

REVISTA DA SOGLIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE CÁLCIO E ALIMENTOS FONTES NA ADOLESCÊNCIA
- SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL NA ADOLESCÊNCIA. ATUALIZAÇÃO DOS ASPECTOS RELEVANTES
- GALACTOSEMIA E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA

EMBARQUE NESTE EVENTO COM A



X CONGRESSO ♀ BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

30 DE NOVEMBRO A 04 DE DEZEMBRO DE 2008

NAVIO MSC SINFONIA
RIO DE JANEIRO - RJ



PROMOÇÃO:



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
FUNDADA EM 03/10/95
www.sogia.com.br

AGÊNCIA OFICIAL:



(21) 2557 4660 / 2556 5053
naviosogia@tourviagens.com.br

SECRETARIA
EXECUTIVA:



(11) 3515 7880
sogia@rgcomunic.com.br

APOIO:



TRANSPORTADORA
OFICIAL:



SOPERJ
Sociedade de Pediatria do
Estado do Rio de Janeiro





SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Avaliação do consumo de cálcio e alimentos fontes na adolescência	3
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO	
Síndrome pré-menstrual na adolescência. Atualização dos aspectos relevantes.	9
RELATO DE CASO	
Galactosemia e falência ovariana prematura	14
NOTÍCIAS E AGENDA	17

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR: José Alcione Macedo Almeida	João Bosco Ramos Borges (SP)
	João Tadeu Leite dos Reis (MG)
EDITOR ASSOCIADO	Jorge Andalaft Neto (SP)
Álvaro da Cunha Bastos (SP)	José Domingues dos Santos Jr. (DF)
	José Luiz Camargo (PR)
CORPO EDITORIAL	Laudelino de Oliveira Ramos (SP)
Adriana Lipp Weissman (SP)	Liliane D. Herter (RS)
Albertina Duarte Takiuti (SP)	Marcelino H. Poli (RS)
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)	Márcia Sacramento Cunha (BA)
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)	Marco Aurélio K. Galletta (SP)
Cremilda Costa de Figueiredo (BA)	Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)
Cristina Falbo Guazzelli (SP)	Maria Virginia F. Werneck (MG)
Denise Maia Monteiro (RJ)	Marta Francis B. Rehme (PR)
Elaine da Silva Pires (RJ)	Ricardo Leal Rocha (ES)
Fernando César de Oliveira Jr. (PR)	Romualda Castro do Rego Barros (PE)
Glênio Spinato (RS)	Vicente Renato Bagnoli (SP)
	Zuleide F. Cabral (MT)

DIRETORIA EXECUTIVA DA SOGIA-BR

Presidente

José Alcione Macedo Almeida

Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

Presidente Emérito

Álvaro da Cunha Bastos

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide F. Cabral

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

sogia@sogia.com.br

josealcione.almeida@yahoo.com.br

www.sogia.com.br



O ENADE E A MEDICINA NO BRASIL

Comentaremos aqui, alguns aspectos relevantes na matéria do Jornal Folha de S. Paulo, edição de 29 de abril último, com o título “MEC AMEAÇA PUNIR 17 CURSOS DE MEDICINA COM NOTAS RUINS”.

Nessa reportagem é dito que o “Ministério da Educação divulgou a lista de 17 cursos de medicina que serão supervisionados por causa das baixas notas dos seus alunos no Enade” (Exame Nacional de Desempenho de Estudantes). Inicialmente, a reportagem dá a sensação que algo de positivo seria efetivamente feito pelo Ministério.

Mas, quais são as ameaças do Ministério? (...) “inicialmente os cursos serão notificados pelo Ministério e terão de explicar o mau desempenho dos seus alunos. Se essas explicações não forem satisfatórias o Ministério nomeará uma comissão que poderá realizar vistorias e sugerir medidas para a melhoria dos cursos. Se houver consenso sobre as medidas, será assinado um termo de compromisso; se não, a pasta poderá abrir um procedimento administrativo”.

As medidas punitivas (caso os poderosos empresários “educadores” não conseguirem convencer o Ministério) seriam: corte de vagas ou, no limite, a suspensão de novos processos seletivos (vestibular). Também podem ser acordadas melhorias de infra-estrutura e contratação de mais professores.

Será que as explicações das escolas não serão consideradas satisfatórias para o ministério e o caso encerrado?

Aliás, algumas declarações estapafúrdias foram dadas como justificativas de escolas que tiveram notas baixas. Como a do senhor Antônio Dantas, coordenador do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia (que neste ano comemora seu bicentenário). Afirma o referido senhor que “o baixo rendimento dos alunos da faculdade no Enade se deve ao *baixo QI* dos baianos e diz ainda que esse suposto baixo QI seria hereditário e verificado por quem convive com pessoas nascidas na Bahia”.

Será que podemos acreditar em alguma medida concreta e eficaz ou, mais uma vez predominarão as falácias de autoridades?

É antiga a reivindicação dos CRMs, CFM e AMB de uma rigorosa fiscalização das escolas de medicina pelo Ministério da Educação e pedindo que não seja autorizada a abertura de novos cursos. Não há dúvida de que a queda na qualidade do ensino médico está vinculada à proliferação desenfreada de escolas médicas sem a menor condição de oferecer o mínimo de conhecimentos e prática para milhares de médicos que são jogados no mercado de trabalho em nosso País anualmente.

Em 1995, o médico Arlindo Chinaglia, deputado federal, apresentou um projeto para disciplinar o ensino da medicina no Brasil, regulamentando a criação e a ampliação desses cursos. No projeto inicial, era prevista a proibição da criação de novos cursos. Só recentemente, foi aprovado o projeto nas comissões para ser enviado ao plenário. Só que, desfigurado pelas inúmeras emendas sofridas. Em entrevista para o Jornal do Cremp, de março 2008, Chinaglia diz: “isso foi duramente combatido na Comissão de Educação, nos vários mandatos, porque ali se reúnem tanto aqueles que têm como preocupação central o acesso à escola e a uma educação de qualidade, quanto os donos de escolas e universidades privadas”.


Vemos que ameaçado está o ensino da medicina no Brasil, pelo descaso dos vários governos, desde os anos de ditadura até os dias atuais. Há uma visão distorcida quanto à falta de médicos em áreas carentes e usam essa constatação para justificar o aumento desenfreado de novas faculdades cujos proprietários estão interessados apenas nos lucros auferidos com as exorbitantes mensalidades. A mesma reportagem cita que, em 1994, tínhamos 80 faculdades de medicina e hoje temos 175.

Sabe-se perfeitamente que o Brasil tem mais médicos por habitantes do que a OMS recomenda. Sabe-se também da concentração de médicos nos centros urbanos, principalmente na região sudeste. E sabem-se, muito claramente, as razões disso.

Por que não incentivar a fixação de médicos nessas áreas, criando condições decentes de trabalho e salários dignos?

Ameaçados estamos todos nós, pelos salários aviltantes em decorrência de uma mercantilização desenfreada, ditada por um capitalismo selvagem e malvado, representado por empresários da medicina. Primeiro foram as empresas de assistência médica (planos de saúde, seguros de saúde, convênios etc.). Depois vieram os empresários do ramo do ensino.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

 SOCIEDADE BRASILEIRA
DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
FUNDAÇÃO EM 03/10/95

AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE CÁLCIO E ALIMENTOS FONTES NA ADOLESCÊNCIA

CALCIUM INTAKE EVALUATION AND CALCIUM RICH FOODS CONSUMPTION IN THE ADOLESCENCE

ELAINE CRISTINA ROCHA DE PÁDUA¹ · CLAUDIA TALAN MARIN²
· CAROLINE DE ALMEIDA MENDES² · ALBERTINA DUARTE TAKIUTI³

RESUMO

Introdução: A adolescência destaca-se como período fundamental para a aquisição de massa óssea. É durante essa fase da vida que a mineralização encontra-se aumentada. Uma das medidas preventivas é assegurar o consumo adequado de cálcio dietético para garantir que o indivíduo atinja o pico de massa óssea geneticamente determinada, e mantenha esta massa na idade adulta e apresente perda mínima na velhice, evitando assim uma osteoporose precoce. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo de cálcio em adolescentes do sexo feminino participantes do Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil, visando à prevenção da osteoporose. **Metodologia:** Foi estudado o consumo alimentar de 63 adolescentes do sexo feminino, com idade entre 10 e 20 anos, de classes sociais variadas, através da aplicação de um questionário de frequência de alimentos (QFA) ricos em cálcio e um recordatório de 24 horas, para posterior classificação de seus hábitos alimentares em relação a frequência e consumo de cálcio. **Resultados:** A maioria das adolescentes apresentou estado nutricional dentro da eutrofia (61,9%), o consumo energético médio foi 1.769 Kcal/dia. O consumo médio de cálcio foi de 698 mg/dia. Somente 6,34% das adolescentes apresentaram consumo de cálcio de 1.200 mg/dia conforme recomendado. Os alimentos lácteos mais consumidos foram leite, queijo amarelo, iogurte e sorvete. **Conclusão:** O consumo de cálcio das adolescentes está muito abaixo das recomendações atuais, refletindo-se na baixa densidade do mineral na dieta diária. Seria necessária uma ingestão de pelo menos 550 mgCa/1.000 Kcal para alcançar a recomendação. É necessário um esforço entre os profissionais da saúde no sentido de estimular o aumento do consumo de alimentos ricos em cálcio visando à prevenção da osteoporose e suas consequências.

Palavras-chave: adolescentes, cálcio, osteoporose.

ABSTRACT

Introduction: The adolescence is distinguished as a basic period for the acquisition of bone mass. It is during this phase of life that the mineralization is found increased. One of the prevention measures is to assure the adequate dietary calcium consumption to guarantee that the individual reaches the peak of bone mass genetically determined, and keeps this mass in the adult age and presents minimum loss in the oldness, thus preventing early osteoporosis. **Objective:** The objective of this study was to evaluate the calcium consumption in female adolescents of Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brazil, aiming the prevention of osteoporosis. **Methodology:** The food consumption of 63 female adolescents was studied, with age between 10 and 20 years old, of varied social groups, through the application of a questionnaire of the calcium rich food frequency and a 24-hour recall, for later classification of its food habits in relation to the calcium frequency consumption. **Results:** The majority of the adolescents were within the range of normal nutritional status (61.9%), the average energy consumption was 1.769 Kcal/day. The average calcium consumption was 698 mg/day. Only 6.34% of the adolescents had presented the recommended intake of 1.200 mg/day. The consumed dairy foods was milk, yellow cheese, yoghurt and ice cream. **Conclusion:** The calcium intake of the adolescents is very below the current recommendations, reflecting the low density of the mineral in the daily diet. An ingestion of at least 550 mgCa/1.000 Kcal would be necessary to reach the recommendation. An effort is necessary between the professionals of the health towards to stimulate the increase of calcium rich food consumption aiming the prevention of osteoporosis and its consequences.

Keywords: adolescents, calcium, osteoporosis.

