

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS ADOLESCENTES INTERNADAS POR ABORTAMENTO EM HOSPITAIS CREDENCIADOS À REDE SUS-BAHIA
- O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DE NEOVAGINOPLASTIA
- VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ADOLESCÊNCIA PODE SER UM PROBLEMA MÉDICO?



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



Caros leitores

A Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA-BR), em parceria com a Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul (SOGOMAT-SUL), realizará o XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA e XXXI CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL, no período de 25 a 28 de maio de 2016, no Centro de Convenções Arquiteto Rubens Gil de Camilo, em Campo Grande – MS. A busca de aperfeiçoamento e atualização científica, reunirá ginecologistas e obstetras e outros profissionais de saúde, de todas as regiões desse nosso imenso país e o evento contará com os mais conceituados professores dos melhores serviços da especialidade.

Constitui-se, portanto, em oportunidade ímpar para que os profissionais de todo o Brasil tenham acesso a informações

e discussões sobre temas relevantes, com uma programação científica de alto nível.

Aliado a isso, temos o atrativo de nossa região, abençoada com duas maravilhas da natureza: Bonito com suas grutas e águas cristalinas e o Pantanal, Santuário ecológico de fauna e flora exuberantes.

Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, a “Capital dos Ipês”, sede do nosso Congresso, é uma cidade moderna, de largas avenidas arborizadas. Possui três faculdades de Medicina e é dotada de Centro de Convenções, excelente rede hoteleira, ótimos restaurantes, além de ser o ponto de partida dessa jornada de saber e encantamento.

Campo Grande espera por vocês de braços abertos!

Tatiana Serra

Presidente do Congresso da SOGIA-BR



SUMÁRIO

EDITORIAL 2

ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico das adolescentes internadas por abortamento em hospitais credenciados à rede SUS-Bahia3

ARTIGO DE REVISÃO

O papel da fisioterapia no tratamento de complicações no pós-operatório de neovaginoplastia12

RELATO DE CASO

Violência doméstica na adolescência pode ser um problema médico?18

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

EDITORES ASSOCIADOS

Denise Leite Maia Monteiro (RJ)

José Maria Soares Júnior (SP)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbos Salomão (MG)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

José Domingues dos Santos Júnior (DF)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D Herter (RS)

Marcelino H Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha Machado (BA)

Marco Aurélio Knippel Galletta (SP)

Maria de Lourdes Magalhães (CE)

Maria Virginia Furkin Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Rosana Maria dos Reis (SP)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Zuleide Félix Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente

José Alcione Macedo Almeida
josealcione.almeida@gmail.com

Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli
vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário

João Bosco Ramos Borges
drbosco@terra.com.br

2º Secretário

Marco Aurélio Knippel Galletta
mgalletta@uol.com.br

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida
anacelia.mesquita@yahoo.com.br

2º Tesoureiro

José Maria Soares Junior
jsoares415@hotmail.com

Diretora Científica

Albertina Duarte Takiuti
albertinaduarte@ajato.com.br

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme
martarehme@uol.com.br

Região Sudeste

Denise Maia Monteiro
denimonteiro2@yahoo.com.br

Região Centro-Oeste

Zuleide Felix Cabral
zuleidecabral@terra.com.br

Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros
romycastro1@hotmail.com

IN MEMORIAM

Álvaro da Cunha Bastos

Idealizador, fundador e primeiro Presidente da SOGIA-BR gestão 1995 a 2002.

Cremilda Figueiredo

Sócia fundadora e nossa Delegada na Bahia em todas as gestões até seu falecimento em março de 2015.

Jorge Andalafi Neto

Sócio fundador. Segundo Tesoureiro 2006-2010.

Fernando Cesar de Oliveira Junior

Sócio fundador. Segundo Tesoureiro 2010-2014.





A QUE SE PROPÕE A REVISTA DA SOGIA

A Revista da SOGIA-BR é um periódico que visa divulgar artigos científico para os profissionais da saúde que se dedicam à área de ginecologia da infância e adolescência, assim como à obstetrícia para adolescentes. Já recebemos várias manifestações de leitores satisfeitos com as matérias publicadas, principalmente quanto a seu conteúdo de forma objetiva e didática de abordagem. É compromisso da Comissão Editorial que cada edição tenha artigos originais, artigo de revisão e Relato de Casos. A Revista não tem a pretensão de publicar grandes descobertas científicas, mas sim de oferecer a seus leitores auxílio para atualização em temas dessa área de conhecimentos, propiciando condições de melhor condução dos casos que se apresentam no dia a dia da nossa prática profissional. A revista é aberta para publicar artigos de qualquer profissional da área da saúde que tiver interesse em compartilhar seus conhecimentos, desde que siga as instruções e normas para publicação na revista. Neste número temos um ótimo artigo de revisão feito por duas fisioterapeutas que trabalham na assistência de pacientes submetidas à cirurgia de neovaginoplastia. O trabalho versa sobre a importância da fisioterapia no pós-operatório dessas pacientes e traz importantes informações para todos os que lidam com o tema. São considerados artigos originais aqueles que resultam de pesquisa própria, com embasamento na literatura e que não tenha sido publicada em qualquer periódico nacional ou internacional. Artigo de revisão deve basear-se em artigos originais publicados na literatura médica, através de busca nas bases de dados conceituadas. Relatos de casos devem ser frutos da vivência dos autores, desde que documentadas cientificamente com os dados essenciais, como fotos e exame anatomopatológico, quando for o caso. Antes de enviar seu artigo consulte as normas na própria revista da SOGIA-BR. Se necessário, consulte a Comissão Editorial através do e-mail sogia@sogia.com.br com cópia para josealcione.almeida@gmail.com.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS ADOLESCENTES INTERNADAS POR ABORTAMENTO EM HOSPITAIS CREDENCIADOS À REDE SUS-BAHIA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ADOLESCENTES HOSPITALIZED FOR ABORTATION IN HOSPITALS ACCREDITED TO SUS-BAHIA

ALINE SOARES GARCEZ¹

MÁRCIA SACRAMENTO CUNHA MACHADO²

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Trabalho resultado de pesquisa para o TCC.

RESUMO

O abortamento na adolescência é uma realidade em ascensão no Brasil e marcadamente um importante problema de saúde pública. A fim de entender melhor quem são as jovens baianas mais acometidas pelo abortamento este trabalho utilizou dados disponíveis pelo Sistema de Internação Hospitalar em Hospitais da rede SUS-Bahia entre 2007 e 2011. Este estudo teve como objetivo primário estimar a prevalência do abortamento na adolescência na Bahia e secundariamente delinear o perfil epidemiológico dessas jovens de forma a possibilitar a ação mais efetiva da prevenção primária, secundária e terciária. O trabalho em questão identificou que a maior prevalência de abortamento em adolescentes ocorreu na faixa etária entre 15 e 19 anos, elas eram predominantemente pardas, internadas por abortamento espontâneo, sem complicações, com média de 1 dia de internamento, com custo para o estado de US\$98,66 por jovem. Para a minimização deste problema são necessários mais programas direcionados a este público com foco no planejamento familiar e melhorias no acesso a métodos contraceptivos modernos associado a sua correta forma de uso. São alternativas simples e de baixo custo que solucionam diversas consequências, tanto socioeconômicas, como fisiológicas, a qual estas jovens estão expostas.

Palavras-chave: Adolescência. Abortamento. Gravidez não planejada. Epidemiologia. Saúde reprodutiva.

ABSTRACT

The youth abortion is a reality in ascension in Brazil and markedly an important problem of public health. To know better who are the young women from Bahia affected by abortion, this study used available date from the Hospital System in SUS-Bahia between 2007 and 2011. The primary intent of this study was to estimate the prevalence of abortion in those young woman, and, secondarily, to delineate the epidemiological profile in a way to enable an effective primary, secondary and tertiary prevention. The study identified that the highest prevalence of abortion in teenagers occurred between 15 and 19 years old, they were predominantly mulatto, hospitalized by natural abortion, without complications, with average of one day of internment and a state cost of US\$98,66 for person. To minimize this problem it is necessary more programs directed to this public with the purpose of family planning and improvements in access of modern contraceptives methods associated with their right administration. Those are simple and low cost alternatives that solve several economics and physiological consequences that those young women are exposing to.

