A gente é apresentado: este pessoal aqui é gente de peso (MBC).

Nessas circunstâncias, a ética que informa a opção por esse tipo de vida não é econômica, mas hedonista e voraz, socioeconômica e utilitarista. Para FBG “a causa principal é a emoção, o cara quer ter um conceito. Além disso; mulher, carro, moto. Mas não me importo com nada disso, vale tudo. O que ganho gasto, dou pras meninas, dou pros outros. Mas você tem todo respeito”.

Não estamos no mundo do crime por dinheiro. Mas viver com constrangimento e a humilhação de ser pi-

sado diante das pessoas que tem com o que viver é muito sofredor. (...) Vivo do crime porque hoje penso que vivo dentro de uma coisa que te deixa mais seguro para viver nas bocadas, protegido, e todo mundo te conhece. SDM

O argumento utilizado por WLS para explicar o seu envolvimento com práticas delitivas é o de que “a vida do crime seduz, a sedução é muito grande. Acho que não dá para parar, tenho bastante anos no tráfico. (...) Vivo isto por emoção. O crime é emoção. Os caras vão lá e falam com moral: você agora virou bandido, agora você pode virar facção”.

PTO diz “Minha mãe me judiava muito. Roubava por ódio e descontava tudo nas vítimas. Quando roubava vinha ódio na minha cabeça. Não tenho arrependimento (...) tem emoção”.

Segundo (Misse, 2003, p. 13)<sup>28</sup> essas percepções expressam um valor cultural resultante de uma onipotência desenfreada que tende a se espalhar como “um efeito perverso da frieza, indiferença ou do ódio ao outro e do calculismo que precisa se desenvolver num universo onde a desconfiança dita às regras da sociabilidade cotidiana”.

Os discursos dos entrevistados explicitam processos complexos, argumentos marcados, sobretudo pela força dos eventos emocionais, geradores de um estado de desejo, de tensão, que mobilizam o sujeito, que criam experiências afetivas e se incorporam à ideia de que o adolescente tenha a necessidade implícita de alargar, dilatar o mundo em que vive.

Para González Rey, 2002, p.138), o reconhecimento deste adolescente como sujeito só pode ser pensado, segundo “quando há produção de sentido, quando há diferenciação e singularidade. Sem isso, o sujeito fica anulado por determinações objetivas externas” pois “nenhum sistema na história da humanidade foi capaz de neutralizar os sujeitos individuais, por mais que se tenha investido no progresso de sua domesticação” (*id, ib*, p.140).

As formas de totalitarismo dominante e o poder manipulador dos meios de comunicação dificultam a participação do sujeito como protagonista de seus pensamentos, impedindo-o de produzir novas opções para viabilizar projetos sociais de mudanças.

- **As percepções sobre o envolvimento com o ato delitivo ancorado na auto-representação**

A terceira categoria analítica decorrente das análises das percepções dos informantes-chave é ancorada na auto-representação e é expressa por meio dos núcleos figurativos: poder, reconhecimento, segurança, respeito. As percepções

os adolescentes vinculadas a esta categoria analítica compartilham um traço comum: o fato de regular a sua auto-identidade de modo que outros os percebam da forma por eles desejada.

O indivíduo que atua nesta direção é interpretado fundamentalmente como um ator que desempenha um papel social e que, ao desempenhá-lo, solicita implicitamente de seus observadores que o papel representado seja levado a sério, ou acreditem que, de fato, a atividade exercida por ele tem as consequências que habitualmente se acredita ter. As coisas são como aparentam ser e, portanto, ele possui os atributos que faz crer possuir. No limite, solicita que seu fenômeno seja identificado com a totalidade de seu ser.

Esta perspectiva foi idealizada por (Goffman, 1996),<sup>29</sup> como a teoria da auto-apresentação. O autor sinaliza que a finalidade de toda ação pública é a auto-apresentação e que o indivíduo recorre frequentemente a diferentes estratégias como modéstia, imagem lisonjeira de si próprio e outras, dependendo da situação em que se encontre.

A escolha por uma auto-apresentação “não conformista” (quebras de regras, desrespeitos às leis e valores), é vista como uma ação deliberada. Além de ser um recurso por meio do qual o adolescente consegue criar certa reputação, ela também é um requisito para se tornar membro de um grupo. Segundo este construto teórico, o indivíduo que escolhe a auto-apresentação “não conformista” tem maior chance de se envolver com o ato delitivo.

EJQ assume-se como um indivíduo “não conformista”. Vejamos: “O crime dá respeito. Quem é do crime, quando chega num lugar, as pessoas têm medo e respeito. (...) Tenho uma vizinha que brincava muito comigo, depois que comecei a roubar, ela passa e finge que não me vê, percebo que não é ódio, é medo. O criminoso se impõe”.

No discurso de EML tem-se a clara noção de que são os próprios indivíduos os protagonistas de suas próprias apresentações. “Antes queria me esconder porque era bandido. Hoje penso diferente. Porque a sociedade não respeita ninguém, nem está nem aí para ninguém. (...) O respeito só consegui no crime. Preso uma vez, será sempre bandido. É o preço que se paga pra viver com dignidade”.

Para Goffman 1983, p. 230–231 o indivíduo assume dois papéis sociais: o de ator, como um indivíduo atormentado fabricante de impressões envolvido na tarefa demasiado humana de encenar uma representação. De outro, a de personagem, como figura tipicamente admirável, cujo espírito, força e outras excelentes qualidades a representação tinha por finalidade evocar. É este conjunto que dá significado ao espetáculo que prosseguirá.

A percepção de TGV ilustra que o seu envolvimento com a criminalidade é uma escolha deliberada, quando diz: “Estou no crime porque me sinto estruturado. A gente vê os cara estruturado na vida, com respeito e dignidade e a gente também quer. (...) A escolha não é certa, mais é garantida. (...) É que juntos somos fortes”.

A palavra “estruturado” remete à percepção que o próprio entrevistado tem de si, vê-se a si próprio como “não conformistas”, como sujeitos que violam as regras e as leis e ao mesmo tempo, deseja que o perceba deste modo. O envolvimento com atos criminosos, como roubos, drogas, atos de violência e a notoriedade decorrente destas ações contribuem para que eles consigam estabelecer o seu estatuto entre os pares, é o que nos dá a entender o discurso de SDM: “Aprendi com os mais antigos que no crime você tem respeito. Como fazer certo, como ganhar respeito no crime. Ser respeitado pelos outros bandidos e onde a gente vive. (...) Quando a gente chega numa festa, os cara vão logo oferecendo bebida e comida de graça. (...) As meninas vem logo para cima de nós”.

O discurso de TGV ilustra que a relação com o ato delitivo promove visibilidade social. “A gente sai dos lugares sem pagar (bares, lojas, farmácia). Eles sabem que a gente anda armado. (...) Ter uma arma é sinal de respeito e poder. O cara sem arma, as meninas não acreditam nele. Você dizer matei, pus o cara para correr, aí todo mundo dá valor para o cara”.

Ao indicar o contexto da criminalidade com base em uma noção de visibilidade e reconhecimento, o indivíduo busca, não somente o sentido de suas ações, mas também explicitar a presença de uma auto-representação comum e objetiva. A fala de TGV indica: “Poder. (...) Estou preso, estou namorando uma menina e ninguém tem coragem de mexer com ela. Eu tenho esse poder. Nós seguimos uma ética que ninguém mexe com meninas de companheiros”.

Segundo Becker (1985)<sup>30</sup> a visibilidade social ocorre de diferentes maneiras: pela via do consumo, do crime, das transgressões ou das drogas e é adquirida por meio de uma audiência constante que lhe fornece um *feedback*. Essa teoria defende que tanto uma auto-apresentação deliberadamente “não conformista” quanto a conformista são difíceis de serem sustentadas sem a inserção num coletivo. A interação é o que impulsiona que dois indivíduos ou mais, estejam fisicamente em presença da resposta de um do outro.