INTRODUÇÃO

De acordo com a WHO¹, a adolescência, do latim *adolescere* (crescer), é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano, que culmina todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Caracterizada por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais, compreende, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as idades de 10 a 20 anos. Essas alterações são influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos².

Vários fatores interferem no consumo alimentar na adolescência, tais como valores socioculturais, imagem corporal, convivências sociais, situação financeira familiar, alimentos consumidos fora de casa, aumento do consumo de alimentos semipreparados, influência exercida pela mídia, modismos, hábitos alimentares, disponibilidade de alimentos, facilidade de preparo, experiências e conhecimentos do indivíduo. Nessa fase o indivíduo está mudando o corpo e buscando a imagem corporal idealizada; portanto, a alimentação inadequada pode levar a desequilíbrios nutricionais que podem interferir no crescimento e no estado da saúde³.

Os adolescentes tendem a viver o momento atual, não dando importância às conseqüências de seus hábitos alimentares, que podem ser prejudiciais. Sabe-se que hábitos alimentares inadequados na infância e adolescência podem ser fatores de risco para doenças crônicas e obesidade².

Um dos mais importantes métodos para prevenção da osteoporose é o aumento do pico de massa óssea até a maturidade esquelética. A concretização de um ótimo pico de massa óssea depende de um rápido acréscimo ósseo durante o crescimento, principalmente na denominada fase de “arrancada de crescimento da adolescência”, além dos fatores genéticos e ambientais, incluindo composição de dieta e ingestão de cálcio⁴.

O consumo inadequado de cálcio, associado às especificidades nutricionais da adolescência, fase na qual existe necessidade de maior ingestão de nutrientes, em virtude do crescimento e desenvolvimento, pode influenciar o surgimento de osteoporose precoce⁵.

Compreendendo a relevância desse tema, o objetivo do presente estudo é avaliar o consumo de cálcio e alimentos fontes na adolescência.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico de caráter transversal com 63 adolescentes do sexo feminino. A coleta de dados foi realizada no período de junho a julho de 2006; os critérios de inclusão foram: sexo feminino, faixa etária entre 10 e 20 anos.

A amostra trabalhada correspondeu a 20,31% do total das adolescentes que são atendidas no ambulatório ginecológico, que tinham idade de interesse para o estudo.

Foram efetuadas entrevistas individualizadas, preenchendo questionário com dados pessoais, um recordatório de 24 horas do dia anterior à entrevista, utilizado para avaliar quantitativamente a ingestão de cálcio e questionário de frequência alimentar (QFA) de alimentos ricos em cálcio utilizado para avaliar os alimentos fontes mais consumidos.

As quantidades dos alimentos consumidos foram estimadas em medidas caseiras. Com a finalidade de facilitar a entrevista para o preenchimento do recordatório foi utilizado álbum de registro fotográfico⁶ para auxiliar na identificação correta da quantidade de alimentos consumidos pelas adolescentes.

As quantidades dos alimentos e/ou preparações não contempladas em fotos foram estimadas de acordo com relatos, procurando-se identificar quantidades e tipo de preparo.

Os cálculos para quantificar o valor energético total da dieta, macronutrientes (proteína, carboidrato e lipídio) e micronutriente (cálcio) foram realizados com auxílio do Programa de Apoio à Nutrição – Nutwin (Unifesp, 2003).

Segundo Vitolo⁷, os valores recomendados de proteína são 1,0 g/kg/dia ou 46 g/dia para as faixas etárias de 10 a 14 anos, e 0,8 g/kg/dia ou 55 g/dia para as faixas etárias de 15 a 19 anos. Foram utilizados estes valores para classificação de adequação de proteína nas adolescentes estudadas.

As últimas recomendações oficiais alteraram os valores de referência para o cálcio na adolescência. Estes valores foram classificados na categoria de ingestão adequada (AI), ou seja: são valores determinados pelo consenso de experts internacionais, e não podem ser denominados como *recommended dietary allowances* (RDA); constituem uma sugestão de consumo. Foram estimados 1.200 mg/dia para ambos os sexos⁷. Foi utilizado este valor para classificação de adequação de cálcio nas adolescentes estudadas.

Os dados foram analisados e processados com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 10.0 (SPSS 1996).

As informações sobre a frequência de consumo dos alimentos das adolescentes foram coletadas pelo preenchimento de um questionário de frequência alimentar adaptado de Betzabeth Slater *et al.* (2005) e *Nutritive Value of Foods* (1988), considerado de baixo custo e aplicável na análise do hábito alimentar do indivíduo ou grupos populacionais. O questionário foi estruturado em 17 tipos de alimentos ricos em cálcio. Para cada um dos alimentos determinou-se a frequência do consumo em: nunca; menos de 1 vez por mês;

de 1 a 3 vezes por mês; 1 vez por semana; 2 a 4 vezes por semana; 1 vez ao dia; 2 ou mais vezes ao dia.

A participação das adolescentes neste estudo foi espontânea. Os procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa respeitaram as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo humanos, aprovadas pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1997).

As adolescentes participantes desta pesquisa foram informadas inicialmente sobre os objetivos do estudo e o tipo de informação que seria coletada; após este procedimento, elas assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e autorizaram a utilização das informações por elas referidas. No caso de menores de 18 anos foi solicitado consentimento dos pais ou responsável legal.

Foram obtidas as características pessoais da população, como idade, escolaridade, peso, estatura e variáveis de estilo de vida, como: tabagismo, etilismo, prática de atividade física, consumo de refrigerantes. Para a medida de peso corporal foi utilizada balança eletrônica do tipo plataforma com capacidade para 150 kg e graduação em 100 g, de marca Tanita TBF-521.

A estatura foi aferida através do estadiômetro, de marca Seca, fixado à parede com escala em milímetros.

Com a realização das medidas de peso e estatura, pode-se calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC) a partir da relação peso (kg)/estatura² (metros), para a classificação do estado nutricional. Nos procedimentos de diagnósticos e acompanhamento do estado nutricional de adolescentes foi utilizado o critério de classificação percentilar do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo idade e sexo do padrão de referência *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES II)⁸.

RESULTADOS

Perfil e classificação do estado nutricional

Em relação à idade, verificou-se que a média e desvio-padrão foram 16,95 anos \pm 2,31 anos, respectivamente. Em sua maioria as adolescentes avaliadas eram solteiras (92,06%), sendo apenas 7,94% casadas. Quanto ao grau de instrução, observaram-se as seguintes porcentagens: 7,93% concluíram o ensino fundamental, 20,63% tinham ensino fundamental incompleto, 38,11% completaram o ensino médio, 28,57% tinham ensino médio incompleto e 4,76% tinham ensino superior incompleto.

As médias e desvio-padrão para o peso e altura foram 58,19 kg \pm 5,38 kg e 1,59 m \pm 0,07 m, respectivamente. A média de IMC foi 22,57 kg/m² e desvio-padrão de 4,81 kg/m².

A maioria das adolescentes estudadas apresentou estado nutricional dentro dos padrões de normalidade (61,9%), sendo diagnosticado sobrepeso ou obesidade em 23,81% e baixo peso em 14,29%. Esta proporção de sobrepeso e obesidade mostra-se relativamente inferior à relatada em estudos no Brasil, os quais identificaram valores em torno de 30%^{9,10}.

Consumo de cálcio e hábitos alimentares

O consumo energético médio foi de 1.769 Kcal/dia \pm 581 Kcal/dia. O conhecimento da necessidade energética na adolescência é complexo, pois se não houver o diagnóstico da fase pubertária em que o adolescente se encontra, não será possível estimar o valor correto que permita atender às necessidades para o crescimento, desenvolvimento e atividade física. Entretanto, não existem fórmulas disponíveis para esse cálculo que levem em consideração os diferentes estágios pubertários de Tanner⁷.

O consumo médio diário de cálcio foi de 698 mg/dia, próximo a 50% do recomendado. Somente 6,34% das adolescentes apresentaram consumo de cálcio acima de 1.200 mg/dia. A densidade do cálcio na dieta em mg/1.000 Kcal foi de 394,79 \pm 185,30.

Em estudo realizado em Osasco, semelhante a outros estudos, esse baixo consumo de alimentos ricos em cálcio se reflete na baixa densidade do mineral na dieta diária. É preconizada uma densidade de pelo menos 550 mgCa/1.000 Kcal para um consumo de 2.200 Kcal alcançar os 1.200 mg/dia recomendados¹¹.

Analisando-se a ingestão de cálcio segundo o estado nutricional, observou-se que 93,66% das adolescentes ingeriram quantidade de cálcio menor que 1.200 mg/dia. Apenas 6,34% das adolescentes eutróficas ingeriram quantidade de cálcio maior ou igual a 1.200 mg/dia (Tabela 1).

Estudos sugerem que durante a adolescência existe um limiar na ingestão de cálcio, com máximo de incorporação quando ela estiver ao redor de 1.500 mg/dia. A ingestão acima de 1.500 mg/dia de cálcio parece não contribuir proporcionalmente para a deposição de cálcio no tecido ósseo¹².

Albano *et al.*¹⁰, ao avaliarem o consumo médio alimentar de energia, proteína, cálcio e vitaminas em adolescentes em uma escola pública de ensino fundamental e médio do município de São Paulo (n = 92 alunos), em 1998, verificaram que apesar do consumo médio de energia ultrapassar a recomendação, menos de 50% atingiram a recomendação de cálcio. Os dados de consumo alimentar foram coletados através do recordatório de 24 horas e comparados com as recomendações preconizadas pelo National Research Council de 1989.

Lerner *et al.*¹¹ avaliaram o consumo de cálcio de 323 adolescentes de oito escolas públicas em regiões centrais e

Tabela 1. Estado nutricional segundo consumo de cálcio das adolescentes do Atendimento Ambulatorial Ginecológico do Hospital das Clínicas, SP, 2006.

Estado nutricional	Cálcio < 1.200 mg/dia		≥ 1.200 mg/dia		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	10	15,87	0	0	10	15,87
Eutrofia	34	53,97	4	6,34	38	60,32
Sobrepeso	10	15,87	0	0	10	15,87
Obesidade	5	7,94	0	0	5	7,94
Total	59	93,66	4	6,34	63	100

Tabela 2. Descrição de consumo energético e cálcio entre adolescentes do Atendimento Ambulatorial Ginecológico do Hospital das Clínicas, SP, 2006 e outros estudos.

Autores	n	Idade (anos)	Média de consumo energético (Kcal)	Média de consumo de cálcio (mg)
Estudo atual	63	10-19	1.769	698
Albano <i>et al.</i> (2000)	92	10-17	2.197	579
Lerner <i>et al.</i> (2000)	323	11-17	2.009	565
Harel <i>et al.</i> (1998)	1.117	14,8 ± 0,2	S/D	536

periféricas do município de Osasco. O consumo médio diário de cálcio, calculado pela média de registro alimentar de três dias, também não atingiu as necessidades diárias, mesmo mostrando um consumo médio de energia elevado.