Keywords: Youth. Abortion. Unplanned pregnancy. Epidemiology. Reproductive health

1.0 INTRODUÇÃO

A adolescência é um importante período de desenvolvimento, momento que ocorre na transição entre a infância e a idade adulta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ela abrange a faixa etária dos 10 aos 19 anos. Para o Ministério da Saúde (MS) pode estar também inserida em programas destinados a adultos jovens, quando a faixa etária se estende até 24 anos^{1,2}. Já a Organização das Nações Unidas (ONU) preconiza a adolescência entre 10 e 24 anos, critério este usado para os fins políticos e estatísticos³. As nuances que definem essa fase compreendem o aparecimento das características sexuais secundárias, englobando a maturidade sexual⁴.

A puberdade, definida pelo conjunto das modificações corporais presentes nessa fase, se inicia com as características sexuais secundárias e finaliza após o completo crescimento e desenvolvimento reprodutivo do indivíduo⁵. É também neste período que ocorre a consolidação do ser psicológico que transita entre a infância e a idade adulta, assim como a busca da independência financeira exigida pela sociedade atual⁴.

O modo como se opera a relação entre adolescência e sexualidade levanta questões que abrangem os diversos fatores de risco para a formação do indivíduo e para sua saúde física e mental atuantes nessa faixa etária, dentre eles estão o uso de drogas, o comprometimento da escolaridade, a precocidade da iniciação sexual, o nível socioeconômico, a atuação dos pais além do estado civil destes⁶. Estas variáveis podem comprometer o curso de vida do adolescente, que, no caso das mulheres, envolvem principalmente acidentes e violência (causas externas), além de gravidez e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), a exemplo da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)^{2,7}. Em relação a estes últimos, a iniciação sexual precoce atrelada ao uso irregular de métodos contraceptivos são os principais fatores de risco. Segundo a OMS, 22% dos jovens tem sua primeira relação sexual antes dos 15 anos o que, segundo o estudo, favoreceu o não uso ou uso incorreto de métodos contraceptivos o qual atrelou a imaturidade característica da faixa etária⁸.

A gravidez na adolescência é um dos principais problemas associados à sexualidade entre os jovens e à falha na contracepção, responsável por 19,7% do total de gestações no Brasil sendo considerado um problema de saúde pública. Dados de 2010 fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostraram que a cada cinco mulheres grávidas, uma delas tem entre 10 e 19 anos. A gestação nesta fase traz vários riscos tanto para a gestante quanto para o feto, a exemplo de perturbações emocionais, anemia, infecções, parto pré-termo, Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação, complicações durante

o parto, além do desfecho abortamento, que pode ser tanto espontâneo como provocado. Este é a terceira maior causa de morte materna no Brasil e a curetagem é o segundo procedimento obstétrico mais realizado, conforme dados do MS^{8,9}.

O abortamento é a interrupção espontânea ou provocada da gestação antes da viabilidade do feto. Isso ocorre em gestações com menos de 22 semanas ou com conceito pesando menos de 500 gramas, ou ainda, medindo menos que 16 centímetros¹⁰. Pode ser classificado clinicamente como completo, incompleto, retido ou infectado. O abortamento completo geralmente ocorre antes da oitava semana de gestação, quando há eliminação total do conceito enquanto o incompleto é caracterizado pela eliminação apenas parcial do conteúdo uterino, encontrando-se no exame físico ou complementar a permanência de restos ovulares, colo uterino aberto e fundo uterino menor que o esperado para a idade gestacional. O abortamento é definido como retido quando ocorre morte do conceito sem sua eliminação por mais de 30 dias e a paciente refere desaparecimento abrupto dos sinais gestacionais. O tipo infectado apresenta quadro clínico específico como febre, fluxo vaginal com odor fétido, dor a palpação pélvica e mobilização uterina, comprometimento do estado geral e taquicardia, os quais geralmente são consequência de abortamentos provocados de forma inadequada, muitas vezes ilegal. O abortamento pode ser ainda espontâneo ou provocado. O primeiro tem como principais fatores de risco causas embrionárias, a exemplo das cromossomopatias e causas maternas como alterações uterinas, fatores endócrinos, imunológicos, infecciosos como rubéola, toxoplasmose, parvovirose, citomegalovírus (CMV), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e Listeriose, além de traumas. Fatores sócio-econômicos são os mais relacionados a abortamentos provocados^{11,12,13}.

A perda gestacional é considerada, segundo o Código Penal Brasileiro, crime contra a vida e subclasse do crime contra a pessoa. É passível de punição a gestante que praticar o auto-abortamento ou que consentir que outrem o faça. O indivíduo que provocar o aborto com ou sem o consentimento da paciente também pode ser condenado e a sua pena pode ser agravada a depender das condições em que aconteceu, a exemplo do emprego da violência e/ou ter sido praticado contra gestante menor ou alienada. O aborto está livre de punição quando o médico concluir que esta é a única forma de salvar a vida da gestante, nos casos de gravidez oriunda de estupro ou em situações especiais do feto como a anencefalia^{14,15}.

Não obstante a sua ilegalidade, o abortamento vem sendo praticado por mulheres pertencentes às diversas classes sociais no Brasil¹⁶, sejam motivados por aspectos econômicos (causa principal), sociais ou emocionais, a exemplo de gravidez

consequente de um estupro. Também há de se ressaltar que importantes alterações psicológicas podem ocorrer nas mulheres que sofreram aborto, dentre as mais relevantes estão a ansiedade e a depressão, as quais ocorrem principalmente nos casos de abortamentos provocados¹⁷.

Além das alterações psicológicas, as físicas também são de grande relevância, visto que representam risco de morte para a mulher. A escolha do método abortivo acontece de acordo com a renda da gestante, desta forma, o risco de sequelas pela clandestinidade do abortamento aumenta à medida que diminui seu poder aquisitivo. Cerca de 50% das mulheres que relataram a prática do aborto utilizaram algum medicamento para induzi-lo.^{18,19} Dentre as técnicas de perda gestacional mais referidas estão o uso de drogas abortivas, tanto via oral como vaginal, associado a chás, líquidos e ervas, o que geralmente resulta em finalização intra-hospitalar do abortamento.

No ambiente intra-hospitalar é feita a curetagem mecânica ou a aspiração manual intrauterina (AMIU)^{12,13}. O uso de técnicas farmacológicas favoreceu a redução do número de sequelas pós-abortamento quando comparadas a técnicas mais violentas de indução prévia ao parto^{18,19}, a exemplo das que utilizavam sondas, agulhas de tricô e agressões físicas²⁰. A utilização desses diversos métodos, muitas vezes de forma inadequada, além do próprio processo fisiológico de abortar, favorece o surgimento de complicações que encorajam a mulher a procurar os serviços de saúde, como grandes hemorragias, perfurações uterinas, ulcerações do colo do útero ou da vagina por uso inadequado de fármacos, infecções, esterilidade secundária, salpingite crônica e dor pélvica, complicações estas que, inclusive, podem levar a gestante a óbito. O abortamento também pode acarretar complicações obstétricas futuras, a exemplo da inserção anormal da placenta, dos abortamentos espontâneos recorrentes e dos partos prematuros^{21,22}.

Mesmo diante das diversas consequências que o abortamento pode trazer, dados coletados pela Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) entre 2010 e 2011, indicam que 15% das mulheres entrevistadas relataram interrupção da gravidez pelo menos uma vez na vida¹⁸. O número de abortamentos ainda é seguramente maior que o número de mulheres que o praticaram, haja vista que esta é uma prática comum na vida reprodutiva dessas mulheres. Dentre as mulheres entrevistadas, a idade mais comum em que ocorreu a prática do aborto foi aos 17 anos. Segundo o mesmo estudo, o perfil dessas mulheres é semelhante, sendo 71% delas afrodescendentes, 54% com filhos e 51% com até 19 anos¹⁹.

Diante desses dados, pode-se observar que um importante alvo das políticas de prevenção de abortamento devem ser as adolescentes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geo-

grafia e Estatística (IBGE), o Brasil tem cerca de 34 milhões de adolescentes, dos quais 49% são mulheres, sendo elas responsáveis por 19,7% das gestações nos últimos anos. Numa pesquisa feita com jovens de algumas cidades do Brasil, inclusive Salvador, 73% deles já consideraram a possibilidade de praticar abortamento. Além disso, as jovens que procuram os serviços públicos para curetagem são geralmente as de menor poder aquisitivo, sujeitas à exclusão social com menor acesso às diversas formas de contracepção²³.