Nesse contexto, os adolescentes morrem não apenas pelo controle dos pontos comerciais, mas igualmente pelos motivos que ameaçam o seu *status* ou a empáfia de quem ensaia afirmar sua virilidade. “Sou respeitado. Todos têm medo da gente. As meninas gostam. O cara tem respeito, tem moral. Falar que meteu bala, sequestrou, botou mão em 20 mil, 10

mil... (...) A gente passa a conhecer tudo na vida, a dominar tudo”. (MSJ).

Pode-se observar que, embora os conteúdos das falas se diferenciem, existem certos atributos arquétipos: poderoso, conhecido, respeitado, famoso, assediado e desejam de uma forma ou de outra, manter o seu estatuto. “Tentei mudar de vida. (...) Quem não tem envolvimento, nunca se envolveu com o crime é fácil, não vacila. Trabalha e espera um mês para receber e administrar o salário, é mais fácil, mas é muito difícil para quem está envolvido. O bagulho é embaçado...” (EML).

As compensações no plano do simbólico, da auto-estima, da luta pela notoriedade, da disputa na qual se liberam as agressividades, a ostentação do poder ou a busca da justificação, continuam a aparecer, porém com regras explícitas. Levando-se em conta que a auto-estima, a autoconsciência tem grande influência no comportamento, os defensores das teorias da auto-apresentação consideram que este construto teórico tem uma grande influência para o estudo do envolvimento dos adolescentes com a criminalidade.

## CONCLUSÕES - CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, com relação ao envolvimento do adolescente com a criminalidade, no Brasil, há consenso significativo quando se trata da afirmação da presença de fatores de risco (vulnerabilidade social, territórios socialmente marginalizados, níveis de desigualdades, a desqualificação e desvalorização da família (envolvendo desamparo, abandono e função). A tese defendida é a de que nenhum desses fatores isolados dá conta de explicar o fenômeno considerado. Por esta razão, esses estudos centram seus esforços nas análises das determinações políticas, econômicas, sociais e culturais.

O consenso é mais alargado quando da visão de que os pobres urbanos dispõem de acesso restrito ao consumo de bens simbólicos e materiais no interior dos centros urbanos organizados socialmente em torno das possibilidades econômicas e culturais dos sujeitos de direitos na luta por espaços na hierarquia social da cidade.

As percepções dos adolescentes sobre o seu envolvimento com práticas delitivas, deixam entrever uma recorrência: o ato delitivo é assumido durante o processo. A forma como cada um deles dá sentido aos seus atos é diferenciada e incorpora particularidades. Estas particularidades estão associadas aos seus grupos de pares, a mídia, a sociedade e a cultura e do senso comum.

As análises indicam que há um sentido de criminalidade, que é elaborado pelos entrevistados no momento da criminalização social e criminal de que são alvos. Isto ocorre por meio

do processo de deslocamento da transgressão para a subjetividade do transgressor e para a sua individualidade. É nesse processo complexo de incorporação de criminalização que suas identidades vão sendo construídas. É nesse sentido que a criminalização desses adolescentes pobres se caracteriza como um tipo danoso, vil e perverso. A reprodução desta tipificação começa a fazer sentido para a sociedade em geral, inclusive para o próprio indivíduo que transgredir.

Por conta deste processo de criminalização (criminalização do pobre), o adolescente assume uma atitude e vai construindo um tipo de comportamento que o transforma num indivíduo suspeito (linguagem, maneira de vestir, tipo de caminhar) e, muitas vezes, irreparável, convencido de que sua trajetória confirma que há uma tendência a praticar crimes, isto é, de seguir um curso (indesejável) de ação e começa adquirir a expectativa de que esse curso de ação tenha continuidade e permanência.

Do ponto de vista da ação para a compreensão e enfrentamento deste fenômeno, as propostas centralizam estratégias que apostam em novas formas de escuta, de prevenção e ação, buscando novas formas de fazer e gestar políticas públicas. Isto significa que as políticas públicas voltadas para este segmento privilegiem a educação, saúde, esporte, lazer, trabalho, outros como eixos de garantia de direitos e de prevenção primordial. Este é, provavelmente, um dos problemas mais desafiadores que as políticas públicas brasileiras terão que superar num futuro próximo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assis SG, Constantino P. Filhas do mundo – a infração feminina juvenil no Rio de Janeiro. RJ: Fiocruz, 2001.
2. Adorno S. et alii. “O adolescente e a criminalidade urbana em São Paulo”. Revista Brasileira de Ciências Criminais. São Paulo, IBCRIM, ano 6, n.23, setembro 2000.
3. Mello Jorge MH. violência como problema de saúde pública. Ciência e Cultura. São Paulo, v. 54, N. 1, 2002.
4. Minayo MCS & Souza ER. Violência para todos. Cadernos de Saúde Pública, 2006.
5. Hirschi T. Causes of delinquency. Los Angeles: University of California Press, 1969.
6. Becker G. Accounting for Tastes. Harvard University Press, 1985.
7. Matsueda RL. & Heimer K. A symbolic interactionist theory of role transitions, role commitments, and delinquency. New Brunswick: Transaction Publishers, 1997.
8. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. Tradução de Maria Célia Santos Raposo. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
9. Matza David. Come se diventa devianti. Bologna: Il Mulino, 1996.
10. Batista VM. Díficeis ganhos fáceis (drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro). Rio de Janeiro: Revan, 2005.
11. ZALUAR, A. Condomínio do Diabo. Rio de Janeiro: Revan, Ed. UDRJ, 1994.
12. KOVARICK, L.; ANT, C. Violência: reflexões sobre a banalidade do cotidiano em São Paulo. In: BOSCHI, R. Violência e Cidade. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1981.
13. OSORIO, L. C. Adolescente hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
14. TAKIUTI. Adolescência, fatores de risco e fatores de proteção. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 2001.
15. ABERASTURY, A. Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
16. FEFERMANN, M. Vidas arriscadas. Tese (doutorado). Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
17. \_\_\_\_\_. Valores humanos e condutas anti-sociais e delitivas. Psicologia teoria e prática. São Paulo, v. 7, n 2, 2005.

18. SALES, M. A. (In) visibilidade perversa: adolescentes infratores como metáfora da violência. São Paulo: Cortez, 2007.
19. ZALUAR, A. Violência extra e intramuros. Revista Brasileira de C. Sociais, São Paulo, Vol 16, nº 16, fev. 2001.
20. MAFFESOLI, M. O tempo das tribos: declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense, 2000.
21. ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências naturais e sociais. Pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 2004.
22. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2002.
23. SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A.; VITALE, M. A. (orgs.). Famílias, redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE, 2004.
24. PAIXÃO, A. L. A violência urbana e a sociologia: sobre crenças e fatos e mitos e teorias e políticas e linguagens. Religião e Sociedade, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 1990.
25. GONZÁLEZ REY, F. L. La investigación sobre la subjetividad humana: algunas cuestiones para el debate. Anais do I Simpósio Multidisciplinar Pensar, Criar e Transformar. São Paulo: Unimarco Editora, 2002.
26. \_\_\_\_\_. Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural Trad. Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.
27. \_\_\_\_\_. O social na psicologia e a psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2004.
28. MISSE, M. Malandros, marginais e vagabundos. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1999..
29. GOFFMAN, E. Comportamento em lugares públicos: notas sobre a organização social dos ajuntamentos. Petrópolis: Vozes, 2010.
30. BECKER. G. Accounting for Tastes. Harvard University Press, 1985.

## CORRESPONDÊNCIA

Neusa Francisca de Jesus  
 Secretária de Pós-Graduação - UNIBAN  
 Rua Maria Cândida, 1.813 - Vila Guilherme  
 São Paulo - CEP: 02071-013 - SP  
 55-11- 29679110 fax 2967-9126  
 E-mail: njesus@uol.com.br

## TITULAÇÃO

Pedagoga, Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente do Programa de Mestrado Profissional Adolescente em Conflito com a Lei e do Curso de Graduação em Serviço Social - UNIBAN. Membro colaborador efetivo do Programa do Adolescente e da Comissão Científica do Adolescente - Secretaria de Estado da Saúde - SP. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade - GEPI- PUC-SP.