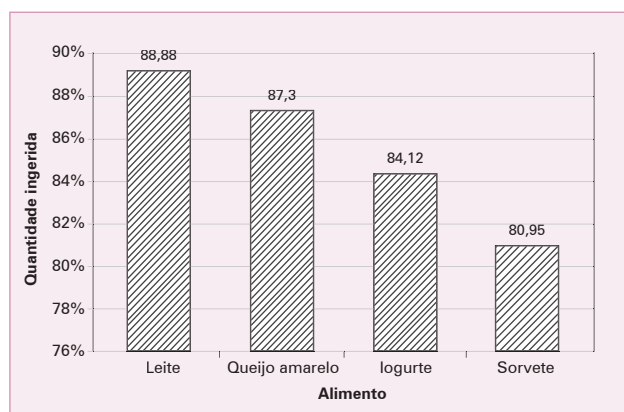
No estudo feito por Harel *et al.*¹³, com 1.117 adolescentes, em cinco escolas públicas dos Estados Unidos, constatou-se que somente 19% estavam informados sobre as recomendações diárias de cálcio. Ao calcular a ingestão média de cálcio verificou-se uma ingestão média de 536 mgCa/dia, ou seja, 45% das recomendações segundo a RDA.

Em comparação com os autores citados na tabela 2, no estudo atual o baixo consumo de cálcio pode ser explicado pela baixa ingestão de alimentos fontes, informada pelas adolescentes, bem como pela substituição desses alimentos por refrigerantes. No entanto, vários trabalhos apresentam resultados semelhantes de inadequação de consumo de cálcio entre adolescentes¹⁴.

Freqüência do consumo dos alimentos fontes de cálcio

Dos alimentos considerados fontes de cálcio, os mais consumidos foram: leite, queijo amarelo, iogurte e sorvete. A figura 1 mostra a porcentagem de adolescentes que consumiram diariamente estes alimentos, avaliados através do questionário de freqüência alimentar (QFA).

Nos Estados Unidos, de 55% a 75% do cálcio dietético é proveniente de alimentos lácteos – leite, queijo e iogurtes. Esses três alimentos estão entre os quatro alimentos lácteos mais consumidos pelos adolescentes paulistas. Os alimentos

**Figura 1.** Adolescentes segundo o Consumo de Alimentos Lácteos, do Atendimento Ambulatorial Ginecológico do Hospital das Clínicas, SP, 2006.

lácteos foram responsáveis por 56,5% do cálcio dietético presente na alimentação¹⁵.

Fatores redutores da biodisponibilidade do cálcio

Analisando-se a ingestão de proteína em relação ao cálcio, verificou-se que 80,95% das adolescentes ingeriram quantidade elevada de proteína e menor que 1.200 mg/dia de cálcio (Tabela 3).

Conforme a tabela 3, a quantidade de proteína consumida pelas adolescentes ultrapassou a recomendada (1,0 g/kg/dia ou 46 g/dia para as faixas etárias de 10 a 14 anos, e 0,8 g/kg/dia ou 55 g/dia para as faixas etárias de 15 a 19 anos).

Apenas a avaliação da quantidade consumida de cálcio não é suficiente quando se objetiva adequar nutricionalmente

Tabela 3. Consumo de cálcio segundo o consumo de proteína em adolescentes do Atendimento Ambulatorial Ginecológico do Hospital das Clínicas, SP, 2006.

Proteína	Cálcio < 1.200 mg/dia		Cálcio ≥ 1.200 mg/dia		Cálcio Total	
	n	%	n	%	n	%
Insuficiente	8	12,70	0	0	8	12,70
Elevado	51	80,95	4	6,34	55	87,30
Total	59	93,66	4	6,34	63	100

uma dieta para otimizar a formação óssea, sendo necessário investigar a interação do cálcio com os outros nutrientes, como proteína e fósforo¹⁶.

A ingestão protéica elevada promove declínio da absorção de cálcio, gerando importantes alterações na deposição óssea em adultos. Esse comprometimento ocorre em função da maior excreção de cálcio urinário resultante de maior reabsorção óssea¹⁷.

Dawson-Hughes e Harris¹⁷ ressaltam que alta ingestão protéica pode afetar a absorção intestinal de cálcio; todavia, dados provenientes da literatura ainda são contraditórios.

No Brasil, a investigação realizada em Manaus indicou que dos 118 adolescentes consultados sobre o lanche escolar, 100% deles tinham preferência por refrigerantes²⁰.

Em São Paulo, Garcia *et al.*¹⁴, investigando o consumo alimentar e o estado nutricional de 153 adolescentes de 10 a 14 anos, de ambos os sexos, verificaram que bebidas gaseificadas foram consumidas diariamente por 70% dos adolescentes. A quantidade de proteína consumida ultrapassou a recomendada para ambos os sexos, enquanto o consumo médio de cálcio não alcançou as recomendações mínimas, atingindo em média valores de 515,4 mg/dia.

Todas as pesquisas consultadas sobre o assunto revelam caráter pontual com análises realizadas em cidades específicas ou áreas metropolitanas de algumas regiões do país. O Brasil ocupa o terceiro lugar em produção de refrigerantes, sendo esta por volta de 10,1 bilhões de litros anuais¹².

A frequência de adolescentes que praticam atividade física (39,68%) é menor do que as que não praticam (60,32%). Segundo a literatura, uma baixa ingestão de cálcio talvez possa ser compensada pela prática regular de atividade física no pico de massa óssea. Sendo assim, a prática de atividade física é um fator contribuinte, na fase de crescimento, quando a ingestão de cálcio não é suficiente, mesmo não tendo um entendimento do mecanismo envolvido nesse processo²¹.

Já é consenso entre os especialistas que indivíduos que não alcançam a maior densidade de massa óssea durante o pico de formação que se dá nos anos da adolescência encontra-se em maior risco de desenvolver osteoporose em idades mais avançadas²²⁻²⁴.

CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou que o consumo de cálcio das adolescentes participantes do Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas foi de 698 mg/dia, ou seja, está muito abaixo das recomendações atuais de ingestão de cálcio (1.200 mg/dia), segundo as AI.

Fica evidente a necessidade de uma intervenção nutricional adequada, com recomendações de consumo diário de ali-

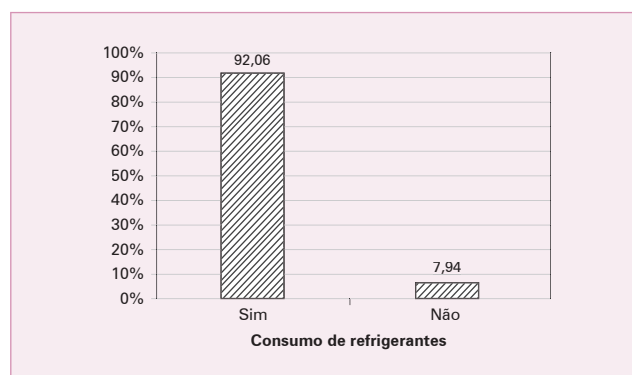


Figura 2. Consumo de refrigerante entre adolescentes do Atendimento Ambulatorial Ginecológico do Hospital das Clínicas, SP, 2006.

Outro aspecto que merece destaque é a ingestão de refrigerantes, particularmente por esse ser um hábito dietético comum durante a infância e adolescência. A teoria de que a saúde óssea é comprometida pelos níveis de cafeína contida nos refrigerantes, por aumentarem a excreção de cálcio, ainda não está comprovada cientificamente¹⁸.

Entre os refrigerantes disponíveis no mercado, os produtos à base de cola são os que acarretam maiores comprometimentos à massa óssea, por estarem fortemente associados à redução da densidade mineral óssea e ao aumento do risco de fraturas¹⁹.

mentos fontes em cálcio e orientação para a não substituição destes por outros alimentos que interfiram no aporte total de cálcio, com o objetivo de prevenir a osteoporose e suas conseqüências, uma vez que até hoje não foi confirmada a possibilidade de deposição de maiores quantidades de cálcio na idade adulta como uma correção da falta de cálcio dietético nas idades de formação do pico da massa óssea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: WHO Technical Report Series n. 797. Geneva: WHO, 1996, p. 1-25.
2. Gambardella AMD *et al.* Prática alimentar de adolescentes. *Rev Nutr* 1999 Campinas jan./abr.;12(1):55-63.
3. Dietz. Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *Journal of Nutrition*, Bethesda, 1998;(128):414.
4. Bezerra FF, Laboissiere FP, King JC, Donangelo CM. Pregnancy and lactation affect markers of calcium and bone metabolism differently in adolescent and adult women with low calcium intakes. *The Journal of Nutrition*, Bethesda, 2002; p.130-6.
5. Burke L. Sports amenorrhea, osteopenia, stress fractures and calcium. In: Burke L, Deakin V. *Clinical Sports Nutrition*. Sydney: McGraw-Hill, 1994; p. 200-26.
6. Zabotto CB, Veanna RPT, Gil MF. *Registro fotográfico para inquéritos dietéticos: utensílios e porções*. Goiânia: Nepa-Unicamp; 1996.
7. Vitolo M *et al.* *Nutrição da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro; Reichmann & Affonso Editores; 2003, p. 190-196.
8. WHO. Infant and children. In: Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995, n. 854.
9. Nuzzo L. Avaliação do estado nutricional de adolescentes de uma escola privada de ensino. São Paulo, 1998. 69p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
10. Albano RB. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes. São Paulo, 2000. 67p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.
11. Lerner BR, Lei DLM, Chaves SP, Freire RD. O cálcio consumido por adolescentes de escolas públicas de Osasco, São Paulo. *Rev Nutr*, Campinas, 2000;13(1):57-63.
12. Harel Z, Riggs S, Vaz R, White I, Menzies G. Adolescents and calcium: what they do and do not know and how much they consume. *Journal of Adolescent Health*, New York, 1998;22(3):225-228.
13. Silva CC, Teixeira AS, Goldberg TBL. Impacto da ingestão de cálcio sobre mineralização óssea em adolescentes. *Rev Nutr*, Campinas, 2004;17(3).
14. Garcia GCB, Gambardella AMD, Frutuoso MFP. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. *Rev Nutr* 2003;16:41-50.
15. Block G, Dresser CM, Hartman AM, Carrol MD. Nutrient sources in the American diet: quantitative data from the NHANES II survey. I. Vitamins and minerals. *Am J Epidemiology* 1985;122(1):13-26.
16. Cromer B, Harel Z. Adolescents: at increased risk for osteoporosis? *Clin Pediatrics* 2000;39:565-74.
17. Kimura M. Osteoporosis induced by over calcium intake. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:384.
18. Dawson-Hughes B, Harris SS. Calcium intake influences the association of protein intake with rates of bone loss in elderly men and women. *Am J Clin Nutr* 2002;75(4):773-9.
19. Amato D, Maravilha A, Contreas FG, Paniagua R. Los refrescos y la salud. *Rev Investig Clin* 1997;49:387-95.
20. Doyle EI, Feldman RHL. Preferências nutricionais entre adolescentes de classe média de Manaus, AM (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1997;31:342-50.
21. Anderson JJB, Garner SC (eds). Calcium and Phosphorus in Health and Disease. Boca Raton, FL: CRC Press 1996, p. 283.
22. Heaney RP. Calcium in the prevention and treatment of osteoporosis. *Journal of Internal Medicine*, Oxford, 1992;231(1):169-80.
23. Schaafsma G. The scientific basis of recommended dietary allowances for calcium. *Journal of Internal Medicine*, Oxford, 1992;231(1):187-94.
24. Matkovic V, Llich JZ. Calcium requirements for growth: are current recommendations adequate? *Nutrition Reviews*, New York, 1993;51(6):171-80.
25. DRI: Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride. (1997). Washington, DC: Institute of Medicine.
26. DRI: Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (2002). Washington, DC: Institute of Medicine.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Elaine Cristina Rocha de Pádua