O presente estudo permite a triagem do perfil epidemiológico da adolescente usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) mais vulnerável ao abortamento no estado da Bahia. Desta forma, é possível criação de estratégias de prevenção primária, secundária e terciária destinada à população alvo de forma a reduzir sua prevalência assim como suas consequências. Diante da forma simples de prevenção, das grandes consequências à saúde da jovem e pelo ônus gerado à saúde pública o abortamento na adolescência deve deter a atenção das autoridades políticas e da classe médica para tentar minimizar este problema que permite analisar de forma causal e terminal a gestação não planejada na adolescência.

2.0 OBJETIVO

2.1 Objetivo primário

Determinar o perfil epidemiológico e a prevalência de pacientes adolescentes hospitalizadas por abortamento pelo Sistema Único de Saúde no período de 2007 a 2011 no Estado da Bahia, Brasil.

2.2 Objetivos secundários

Determinar a prevalência dos tipos de abortamento na adolescência.

Descrever as principais complicações do abortamento espontâneo na adolescência.

Avaliar o custo e o tempo de internamento por essa causa em adolescentes.

3.0 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de série temporal a partir da análise do Banco de Dados de Autorizações para internação hospitalar do sistema DataSUS, no período de 2007 a 2011, referentes ao estado da Bahia, Brasil.

3.2 População, critérios de inclusão.

3.2.1 População alvo

Todas as pacientes adolescentes hospitalizadas por abortamento em unidades prestadoras conveniadas e próprias do SUS.

3.2.2 Critérios de inclusão

Pacientes com idades entre 10 e 19 anos hospitalizadas por abortamento classificado no Código Internacional de Doenças (CID-10) entre: O03 ao O08 (aborto espontâneo, aborto por razões médicas e legais, outros tipos de aborto, aborto não especificado, falha na tentativa de aborto e complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar).

3.3 Procedimento de coleta de dados

Foram usadas as informações obtidas através do banco de dados referentes às Autorizações de Internamento Hospitalar (AIH) disponíveis no Sistema de Informações- Sistema de Internação Hospitalar (SI-SIH) para cada mês do ano e convertidos em formato dbf utilizando o programa TABWIN®, fornecido pelo Ministério da Saúde (MS). Em seguida, esses dados foram convertidos, utilizando o programa *STATA transfer*, versão 8.0, em formato compatível com o *software SPSS*, versão 14.0, utilizado nas análises estatísticas. Após a junção dos bancos de dados por cada ano de interesse do estudo foram excluídos internamentos de pacientes com menos de 10 anos e mais de 19 anos.

3.4 Análise estatística

3.4.1 Operacionalização de variáveis

Variável principal do estudo: Internação pelo evento abortamento: definida como a presença no campo “Diagnóstico principal” de um CID-10 entre O03 e O08.

Variáveis descritoras:

- Idade: Expressa em anos e dividida em dois grupos: 1) 10 a 14 anos e 2) 15 a 19 anos.
- Etnia/cor: Classificada em parda, branca, preta, amarela e sem informação.
- Tempo e custo de internamento.

Variáveis obstétricas: Neste estudo foram incluídas como complicações obstétricas aquelas contidas no CID O03, referentes a abortamento espontâneo, como hemorragia, infecção do trato genital ou órgãos pélvicos, embolia, além de complicações não especificadas ou descritas como outras complicações.

3.4.2 Procedimento de análise

Os dados foram descritos utilizando tabelas de frequências simples e relativas, medidas de tendência central e dispersão além de gráficos.

Para obtenção dos resultados foram colhidos os números de abortamento e estratificados por variáveis de interesse.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou como fonte de dados bancos de domínio público que garantem a total impessoalidade da paciente como prezam os critérios de Hel-

sinque e as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desta forma o projeto ficou isento de aprovação ou passagem por Comitê de Ética em Pesquisa.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudar abortamento na adolescência significa ir além do contexto de gravidez precoce, visto que nos permite uma visão causal e terminal deste problema. Os resultados do presente estudo permitem analisar o perfil epidemiológico das adolescentes internadas por abortamento na rede SUS-Bahia a partir de dados obtidos do Sistema de Internação Hospitalar. É possível a identificação superficial das características das pacientes de risco para abortamento na faixa etária estudada para que assim despertem a atenção deste relevante e evitável problema de saúde pública e minimizem as morbidades por ele causadas.

O total de internamentos descritos por abortamento na rede SUS envolvendo pacientes na faixa etária de 10 a 19 anos entre 2007 e 2011 na Bahia foi de 16.693 casos que representa aproximadamente 3% dos internamentos nessa faixa etária. Na Tabela 1, estão os dados representados em números absolutos e percentagens pelas respectivas faixas etárias dos internamentos a cada ano estudado. Permite-se observar a ausência de informações referentes ao ano de 2007, o que possivelmente decorreu de uma alteração nas formas de notificação o que permitiu maior detalhamento das informações a partir do ano de 2008.

Considerando o período estudado, observa-se que a proporção de internamento por esta causa permaneceu praticamente constante durante os quatro anos (Tabela1). No entanto, estudos emitidos pelo MS em 2010 mostraram uma tendência à redução no número de partos entre adolescentes no Brasil entre 2005 e 2009. A região Nordeste obteve a maior redução percentual em relação às outras regiões do país totalizando 26%. Segundo a mesma pesquisa, em relação à Bahia, houve uma redução de 29,8% nos partos realizados em pacientes nessa faixa etária²⁵. A partir destes dados pode-se inferir que apesar da redução no número de partos na adolescência os números de abortamento nesta faixa etária permaneceram constantes. Essa relação díspare pode ser explicada a partir de um aumento do número de adolescentes que optaram por interromper a gravidez precocemente ou que não conseguiram fisiologicamente levar sua gestação adiante.

Segundo estudos, as principais causas que levam as adolescentes a decidirem pela interrupção da gravidez são fatores sócio-econômicos, a influência da família, além do que, muitas vezes, essa seria uma alternativa dada pelo próprio genitor para solução da gestação não planejada^{26,27}.

Tabela 1. Número de internações por abortamentos por faixa etária em hospitais da rede integrada ao SUS, no período de 2007 a 2011 na Bahia, Brasil.

Idade Ano	10-19 anos n (%)	10 -14 anos n (%)	15-19 anos n (%)
2007	3825 (100)	---*	---*
2008	3396(100)	265(7,8)	3131(92,1)
2009	3395(100)	269(7,9)	3125(92,0)
2010	3234(100)	254(7,8)	2980(92,1)
2011	2840(100)	250(8,8)	2590(91,2)

Fonte: SIH-SUS/Datasus/Ministério da Saúde

*Ausência de registro em 2007

A idade média das adolescentes que procuram o SUS na Bahia por conta de abortamento foi 17 anos com um desvio padrão de 1,687. Podemos observar na Tabela 1, que a maioria dos abortamentos acontece entre 15 e 19 anos. Estes dados são compatíveis com o de outras pesquisas sobre abortamento na adolescência^{19,26,27,28}. Dados de um estudo feito em Cuba, país com abortamento legalizado, apontaram a mesmo resultado em relação a faixa etária predominante que vai de 15 a 19 anos, além da compatibilidade da idade média de abortamento em jovens presente nesta pesquisa. A prevalência de abortamentos nessa faixa etária pode ser explicada pela média de idade da iniciação sexual dos jovens que, segundo a OMS, ocorre por volta dos 15 anos⁸. Uma pesquisa feita pelo IBGE em 2009 revelou que Salvador é a cidade em que mais adolescentes do sexo feminino tem sua iniciação sexual no período escolar, compreendido entre o 9º ano do ensino fundamental e o fim do ensino médio, ou seja, a maioria da população estudada estava compreendida na faixa etária em questão. Este mesmo estudo atrelou a iniciação sexual precoce à abstenção de uso ou uso incorreto de métodos contraceptivos⁸.

A interrupção da gestação é considerada por muitas jovens uma solução para a gravidez não planejada²⁹. Ambas estão atreladas principalmente a prática sexual desprotegida ou ao uso inadequado dos métodos contraceptivos. Estes problemas tem sua resolução fundamentada na disseminação do uso correto da contracepção, sendo a dupla proteção o mais indicado para esta faixa etária. Ele consiste na associação do método de barreira a um método hormonal e juntos protegem contra a gestação e as DST^{30,31,32}.