# VAGINOPLASTIA. REVISÃO DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS

## *VAGINOPLASTY. REVIEW OF SURGICAL TECHNIQUES*

ROVIANA SCHOFFER JESKE ROLIM, MD<sup>1</sup>  
LILIANE DIEFENTHAELER HERTER, MD, PHD<sup>2</sup>

**Local da pesquisa:**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/Brasil (UFCSPA)

### RESUMO

A vaginoplastia constitui uma cirurgia para reconstrução ou correção vaginal. As técnicas de vaginoplastia podem ser cirúrgicas (cruenta) ou não. As cirúrgicas podem utilizar tecidos autólogos (do próprio paciente), heterólogos (de outro paciente) ou sintéticos. Os autores descrevem inúmeras técnicas, comentando suas vantagens e desvantagens.

**Palavras-chaves:** Vaginoplastia, agenesia vaginal, atresia vaginal, aplasia vaginal, reconstrução de vagina.

### ABSTRACT

Vaginoplasty is a surgical reconstruction or surgical correction for the vagina. The techniques can be by surgery or not. The surgical technique can use autologous tissue (patient's own), heterologous tissue (from another patient) or synthetic. The authors describe several techniques, commenting on their advantages and disadvantages.

**Key words:** Vaginoplasty, vaginal agenesis, vaginal atresia, vaginal aplasia, vaginal reconstruction.

## INTRODUÇÃO

A vaginoplastia constitui uma cirurgia para reconstrução ou correção vaginal causada por doenças congênitas (atresia vaginal) ou adquiridas (câncer, trauma físico, etc). A multiplicidade de métodos descritos na literatura indica a falta de consenso sobre a melhor técnica<sup>1</sup>. As técnicas de vaginoplastia podem ser não cirúrgicas<sup>2,3</sup> ou cirúrgicas<sup>4-17</sup>. As cirúrgicas podem utilizar tecidos autólogos (do próprio paciente), heterólogos (de outro paciente) ou sintéticos (tecido sintético).

Os resultados pós-operatórios de vaginoplastia são variáveis e, em geral, permitem coito, mas com graus variados de satisfação sexual.

A cirurgia ideal deveria: formar um canal durável, com cobertura estável; permitir o intercuro sexual; ter aparência natural e estética; oferecer mínima morbidade aos locais receptores e doadores; necessitar mínima dilatação subsequente; utilizar menos possível *stents*, dilatadores e lubrificantes; permitir uma recuperação pós-operatória livre de complicações pós-cirúrgicas ou sequelas estéticas, funcionais e infecciosas e ser realizada em um único procedimento cirúrgico.

Em algumas técnicas de vaginoplastia, são utilizados enxertos ou retalhos de pele para abreviar o tempo de cicatrização, reduzindo taxas de infecções e danos estéticos.

Os enxertos livres de pele são secções do tegumento retiradas do local doador e transferidas para o leito receptor, onde recobrem a área cruenta e adquirem novo suprimento sanguíneo para manter a viabilidade das células transplantadas. Essas secções dermo-epidérmicas podem conter:

- 1) Enxerto de pele parcial (epiderme e parte da derme): dependendo da espessura da derme o enxerto é classificado como fino, intermediário ou espesso;
- 2) Enxerto de pele total (epiderme e toda a derme: foliculos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas, além do plexo vascular nervoso);
- 3) Retalhos de pele (epiderme, derme e tecido subcutâneo, além do pedículo vaso-nervoso): após serem seccionados, são deslizados ou rodados de forma a recobrir a área cruenta próxima, mantendo o pedículo vaso-nervoso intacto, conectando o retalho ao seu local de origem<sup>18,19</sup>.

A opção cirúrgica depende basicamente da experiência da equipe cirúrgica e da cooperação entre os especialistas como ginecologistas, cirurgões pediátricos, endocrinologistas e cirurgões plásticos. Os psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, especialmente nos casos em que há necessidade do uso de dilatadores e de cooperação da paciente, são de extrema importância para o sucesso da cirurgia. A maioria dos cirurgões pediátricos

prefere técnicas de reconstrução vaginal com a utilização de intestino; enquanto a maioria dos ginecologistas é favorável a métodos não invasivos ou minimamente invasivos. Os cirurgões plásticos, por sua vez, geralmente preferem preparar o canal vaginal e recobri-lo com um enxerto ou retalhos de pele<sup>20</sup>.

Várias técnicas são descritas na literatura<sup>2-17</sup>:

### a) Tratamentos com Dilatação não cruenta (Técnica de Frank)<sup>2</sup>

É o procedimento de primeira escolha por ser menos invasivo. Utiliza dilatadores manuais de tamanhos graduais. O menor dilatador (ou um pequeno tubo de coleta de sangue pediátrico) é pressionado firmemente (até a paciente sentir um leve desconforto, e não dor) contra a fossa vaginal, diariamente, 2 vezes ao dia, por pelo menos 30 minutos<sup>2</sup>.

Apesar dos bons resultados do método (taxa de sucesso entre 43%–89%) e ausência de riscos cirúrgicos e anestésicos, pacientes jovens frequentemente tem dificuldade em aderir ao tratamento e ao acompanhamento necessário, pois necessita uma paciente colaborativa que realize dilatação ou coitos frequentes<sup>20,21</sup>.

As complicações são raras e incluem: infecções do trato urinário, fístula vesico ou retovaginal ou prolapso secundário.

As limitações técnicas deste método incluem: fadiga das mãos da paciente, tempo gasto e posicionamento desconfortável.

Ingram propôs modificação em 1981, sentando a paciente em um assento de bicicleta sobre um banquinho, obtendo taxas de sucessos em torno de 91%. Apesar disso, várias mulheres jovens consideram essa técnica embaraçosa<sup>2,20,22</sup>.

### b) Dilatação cirúrgica obtida com Tração Progressiva

#### b.1) Uso de oliva vaginal (Técnica de Vecchiatti e suas Variações)

Este procedimento envolve a colocação de uma oliva de acrílico de 2 cm no local do intróito vaginal<sup>4</sup>. A oliva é gradual e continuamente tracionada através de fios localizados na região suprapúbica da paciente, os quais são conectados a um aparelho de tração e colocados laparotomicamente ou laparoscopicamente até a parede abdominal<sup>5</sup>. O sistema é tracionado 1 a 1,5 cm/dia por uma semana, com um comprimento final vaginal de 10-12 cm<sup>4</sup>. Há a necessidade de repouso absoluto, analgesia, dieta sem resíduo e sondagem vesical. A colaboração diária da paciente para dilatação vaginal é importante no pós-operatório.

Este procedimento exibe baixa mortalidade perioperatória e um rápido período de recuperação. No entanto, necessita avaliações frequentes para ajustar o nível de tensão do aparelho. O procedimento tem potencial de complicações significativas devido ao limitado espaço vesicorretal. A realização de cistoscopia e a retossigmoidoscopia permitem um diagnóstico rápido de possíveis lesões na bexiga ou reto.

Alguns trabalhos com seguimento pós-operatório têm relatado bons resultados anatômicos, funcionais, sexuais e melhora da autoestima<sup>5,23</sup>. A técnica de Vecchietti pela via laparoscópica é preferível à técnica por laparotomia devido ao menor trauma cirúrgico e à facilidade de ser executada<sup>24</sup>.

### b.2) Uso de Balão

Um Cateter de Foley é inserido de forma semelhante à técnica anterior (Vecchietti) por via laparoscópica ou laparotomicamente na fossa vaginal<sup>6</sup>. Cistoscopia deve ser feita para assegurar a integridade da bexiga e uretra. O balão é então inflado permitindo tração para transportar até a vagina. O cateter é fixado a uma placa de metal colocada sobre a parede abdominal. Distensão progressiva do balão é realizada nos dias seguintes. A profundidade da neovagina alcançada é de 8-12 centímetros no 7º dia após o procedimento. A principal vantagem descrita desta técnica é a largura neovaginal, que pode ser alterada de acordo com a distensão do balão<sup>7</sup>.