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

TITULAÇÕES

1. Nutricionista pela Universidade Paulista – UNIP, Pós-graduanda em Nutrição nas Doenças Crônico-Degenerativas pelo Hospital Israelita Albert Einstein.
2. Nutricionista pela Universidade Paulista – UNIP.
3. Coordenadora do Programa Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo. Responsável pelo Ambulatório de Ginecológica da Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL NA ADOLESCÊNCIA. ATUALIZAÇÃO DOS ASPECTOS RELEVANTES

VICENTE RENATO BAGNOLI¹ · ANGELA MAGGIO DA FONSECA¹ · SILVIA ASAKA YAMASHITA HAYASHIDA²
· JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA² · FABIO BAGNOLI³ · EDMUND CHADA BARACAT⁴

RESUMO

A síndrome pré-menstrual (SPM) e o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) apresentam prevalência elevada em adolescentes, que em intensidade leve a intensa interferem nas suas atividades, chegando mesmo à incapacitação nos dias que precedem o fluxo menstrual. O diagnóstico é essencialmente clínico, com exclusão de outras patologias. O tratamento deve ser iniciado tão logo feito o diagnóstico, com cuidados gerais, que quando não obtiverem resultado pleno devem ser acrescidos de tratamento sintomático, individualizado a cada caso, e tratamento hormonal, preferencialmente com contraceptivos de esquemas prolongados, principalmente de sistema conti. Com estes cuidados, além de melhorar a qualidade de vida destas adolescentes, estaremos prevenindo complicações futuras. O objetivo deste trabalho é rever e atualizar alguns aspectos relevantes desta síndrome.

Palavras-chave: síndrome pré-menstrual, adolescente, disfunção menstrual, tratamento, diagnóstico.

ABSTRACT

Premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) are frequent in adolescents girls, and from light to severe intensity have negative influences and sometimes with incapacity for daily activities during days before menstrual periods. The diagnosis basically is clinic, excluding other diseases. The treatment has to be started just after the diagnosis, by general health care recommendations, and if necessary also symptomatic treatment considering clinical aspects, and hormonal treatment, specially with extended oral hormonal contraceptives. Taking these care, we can improve life quality of these girls and make prevention of complications in the future. The objective of this study is to consider update relevant aspects of the syndrome.

Keywords: premenstrual syndrome, adolescence, menstrual dysfunction, treatment, diagnosis.

INTRODUÇÃO

A adolescência é período especial e particular para meninas e meninos. Contudo, para as mulheres apresenta características relevantes, que merecem atenção especial, principalmente os distúrbios relacionados com o ciclo menstrual, tais como síndrome pré-menstrual, dismenorréia, irregularidade menstrual, sendo razão para procura de atendimento médico em cerca de 75% das adolescentes¹⁴. A síndrome pré-menstrual (SPM), relatada de forma objetiva por Robert Frank em 1931, tem sido observada também em adolescentes e, segundo a

literatura, entre os distúrbios do ciclo menstrual, é o mais freqüente nesta faixa etária, variando de acordo com os diferentes estudos entre 60% a 84%, bem como sua intensidade, que é bastante variável^{6,14}.

A importância desta síndrome é indiscutível, pois interfere no bem-estar da adolescente, no seu comportamento, e ainda nos dias atuais muitos aspectos são discutíveis, gerando dúvidas, merecendo revisão do tema, para melhor conhecimento dos profissionais que atendem à população de meninas jovens, facilitando desta maneira a assistência das portadoras do quadro.

O objetivo deste trabalho é revisar os aspectos relevantes da síndrome pré-menstrual de acordo com a literatura pertinente, com ênfase para a adolescência.

METODOLOGIA

A revisão dos estudos sobre síndrome pré-menstrual foi realizada através de pesquisa no sistema *Pubmed/Medline*. Os descritores utilizados para pesquisa foram: *Premenstrual syndrome; Adolescence; Menstrual dysfunction; Treatment; Diagnosis*. Os artigos consultados foram selecionados objetivamente de acordo com a relevância para a conceituação, prevalência, quadro clínico, diagnóstico e tratamento da SPM na adolescência, publicados nos últimos cinco anos. Foram ainda utilizados capítulos sobre SPM escritos em livros nacionais de ginecologia, e artigos nacionais considerados importantes, para maior conhecimento da síndrome em nosso meio.

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

Conceito, classificação e quadro clínico

A SPM apresenta-se como distúrbio neuropsicoendócrino, caracterizado por sintomas que acometem a mulher em suas diferentes fases biológicas, afetando as esferas biológica, psicológica e social, com início na fase lútea e desaparecendo com o início do fluxo menstrual. A partir da introdução do DSM-IV, e melhor definido neste mesmo manual em edição de 2000, passou-se a se considerar como SPM a forma mais branda do quadro, em geral assistida pelo ginecologista e transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) ao quadro mais grave, em geral cuidado pelo psiquiatra¹. A SPM e o TDPM devem ser considerados quadros diferentes, pelos aspectos relatados no quadro 1, embora a classificação de doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS) utilize apenas o código 625.4 para denominar SPM, tanto para a SPM propriamente dita, como para o TDPM.

Quadro 1. Características SPM e TDPM¹⁶

SPM	TDPM
Prevalência 75% a 85%	Prevalência 3% a 8%
Grande número de sintomas	Maior frequência transtornos do humor e mais relacionados ao comportamento social, familiar e profissional
Diversos subtipos	Alterações do humor, ansiedade e irritabilidade
Diagnóstico por ginecologista	Diagnóstico por psiquiatra

O quadro clínico da SPM é polimorfo, já tendo sido relatados mais de 150 sintomas, destacando-se alterações emocionais como instabilidade de humor, irritabilidade ou depressão, insônia ou sonolência, cansaço, perda da concentração e da memória; alterações físicas: cefaléia, mastalgia, dores articulares, edema, ganho de peso, cólicas abdominais, mas salientando que apenas quando estas manifestações surgem junto ou logo após a ovulação e desaparecem com a menstruação devem ser consideradas como SPM ou TDPM¹¹.

A OMS recomenda agrupar a SPM em quatro categorias de acordo com a frequência e predominância dos sintomas:

- Grupo A (ansioso) – ansiedade, irritabilidade, insônia e depressão;
- Grupo C (compulsivo) – compulsão por doces, cefaléia, palpitação, fadiga, desmaios;
- Grupo D (depressivo) – depressão, esquecimento, confusão, letargia;
- Grupo H (edematoso) – ganho de peso de mais de 1,4 kg, desconforto mamário, edema e distensão abdominal.

A SPM na adolescente muitas vezes oferece maior dificuldade na sua caracterização, devido provavelmente à maneira da menina expressar suas queixas. Entretanto, estudo com meninas cuja média etária foi de 16,5 anos, revelou queixa de SPM por 85% destas, incluindo os vários subgrupos clínicos, sendo a intensidade leve em 48%, moderada em 27% e severa em 11%. Segundo alguns trabalhos, nesta faixa etária o TDPM apresentaria prevalência muito baixa¹⁷, mas para alguns autores ocorre à semelhança de mulheres adultas em até 8%, e salientando que a concomitância de SPM e dismenorréia em adolescentes ocorre em cerca de 60% dos casos⁶.

ETIOPATOGENIA

A etiopatogenia da SPM e TDPM é multifatorial, e nesta atualização este processo é apresentado de forma sintética, para maior facilidade na compreensão do quadro e dos aspectos terapêuticos. Existem várias teorias que procuram explicar a fisiopatologia da síndrome, mas as evidências indicam relação polimorfa de causas e efeitos, decorrentes de interações inadequadas entre esteróides sexuais e neurotransmissores, entre estas deficiência de serotonina e dopamina, sujeitos a fatores endógenos, psicológicos, ambientais e nutricionais^{3,16}. As principais teorias que participam na fisiopatologia da síndrome são: níveis mais elevados de estrogênio, deficiência de progesterona e desequilíbrio na

relação estrogênio/progesterona; outros hormônios, como aumento da prolactina, desequilíbrio entre endorfinas e encefalinas, alterações na resistência à insulina, aumento dos níveis de prostaglandinas; retenção hídrica, motivada pelas alterações anteriores somadas à deficiência de vitamina B6 e neurotransmissores, como serotonina, norepinefrina e dopamina; outras hipóteses também importantes são os fatores psicológicos, genéticos e nutricionais. Deve-se ressaltar que as alterações nos níveis dos esteróides sexuais, principalmente do estrogênio, podem descontrolar sistemas como neurotransmissores e renina-angiotensina, justificando as diferentes formas clínicas da SPM e TDPM, tanto na adolescente como na mulher adulta^{3,11}.

DIAGNÓSTICO

A tarefa de diagnosticar a SPM é complexa na mulher adulta, e muito mais nas adolescentes, e em ambos os grupos os critérios diagnósticos são basicamente clínicos. Claman *et al.* 2006⁵ sugerem o roteiro diagnóstico da SPM e TDPM do *American College of Obstetrics and Gynecology*, indicado também para as adolescentes, que se baseia em critérios clínicos e que é bastante prático. Assim, a SPM pode ser diagnosticada quando ocorrer um ou mais sintomas somáticos: desconforto mamário, inchaço abdominal, cefaléia, edema; ou afetivos: instabilidade emocional, ansiedade, confusão, falta de concentração; e a TDPM quando predominar as manifestações emocionais, alterações de comportamento, depressão e letargia, mas em ambas as condições, relação clara com o período pré-menstrual. Este critério também é adotado na Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, separando ainda de acordo com a intensidade dos sintomas em: grau 0 – ausência de qualquer sintoma, grau 1 (leve) – sintomas leves que não interferem nas atividades, grau 2 (moderado) – manifestações que interferem nas atividades mas não de forma incapacitante e grau 3 (intenso) – quando chega a incapacitar a menina⁷. A história clínica, a pesquisa de antecedentes pessoais relevantes, acompanhados de exame físico geral e ginecológico minuciosos são fundamentais, pois a SPM e TDPM são diagnosticadas através da exclusão de outras patologias. Em serviços universitários, é comum a utilização de um dos inúmeros questionários para a síndrome, nos quais são abordadas as manifestações clínicas mais frequentes, assim como a sua intensidade⁷. Contudo, na prática diária em geral, esta avaliação é inviável.