A Tabela 2 representa os tipos de abortamento mais prevalentes na rede SUS Bahia de acordo com o CID descrito nas fichas de internação hospitalar no período estudado. O

tipo de abortamento mais relatado nas notificações, nesta faixa etária, no período de 2007 a 2011, foi o abortamento espontâneo. Diante da ilegalidade do aborto no Brasil, aspectos pessoais, religiosos, sociais e pelo método abortivo mais usado na atualidade ser o Misoprostol® – o qual evita manipulação da cavidade uterina, muitas dessas mulheres que procuram atendimento hospitalar relatam esse tipo de abortamento²³. Contudo, sabe-se que no Brasil há uma estimativa de 1,4 milhões de abortos clandestinos por ano entre mulheres de 15 a 49 anos que muitas vezes dão entrada nas unidades de saúde apenas para concluir o processo provocado previamente. Isto torna a declaração de abortamento espontâneo um importante viés de resposta/preenchimento do profissional de saúde observado também em outra pesquisa que, consoante este trabalho, também realizou estudo epidemiológico em adolescentes que tiveram abortamento³⁴. Diante da relevante prevalência das notificações por esta causa é importante destacar que, segundo a literatura, este é um processo arriscado que pode comprometer o futuro reprodutivo das adolescentes por serem muitas vezes induzidos por métodos inapropriados²⁷. A longo prazo, esse abortamento prévio pode levar a perdas gestacionais espontâneas subsequentes, a infertilidade secundária pós-infecção do trato genital superior e ao aumento da chance de gravidez ectópica futura. Além disso, alterações psicológicas como sentimento de perda, tristeza e culpa são mais frequentes em adolescentes²⁷.

Na Tabela 3, estão descritos os tipos de abortamentos espontâneos notificados nas fichas de internamento hospitalar as quais foram subdivididas de acordo com a presença ou não de complicações contidas no CID-O03 (referente a aborto espontâneo), o mais prevalente nesta pesquisa. Em sua maioria (86,79%), não houve complicação. As complicações,

Tabela 2. Número de abortamento de adolescentes em hospitais da rede integrada ao SUS, estratificado de acordo com o CID-10, no período de 2007 a 2011 na Bahia, Brasil.

Diagnóstico principal	n (%)
Aborto espontâneo	13195(79,0)
Aborto não especificado	2717(16,2)
Outros tipos de aborto	574(3,4)
Falha na tentativa de aborto	5(0,02)
Complicações consequentes a aborto e gravidez ectópica ou molar	52(0,3)
TOTAL	16693 (99,7*)

* Diferença obtida pela soma dos valores decimais omitidos na tabela
 Fonte: SIH-SUS/Datasus/Ministério da Saúde

Tabela 3. Número de abortamentos espontâneos de adolescentes em hospitais da rede integrada ao SUS, subdividido de acordo com o tipo e as complicações contidas no CID-003, no período de 2007 a 2011 na Bahia, Brasil.

Tipos de aborto espontâneo	n (%)
Não complicado	11452(86,79)
Incompleto sem complicações	10933(82,85)
Completo ou não especificado, sem complicações	519(3,93)
Complicado	1743(13,20)
Incompleto complicado por hemorragia excessiva ou tardia	583(4,41)
Incompleto, com outras complicações ou com complicação não especificada	582(4,41)
Incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos	404(3,06)
Incompleto, complicado por embolia	78(0,59)
Incompleto ou não especificado, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos	44(0,33)
Completo ou não especificado, com outras complicações ou com complicações não especificadas	25(0,18)
Completo ou não especificado, complicado por hemorragia excessiva ou tardia	21(0,15)
Completo ou não especificado, complicado por embolia	6(0,04)
TOTAL	13195(100)

Fonte: SIH-SUS/Datasus/Ministério da Saúde

que ocorreram em 13,20% das pacientes, podem ser consequência tanto do próprio processo de abortar como podem ser reflexo do método usado nos abortamentos provocados. Segundo Domingos e Viggiano, as principais intercorrências precoces deste processo são as grandes hemorragias, perfurações uterinas pela manipulação da cavidade por sondas ou cânulas, ulcerações do colo ou vagina por uso de comprimi-

dos abortivos, infecções, dor pélvica e alterações menstruais subsequentes^{21,22}. A pior complicação é o óbito que, segundo o MS, corresponde a 12,5% ocupando assim o terceiro lugar entre as principais causas de mortalidade materna no país¹⁰.

A Tabela 3 também permitiu perceber a predominância de abortamentos incompletos nesta faixa etária. Geralmente os abortamentos incompletos ocorrem após 8ª semanas de

gestação o que altera a conduta que varia entre expectante, medicamentosa e cirúrgica, a depender da idade gestacional. Ainda assim, mesmo após expulsão do conceito, muitas vezes é necessário o esvaziamento da cavidade uterina¹⁰. De acordo com o MS, a curetagem é o segundo procedimento obstétrico mais realizado no país superado apenas pelos partos vaginais²¹. Segundo estudo realizado em Alagoas, 85,98% das adolescentes realizaram o abortamento com idade gestacional entre 13 e 15 semanas de gestação o que indicaria uma possível preponderância de abortamentos incompletos que seria compatível com os resultados do estudo em questão^{30,35}. Outra possível explicação para o predomínio de abortamentos incompletos decorreria da ausência de necessidade de intervenção hospitalar para a maioria dos abortamentos completos visto que eles evoluiriam com resolução espontânea. Diante disto, pode-se concluir que o tipo de abortamento que apresenta maior necessidade de intervenção é o incompleto sendo ele, também, o que cursa com mais complicações tanto pelo próprio processo de abortamento, como pelas consequências dos procedimentos necessários a sua resolução.

A média do tempo de internação por abortamento foi de 1,72 (DP: 2,54) dias, sendo que cerca de 98% das adolescentes não ultrapassaram 5 dias de permanência no hospital. Na Tabela 4, foi representado o número de dias de internação por abortamento das pacientes adolescentes atendidas em hospitais da rede integrada ao SUS no período de 2007 a 2011. Consoante esses dados, estudos constataram que a média de dias de internação no estado de São Paulo foi a mesma encontrada nesta pesquisa²⁶.

Numa análise em conjunto com a Tabela 3, a média de pouco mais de um dia de internação está compatível com a prevalência de complicações a qual demonstrou que em 87,2% dos casos não houve esse desfecho.

Cerca de 98,2% das pacientes ficaram internadas, pelo menos, um dia. Muitas dessas adolescentes internadas por abortamento recebem alta sem uma orientação adequada quanto a planejamento familiar, uso correto e opções de métodos contraceptivos, além de uma atenção humanizada, sendo este um momento oportuno de educação e conscientização da jovem. Estudos apontaram que entre 10 a 20% das adolescentes que procuram o hospital por este motivo relataram abortamento prévio^{30,35}. Além disso, numa das pesquisas, a prevalência de gestação anterior foi de 45%³⁰. A partir desses dados observa-se importância de uma intervenção oportuna.

Atrelados ao número de dias de internação estão os gastos públicos que o sucedem. A mediana dos gastos com internações descritas por abortamentos nos hospitais de serviços públicos da Bahia no período descrito foi de US\$ 98,66 por adolescente. O DP foi de US\$25,16 sendo que o valor mínimo foi irrelevante e o valor máximo foi quantificado em US\$1571,49. Em um estudo realizado na Argentina, país onde o abortamento é considerado ilegal assim como o Brasil, observou-se uma média de gastos de US\$ 65,33 para abortamentos sem complicações e de US\$ 528,12 para abortamentos infectados. No mesmo estudo, apenas 51% das pacientes faziam uso de contracepção³⁷. Na Bahia, um estudo feito com estudantes de escolas públicas demonstrou que o preservativo masculino foi o método mais utilizado, contudo, apenas

Tabela 4. Número de dias de internações por abortamento de adolescentes atendidas em hospitais da rede integrada ao SUS, no período de 2007 a 2011, na Bahia, Brasil.

Dias de internamento (dias)	n (%)
0	297(1,77)
1	9836(58,92)
2	4490(26,89)
3	1135(6,79)
4	469(2,80)
5	200(1,19)
6	102(0,61)
7	48(0,28)
7-15	61(0,36)
15-30	16(0,09)
>30	39(0,23)
TOTAL	16693(99,7*)

* Diferença obtida pela soma dos valores decimais omitidos na tabela
Fonte: SIH-SUS/Datasus/Ministério da Saúde

46,6% manteve uso regular. Conforme pesquisa realizada na Bahia, o segundo método contraceptivo mais usado foi a pílula anticoncepcional que obteve adesão de 14,9% das adolescentes³⁸. Além da baixa adesão, ainda deve-se considerar o uso imperfeito dos contraceptivos que reduzem bruscamente suas eficácias.