## c. Vaginoplastia com enxertos ou retalho de pele

### c.1) Cirurgia de Abbe-McIndoe (enxerto de pele abdominal) e suas variações

A primeira cirurgia para revestir uma neocavidade vaginal com enxerto fino de pele foi realizado em 1898 por Abbé e mais tarde popularizado por McIndoe<sup>8</sup>. Em 1938, McIndoe e Bannister propuseram a utilização de enxerto cutâneo abdominal para revestimento da neovagina, a qual tem sido utilizada até os dias de hoje. Frente à morbidade no sítio doador e ao risco potencial de infecção e necrose do enxerto, inúmeras variantes dessa técnica foram testadas.

De acordo com o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, a vaginoplastia de Abbe-McIndoe é a alternativa cirúrgica mais comum entre todas as técnicas invasivas para construção de neovagina<sup>25</sup>.

Os resultados da técnica nem sempre são satisfatórios. Por terem pouca espessura, tendem à necrose parcial ou total, podendo levar a retrações e estenoses vaginais. Além disso, os enxertos retirados com dermatomo (da nádega, da coxa, do flanco ou do hipogástrico) podem cicatrizar por segunda intenção, causando cicatrizes extensas, com longo tempo de cura,

cicatrizes hipertróficas, mau aspecto estético e dor na área doadora. Outras complicações estéticas são discromia do in-tróito e crescimento de pêlos na cavidade neoformada. Além disso, pode haver rejeição do tecido enxertado e a dissecação romba do espaço vesico-retal pode ocasionar lesão da bexiga ou do reto e risco de sérias infecções que podem ocorrer pela comunicação entre a vagina e a cavidade peritoneal.

No entanto, Saraf et al (2007) descreveram sete casos de agenesia vaginal submetidas a vaginoplastia pela técnica de McIndoe e os resultados funcionais foram bastante satisfatórios e sem qualquer complicação peri-operatória significativa. Houve mínima perda do enxerto em 2 casos, que não necessitaram de intervenção. Nenhuma paciente apresentou estenose vaginal durante o acompanhamento.

Portanto, apesar de enxerto de pele de espessura parcial ser o método reconstrutivo mais popular devido à simplicidade, tem sido recentemente sujeito a muitas críticas considerando a morbidade do local doador e particularmente a constrição da neovagina. Uso de dilatações por longo tempo deve ser empregado para vencer a fase de contração da maturação do enxerto. Lubrificação complementar é necessária para atividade sexual satisfatória uma vez que a pele utilizada permanece seca. Além disso, fistulas retovaginais e carcinoma epidermóide têm sido descritos e fortemente atribuídos à inflamação crônica. Segundo Ozkan (2011), o uso de um retalho de pele pode superar a desvantagem de constrição, além de permitir uma excelente distensibilidade e cavidade vaginal duradoura sem a necessidade de dilatação.

A utilização de esponjas hemostáticas entre o molde e o enxerto para absorver as secreções que drenam fisiologicamente do espaço dissecado para formação da neovagina, podem reduzir os seromas e hematomas<sup>26</sup>. Foi possível também utilizar moldes de látex natural (*Hevea brasiliensis*)<sup>31</sup> com bons resultados<sup>27</sup>.

### c.2) Uso de Âmnio

O enxerto de membranas ovulares para construção cirúrgica de neovaginas foi descrito inicialmente por Vidakovic em 1930, mas Brindeau<sup>9</sup> a tornou conhecida por seus estudos em 1934 e 1946. O uso de âmnio humano requer banco de âmnio, longo tempo de preparação e, em geral, agendamento eletivo da cesariana ou utilização em até 6 horas após parto vaginal. Também há o risco de doenças infecciosas e de rejeição do tecido<sup>29</sup>.

O uso de membrana amniótica tem como vantagem a ausência de cicatriz, já que não há enxerto de pele. O âmnio é obtido de forma asséptica em uma cesariana eletiva concomitante à reconstrução vaginal ou pode ser armazenado em so-



lução salina em 40°C por 48 a 72 horas. Membranas amnióticas com coloração de mecônio, suspeita de corioamnionite ou rotura prematura de membranas, não devem ser usadas para enxertia. Além disso, idealmente, as sorologias de todas as doadoras de âmnio deveriam ser testadas para a hepatite B, hepatite C, HIV, sífilis e toxoplasmose.

Apesar de se sugerir remoção do córion por ser mais antigênico, Nisolle<sup>10</sup> não separou o córion do âmnio, sendo o material lavado em solução salina (NaCl0,9%) estéril sem uso de antibiótico. Seus resultados mostraram a vagina com profundidade e calibre normais, ausência de rejeição e satisfatória relação sexual em todos os 10 casos. Esta técnica tem sido também um dos métodos de eleição para vaginoplastia em países onde novos métodos não são possíveis de serem realizados como no Paquistão<sup>30</sup>.

Um estudo brasileiro comprovou microscopicamente metaplasia no tecido amniótico enxertado que o torna semelhante à mucosa vaginal normal após 60 a 90 dias do ato cirúrgico. Além disso, foi observado semelhante intensidade de coloração dos receptores para estrogênio (REc) das diferentes camadas do epitélio vaginal em mulheres no menacme e nas pacientes que utilizaram membrana amniótica<sup>31</sup>.

Em outro trabalho brasileiro com realização de 28 neovaginoplastias com utilização de âmnio, as principais complicações encontradas foram: estenose precoce da neovagina em 25%; infecções do trato urinário em 14,3%; fístula retrovaginal em 10,7%; encurtamento de vagina, fístula uterovesical e laceração do intróito vaginal em 3,6%<sup>32</sup>.

Os bons resultados obtidos com a utilização do âmnio humano como enxerto na técnica de McIndoe e Bannister modificada são atribuídos às propriedades antibacterianas e angiogênicas da membrana amniótica, à falta de expressão de antígenos de histocompatibilidade e ao fornecimento de suporte adequado para o deslizamento do epitélio do intróito sobre o túnel neoformado<sup>32</sup>.

Apesar da vaginoplastia com âmnio parecer ser um procedimento com bons resultados e menos complicações do que outros materiais utilizados, atualmente são necessários padrões rígidos de biossegurança para utilizar tal técnica<sup>33</sup>.

### c.3) Uso de enxerto de Mucosa Oral

O uso de enxerto autólogo de mucosa oral para correção de hipospádia foi primeiramente relatado por Humby (1941). Atualmente, esses enxertos têm sido utilizados para reconstrução cirúrgica de conjuntiva, língua, bochecha, laringe e traqueia e uretra.

A mucosa bucal autóloga tem substituído com sucesso os enxertos de pele e de mucosa da bexiga em uretroplastia

porque é de fácil acesso, não apresenta pelos, proporciona excelentes resultados estéticos e um suprimento de sangue constante e adequado. O método tem sido considerado promissor por sua simplicidade, bons resultados estéticos e maior comprimento vaginal final<sup>34</sup>.

Os enxertos de mucosa oral podem ser provenientes da mucosa bucal, labial ou lingual. A mucosa bucal é mais comumente utilizada. Complicações graves para coleta do enxerto de mucosa oral são incomuns. Possíveis efeitos adversos incluem hemorragia intra-operatória, dor, infecção, edema, lesão do ducto parotídeo, limitação de abertura bucal e perda ou alteração da sensibilidade da bochecha ou do lábio inferior por lesão nervosa<sup>35</sup>.

### c.4) Uso de retalho pudendo crural

Esta técnica de vaginoplastia utiliza retalho neurovascular pudendo crural, também chamado de retalho de Cingapura, baseado na irrigação da artéria labial posterior<sup>12</sup>.

As principais vantagens do retalho neurovascular pudendo crural são a simplicidade e a facilidade na execução da técnica devido ao suprimento sanguíneo confiável; o ângulo de inclinação da neovagina é fisiológico e natural, as cicatrizes das áreas doadoras são mais discretas por se situarem na prega da virilha e períneo; manutenção da inervação das áreas erógenas do períneo e parte superior da coxa; dispensa o uso de moldes, dilatares e obturadores; não tem sua permeabilidade condicionada à frequência de relações sexuais; e não apresenta desordens ligadas à incontinência urinária e fecal.

A desvantagem da técnica é o crescimento de pêlos no intróito vaginal.