Os exames complementares não fazem parte da rotina da síndrome, devendo ser solicitados apenas quando houver dúvidas da presença ou de doenças como por exemplo

hipotireoidismo, distúrbios metabólicos, problemas renais, quando então deve-se solicitar exames de forma orientada e individualizada. Deve-se ainda ressaltar que na possibilidade de TDPM é obrigatório afastar distúrbios psiquiátricos³.

TRATAMENTO

As mulheres na adolescência apresentam, como já comentado, prevalência significativa de SPM e TDPM, que sem dúvida, quando em intensidade moderada ou intensa, comprometem seu bem-estar e suas atividades, merecendo atenção, orientação e tratamento, o que nem sempre constitui tarefa fácil.

MEDIDAS GERAIS

Orientações gerais são recomendadas para as portadoras da síndrome, independentemente da sua intensidade, variando de acordo com a predominância das manifestações clínicas e as mais relevantes são: terapia de apoio, importante para redução das tensões, atividade física individual ou se possível em grupo, que auxilia na redução do estresse, e no controle do peso, liberação de endorfinas e redução da ansiedade; orientação dietética, com redução do consumo de cafeína, álcool, gorduras animais e seus derivados, açúcar refinado e sódio^{2,5}.

TRATAMENTO SINTOMÁTICO

O objetivo é tentar eliminar ou pelo menos reduzir as principais manifestações clínicas, sendo pois orientado pela classificação sintomática proposta pela OMS. Assim, são indicados diuréticos como a espironolactona, bendroflumetiazida e outros, sempre em doses individualizadas, para minimizar a retenção hidrossalina e edema; drogas inibidoras das prostaglandinas, como piroxicam, ácido mefenâmico, cetoprofeno, entre outras, para controlar cólicas, cefaléia, dores nos membros inferiores. Embora a gama de vitaminas utilizadas seja grande, na prática a que realmente apresenta benefícios comprovados é a piridoxina (B6), em dose de 100 a 300 mg/dia, que pela sua ação de co-fator dos precursores de serotonina oferece bons resultados no controle de alguns distúrbios comportamentais e da cefaléia^{5,7}. As drogas agonistas da dopamina como bromoergocriptina (2,5 mg/dia) ou cabergolina (0,5 mg/semana) apenas devem ser prescritas para mulheres com SPM e hiperprolactinemia¹².

As drogas psicoativas devem ser abordadas com mais detalhes, pois seu uso deve ser feito com mais atenção, e estão indicadas principalmente para os casos de SPM com características de TDPM, necessitando na maioria das

vezes da colaboração do especialista. As mais utilizadas são: antidepressivos como fluoxetina (10 a 20 mg/dia); sertralina (50 a 150 mg/dia); buspirona (10 a 20 mg/dia), todos com resultados favoráveis, mas com uso criterioso; as demais são ansiolíticos como: flufenazina (2 mg/dia); alprazolam (0,25 mg a 1 g/dia) e outros, também com bons resultados^{4,7,9}.

TRATAMENTO ALTERNATIVO

Embora não existam trabalhos controlados com tratamentos alternativos, muitas adolescentes e/ou as mães não aceitam o tratamento convencional e solicitam este tipo de tratamento. Entre as opções alternativas estão a suplementação de cálcio, vitamina B1, suplementação com magnésio, e fitoterápicos, como o *Vitex agnus castus*, óleo de prímula, *Hypericum perforatum* e *Ginkgo biloba*, que são empregados de modo empírico para tratar as diferentes manifestações clínicas da SPM e TDPM, mas sem comprovação da sua eficácia^{4,15}.

TRATAMENTO HORMONAL

Esta opção terapêutica sem dúvida está indicada como forma isolada e principalmente como associação às medidas terapêuticas já comentadas, tanto para a SPM como TDPM, pois seu princípio contempla a base fisiopatológica da síndrome mais provável, que é o desequilíbrio e oscilação dos esteróides sexuais na fase pré-menstrual, e suas repercussões nos diferentes sistemas endócrinos, metabólicos e neuropsíquicos da adolescente. As principais opções de tratamento hormonal disponíveis são:

- Inibição do ciclo menstrual, chamada também de supressão menstrual, que é feita com progestógenos utilizados por via oral continuamente (desogestrel 75 mcg/dia); acetato de medroxiprogesterona intramuscular (150 mg a cada 90 dias) ou implante subcutâneo de etonogestrel (68 mg/3 anos). Estes medicamentos promovem melhora do quadro, porém na adolescente causam apreensão, decorrente da parada da menstruação, ou por perdas sangüíneas irregulares, dificuldade no controle da depressão, e eventual aumento de peso indesejável⁷.
- Contraceptivos hormonais orais com baixa dose de hormônios têm sido utilizados com resultados satisfatórios, como por exemplo, a associação de etinilestradiol (20 mcg) e desogestrel (150 mcg), ou etinilestradiol (20 mcg) e drospirenona (3 mg), na apresentação com 21 e 24 comprimidos, respectivamente, entre outras. Estas formulações melhoram

as manifestações da síndrome, porém nem sempre de forma completa, pois as mesmas costumam reaparecer nos dias de pausa do hormônio^{4,8}. Mais recentemente foram desenvolvidas outras formulações, para obter-se melhores benefícios, como o sistema conti, que contém etinilestradiol (20 mcg), desogestrel (150 mcg), 21 comprimidos, placebo dois comprimidos e no final etinilestradiol (10 mcg), 5 comprimidos, que sem dúvida é bastante objetivo, pois reduzindo o tempo de abstinência hormonal apresenta melhores resultados no tratamento da SPM e do TDPM, pois promove maior estabilidade hormonal sem interromper o sangramento menstrual^{4,10,13}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SPM e o TDPM são entidades clínicas reais, que ocorrem na fase lútea de forma cíclica, e conforme a intensidade interferem na vida da adolescente, comprometendo suas atividades, e quando não diagnosticados e tratados oportunamente acarretarão problemas na fase adulta. Assim, frente a quadro clínico sugestivo, deve-se concluir o diagnóstico e tratar de forma adequada, iniciando-se com cuidados gerais, que se não solucionarem o problema, deve-se adicionar o tratamento sintomático individualizado a cada caso, e o tratamento hormonal, que sem dúvida é recurso valioso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., DSM-IV-Text Revision. DSM-IV-TR. Washington, DC: Am Psych Ass, 2000.
2. Ballone GJ. Tensão pré-menstrual – TPM. In: Ps/Web. Internet, disponível em www.psiweb.med.br, 2005.
3. Bagnoli VR, Fonseca AM. Entendendo a síndrome pré-menstrual. Separata Organon, 2007.
4. Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphonic disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20:3-12.
5. Claman F, Miller T. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescence. *J Pediatr Health Care* 2006;20(5):329-33.
6. Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *J Obstet Gynecol Rep Biology* 2004;116:201-6.
7. Diegoli MS, Diegoli CA. Síndrome pré-menstrual. In: Pinotti JA, Fonseca AM, Bagnoli VR (eds.). Tratado de Ginecologia. Condutas e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rio de Janeiro. Revinter. 2004. cap. 27. p. 171-8.
8. Ernst U, Baumgartner L, Bauer U, Janssen G. Improvement of quality of life in women using a low-dose desogestrel-containing contraceptive: results of an observational clinical evaluation. *The Eur J Contracep Rep Health Care* 2002;7:238-43.
9. Freeman EW. Treatment of depression associated with the cycle menstrual: premenstrual dysphoria, postpartum depression and perimenopause. *Dialog Clin Neurosc* 2002;4:177-91.

10. Gruber DM *et al.* A comparison of the cycle control, safety, and efficacy profile of a 21-day regimen of ethinylestradiol 20 mcg and drospirenone 3 mg with a 21-day regimen of ethinylestradiol 20 mcg and desogestrel 150 mcg. *Treat Endocrinol* 2006;5(2):115-21.
11. Halbe HW, Sakamoto LC, Gonçalves MA. Síndrome pré-menstrual. In: Halbe HW (ed.). *Tratado de Ginecologia*. 3ª edição. Editora Roca Ltda. São Paulo, 2000. volume 1. Cap. 70. p. 756-70.
12. Hayashida SAY, Halbe HW, Lopes CMC, Bagnoli VR. Galactorréia—Hiperprolactinemia. In: Fonseca AM, Bagnoli VR, Halbe HW, Pinotti JA. *Ginecologia Endócrina – Manual de Normas*. São Paulo, Roca. 2004. Cap. 11. p. 179.
13. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low dose oral contraceptive. *Contraception* 2002;66:393-9.
14. Houston AM, Abraham A, Huang Z, D'Angelo L. Knowledge, attitudes, and consequences of menstrual health in urban adolescent females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:271-75.
15. Slingleton G. Premenstrual disorders in adolescent females. *Australian Family Physician* 2007;36(8):629-30.
16. Valadares G *et al.* Transtorno disfórico pré-menstrual: revisão, conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev Psiq Clínica* 2003;33(3):117. Disponível: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/117.html>.
17. Vichnin M, Freeman EW, Lin H, Hillman J & Bui S. Premenstrual syndrome (PMS) in adolescents: severity and impairment. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:397-402.

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)

TITULAÇÕES

1. Professor Associado da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP.
2. Médico Assistente Doutor da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP.
3. Médico em Curso de Especialização da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo.
4. Professor Titular da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP.

GALACTOSEMIA E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA

JOÃO TADEU LEITE DOS REIS¹ · CLÁUDIA LÚCIA BARBOSA SALOMÃO²

RESUMO

Análise de aspectos ginecológicos de paciente com diagnóstico de galactosemia, em acompanhamento com endocrinologista e neurologista, direcionada para avaliação de atividade ovariana, visando minimizar o impacto causado pela carência estrogênica na adolescência. Nesta investigação identificaram-se telarca e pubarca adequadas à idade cronológica, desenvolvimento mamário tardio e amenorréia primária, seguidos por quadro clínico e laboratorial de hipoestrogenismo devido a falência ovariana precoce.

Palavras-chave: galactosemia, telarca, amenorréia primária, hipoestrogenismo, falência ovariana precoce.

ABSTRACT

Analysis of gynecological aspects of a patient with the diagnosis of Galactosemia in follow up with endocrinologist and neurologist, in order to study the ovarian activity, trying to minimize the impact of the estrogenic lack in adolescence. In this investigation thelarche and pubarche were adequate to the patients chronological age, the development of breast was late and she had primary amenorrhea, followed by clinical and laboratorial hypoenestrogenism secondary to early ovarian failure.

Keywords: galactosemia, thelarche, primary amenorrhea, hypoenestrogenism, early ovarian failure.

CASO CLÍNICO

Paciente ACL, 15 anos e 11 meses de idade, compareceu à consulta com quadro de ausência menstrual. Segundo informação da mãe, a telarca da adolescente ocorreu há aproximadamente um ano e a pubarca há “muitos anos”; faz uso de carbamazepina (Tegreto[®]), 400 mg/dia, prescrito por neurologista, e tem diagnóstico estabelecido de galactosemia, definido aos dois anos de idade, acompanhada de importante déficit neurológico, progressivo até o início do tratamento e com alguma estabilidade a partir de então. A paciente está sendo acompanhada por endocrinologista e neurologista e segue com dieta balanceada.