A redução de gravidez não planejada é uma das recomendações da Conferência Internacional do Cairo e do Congresso Internacional sobre População e Desenvolvimento. Eles almejam diminuir o impacto do abortamento inseguro na saúde feminina, além de reduzir os custos onerados por ele. Para isso, recomendam a facilitação ao acesso e a modernização dos métodos de planejamento familiar^{30,39}.

Diante da simples forma de prevenção, dos elevados gastos públicos que demanda, além das grandes consequências que o abortamento acarreta à adolescência, ele deve ter papel de destaque no cenário da saúde pública nacional. A fim de prevenir esse desfecho, uma pesquisa internacional reuniu sete regiões do mundo e comparou suas estratégias para prevenção deste problema³⁹. A maioria dos países pesquisados continha em seus planos de ação a expansão do acesso a contraceptivos modernos associada a educação na área de planejamento familiar. Em contrapartida, existem poucos países que objetivam atingir os adolescentes por negarem a precocidade das relações sexuais desta população que, por conseguinte, vão manter os índices de gravidez não planejada, abortamento e maternidade precoce. Por fim, outra importante ação adotada por algumas nações para redução dos abortamentos é a atenção pós-abortamento o que inclui métodos eficazes para resolução de abortamento em curso, que diminuem a chance de complicações além de integralidade do atendimento humanizado e contraceção pós-abortamento como forma de evitar que ele se torne a principal alternativa para outra gestação inesperada^{30,39}.

Quanto à distribuição por raça/cor dos internamentos hospitalares por abortamento, entre os anos de 2007 a 2011, observou-se um grande percentual de ausência de registro chegando a 50,25%, descritos como “Sem informação”. Quando registrado, a etnia mais referida foi a parda com uma média de 41,69%, seguida pela branca com média de 5,82% (Tabela 5). O mesmo resultado foi encontrado na pesquisa efetuada em Alagoas com uma prevalência maior de abortamento em pardas, seguida de brancas, negras e amarelas, em concordância com o estudo vigente³⁰.

5.0 CONCLUSÃO

Ao longo dos anos estudados neste trabalho, observou-se que o número de abortamentos em adolescentes permaneceu constante, enquanto o número de partos nessa faixa etária diminuiu significativamente, em especial na Bahia. As adolescentes tinham em média 17 anos, com distribuição por raça/cor com predominância parda, seguida da branca, com destaque para grande abstenção dessa informação nos registros de internação hospitalar. Desta forma, pode-se pressupor um aumento no número desses abortamentos.

O tipo de abortamento mais prevalente neste trabalho, foi o espontâneo, dentre eles a maioria foi classificada como “Não complicado”. As complicações aconteceram principalmente nos abortamentos espontâneos incompletos com destaque para as: hemorragias, seguida de complicações não especificadas e infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos. Percebeu-se, neste trabalho, que as adolescentes que deram entrada em hospitais públicos da Bahia por abortamento precisaram de, aproximadamente, 1 dia de internação hospitalar. Do ponto de vista de Saúde Pública, isso representa gastos veementemente evitáveis com políticas de prevenção para a gravidez na adolescência.

Tabela 5. Distribuição por raça/cor das adolescentes internadas por abortamento em hospitais da rede integrada ao SUS, no período de 2008* a 2011 na Bahia, Brasil.

Raça/cor	n (%)
Parda	5527(41,69)
Branca	772(5,82)
Preta	287 (2,16)
Amarela	5(0,03)
Sem informação	6661(50,25)
TOTAL	13255

* Os dados sobre raça/cor não constam nas fichas do SIH de 2007
Fonte: SIH-SUS/Datasus/Ministério da Saúde

Conclui-se que há imensa necessidade de criação de programas destinados a este público. Para sucesso do programa ele deve agir principalmente na conscientização sobre planejamento familiar e no acesso integral e efetivo a métodos contraceptivos modernos. A prevenção do problema é simples e as consequências podem ser muito graves, o que torna os programas de conscientização dos jovens ainda mais emergenciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chaves, JHB; Pessini, L; Bezerra, AFS; Nunes, R. Abortamento provocado e uso de contraceptivos em adolescentes.
- Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. [Adolescência e juventude]. Rio de Janeiro: Editora Ministério da Saúde. Cartilha do Ministério da Saúde.
- Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência e saúde*. 2005; 2; 6-7.
- Yépez, MAT; Pinheiro, VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*. jul./dez 2002; 14 (2): 133-147;
- Zerwes EP. Puberdade feminina. *Rev. Med. UCPEL*. 2004; 2(1): 43-7.
- Cruzeiro, ALS; Souza, LDM; Silva, RA; Pinheiro, RT; Rocha, CLA; Horta, BL. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativos em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(Supl. 1):1149-1158
- Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bonzon Michel, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(Sup. 2): 377-388.
- Oliveira LAP et al. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Ministério da Saúde; 2009.
- Rodrigues RM. Gravidez na adolescência. *Nascer e Crescer*. 2010; 19(3): S201
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
- Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília; 2010. [acesso em 05 Mar 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf
- Instituto de Perinatologia da Bahia. Protocolo de obstetrícia: Abortamento. Salvador; 2004. [acesso em 06 Mar 2013]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/iperba/images/Documents/Protocolo-OBS-001-Abortamento.pdf>
- UNIFESP. Fundamentação teórica: Abortamento. São Paulo; UNIFESP; 2010.
- Corrêa AHM, Campos ACV. Antecipação terapêutica do parto do feto anencefalo: uma discussão necessária. *Rev bioét* 2012; 20 (3): 417-24.
- Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, Sobre aspectos éticos e legais. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Mai-jun; 20(3):679-688.
- Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2006 Fev; 22(2):365-375.
- Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Souza de Lucia MC, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: Ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3): 322-7.
- Diniz D, Medeiros M. Intinérios e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3): 322-7.
- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):959-966.
- Boehs AE, Santos EK, Hasse M, Souza ML. Aborto provocado- estudo epidemiológico descritivo numa maternidade de Florianópolis, Santa Catarina. *Ciênc. Cult (São Paulo)*. 1983; 35(4):501-6.
- Domingos SRF, Merighi MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010 jan-mar; 14 (1): 177-81.
- Viggiano MGC, Faúndes A, Borges AL, Viggiano ABF, Souza GR, Rebello I. Disponibilidade de misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. *J bras Ginec*. 1996; 106 (3); 55-6.
- Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(7):1411-1420.
- Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 Sup 2:S193-S204.
- Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil acelera redução da gravidez na adolescência. 2010 [acessado em 2011 Nov 6]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137
- Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007, 12(5):1201-1208.
- Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ, Abouzahr C. Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001; 75: 137-147.
- Mendoza JP, Izquierdo AR, Lammers C, Blum RWM. Abortion Among Adolescents in Cuba. *Journal of Adolescent Health*, 1999; 24: 59–62.
- Farias Junior JC, Nahas MV, Barros MVG, Loch MR, Oliveira ESA, De Bem MFL, Lopes AS. Comportamento de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4): 344–52.
- Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. A Interrupção da Gravidez na Adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*, 2012; 21(1): 246-256.
- Brown JL. Multiple method contraception use among African American Adolescents in four US Cities. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*.2011; v.2011: 765917
- Berer M. Dual Protection: More Needed than Practised or Understood. *Reproductive Health Matters*, 2006;14(28):162–170.
- Chakrapani V et al. Prevalence of and barriers to dual-contraceptive methods use among married man and women living with HIV in India. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2011; v.2011
- Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 2008; 11(1): 78-88
- Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2001 março; 9(2): 42-7.
- GRIEBEL, C.P et al. Management of spontaneous abortion. *American Family Physician*, Kansas City, v. 72, n. 7, p. 1243-1250, 2005.
- Rivero MI, Villalba MT, Vidal DA, Ramirez N. Clínica y costo hospitalario Del aborto. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*, 2000;
- Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):566-75.
- Mirembe F, Karanja J, hassan EO, Faúndes A. Goals and activities proposed by countries in seven regions of the world toward prevention of unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010; 110 25–29.

CORRESPONDÊNCIA

Aline Garcez
line_garcez@hotmail.com
Marcia Machado
marciasmachado@uol.com.br

TITULAÇÃO

- Médica formada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 2015.
- Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Professora Adjunta de Ginecologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Delegada da SOGIA-BR na Bahia. Diretora Científica da SOGIBA.