Este método de vaginoplastia tem sido considerado simples e confiável, com satisfatórios resultados funcionais e cosméticos<sup>12,36</sup>.

### c.5) Uso de retalho de grandes lábios (Vulvovaginoplastia de Williams)<sup>13</sup>

Essa técnica consiste na aproximação dos grandes lábios na linha média. Os tecidos vulvar são colocados sob tensão por quatro pinças Allis e uma incisão em forma de U é feita sobre a pele dos grandes lábios iniciando a cerca de 4 cm lateral ao óstio uretral. Após é realizado o fechamento da primeira camada de pele, que começa posteriormente e prossegue anteriormente. O tecido bulbo esponjoso é unido e a pele externa é suturada para construção de um tubo vaginal.

As vantagens da vaginoplastia Williams são: menor tempo cirúrgico, menor tempo de internação, mínimas complicações cirúrgicas, não há necessidade de dilatares. As principais

desvantagens da técnica são que o comprimento vaginal final é de apenas 4,5 cm, os pêlos dos grandes lábios provocam um efeito estético indesejável, e a neovagina apresenta ângulo não-fisiológico<sup>37</sup>.

Creatas<sup>14</sup> propôs uma modificação: incisar na altura da depressão vaginal, a qual é cortada e costurada às 3, 6 e 9 horas para ampliar o comprimento vaginal. Além disso, as camadas da pele são fechadas por Dexon ou Vicryl 2-0 ao invés de nylon e catgut.

#### d) Vaginoplastia com Intestino

A primeira cirurgia com utilização de intestino para vaginoplastia foi descrita por Baldwin<sup>15</sup> em 1904 com utilização de intestino delgado. Nesta técnica, é utilizada um segmento de intestino, o qual é isolado, fechado em uma extremidade, levado inferiormente com seu pedículo vascular e anastomosado ao anel himenal para construção de uma neovagina.

As vantagens da neovagina com segmento de intestino são: mínima probabilidade de contração tardia; a produção de muco espontânea simulando a umidade vaginal, o que facilita a relação sexual; menor incidência de dispareunia (segmento intestinal resiste melhor a trauma local) e o coito pode ocorrer com brevidade.

Os segmentos intestinais mais utilizados para reconstrução são o sigmóide (ou o retossigmóide), o íleo e o jejuno. Todos têm várias vantagens e desvantagens relacionadas às suas propriedades anatômicas ou fisiológicas<sup>38</sup>. A principal desvantagem do uso de intestino é a necessidade de laparotomia ou laparoscopia e um alto risco de complicações intestinais tais como fístula colorretal, obstrução intestinal, estenose no local da anastomose, diverticulite, colite ulcerativa, descarga excessiva malcheirosa, rejeição do retalho, prolapso e problemas de defecação. Outra complicação rara descrita tem sido adenocarcinoma primário<sup>39</sup>.

Uma das complicações mais graves relatadas na literatura devido ao tempo operatório longo, com o paciente em posição de litotomia, é a síndrome compartimental em membros inferiores e sintomas neurais.

Apesar das taxas de sucesso relatadas com vaginoplastia intestinal, esta continua sendo um procedimento cirúrgico complexo, com maior morbidade e efeitos em longo prazo. Portanto, este procedimento tem sido utilizado por equipe treinada e em pacientes selecionados (tecnicamente mais difíceis, como, por exemplo, nas que não apresentam nenhuma abertura vaginal ou quando abordagens menos invasivas não podem ser executadas, como nas complexas anomalias de cloaca) ou quando as outras técnicas falharam<sup>40</sup>.

Embora a vaginoplastia com sigmóide seja considerada a maior e a mais complicada cirurgia intraperitoneal, pois acarreta severos riscos intra e pós-operatórios, o cólon sigmóide é a melhor escolha para vaginoplastia por causa do tamanho, localização e facilidade de preservar suprimento de sangue<sup>41</sup>.

As vantagens do uso do íleo<sup>42</sup> são: suprimento sanguíneo adequado da região ileocecal, descarga vaginal menor, menor morbidade, pequeno trauma, comprimento vaginal adequado, boa lubrificação e funções físicas semelhantes à da vagina natural. Como o segmento ileal não se estende até o intróito vaginal devido à limitação do comprimento do pedículo, o íleo é uma boa alternativa para a reconstrução da porção proximal da vagina nos casos com segmento vaginal distal normal.

A técnica de transferência jejunal<sup>43</sup> oferece a maioria das vantagens da transferência de segmento de intestino grosso: menor necessidade de dissecação intra-abdominal, menos problemas de defecação e menor morbidade pós-operatória. As desvantagens da técnica são: insuficiência do retalho, prolapso e hipersecreção.

#### e) Dissecação isolada da neovagina (técnica de Wharton)

A cirurgia de Wharton<sup>16</sup> inicia com o tempo cirúrgico comum às demais técnicas: dissecação do espaço entre a bexiga e o reto. Neste espaço recém-criado, é, então, introduzido um molde vaginal coberto por um preservativo que permanece na vagina durante três semanas. Durante este tempo, ele não requer nenhuma atenção, exceto o repouso no leito para que não caia<sup>16</sup>.

Embora seja fácil e o procedimento menos invasivo, há queixas de corrimento vaginal sangrento prolongado a partir do tecido de granulação.

A neovaginoplastia de Wharton-Sheares-George forneceu 100% de resultados anatômicos e funcionais satisfatórios, se considerado que um comprimento vaginal de aproximadamente 6 cm é necessário para a relação sexual satisfatória<sup>44</sup>.

Em seguimento pós-operatório de pacientes com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser submetidas a neovagina pela técnica de Wharton-Sheares-George, o resultado funcional a longo prazo demonstrou alto grau de satisfação subjetiva de bem-estar sexual. Comprimento (média de 8,3 ± 1,06 cm) e largura (média 3,3 ± 0,5 cm) vaginal satisfatórios foram obtidos. Além disso, conforme revelado por esfregaço e biópsia, a neovagina se assemelhava a uma vagina natural em relação ao tipo de colonização bacteriana e a estrutura do epitélio<sup>45</sup>.

## f) Uso de Peritônio Pélvico (técnica de Davydov)

A vaginoplastia peritoneal, conhecida como procedimento de Davydov<sup>17</sup>, adota o uso de peritônio para cobrir um espaço recém-criado. Foi inicialmente descrita por via laparotômica (Davydov, 1969), mas agora é mais frequentemente realizada por laparoscopia<sup>46</sup>. O peritônio permite o desenvolvimento de um ambiente vaginal com pH ácido. Ocorre a transformação em epitélio escamoso 5-6 meses após a cirurgia<sup>51</sup>. Após a separação da bexiga do reto, o peritônio pélvico é aberto na parte inferior do fundo de saco de Douglas. Em seguida, a abóbada da neovagina é criada realizando uma bolsa envolvendo peritônio de bexiga, ligamento redondo e do ligamento útero-ovariano ambos à direita e do peritônio entre ovário direito e reto. Para evitar estreitamento da neovagina é inserido molde até epitelização completa.

As complicações desta técnica incluem lesões vesicais e ureterais e fístula vesico-vaginal<sup>40</sup>.

Marques, em 2008, avaliou 48 pacientes submetidas a esta técnica. Não houve intercorrências cirúrgicas e após 6 meses da cirurgia foram obtidas neovaginas com  $\geq 8$  cm de comprimento e relação sexual satisfatória.

## CONCLUSÃO

Não existe técnica “padrão-ouro” para realização de vaginoplastia, justificando o grande número de técnicas já descritas. Os melhores métodos são aqueles que fornecem resultados satisfatórios com riscos aceitáveis. No entanto, a experiência da equipe é um importante fator relacionado ao sucesso da formação de neovagina. Além disso, o tipo de cirurgia depende da condição pré-operatória da genitália externa, da compreensão e da motivação da paciente. Parece razoável considerar a auto dilatação como o primeiro procedimento terapêutico por ser menos invasivo, com resultados satisfatórios e menos complicações graves, nos casos que a vagina não é completamente ausente. Entre os métodos cirúrgicos, os de Vecchietti, McIndoe e Williams são atualmente os mais realizados e mais descritos na literatura.