Ao exame clínico, a paciente se encontrava corada, com peso de 52 quilos (adequado para a estatura e idade), mamas grau III e pubarca grau V pela classificação de Tanner, genitália externa feminina de aspecto normal.

Foram solicitados os seguintes exames com seus respectivos resultados: hemograma normal, TSH 3,49 µUI/ml (normal), prolactina 3,4 ng/ml (normal), estradiol 61,03 pg/mL (normal) e ecografia pélvica: útero com 27 cm³, endométrio com 3 mm de espessura, ovário direito com 3,2 cm³ e ovário esquerdo com 4,2 cm³, ambos de aspecto ecográfico normal.

Devido à constatação de que o desenvolvimento mamário ocorreu de forma adequada durante este primeiro ano pós-telarca, apesar do seu início tardio, associado à avaliação propedêutica normal para a idade cronológica da paciente, foi sugerido controle clínico em seis meses. Entretanto, a paciente somente retornou 13 meses após a primeira consulta, já aos 17 anos de idade, mantendo quadro de amenorréia primária, leve diminuição do trofismo vulvar e mamário, motivando a realização de novos exames: FSH 87,8 U/L (aumentado), LH 47 U/L (aumentado) e estradiol 10,6 pg/mL (diminuído). À ecografia pélvica, o útero se apresentava com 15 cm³ de volume, endométrio de 1,7 mm de espessura; ovário direito com 2,4 cm³ e ovário esquerdo com 1,5 cm³. Chama-nos atenção a redução de volumes uterino e ovarianos, na ocasião inferiores aos encontrados anteriormente, possivelmente já devido ao quadro de hipoestrogenismo, confirmado pelos altos valores de gonadotrofinas e queda do nível de estradiol sérico.

Devido ao diagnóstico na infância de galactosemia associado à evolução clínica e laboratorial do caso, foi sugerido diagnóstico de falência ovariana prematura por galactosemia. À época, julgamos dispensável biópsia do parênquima ova-

riano para identificar o grau da alteração imunoistoquímica decorrente da patologia, em razão da despreocupação da família em relação ao futuro reprodutivo da paciente, uma vez que esta apresentava déficit mental importante, o que dificultaria o exercício da maternidade.

COMENTÁRIO

Entende-se como falência ovariana prematura (FOP) a perda da função gonadal, temporária ou definitiva, antes dos 40 anos de idade, acompanhada de níveis elevados de gonadotrofinas. A FOP, que se apresenta clinicamente como um quadro de hipogonadismo, pode ocorrer por disfunção folicular ou depleção folicular ovariana². Por sua vez, o hipogonadismo é caracterizado por ausência ou deficiência no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, amenorréia, infertilidade, deficiência nos níveis séricos de hormônios esteróides sexuais e elevação de gonadotrofinas².

Os quadros de FOP por disfunção folicular podem ser de origem idiopática, atingindo indivíduos com cariótipo normal e que em 50% dos casos apresentam função ovariana intermitente ou ainda em decorrência de:

- processos auto-imunes: reconhecidamente associados a quadros de hipogonadismo ovariano, suposição reforçada pela coexistência de endocrinopatias auto-imunes, pela presença de auto-anticorpos, alterações na subpopulação de linfócitos e pela infiltração linfocitária do tecido ovariano e dos próprios folículos. Identificada inicialmente em associação com doença de Addison, a ooforite auto-imune atualmente é observada concomitantemente à síndrome poliglandular, que é constituída por hipotireoidismo, hipoparatiroidismo e/ou candidíase mucocutânea, além da doença de Addison². O quadro de hipogonadismo pode se apresentar de forma transitória, com recuperação espontânea ou estimulada através de tratamento medicamentoso;
- anormalidades no receptor de gonadotrofinas e nas gonadotrofinas: mutação na subunidade beta do hormônio folículo-estimulante (FSH) tem sido responsabilizada por quadros de hipogonadismo hipogonadotrófico. Por outro lado, mutação no gene do receptor ovariano ao FSH pode ser causa de hipogonadismo hipergonadotrófico. Também são relatados quadros associados à deficiência dos receptores ao hormônio luteinizante (LH) com manifestações clínicas menos intensas, podendo apresentar amenorréia secundária, porém com desenvolvimento normal de caracteres sexuais secundários e somente moderada elevação dos níveis de FSH².
- deficiências enzimáticas: inclui deficiência da desmolase colesterol, da 17 alfa-hidroxiase e das 17-20 desmolase, prejudicando a síntese de estrogênio e levando à amenorréia e desenvolvimento incompleto dos caracteres sexuais secundários, apesar da presença de crescimento folicular². Dependendo do nível na cadeia de biossíntese adrenal de esteróides no qual ocorre a alteração enzimática, há deficiência importante na formação do cortisol, comprometendo a sobrevivência da paciente;
- causa iatrogênica: resulta da ação de quimioterapia e radioterapia sobre o ovário no tratamento de diversas patologias, especialmente leucemias, linfomas e tumores de ovário³. A intensidade da falência ovariana depende da idade da paciente à época do tratamento, tipo e dose da droga utilizada e duração do mesmo. É importante salientar que o ovário pode ser protegido antes da quimioterapia através do uso prévio de inibidores de GnRH⁴, e através da transposição cirúrgica dos ovários, retirando-os do campo de irradiação, se indicada a radioterapia.

Por outro lado, os quadros de FOP por depleção folicular podem ser em decorrência de:

- anormalidades do cromossomo X: mosaicismos do cromossomo X (45X0/46XX; 46XX/47XXX) é a alteração cromossômica mais comumente encontrada na paciente com FOP. São detectadas em 40% a 50% das mulheres com amenorréia primária². Entre estas salientamos a síndrome de Turner, que se caracteriza pela tríade clínica: baixa estatura, atraso no desenvolvimento puberal e alterações somáticas diversas³.
- galactosemia: é uma desordem autossômica recessiva rara, ocorrendo como resultado da deficiência da enzima galactose-1-fosfato uridil-transferase, ocasionando acúmulo da galactose e de seus metabólitos. Clinicamente observa-se retardo mental, catarata, danos hepáticos e renais, além de FOP na maioria das pacientes por lesão imunoistoquímica do parênquima ovariano, com diminuição do número inicial de oogônias. Atenção especial deve ser dada à necessidade da reposição hormonal adequada nestas pacientes, acompanhada de reposição de cálcio e estímulo à atividade física, objetivando evitar perda óssea precoce.

O diagnóstico de FOP é suscitado a partir da história clínica, pesquisando-se cirurgias sobre o ovário, quimioterapia, radioterapia, desordens auto-imunes e histórias familiar e menstrual, além da determinação da idade do aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Exames físico e ginecológico devem ser

completos, priorizando-se avaliação antropométrica, grau do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e avaliação clínica do nível de ação estrogênica⁶.

O tratamento fundamenta-se, além da reposição hormonal, em suporte emocional para a paciente e sua família, com atenção especial à maneira de se transmitir o diagnóstico³. Deve-se lembrar que, devido à possibilidade de existirem folículos remanescentes neste ovário, em algumas situações o quadro pode ser transitório.

A reposição hormonal tem como principais objetivos reparar e prevenir a perda óssea observada em pacientes hipostrogênicas e desenvolver os caracteres sexuais secundários. O momento de se iniciar a medicação é variável de acordo com a idade cronológica e sua relação com o grau de hipostrogenismo observado. Dois terços destas pacientes têm redução significativa da densidade mineral óssea, estando mais sujeitas a fraturas espontâneas². A verificação da densidade mineral óssea (através da densitometria) e a observação do nível de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários determinarão o esquema e as doses hormonais mais adequadas. Naquelas pacientes com nenhum ou pouco desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, preconiza-se inicialmente 0,3 mg/dia de estrogênios conjugados equinos, via oral, ou 25 mcg de estradiol/dia em adesivo transdérmico, ou 0,6 mg/dia de 17 beta-estradiol, em forma de gel, todas as opções por um período de 6 a 12 meses. A seguir, em intervalos semestrais, a dose é aumentada para 0,625 até 1,25 mg/dia de estrogênios conjugados equinos, ou de 50 a 100 mcg de estradiol/dia em adesivo transdérmico, ou de 1,2 a 1,5 mg/dia de 17 beta-estradiol, em forma de gel^{5,7}. A partir do final do segundo ano de tratamento, associar-se-á progestágeno, que Kalantaridou *et al.* (1998) recomendam ser o acetato de medroxiprogesterona, de 5 a 10 mg/dia, de 12 a 14 dias no mês. Molina (2005) sugere também o uso de progesterona micronizada na dose de 100 mcg/dia, agregada em forma cíclica por sete dias durante o mês, ou 14 dias, três a quatro vezes ao ano, se não houver sangramentos intercorrentes. Este esquema tem a vantagem de permitir uma atividade folicular espontânea, caso esta seja possível, permitindo inclusive gravidez em algumas situações². Para as pacientes que querem engravidar, atualmente a melhor

opção é a doação de oócitos, uma vez que a indução folicular com medicamentos geralmente não apresenta resultados satisfatórios². Em pacientes nas quais é desejada a anticoncepção, a manutenção da reposição hormonal poderá ser realizada com pílula anticoncepcional ou adesivo transdérmico combinado. Para Molina e Wensioe⁵, a adequação das doses utilizadas de estrogênio dependerá da observação dos efeitos colaterais, do controle de densidade óssea e do perfil lipídico. Nestas condições, a reposição hormonal deverá ser mantida até a época em que ocorreria a menopausa fisiológica.

Quanto à reposição de cálcio, deve-se lembrar que alguns fatores podem influenciar de forma negativa a mineralização óssea na adolescência, como dietas restritivas, competições esportivas e quadros de hipogonadismo nos quais o hipostrogenismo está presente. Do total do cálcio corporal, 97% estão contidos no esqueleto e essa proporção aumenta durante o estirão puberal¹. Portanto, torna-se imperativa a reposição de cálcio nas pacientes com hipogonadismo, através de dieta balanceada, e reposição medicamentosa caso se perceba que a reposição alimentar não seja suficiente para suprir os 1.200 mg do mineral necessários, por dia, à mineralização adequada. Importante salientar que adolescentes de maior estatura necessitam de 20% a mais de aporte de cálcio do que as mais baixas para uma perfeita mineralização¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eisenstein E, Coelho SC. Nutrição a saúde dos adolescentes: considerações práticas. *Adolescência & Saúde* 2004;1(1):18-26.
2. Kalantaridou SN, Davis SR, Nelson LM. Premature ovarian failure. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1998;27:989-1006.
3. Machado LV. Menopausa prematura. In: Machado LV, *Endocrinologia Ginecológica*, Rio de Janeiro, Med Book, 2006:285-93.
4. Mendez Ribas JM, Pacheco PB *et al.* Protección funcional ovárica con análogos de GnRH y preservación de la fertilidad en adolescentes durante la terapéutica oncológica. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infante Juvenil* 1999;6(1):15-24.
5. Molina R, Wensioe KR. Revisión de terapia hormonal de reemplazo en la adolescente. *Rev Soc Chil Obst Ginec Inf Adoles* 2005;12(2):71-7.
6. Reis JTL, Salomão CLB. Diferenciação sexual: Intersexo, hipogonadismo, malformações. In: Magalhães MLC, Reis JTL. *Ginecologia Infante-Juvenil Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Med Book, 2007:235-46.
7. Warne GL, Zajac JD. Disorders of sexual differentiation. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1998;27:945-67.