O PAPEL DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DE NEOVAGINOPLASTIA

PHYSIOTHERAPY ROLE IN THE TREATMENT OF NEOVAGINA COMPLICATIONS AFTER SURGERY FOR VAGINAL AGENESIS CORRECTION

THALITA E.F.FREITAS¹, LARA C.C. ANDRADE², LETÍCIA A. FERREIRA³

RESUMO

Introdução: A agenesia vaginal é uma das malformações ginecológicas mais comuns, consistindo na ausência do canal vaginal. Após o tratamento cirúrgico, através da neovaginoplastia, é necessário o uso de um molde vaginal por um período indeterminado. Com isso as estruturas de sustentação das vísceras pélvicas sofrem alterações gerando repercussões musculoesqueléticas. A fisioterapia aparece como tratamento das disfunções uroginecológicas, através do uso de diversas técnicas como eletroestimulação, biofeedback, cinesioterapia e terapias manuais. **Objetivo:** identificar o papel da fisioterapia diante das complicações comumente encontradas após a correção cirúrgica da agenesia vaginal. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada pela busca nas bases de dados LILACS, PUBMED, SciELO, *US National Library of Medicine*, *EMBASE* e *Cochrane*, onde foram selecionados artigos, que abordam a neovaginoplastia e possíveis complicações relacionadas ao procedimento; a atuação do fisioterapeuta e recursos empregados no tratamento de disfunções do assoalho pélvico. **Resultados:** Não foram encontrados estudos que abordem a atuação do fisioterapeuta no pós-operatório da neovaginoplastia, porém as complicações descritas nessa população são semelhantes a alterações encontradas em outras patologias e disfunções em que o fisioterapeuta especialista em uroginecologia atua de forma eficiente. **Conclusão:** As complicações associadas ao procedimento cirúrgico de neovagina são semelhantes a outras condições uroginecológicas. Porém, não há estudos mostrando a atuação da fisioterapia pós-operatório da neovaginoplastia.

Palavras-chave: Fisioterapia, agenesia vaginal, reconstrução vaginal, neovagina, complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

Introduction: Vaginal agenesis is one of the most common gynecological deformities in women, consisting in the absence of the vaginal canal. The treatment is surgical, through neovaginoplasty, making the use of a vaginal mold necessary for an indefinite period. The supporting structures of the pelvic viscera adapt at new condition after surgery and promote negative impacts at musculoskeletal tissue. Physiotherapy treatment for urogynecological dysfunctions involves the use of various techniques, such as electrical stimulation, biofeedback, kinesiotherapy and manual therapy. **Objectives:** Identify postoperative complications of surgical correction of vaginal agenesis and the role of physical therapy in their treatment urogynecological. **Methods:** It's about a bibliographic review performed by searching the database LILACS, PUBMED, SciELO, *US National Library of Medicine*, *EMBASE* e *Cochrane*, where we selected articles, about neovaginoplasty procedure and possible complications after surgery, the role of physiotherapists in the urogynecology and different types of pelvic floor dysfunction's treatment. **Results:** No studies were found addressing the role of the physiotherapist in the postoperative period of neovaginoplasty. The complications after surgery are similar to changes found in urogynecology disorders in which the physiotherapy treatment is well known. **Conclusion:** Complications associated to the surgical procedure of neovagina are similar to other urogynecological conditions. However there are no studies showing the role of the postoperative physiotherapy of neovaginoplasty.

Keywords: Physical therapy, vaginal agenesis, neovagina vaginal reconstruction, postoperative complications of neovagina surgery.

INTRODUÇÃO

A agenesia vaginal é uma das malformações ginecológicas mais comuns e consiste na ausência do canal vaginal devido má formação dos ductos de Muller, tendo incidência de 1 em 5000 recém-nascidos do sexo feminino ^{1,2}.

O diagnóstico clínico é geralmente realizado na puberdade, através do exame ginecológico, considerando sinais e sintomas como: amenorreia primária, dores abdominais provenientes de hematocolpos e hematométrios ou tentativas frustrantes de ter relações sexuais ².

Diversos métodos cirúrgicos e conservadores já foram propostos para a criação de um novo canal vaginal; os resultados desses procedimentos podem ser qualificados em termos anatômicos, relacionado ao tamanho adequado da vagina; e funcional que se refere à função sexual. O resultado funcional costuma ser a referência mais importante de um tratamento bem sucedido para a paciente e seu parceiro³.

A correção cirúrgica da agenesia vaginal está indicada quando não há possibilidade de se obter a neovagina por técnicas conservadoras. O procedimento envolve a criação de uma cavidade entre a bexiga e o reto, com implantação de um enxerto de revestimento. Ao final do processo é necessário o uso de um molde vaginal em longo prazo para manter a largura e profundidade do canal ².

As complicações clínicas e cirúrgicas variam e podem ocorrer no ambiente intra ou pós-operatório. Dentre as complicações pós-operatórias citadas na literatura estão: estenose, atrofia e perda da elasticidade vaginal, dor pélvica cíclica ou crônica, disfunções sexuais, prolapso genitais e incontinência urinária ^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9}.

A fisioterapia vem sendo incluída na equipe interdisciplinar voltada ao tratamento das disfunções pélvicas, visando aliviar as queixas da paciente por meio da reabilitação dos músculos da região, através de recursos como: eletroestimulação, biofeedback, cinesioterapia e terapias manuais ¹⁰.

O objetivo desse trabalho foi identificar o papel da fisioterapia diante das complicações comumente encontradas após a correção cirúrgica da agenesia vaginal.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada por meio das seguintes bases de dados: Literatura-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *US National Library of Medicine*, *EMBASE* e *Cochrane*. Primeiramente, para seleção dos artigos foram utilizados os termos: fisioterapia, agenesia vaginal, reconstrução vaginal, neovagina e complicações pós-

-operatórias, com as seguintes combinações: agenesia vaginal x neovagina; agenesia vaginal x complicações da neovagina; agenesia vaginal x fisioterapia; agenesia vaginal x reconstrução vaginal; neovagina x complicações pós-operatórias, neovagina x fisioterapia; complicações pós-operatórias da neovagina x fisioterapia; reconstrução vaginal x complicações pós-operatórias; reconstrução vaginal x fisioterapia.

Após a identificação das complicações pós cirúrgicas, foram utilizadas as seguintes combinações: fisioterapia x estenose vaginal, fisioterapia x atrofia vaginal, fisioterapia x prolapso genital, fisioterapia x incontinência urinária, fisioterapia x disfunção sexual, fisioterapia x dor pélvica crônica.

Todas as combinações foram pesquisadas com as palavras equivalentes na língua inglesa.

A escolha dos artigos para o estudo foi realizada inicialmente através do título e resumo, sendo inclusos aqueles que contemplavam o objetivo do trabalho.

Para os artigos selecionados, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: Artigos em língua portuguesa e inglesa, publicados a partir do ano de 2002, que abordem técnicas cirúrgicas para a criação da neovagina em pacientes com diagnóstico de agenesia vaginal; complicações apresentadas no pós-operatório da cirurgia de correção da má formação; técnicas fisioterapêuticas empregadas no tratamento de disfunções do assoalho pélvico e que possam beneficiar as pacientes que apresentam complicações após a realização do procedimento cirúrgico.

Critérios de exclusão: Artigos que se referem ao tratamento conservador da agenesia vaginal; utilização da cirurgia de neovaginoplastia com finalidade de correção de septos vaginais, reconstrução vaginal por causas traumáticas, neoplasias ou redesignação sexual e técnicas fisioterapêuticas empregadas nas disfunções do assoalho pélvico que não tenham relação com as complicações descritas no pós-operatório da neovaginoplastia.

RESULTADOS

Não foram encontrados estudos que abordem a atuação do fisioterapeuta no pós-operatório da neovaginoplastia, contudo, foi evidenciado durante a busca da combinação de palavras *complicações pós-operatórias da neovagina x fisioterapia* que, as complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico são condições tratadas pelo fisioterapeuta em situações distintas, assim a palavra fisioterapia foi combinada as principais complicações descritas na literatura (fisioterapia x estenose vaginal, fisioterapia x atrofia vaginal, fisioterapia x prolapso genital, fisioterapia x incontinência urinária, fisioterapia x disfunção sexual, fisioterapia x dor pélvica crônica).

O total de artigos resultantes do levantamento bibliográfico, conforme as palavras chave e suas combinações foi de 7.547 artigos, encontrados a partir das bases SciELO (74), PubMed (7.476) e Lilacs (4).