Todas as técnicas possuem várias particularidades, vantagens e desvantagens. Portanto, antes de qualquer vaginoplastia ser realizada, cada paciente deve ser examinada e avaliada individualmente e a técnica mais simples e realizada em um único tempo cirúrgico deveria ser utilizada, após discussão de riscos e benefícios com a paciente e seus familiares.

É importante que a paciente compreenda seu defeito congênito, o tratamento proposto e esteja disposta a manter o tratamento ou os cuidados pós-operatórios. Portanto, o apoio psicológico é essencial antes e após o tratamento<sup>48</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Karim RB, Hage JJ, Dekker JJML, Schoot CMH. Evolution of the methods of neovaginoplasty for vaginal aplasia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1995; 58(1):19-27.
2. Frank RT. The formation of an artificial vagina without operation. *Am J Obstet Gynecol* 1938; 35:1503-1505.
3. Ingram, JM, The bicycle seat stool in the treatment of vaginal agenesis and stenosis: a preliminary report, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1981; 140, 867, – 873
4. Vecchietti G. Neovagina nella síndrome di Rokitansky–Kuster–Hauser. *Attualita Obstet Ginecol* 1955; 11:131-147.
5. Fedele L, Bianchi S, Frontino G, et al. The laparoscopic Vecchietti's modified technique in Rokitansky syndrome: anatomic, functional, and sexual longterm results. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(4): 377.e1–377.e6.
6. El Saman AM, Fathalla MM, Nasr AM, et al. Laparoscopically assisted balloon vaginoplasty for management of vaginal aplasia. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 98:134–137.
7. El Saman AM. Retropubic Balloon Vaginoplasty for Management of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *Fertil Steril* 2010; 93(6): 2016–2019.
8. McIndoe AH, Banister JB. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1938; 45:490-494.
9. Brindeau A. Création d'un vagin artificiel à l'aide des membranes ovulaires d'un oeuf à terme. *Gynecol Obstet* 1934; 29:385.
10. Nisolle M, Donnez J. Vaginoplasty Using Amniotic Membranes. *J Gynecol Surg* 1992; 8:25-30.
11. Humby, G. A one stage operation for hypospadias. *Br J Surg* 1941; 29:84-92.
12. Wee JT, Joseph VT. A new technique of vaginal reconstruction using neurovascular pudendal thigh flaps: a preliminary report. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 701-709.
13. Williams EA. Vulva-vaginoplasty. *Proc R Soc Med*. 1970; 63:1046.
14. Creatsas GC. Creatsas Modification of Williams Vaginoplasty. *Journal of Gynecologic Surgery* 1991; 7(4): 219-224.
15. Baldwin JF. The Formation of an Artificial Vagina by Intestinal Transplantation. *Ann Surg* 1904; 40:398-403.
16. Wharton LR. A Simple Method of Constructing a Vagina Report of Four Cases. *Annals of Surgery* 1938; 842-854.
17. Davydov SN. Colpopoiesis from the peritoneum of the uterorectal space. *Akush Ginekol* 1969; 45: 60-2.
18. Salgado MI, Petriouan A, Burgarelli, GL, et al. Cicatrização Conduzida e Exerto de Pele Parcial no Tratamento de Feridas. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(1):80-84.
19. <http://www.sbcd.org.br/procedimentos/100>
20. Ozkan O, Akar ME, Dogan NU. Reconstruction of Vaginal Agensis. *Ann Plast Surg* 2011; 66:673-678.
21. Folch M, Pigem I, Konje JC. Müllerian agenesis: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Surv* 2000; 55(10):644-649.
22. Dharamsi N, Sheldon C, Breech L, et al. Case 2005: Management of Vaginal Agensis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005; 18:359–362.
23. Kalso P, Cooper M. Laparoscopic-assisted Vecchietti procedure for creation of a neovagina: an analysis of five cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42 (3):307-310.
24. Zhang NZ, Xie ZH, Xiao H, et al. Improved laparoscopic Vecchietti procedure for constructing a functioning vagina. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1995; 59(2): 183-186.
25. ACOG Committee on Adolescent Health Care. Vaginal agenesis: diagnosis, management and routine care. *ACOG Committee Opinion No 355. Obstet Gynecol* 2006; 108:1605-1609.
26. Antoniadis N, Charles G, Mejias I, et al. Vaginoplasty: modification to McIndoe technique using hemostatic gel sponge. *Cir plást iberolatinoam* 2011; 37: 73-77.
27. Carvalho BR, Reis RM, Netto JC, et al. Molde de látex natural (Hevea brasiliensis) para neovaginoplastia. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(1):31-35.
28. Ferreira JAS. Vaginoplastia com Utilização de Exerto de Pele da Região Abdominal Inferior. *RBGO* 2003; 25(1):17-22.
29. Morton KE, Dewhurst CJ. Human amnion in the treatment of vaginal malformations. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993; 1:50–54.
30. Sarwar I, Sultana R, Nisa RU, et al. Vaginoplasty by using amnion graft in patients of vaginal agenesis associated with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22(1):7-10.
31. Piazza MJ. Electron Microscope Study of the Epithelium of Neovagina Constructed with Amniotic Membrane: Estrogen Receptor Evaluation. *Revista Brasileira Gynecologia Obstetricia* 1999; 21(5): 291-295.
32. Carvalho, BRC, Reis RM, Moura MD, et al. Neovaginoplastia com membrana amniótica na síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster- Hauser. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(12):619-24.
33. Cuadra M, Sancho G, Marin JM, et al. Vaginoplastia mediante interposición de membrana amniótica. *Prog Obstet Ginecol* 2008; 51(1):15-19.

34. Lin WC, Chang CYY, Shen YY, et al. Use of autologous buccal mucosa for vaginoplasty: a study of eight cases. *Human Reproduction* 2003; 18(3):604-607.
35. Mungadi IA, Agwu NP. Oral Mucosa Graft. *Annals of African Medicine* 2009; 8(4):203-209.
36. Dornelas MT, Arruda FR, Sant'Anna LL, et al. Reconstrução vaginal pelo retalho neurovascular pudendo crural na síndrome de Rokitansky. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010; 25(3): 525-531.
37. Schmidt AP, Camargo SFM, Vilodre C, et al. Simplificando a neovaginoplastia na Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. *Revista da AMRIGS* 2011; 55(4): 371-374.
38. O'Connor JL, DeMarco RT, Pope JC, et al. Bowel vaginoplasty in children: a retrospective review. *J Pediatr Surg* 2004; 39(8):1205-1208.
39. Goligher JC. The use of pedicled transplants of sigmoid or other parts of the intestinal tract for vaginal construction. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1983; 65: 353-355.
40. Deans R, Berra M, Creighton SM. Management of Vaginal Hypoplasia in Disorders of Sexual Development: Surgical and Non-Surgical Options. *Sex Dev* 2010; 4:292-299.
41. Wesley JR, Coran AG. Vaginoplasty for Congenital Absence of the Vagina. *Intestinal Vaginoplasty for Congenital Absence of the Vagina. Journal of Pediatric Surgery* 1992; 27(7):885-889.
42. Bürger RA, Riedmiller H, Knapstein PG, et al. Ileocecal vaginal construction. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161(1):162-167.
43. Emiroğlu M, Gültan SM, Adanali G, et al. Vaginal reconstruction with free jejunal flap. *Ann Plast Surg.* 1996; 36(3):316-320.
44. Schätz T, Huber J, Wenzl R. Creation of a Neovagina According to Wharton-Sheares-George in Patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *Fertility and Sterility* 2005; 83(2):437-441.
45. Walch K, Kowarik E, Leithner K, et al. Functional and anatomic results after creation of a neovagina according to Wharton-Sheares-George in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome—long-term follow-up. *Fertility and Sterility* 2011; 96(2):492-497.
46. Templeman CL, Hertweck P, Levine RL, et al. Use of laparoscopically mobilized peritoneum in the creation of a neovagina. *Fertility and Sterility* 2000, 74(3):589-592.