TITULAÇÕES

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

PARTICIPAÇÃO DA ALOGIA EM EVENTOS NO PARAGUAI

Hotel Excelsior, Asunción, Paraguay, del 16 al 19 de julio de 2008

II Congreso del Mercosur de Ginecología y Obstetricia

XI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia

XIII Congreso de Perinatología

Curso Pré e Intra-Congreso

Director: Prof. Dr. Antonio M. Ruoti

Coordinadoras: Prof. Dra. Olga Jimenez y Dra. Susana Vysokolan

Tema: Endocrinología en la adolescencia

- 1. Adolescencia, conceptos generales. Importancia del enfoque multidisciplinario**
Prof. Dr. Ramiro Molina (Chile)
- 2. Inicio y desarrollo puberal normal**
Dra. Ema Corrales de Vysokolan (Paraguay)
- 3. Pubertad precoz**
Prof. Dra. Claudia Gonzalez de Espinola (Paraguay)
- 4. Pubertad tardia**
Prof. Dra. Silvia Oizerovich (Argentina)
- 5. Alteraciones del ciclo menstrual**
Prof. Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)
- 6. Hiperandrogenismo y síndrome ovario poliquístico**
Prof. Dr. José María Méndez Ribas (Argentina)
- 7. Acne juvenil**
Prof. Dra. Lourdes Bolla (Paraguay)
- 8. Tiroides y su repercusión en el desarrollo y ciclo genital**
Prof. Dra. Olga Jimenez (Paraguay)
- 9. Metodología anticonceptiva en la adolescência**
Prof. Dr. José Enrique Pons (Uruguay)
- 10. Anticoncepción de emergencia y ética**
Prof. Dr. Antonio Ruoti (Paraguay)

Conferencias

Síndrome metabólico: patología que comienza en la adolescencia

Prof. Dr. Jose Maria Mendez Ribas (Argentina)

Patología mamaria en la adolescencia: tumores y malformaciones

Prof. Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

Oportunidades perdidas en adolescencia

Profa. Dra. Silvia Oizerovich (Argentina)

Informações: www.spgo.org.py

Próximos Congressos

X Congresso Brasileiro de Ginecologia da Infância e Adolescência

30 de novembro a 4 de dezembro de 2008 em navio

Presidente: Denise Maia Monteiro

Realização: SOGIA-BR (sogia@sogia.com.br)

Tour Viagens e Turismo: (21) 2557-4660/2556-5053 • naviosogia@tourviagens.com.br

RG Comunicações: (11) 3515-7880



X CONGRESSO BRASILEIRO
DE OBSTETRIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
RIO DE JANEIRO - RJ

Apoio:



XI Congresso Latino-americano de Ginecologia da Infância e Adolescência

2009, Panamá

Presidente: Ruth G. De León

XVI Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-juvenil

2010, Montpellier, França

Presidente: Charles Sultan

XI Congresso Brasileiro da SOGIA-BR

Programa preliminar

I - Fale com o Especialista

Encontro de 9h às 10h diariamente no café-da-manhã

Temas

- Ética médica no atendimento de adolescentes
- Vulvovaginites
- Endometriose
- Puberdade precoce e tardia
- Baixa estatura
- Infecção por HPV
- Alterações menstruais
- TPM
- Hiperprolactinemia

II - Simpósios-Satélite

- Cosmiatria
- Infecção por HPV
- Anticoncepção

III - Mesa-Redonda

Três palestrantes mais discussão do tema.

Tempo total de 1 hora e 30 minutos

Temas

- Distúrbios endócrinos
 - Puberdade precoce
 - Puberdade tardia
- Transtornos do crescimento
- Transtornos alimentares
 - Anorexia
 - Bulimia
 - Obesidade
- Síndrome dos ovários policísticos e resistência insulínica

- Amenorréia
 - Primária
 - Secundária
 - Induzida na adolescência
- Malformações congênitas
- Dismenorréia e TPM
- Sexualidade na adolescência
- Gestar na adolescência
 - O pai
 - A gestação
 - O abortamento
 - O aleitamento
 - A gravidez inoportuna como causa de disfunções sexuais
- Mortalidade materna na adolescência
- Violência sexual na infância e adolescência
 - Aspectos sociais
 - Aspectos psicológicos
 - Aspectos médico-legais e periciais
- Imunização na adolescência
 - Papel do ginecologista na informação
 - Vacinação na adolescência: aspectos atuais
 - Situação atual das vacinas contra o HPV

IV - Atividade para adolescentes

Temas

- Oficina dos sentimentos
- Plantão das emoções



Fotos do navio MSC Sinfonia

Aproveite e embarque com a Sogia!



Divulgação

Vista geral do MSC Sinfonia



Divulgação

Restaurante do navio



Divulgação

Solarium do MSC Sinfonia



Divulgação

Comissão organizadora do Congresso em visita técnica ao navio MSC Sinfonia



Divulgação

Uma das butiques da embarcação



Divulgação

Suíte-varanda, uma das acomodações para casal



Divulgação

Teatro-auditório do navio



Divulgação

Cabine para três pessoas

Título de qualificação em ginecologia da infância e adolescência – 2008

Durante o próximo Congresso Brasileiro da SOGIA-BR, de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2008, 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 de currículo que comprove a efetiva atuação e experiência do candidato nessa área da tocoginecologia.

A ficha de inscrição devidamente preenchida deverá ser encaminhada, acompanhada do comprovante de depósito do valor correspondente à taxa de inscrição (Banco Bradesco: Agência 498-7 – c/c 58853-9), pelo fax: (11) 3088-2971 ou pelo correio, no endereço abaixo.

A documentação exigida nos pré-requisitos deverá ser enviada para:
Rua João Moura, 860/53
05412-002 – Jd. América
São Paulo-SP

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 para a prova.

A – Pré-requisitos

Para fazer a inscrição, o candidato terá de comprovar:

- ser sócio da SOGIA-BR, quite com a taxa de anuidade;
- estar regularmente habilitado pelo Conselho Regional de Medicina (CRM);
- Residência Médica, ou estágio equivalente, em Ginecologia e Obstetrícia;
- ser portador do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (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. DST na infância e adolescência.
6. Sangramento genital na infância.
7. Crescimento, desenvolvimento e puberdade normal.
8. Puberdade precoce e puberdade tardia.
9. Sangramento uterino anormal na adolescência.
10. TPM e dismenorréia na adolescência.
11. Amenorréia primária.
12. Amenorréia secundária na adolescência.
13. Malformações genitais.
14. Estados interssexuais.
15. A sexualidade na infância e adolescência.
16. Abuso e violência sexual na infância e adolescência.
17. Síndromes adrogênicas.
18. Síndrome dos ovários policísticos.

19. Alterações benignas fibrocísticas da mama.
20. Processos inflamatórios da mama.
21. Tumores da mama.
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 na adolescente.
35. Assistência ao trabalho de parto e parto na adolescente.
36. A mãe adolescente e a amamentação.
37. Puerpério e planejamento familiar da adolescente.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – SOGIA-BR**

Concurso para obtenção do Título de Qualificação em Ginecologia da Infância e Adolescência

Ficha de inscrição:

Nome:

CPF: RG:

Endereço para correspondência

Bairro: CEP:

Cidade: UF:

Telefone: (.....) Fax: (.....)

E-mail:

Valor: até 31/07/08 – R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais)

De 31/07/08 a 31/10/08 – R\$300,00 (trezentos reais)

A partir de 01/11/08 – R\$350,00

Anexar xerox:

Comprovante de quitação da anuidade da SOGIA de 2008 (.....)

TEGO (.....) CRM (.....)

Data:/...../.....

Assinatura

Abordaje de la salud integral del adolescente

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
 Secretaría de Salud
 Hospital Bernardino Rivadavia
 Departamento Materno Infantil
 Sección Adolescencia

ABORDAJE DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Directoras: Dra. Carlota López Kaufman y Dra. Inés Drago

Coordinadora: Dra. Lucía Katabian

Secretaria: Dra. Gabriela Kosoy

Curso teórico con evaluación final – Rotaciones optativas
 Carga horaria teórica: 85 hs – Rotaciones optativas: 20 hs. Semanales

17 de abril a 27 de noviembre de 2008

3^{er} y 4^{to} jueves de cada mes

8.00 hs. – 12.00 hs

Objetivos:

- Evaluar el crecimiento y desarrollo desde el aspecto biopsicosocial
- Favorecer el trabajo interdisciplinario e intersectorial
- Aplicar todos los conocimientos para pensar integralmente en el adolescente

Dirigido a:

Tocoginecólogos – Pediatras – Médicos de familia/generalistas – Residentes

- Marco conceptual de salud integral del adolescente
- Evaluación del crecimiento y desarrollo femenino y masculino
- Cronología del desarrollo psicológico. Sexualidad
- Ginecología pediátrica
- Pubertad normal y patológica en la niña y el varón
- Endocrinología ginecológica
- Alimentación normal y sus trastornos
- Patología clínica
- Dolor, diagnósticos diferenciales y manejo terapéutico
- Patología genitourinaria en el varón
- Infecciones de transmisión sexual, su importancia en los/as adolescentes
- Salud reproductiva
- Abuso sexual
- Aspectos legales en la atención de los adolescentes

Lugar de realización: Servicio de Ginecología – Aula Prof. Dr. E. P. Bagnati – 2^{do} piso
 Hospital Rivadavia – Las Heras 2670 – CABA

Inscripción: Sección Adolescencia – Hospital Rivadavia
 Tel: 4809-2000 – int. 2127 (de 08.00 a 12.00 hs)
 4772-9764 // lkaufman@fibertel.com.ar



Comitê executivo da FIGIJ 2007-2010

Presidente

Dr. Ramiro Molina Cartes, Chile

Vice-Presidente

Dr. Dan Apter, Finlândia

Secretário-geral

Dr. Efthimios Deligeoroglou, Grécia

Tesoureiro

Dr. Jan Horejsi, República Checa

Diretor do IFEPAG

Dr. Jose María Mendez Ribas, Argentina

Vice-Diretora do IFEPAG

Dra. Marlene Heinz, Alemanha

Diretor científico

Dr. Charles Sultan, França

Link com ALOGIA

Coordenador de ONGs

Dr. Enrique Pons, Uruguai

Link com NASPAG

Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology

Dra. Ellen Rome, Estados Unidos

Diretoria da ALOGIA 2007-2009

Presidente

Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

Secretária

Dra. Liliane Herter (Brasil)

Tesoureira

Dra. Marta Francis Rehme (Brasil)