Foram excluídos 7.446 artigos por não contemplarem de maneira direta ou indireta a proposta deste trabalho. Dos 101 artigos restantes, 37 preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados para compor a revisão.

DISCUSSÃO

Complicações pós-operatórias e o papel da fisioterapia no tratamento

A estenose do túnel neoformado é uma das principais complicações da cirurgia de neovagina, devido ao uso inadequado do molde vaginal no período pós-operatório inicial¹¹.

As principais consequências clínicas decorrentes de uma estenose são alterações da elasticidade e lubrificação vaginais, dificultando o ato sexual, além de dificuldades para realizar os exames ginecológicos de rotina, indispensáveis para o acompanhamento clínico dessas mulheres^{4,12}.

O fisioterapeuta pode auxiliar na quebra mecânica dos tecidos aderidos e da fibrose, utilizando como recurso os dilatadores vaginais, através de exercícios que aumentam a oxigenação e o fluxo sanguíneo, desestimulando a produção de colágeno. Estudos realizados em centros oncológicos e de transtornos de diferenciação sexual observaram a eficácia do uso de dilatadores vaginais após radioterapia e intervenção primária ou secundária de vaginoplastia. O seu uso pode variar de acordo com cada linha de tratamento, recomendações médicas e/ou comprometimento das pacientes, sendo adequado o uso de três vezes por dia a uma vez por semana pelo tempo de 2 a 20 minutos por período indeterminado^{11,13,14}.

Estudos apontaram casos de estenose pós-tratamento radioterápico de câncer do colo do útero, onde a intervenção fisioterapêutica utilizada foi à pressão digital no introito vaginal, duas vezes por dia com uso de gel lubrificante, por um período de seis a oito semanas. Todos os casos tiveram melhora progressiva, com aumento de comprimento e largura do canal e retorno da mulher para suas atividades sexuais^{11,15}.

Uma condição semelhante a estenose é atrofia vaginal, caracterizada perda da rugosidade e da elasticidade vaginal, com presença de ressecamento das paredes, que nessas pacientes ocorre devido ao hipostrogenismo causado pela ausência do colo do útero^{3,12}.

Essas alterações podem dificultar a realização de exames ginecológicos, levar a secura, dor, queimação e até gerar ou piorar disfunções sexuais, como a dispareunia e anorgasmia^{4,16,17}.

Terapias manuais como, alongamentos de fibras perineais, massoterapia, desativação de pontos gatinho por digitopressão, agulhamento a seco e liberação miofascial, são recursos fisioterapêuticos já utilizados na região vaginal de mulheres que apresentam tensão, com o objetivo de aliviar sintomas dolorosos. Exercícios de contração voluntária do assoalho pélvico melhoram a percepção, consciência corporal, tonicidade e força, prevenindo ou tratando disfunções locais, além disso, aumenta a vascularização da região pélvica, o que consequentemente melhora a lubrificação genital^{18,19}.

O enxerto de pele sempre foi um dos mais utilizados, para recobrir o novo canal, no entanto, por serem de espessura muito fina, pouco resistentes e com tendência a necrose parcial ou total, tornam-se de difícil incorporação à área receptora, levando a retrações e estenoses vaginais³.

A cirurgia é um trauma para o corpo e sua recuperação envolve, inevitavelmente, a formação de cicatrizes e este processo é complexo, requerendo uma resposta coordenada por células do sistema imunológico, hematopoiéticas e células presentes na pele. A fase de remodelação envolve uma transição do tipo de colágeno e uma recuperação da resistência, uma alteração em qualquer estágio da cicatrização pode manifestar um crescimento excessivo de tecido de granulação, cicatrizes hipertróficas ou queloides²⁰.

Algumas técnicas não cirúrgicas como a crioterapia, eletroterapia, e principalmente laser terapia, podem ajudar a prevenir e tratar retrações anormais, mas é preciso levar em consideração a ausência de evidências do emprego de tais técnicas na mucosa vaginal com essa finalidade²¹.

A massagem cicatricial pode ser realizada entre 10 e 14 dias após o encerramento primário do processo de cicatrização, porém, dependendo da zona anatômica e da presença de enxertos ou retalhos o início do tratamento pode ser retardado. Seus efeitos positivos acontecem devido à absorção de suturas profundas, diminuição de edemas e a liberação de beta-endorfinas, ocasionando alívio da dor e uma sensação de bem estar²¹.

A efetividade desse tipo de tratamento ainda é muito discutida por existir uma grande inconsistência quanto ao protocolo de seu uso, apesar disso, as técnicas como a massagem vaginal são amplamente difundidas na prática clínica.

Uma vagina normal possui estrutura complexa, já em uma neovagina, as estruturas de apoio fisiológicas não existem, esse sem dúvida é um fator de risco para o desenvolvimento de diversas disfunções pélvicas, entre eles o prolapso²².

Em uma avaliação de 11 trabalhos, com um total de 179 pacientes com neovaginasigmóide, nove demonstraram prolapso subsequente a cirurgia depois de 3 meses, já em outro

estudo com 43 mulheres não foram detectados prolapso sintomáticos após oito anos do procedimento. Apesar da baixa indecência, o autor desse estudo assumiu que o prolapso deve ser uma questão a ser prevenida e que possivelmente seria evidenciado por um estudo de *follow up* mais extenso^{7,22}.

O tratamento para o prolapso irá depender de sua gravidade, graus pequenos a moderados (grau I e II) podem ser tratados com métodos conservadores, como a estimulação elétrica, treinamento muscular do assoalho pélvico e biofeedback. Para os mais graves existem diversos tipos de cirurgias, mas para casos específicos, em que o procedimento cirúrgico não é aconselhável, já existem evidências indicando um efeito positivo do treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) para redução dos sintomas e gravidade do prolapso^{7,23,24}.

O biofeedback tem a vantagem de fornecer um guia acústico e visual adicional as pacientes, tornando a compreensão e realização dos exercícios mais fáceis e, se associado ao treinamento muscular pode trazer maiores resultados. Já o uso da eletroestimulação ainda é muito discutida e algumas hipóteses como a hipertrofia da musculatura pélvica, aumento do reflexo inibitório vesical, reinervação do assoalho pélvico e melhor recrutamento das fibras musculares, tentam comprovar sua eficácia²⁵.

Apesar de todos os resultados encontrados nos estudos apoiando o treinamento dos músculos do assoalho pélvico como uns dos principais tratamentos para o prolapso são necessários estudos de seguimentos mais longos em relação a todas as condutas para determinar se a melhora da gravidade e dos sintomas dos prolapso permanecem a longo prazo. Também devem ser mais explorados efeitos da estimulação elétrica e do biofeedback associando ou não as condutas que normalmente são estudadas²⁵.

Pacientes que realizaram neovaginoplastia e utilizaram dilatadores vaginais, são incapazes de se manterem lubrificadas até o termino da relação sexual, causando dor durante a penetração vaginal e dificuldade em alcançar o orgasmo³.

O equilíbrio da musculatura pélvica, alívio da dor, a melhora da vascularização e função perineal tem sido trabalhados pela fisioterapia, com o objetivo de atingir uma atividade sexual satisfatória. O tratamento consiste de cinesioterapia, abordagem comportamental, terapia manual, biofeedback, eletroterapia e exercícios perineais com cones vaginais^{11,26}.

O tratamento para a anorgasmia se dá através do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, pois com a hipertrofia da musculatura que se insere no corpo cavernoso do clitóris, haverá uma otimização na resposta da contração involuntária durante os orgasmos²⁷.

Um ensaio clínico realizado com 26 mulheres com anorgasmia, num período de 1 ano e 3 meses, indicou que o treinamento do assoalho pélvico gerou aumento da força, melhorando a queixa sexual. Outro estudo comparando mulheres orgásmicas e anorgásmicas observou que o uso do biofeedback associado à cinesioterapia e cones vaginais gerou melhora da satisfação sexual e da consciência corporal^{11,27}.

Para o tratamento da dispareunia, técnicas de dessensibilização do tecido, massagem local, alongamentos, biofeedback e estimulação elétrica são as condutas mais usadas. As técnicas manuais são aplicadas diretamente na vulva e na pelve, tendo como objetivo melhorar a resposta sexual, aumentar o fluxo sanguíneo, a flexibilidade do intróito vaginal e diminuir a dor^{11,27,28}.