## CORRESPONDÊNCIA

Av Independência 1211 cj 201. Porto Alegre. Brasil. CEP 90035-077.  
rovianajeske@yahoo.com.br

## TITULAÇÃO

1. Ginecologista e Obstetra pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vice-coordenadora do Curso de Especialização em Ginecologia Infanto-Juvenil da UFCSPA.
2. Coordenadora do Curso de Especialização em Ginecologia Infanto-Juvenil da UFCSPA. Professora de Ginecologia da UFCSPA.

# TUMOR DE OVÁRIO NA INFÂNCIA

CLÁUDIA BARBOSA SALOMÃO<sup>1</sup>.GILDÁCIO ANTUNES DOS SANTOS<sup>2</sup>

## RESUMO

Caso clínico de criança de 9 anos com diagnóstico de câncer de ovário. Quadro precedido por tumor benigno em ovário contra lateral. Abordagem de incidência e, especialmente, prognóstico e seus fatores preditivos no câncer de ovário na infância.

**Palavras-chave:** neoplasias ovarianas, infância, prognóstico

## ABSTRACT

Clinical case of 9 year old diagnosed with ovarian cancer. Table preceded by a benign tumor in contralateral ovary. Approach of incidence, and especially their prognosis and predictive factors in ovarian cancer in childhood.

**Keywords:** ovarian neoplasms, child, prognosis

## INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas do ovário correspondem a apenas 1,8% dos cânceres ginecológicos<sup>1</sup>, porém trata-se dos tumores ginecológicos de diagnóstico mais difícil em estádios iniciais e os de menor chance de cura em adultas.

Esses tumores representam a quarta causa de morte por câncer em mulheres, representando 5,0% de todas as mortes por cânceres<sup>1</sup>.

A identificação dos fatores prognósticos após o tratamento cirúrgico, é essencial na definição da necessidade de tratamento quimioterápico e na escolha do esquema mais adequado para cada tipo de tumor. Atualmente, os achados clínicos e patológicos que definem o prognóstico e a conduta são o estágio da doença, grau de diferenciação histológica, subtipo histológico e volume de doença residual após a cirurgia citorrredutora. O câncer de ovário é um dos tumores ginecológicos mais sensíveis à quimioterapia<sup>1</sup>. O seguimento clínico, laboratorial (marcadores tumorais) e por exames de imagem é imperativo no acompanhamento destas pacientes.

Nas crianças, a origem germinativa da maioria dos tumores malignos, contrariamente ao que ocorre nas pacientes adultas, nas quais a maioria desses tumores se origina de elementos epiteliais, faz com que os tumores sejam altamente sensíveis à quimioterapia e à radioterapia, determinando altas taxas de sobrevida a longo prazo e cura<sup>3</sup>.

Os tumores ovarianos representam, aproximadamente, 25,0% de todos os tumores germinativos pediátricos, sendo que a maioria deles ocorre no final da infância, com pico de incidência aos 10 anos de idade<sup>3</sup>. Os mais comuns são os tumores do seio endodérmico e os disgerminomas.

## RELATO DO CASO

Paciente M.L.L.C, 9 anos, encaminhada ao Serviço de Ginecologia Pediátrica do Hospital Infantil São Camilo, proveniente da cidade do interior do Estado de Minas Gerais, portando Ecografia Pélvica, realizada em outubro de 2012, constando massa volumosa de aspecto sólido e cístico, sugestiva de cisto dermóide. De relevante, em sua história clínica, avó relata que a paciente havia sido submetida, aos 7 anos de idade, à ooforectomia esquerda por tumor ovariano, cujo diagnóstico, à época, foi de cisto dermóide, o qual foi confirmado em revisão de lâmina realizada pelo serviço de Anatomia Patológica.

Ao exame de Tomografia Computadorizada solicitado na ocasião, constatou-se massa abdominal de provável origem ovariana.

Foram solicitados marcadores tumores, cujo resultado evidenciou aumento expressivo na dosagem de alfafetoproteína (39199 ng/ml).

A paciente foi submetida à histerectomia total e ooforectomia direita em dezembro de 2012, com revisão cuidadosa da cavidade abdominal, após resultado de exame histológico da peça cirúrgica, por técnica de congelamento, que revelou neoplasia de células germinativas mostrando padrão de tumor do seio endodérmico com numerosos corpúsculos de Schiller-Duval e corpos hialinos.

Após resultados de histologia em parafina, no qual definiu-se tumor de células germinativas com predomínio de tumor do seio endodérmico e focos de carcinoma embrionário, com áreas de necrose e hemorragia, a paciente foi encaminhada ao Serviço de Oncologia Pediátrica para tratamento quimioterápico, o qual foi realizado com Cisplatina e UP 16-Etoposide, apresentando queda brusca do marcador tumoral alfafetoproteína e tomografias computadorizadas de abdome e pelve sem alterações sugestivas de doença secundária.

## COMENTÁRIOS

O prognóstico do câncer na infância depende do diagnóstico precoce, tipo de tumor e estadiamento. O diagnóstico precoce é de grande importância já que, nesta faixa etária, os índices de cura e sobrevida longa são altos<sup>3</sup>. É de suma importância a presença de equipe multidisciplinar acompanhando a criança, composta de cirurgião ginecológico, oncologista, nutricionista, psicólogo e, quando necessário, profissionais de outras áreas de saúde.

Os tumores ovarianos de origem germinativa têm excelente prognóstico na infância. Com adequada abordagem cirúrgica, realizando-se completa ressecção e terapêutica adjuvante com quimioterapia, os portadores deste tipo de tumor apresentam alto índice de sobrevida<sup>4</sup>.

Deve ser avaliados, diante do estadiamento do tumor, a possibilidade de preservação do futuro reprodutivo desta paciente, considerando a técnica cirúrgica e quimioterapia a serem escolhidas<sup>5</sup>.

Como fatores de risco para a recorrência da doença, avalia-se o estadiamento, o tipo histológico do tumor e a abordagem cirúrgica<sup>6</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonçalves SC. Neoplasias malignas do ovário e das trompas. Manual de Ginecologia e Obstetria SOGIMIG, 5ª edição, 2012, cap. 53, p. 567-76.
2. Fernandes Júnior AS, Ferrari BL, Fonseca RP. Quimioterapia e hormonioterapia nos tumores ginecológicos. Manual de Ginecologia e Obstetria SOGIMIG, 5ª edição, 2012, cap. 54, p. 577-84.
3. Bouzas LF, Calazans M. Tumores sólidos e hematológicos na infância e adolescência Parte 2. Revista Adolescência e Saúde 2007; 4(2): 12-18.
4. Yang C, Wang S, Li CC et al. Ovarian germ cell tumors in children: a 20-year retrospective study in a single institution. Eur J Gynaecol Oncol. 2011; 32 (3): 289-92.
5. Moniaga NC, Randall LM. Malignant mixed ovarian germ cell tumor with embryonal component. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011; 24(1) e1-3.
6. Topuz S, Lyiboz Kurt AC, Akhan SE et al. Malignant germ cell tumors of the ovary: a review of 41 cases and risk factors for recurrence. Eur J Gynaecol Oncol. 2008; 29(6): 635-7.

## CORRESPONDÊNCIA

ginecoinfantopub@yahoo.com.br

## TITULAÇÃO

1. Delegada SOGIA Minas Gerais, Fellow em Ginecologia da Infância e Adolescência pela Federação Internacional de Ginecologia da Infância e Adolescência, Coordenadora do Serviço de Ginecologia Infanto Puberal do Hospital São Camilo – Belo Horizonte – MG, Membro do Comitê Científico de Ginecologia Infanto Puberal da SOGIMIG-FEBRASGO
2. Ginecologista e Obstetra, Preceptor de Estágio Universitário da Maternidade Santa Fé – Belo Horizonte

## 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

Organizado pela Dra. Denise Monteiro, foi grande sucesso o curso em março deste ano, no Rio de Janeiro, contando com a participação de ilustres professores locais, como Ricardo Bruno e Célia Silva, além das outras duas Delegadas da SOGIA-BR naquele estado Filomena Silveira e Elaine Pires. Como convidados de outros estados tivemos Liliane Herter (RS), Marta Rehme (PR), Zuleide Cabral (MT) e José Alcione (SP). A ótima programação e as excelentes apresentações se refletiram na lotação da sala até o final. Vejam fotos em seguida.



## CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA 25 de março de 2011 – Centro de Convenções do Windsor Flórida Hotel – Rio de Janeiro

**8h00: Abertura da Secretaria**

**8h00 às 8h30:** Café de Boas Vindas

**8h30 às 8h40:** ABERTURA: Presidente da SOGIA-BR - **José Alcione Macedo Almeida**

**8h40 às 10h00: ABORDAGEM ÉTICA E LEGAL DO ATENDIMENTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE (1h20)**

**Coordenadora: Stella R. Taquette**

- A Consulta Ginecológica da Criança e Adolescente – **Josele Rodrigues de Freitas**
- Aspectos bioéticos no atendimento ginecológico da adolescente: Código de Ética Médica, Resolução do CFM nº 1.811/2006, Código Penal, ECA – **Kátia Nogueira**
- A Prescrição Médica Sem a Presença dos Responsáveis – **Sandra de Moraes Pereira**
- O papel do ginecologista na identificação da criança/adolescente que sofre abuso sexual – **Elaine da Silva Pires Araújo**

• Aspectos jurídicos e legais: a visão da promotora de Justiça da Infância e Juventude – **Promotora Maria Helena Ramos de Freitas**

Discussão

**10h00 às 11h20: ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA E OS NOVOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS/FEBRASGO (1h20)**

**Coordenador: Ricardo Vasconcellos Bruno**

- Anticoncepção oral: Que progestágeno escolher? Qual é o melhor esquema: contínuo ou com pausa? – **Marta Rehme**
- Anticoncepção injetável: Quando utilizar? – **Célia Regina da Silva**
- Adesivo e anel vaginal: Vantagens e desvantagens – **Liliane Herter**
- Implante e SIU de levonorgestrel: Tem lugar na adolescência? – **Zuleide Cabral**
- Anticoncepção em situações especiais: trombofilia, obesidade, lúpus, epilepsia, HIV-positivo e atletas – **Deyse Barrocas**

• Discussão

**11h20 às 12h40: VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA (1h20)**

**Coordenadora: Vera Fonseca**

- Calendário vacinal na adolescência: O que mudou? Quais as vacinas recomendadas para a gestante adolescente? – **Flávia Bravo Nascentes da Silva**
- Incidência da lesão intraepitelial na adolescência e a importância da vacina na prevenção do câncer de colo uterino – **Denise Leite Maia Monteiro**
- Vacina contra o HPV: Indicações das vacinas na prevenção das lesões por HPV e do câncer de colo uterino – **Isabel do Val**
- Vacina contra o HPV: Eficácia das vacinas na prevenção das lesões por HPV e do câncer de colo uterino – **Cecília Maria Roteli Martins**

- Vacina contra o HPV: Recomendações das Sociedades Científicas Nacionais e Internacionais – **Fábio Bastos Russomano**

• Discussão

**12h40 às 14h00: Almoço**

**14h00 às 15h20: GRANDES DESAFIOS NA ADOLESCÊNCIA (1h20)**

**Coordenadora: Zuleide Cabral**

- Indicações do uso do análogo do GnRH – **José Alcione Macedo Almeida**
- Sangramento uterino anormal na adolescência – **Marta Rehme**
- Hiperandrogenismo e Síndrome dos ovários policísticos – **Isabel Bouzas**
- Anorexia nervosa – **Evelyn Eisenstein**
- Bulimia – **Claudio Tadeu Aroucas Garcia**

• Discussão

**15h20 às 16h40: DISTÚRBIOS DA PUBERDADE E DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL: DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS (1h20)**

**Coordenador: Hugo Miyahira**

- Puberdade Precoce Central – **Juraci Ghironi**
- Puberdade Precoce Periférica – **Rosimere de Jesus Teixeira**
- Puberdade Tardia – **Denise Leite Maia Monteiro**
- Malformações congênitas – **José Alcione Macedo Almeida**
- Diferenciação sexual anormal – **Liliane Herter**

• Discussão

**16h40 às 17h00: Intervalo**

**17h00 às 18h20: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (1h20)**

**Coordenador: Nilo Vidigal de Carvalho**

- Atendimento Pré-Natal da adolescente: o que é diferente da adulta? – **Daniela Siccardi Menezes**
- Assistência Pré-natal na adolescente com doença crônica – **Nilson Ramires de Jesus**
- Rastreamento para clamídia e estreptococo do grupo B: está indicado? – **Filomena Aste Silveira**
- Principais intercorrências clínicas e obstétricas na gestante adolescente. – **Alexandre Trajano**
- Contracepção e orientações sobre a dupla proteção no puerpério e no atendimento por abortamento – **José Leonídio Pereira**
- Discussão (30 min.)
- 18h20 às 19h30: Show de encerramento - Com apresentação de Claudio Tadeu e os Naturais da Rocinha.**

# Delegados da SOGIA-BR

## RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter [lherter@terra.com.br](mailto:lherter@terra.com.br)  
Marcelino H. Poli [mepoli@terra.com.br](mailto:mepoli@terra.com.br)  
Glênio Spinato [spinato@tpo.com.br](mailto:spinato@tpo.com.br)

## SANTA CATARINA

Fabiana Troian [fatroian@yahoo.com.br](mailto:fatroian@yahoo.com.br)  
Ivana Fernandes [ivanafernandes@hotmail.com](mailto:ivanafernandes@hotmail.com)

## MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz [tatianasc@terra.com.br](mailto:tatianasc@terra.com.br)

## DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. [josedo@terra.com.br](mailto:josedo@terra.com.br)

## SÃO PAULO

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

## RIO DE JANEIRO

Filomena Aste Silveira [femena@uol.com.br](mailto:femena@uol.com.br)  
Elaine Pires [elainepiresba@yahoo.com.br](mailto:elainepiresba@yahoo.com.br)

## ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha [ricardo.cristiano@yahoo.com.br](mailto:ricardo.cristiano@yahoo.com.br)

## MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis [joatadeu@seven.com.br](mailto:joatadeu@seven.com.br)  
Claudia Lucia Barbosa Salomão  
[ginecoinfantopub@yahoo.com.br](mailto:ginecoinfantopub@yahoo.com.br)

## BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo [cremilda@svn.com.br](mailto:cremilda@svn.com.br)  
Márcia Cunha Machado [marciascmachado@uol.com.br](mailto:marciascmachado@uol.com.br)

## CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães  
[mariadelourdes@uol.com.br](mailto:mariadelourdes@uol.com.br)

## MARANHÃO

Erika Krogh [erikakrogh@yahoo.com.br](mailto: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 das categorias **Artigo Original**, **Artigo de Revisão e Relato de Caso** e 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.

### Normas para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores. Quando se tratar de pesquisas multicêntricas, devem ser citados os autores responsáveis e os outros autores devem ser citados como colaboradores.
2. O texto do Trabalho (Original, Trabalho de Atualização e Relato de Caso) deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra

Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 16 páginas, sendo que no Relato de Caso Clínico 3 a 6 páginas são suficientes. Esse número máximo de páginas, quando ultrapassado por absoluta necessidade, pode ser reconsiderado pela comissão editorial.

3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (escrever 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. Aconselha-se a identificação da instituição onde o trabalho se desenvolveu. O endereço Para correspondência deve constar o nome completo do autor e 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 conclusões.
7. O corpo de **Trabalho de Atualização ou Revisão** deve ser desenvolvido nos mesmos moldes: introdução, métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão ou comentários.
8. O corpo de **Trabalho Relato de Caso Clínico** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução (revisão objetiva da literatura), métodos (como selecionou os trabalhos citados), Relato do Caso, discussão ou comentários. Quando couber, podem ter conclusões no final da discussão.
9. Todos os trabalhos devem conter **Resumo com palavras chaves e Abstract com keywords** e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada.
10. 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.
11. Referências bibliográficas: não ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, **por ordem de citação no texto**. No texto as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: **Puberdade Precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças!**. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas, no final do texto.