COMITÊ ASSESSOR

Dr. José Mendez Ribas (Argentina)

Dr. José Enrique Pons (Uruguai)

Dr. Jorge Pelaez Mendoza (Cuba)

Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguai)

Dr. Juan Fernando Bojanini (Colômbia)

Dra. Beatriz Pereyra Pacheco (Argentina)

SECRETÁRIOS REGIONAIS

Dra. Milagros Sánchez (Peru) – Região Andina

Dr. Roberto Sergio (Uruguai) – Região Sul

Dr. José Sáenz (Costa Rica) – Região Norte

REVISTA DA SOGIA-BR

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

Delegados da SOGIA-BR

Pará

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

Maranhão

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

Ceará

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

Bahia

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

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

Mato Grosso do Sul

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

Distrito Federal

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

Goiás

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

Minas Gerais

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

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

Espírito Santo

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

Rio de Janeiro

Denise Leite Maia Monteiro
Rua Almirante Tamandaré, 66, ap. 851
22210-060 – Rio de Janeiro, RJ
E-mail: denimonteiro2@yahoo.com.br
Elaine da Silva Pires
Praça Nilo Peçanha, 16S 401 – Nilópolis
26520-340 – Rio de Janeiro, RJ
E-mail: elainepires@ig.com.br

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

São Paulo

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

Paraná

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

Santa Catarina

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

Rio Grande do Sul

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

Normas e instruções para publicação em nossa revista

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

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



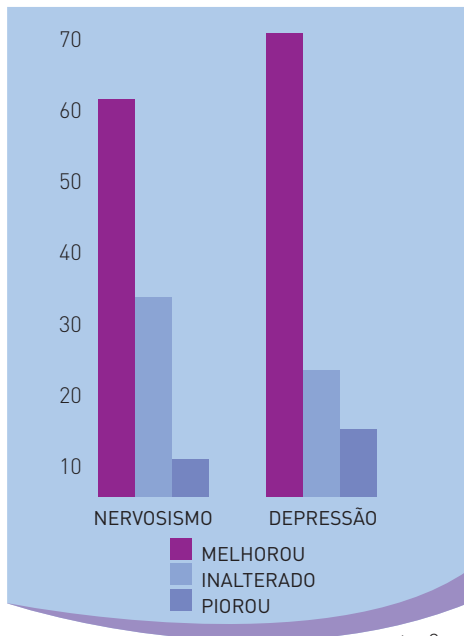
Mercilon[®] Conti

desogestrel + etinilestradiol/
etinilestradiol

Contraceção e melhora da TPM¹⁻⁴

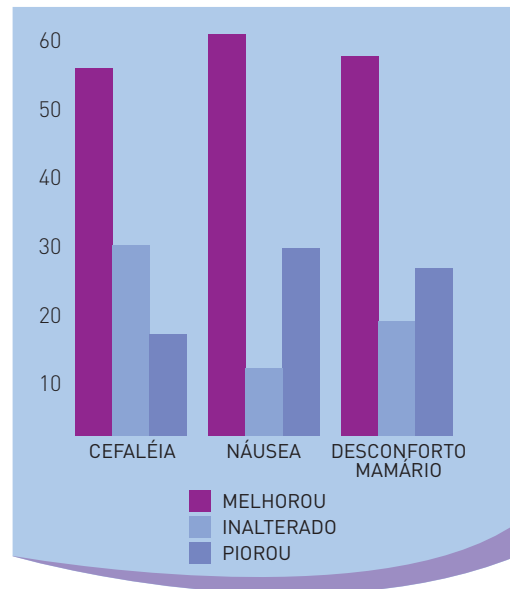
Melhora da TPM.¹⁻⁴

Alterações dos sintomas psicológicos²



t = 3 meses
n = 3675

Alterações dos sintomas físicos²



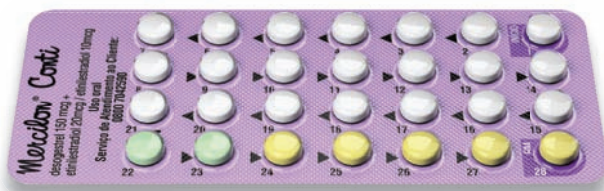
t = 3 meses
n = 3675

Melhora dos sintomas psicológicos:

- Redução de 62% do nervosismo²
- Redução de 71% do humor depressivo²

Melhora dos sintomas físicos:

- Redução de 57% da cefaléia²
- Redução de 61% das náuseas²
- Redução de 59% do desconforto mamário²



Schering-Plough

**Você entende as mulheres.
A gente entende você.**

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação. Central de relacionamento:
atendimento medico@organon.com.br ou 0800 709 5260. www.organon.com.br

Referências na página posterior.

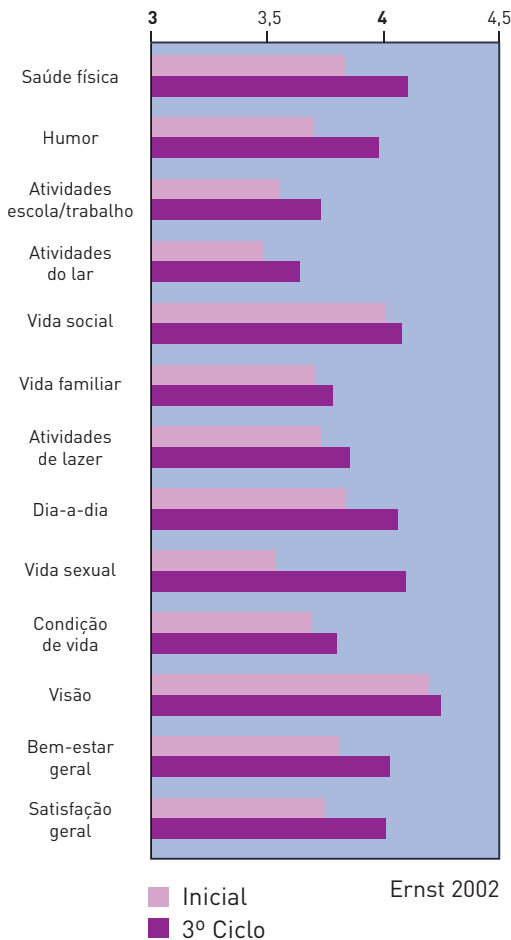


Mercilon® Conti

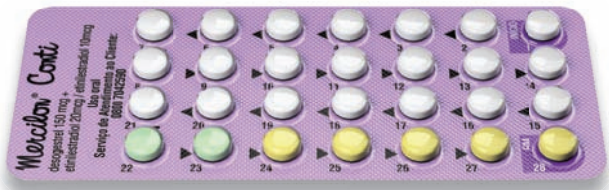
desogestrel + etinilestradiol/
etinilestradiol

Contraceção e melhora da TPM¹⁻⁴

Melhora da qualidade de vida.²



- Melhora da TPM.¹⁻⁴
- Melhora de todos os parâmetros de qualidade de vida, principalmente sexual e humor.²



Schering-Plough

Você entende as mulheres.
A gente entende você.

Referências bibliográficas: 1. Winkler UH et al. Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20mcg ethinylestradiol. Contraception 2004; 69: 469-76. 2. Ernst U et al. Improvement of quality of life in women using a low-dose desogestrel-containing contraceptive: results of an observational clinical evaluation. The Eur J Contracep Rep Health Care 2002; 7:238-243. 3. Akin M and the other members of the Mircette Study Group. An open-label, multicenter, noncomparative safety and efficacy study of Mircette, a low-dose estrogen-progestin oral contraceptive. Am J Obstet Gynecol 1998;179: S2-S8. 4. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. Contraception 2002; 66: 393-99.

Mercilon® Conti, desogestrel/etinilestradiol e etinilestradiol. APRESENTAÇÃO: embalagem com 1 blister contendo 21 comprimidos brancos [Desogestrel 150mcg/Etinilestradiol 20mcg], 2 comprimidos verdes (placebo) e 5 comprimidos amarelos [10mcg de Etinilestradiol]. **INDICAÇÕES:** prevenção da gravidez. **CONTRA-INDICAÇÕES:** tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos. Histórico de tromboflebite e distúrbios tromboembólicos de veia profunda. Doença vascular cerebral ou de artérias coronárias. Carcinoma de mama conhecido ou suspeito. Carcinoma de endométrio ou outra neoplasia estrogênio-dependente conhecida ou suspeita. Sangramento vaginal anormal não diagnosticado. Icterícia colestática da gravidez ou icterícia com uso prévio de pílula. Adenomas ou carcinomas hepáticos. Gravidez conhecida ou suspeitada. Hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **PRECAUÇÕES:** não protege contra infecção pelo HIV (AIDS) nem contra outras doenças sexualmente transmissíveis. Realizar exame físico e testes laboratoriais relevantes. Hiperlipidemia. Suspender a medicação em caso de icterícia. Disfunção hepática. Condições que possam ser agravadas pela retenção de líquidos. Histórico de depressão. Usuárias de lentes de contato que desenvolverem alterações visuais. Pode interferir na lactação. Não usar antes da menarca. **ADVERTÊNCIAS:** o uso está associado a maiores riscos de ocorrência de infarto do miocárdio, tromboembolismo, acidente vascular cerebral, neoplasia hepática e doença da vesícula biliar. Foram relatados casos de trombose retiniana e aumento na pressão arterial. Não usar durante a gravidez. Monitorar mulheres pré-diabéticas, diabéticas, com hipertensão ou doença renal. Suspender a medicação no caso de aparecimento ou exacerbação de enxaqueca ou desenvolvimento de cefaléia com um novo padrão. Investigar qualquer sangramento vaginal anormal. **REAÇÕES ADVERSAS:** náuseas. Alteração no peso (aumento ou diminuição). Vômitos. Alteração na erosão e secreção cervical. Sintomas gastrointestinais (tais como cólicas e distensão abdominal). Diminuição na lactação quando dado imediatamente após o parto. Icterícia colestática. Sangramento intermenstrual. Enxaqueca. Spotting (manchas). Erupção (alérgica). Mudança no fluxo menstrual. Depressão mental. Amenorréia. Tolerância reduzida a carboidratos. Infertilidade temporária após suspensão do tratamento. Candidíase vaginal. Mudança na curvatura da córnea. Edema. Melasma que pode persistir intolerância a lentes de contato. Alterações na mama: sensibilidade, aumento, secreção. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina. Uma associação semelhante, embora menos acentuada, foi sugerida com referência aos barbitúricos, fenilbutazona, fenitoína sódica, carbamazepina e possivelmente também com griseofulvina, ampicilina, tetraciclina e produtos fitoterápicos contendo Hypericum perforatum (erva-de-são-joão ou st. john's wort). **POSOLOGIA:** tomar um comprimido branco durante 21 dias, seguido por 1 comprimido verde (inerte) por 2 dias e 1 comprimido amarelo (ativo) por 5 dias. Reiniciar nova cartela no dia seguinte após ter tomado o último comprimido. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS: 1.0171.0102. Bula EUA 10/00 15. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.