Visto que as disfunções sexuais decorrentes da neovaginoplastia são alterações já conhecidas e tratadas pela fisioterapia em outras situações, sugere-se, que as condutas são efetivas no tratamento de forma preventiva, no pós-operatório imediato e de maneira curativa nos meses seguintes ao procedimento. O fisioterapeuta irá intervir reabilitando alterações estruturais ocasionadas pelo uso do molde vaginal, e orientando nas atividades de vida diária.

Dentre as alterações estruturais, estão aquelas que atingem o assoalho pélvico e podem gerar disfunções miccionais. Na literatura foi encontrado apenas um relato de caso envolvendo o aparecimento de incontinência urinária de esforço após uma cirurgia de neovaginoplastia, onde é sugerido que a criação de uma neovagina irá alterar a anatomia normal, modificando o equilíbrio do assoalho pélvico. De acordo com o estudo, existem duas hipóteses: mudança do ângulo uretrovesical e falta de suporte suburetral, permitindo uma hiper mobilidade da uretra⁸.

A fisioterapia é necessária no pós-operatório de um procedimento ginecológico, pois atua de forma preventiva e curativa nas alterações da musculatura do assoalho pélvico, dos ligamentos pélvicos e de estruturas do trato urogenital, evitando disfunções uroginecológicas²⁹.

As condutas mais usadas no tratamento da incontinência urinária são a cinesioterapia, cones vaginais e a eletroestimulação, apresentando resultados em até 85% dos casos de incontinência urinária^{30,31}.

Tanto a terapia combinada (biofeedback com fortalecimento muscular) como apenas o uso da cinesioterapia proporcionam ótimos resultados no tratamento da incontinência urinária. Com o objetivo inicial de melhorar a conscientização da região perineal e evoluindo para exercícios de fortalecimento da musculatura, em diversas posturas, por períodos de

8 a 30 semanas, contrações de 2 a 4 segundos e repetições de 3 séries de 15 por dia realizando duas sessões por semana³².

A eletroestimulação é outra intervenção utilizada para reduzir a incontinência urinária através da normalização da atividade do reflexo do trato urinário inferior, hipertrofia dos músculos e aumento da circulação sanguínea local. Esse recurso usado para estimular o nervo pudendo melhora o fechamento uretral, o poder de contração voluntária do períneo além de aumentar a propriocepção da região³².

A cinesioterapia com os cones vaginais é um tratamento indicado para casos leves e moderados de incontinência urinária de esforço que permite o recrutamento das fibras musculares dos tipos I e II, além de melhorar a propriocepção das pacientes. Podem ser utilizados em ambiente hospitalar e/ou domiciliar, três vezes por semana, de 20 a 45 minutos de maneira ativa ou passiva. São imprescindíveis no pré e pós-operatório de cirurgias do assoalho pélvico, uma vez que o insucesso cirúrgico pode estar relacionado a alterações na musculatura³¹.

Algumas pacientes podem desenvolver dor pélvica crônica, que também pode ser decorrente de alterações musculares do assoalho pélvico. Entre as causas relacionadas às patologias ginecológicas, estão as más formações congênitas, incluindo agenesia vaginal³³.

A dor pélvica crônica causada por mialgias do assoalho pélvico são comuns após traumas e estão associadas geralmente a espasmos involuntários dos músculos do assoalho pélvico, podendo ser contínua ou episódica e se manifestar como uma sensação peso ou queimação. Pode não estar associada com o período menstrual, embora haja a possibilidade de ser exacerbada por ele. A terapia manual realizada por fisioterapeutas experientes é vista hoje como o melhor tratamento para mulheres acometidas por esses sintomas, e envolve um programa de alongamentos personalizados, compressão digital direta e relaxamento dos músculos afetados^{33,34}.

Algumas mulheres com dor pélvica crônica possuem uma postura anormal, que pode vir de uma adaptação na tentativa de aliviar a dor e poderá levar à tensão muscular crônica, articular e ligamentar, a qual se transforma na fonte de dor em si^{33,35,36}.

O envolvimento do sistema musculoesquelético na origem e evolução da dor pélvica crônica vem sendo demonstrado de forma crescente, onde mais de 85% dessas mulheres apresentam disfunções, como hiperlordose, anteversão pélvica, hiperextensão de joelhos, síndrome do piriforme e espasmos dos músculos do assoalho pélvico. A fisioterapia atua na analgesia e correção postural, massagem e inativação dos pontos gatilhos com digitopressão, alongamento muscular,

mobilizações, biofeedback, eletroestimulação transcutânea são condutas de extrema eficácia para o reequilíbrio muscular de membros inferiores e cintura pélvica^{34,36,37}.

CONCLUSÃO

Embora não haja na literatura estudos que abordem os benefícios da reabilitação em pacientes que realizaram a neovaginoplastia, as complicações associadas a esse procedimento são semelhantes a condições tratadas atualmente pela fisioterapia de forma satisfatória. Porém são necessários estudos que comprovem os efeitos da intervenção fisioterapêutica nessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Piazza MJ, Peixoto APBML, Filippeto BM. Estado atual do tratamento das mal formações genitais. *FEMINA* 2007 Jul; 35 (7): 411-414.
- Marin JS, Lara LAS, Silva AV, Reis RM, Junqueira FR, Rosa-e-Silva ACJ. Tratamento cirúrgico e conservador da agenesia vaginal: análise de uma série de casos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012 Jun; 34 (6): 274-277.
- Nadarajah S, Quek J, Rose GL, Edmonds DK. Sexual Function in Women Treated with Dilators for Vaginal Agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005 Feb; 18 (1): 39-42.
- Silva MPP, Gannun CS, Aiello NA, Higino MAR, Ferreira NO, Oliveira MMF. Métodos Avaliativos para Estenose Vaginal Pós-Radioterapia. *Rev Bras de Cancerologia* 2010 Out; 56 (1): 71-83.
- Ferreira JAS. Vaginoplastia com utilização de enxerto de pele da região abdominal inferior. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003 Feb; 25 (1): 17-22.
- Bastu E, Akhan SE, Mutlu MF, Nehir A, Yumru H, Hocaoglu E, Gungor-Ugurlucan F. Sexual Treatment of vaginal agenesis using a modified McIndoe technique: long-term follow-up of 23 patients and a literature review. *Can J Plast Surg* 2012 Out; 20 (4): 241-44.
- Swenson CW, DeLancey JO, Schimpf MO. Left-sided sacrospinous ligament suspension for treating recurrent sigmoid neovagina prolapse. *IntUrogynecol J* 2014 Nov; 25 (1): 1593-5.
- Bianchi M, Sola V, Ricci P, Pomes C. Late postoperative urinary stress incontinence after a laparoscopic-assisted Vecchiotti procedure for neovagina creation in a patient with Rokitansky syndrome: Successful treatment with theTVT-O technique. *J Minim Invasive Gynecol* 2007 Jan-Feb; 14 (1): 116-118.
- Pizana EV, Quiñónez ARR, Salazar OEV, Rivera NG, Cervantes GL. Malformaciones Del Aparato Genital Feminino en La Adolescencia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2006; 23 (2): 57-63.
- Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. 1 ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2006. The Cochrane Library 2009.
- Franceschini J, Scarlato A, Cisi MC. Fisioterapia nas Principais Disfunções Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. *Rev Bras de Cancerologia* 2010 Set; 56 (4): 501-506.
- Bernardo BC, Lorenzato FRB, Figueiroa JN, Kitoko PM. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007 Jan; 29 (2): 85-90.
- Denton AS, Maher EJ. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1).
- Johnson N, Miles TP, Cornes P. Dilating the vagina to prevent damage from radiotherapy: systematic review of the literature. *BJOG* 2010 Abr; 117(5): 522-531.
- Miles T, Johnson N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Set; 8 (9): 01-33.
- Halbe A, Durigon OFS. Fisioterapia e menopausa. *Revista Clínica e Terapêutica* 2006 Fev; 1(1):29-42.
- Utian WH, Maamari R. Attitudes and approaches to vaginal atrophy in postmenopausal women: a focus group qualitative study. *Climateric* 2014 Fev; 17 (1): 29-36.
- Itza F, Zarza D, Serra L, Gómez-Sancho F, Salinas J, Allona-Almagro A. Myofascial pain syndrome in the pelvic floor: A common urological condition. *Actas Urol Esp* 2010 Abr; 34(4):318-326.
- Petricelli CD. A importância dos exercícios perineais na saúde e sexualidade feminina. *Fisio e Terapia* 2003 Mar; Ano VII (37): 24-25.
- Sun BK, Siprashvili Z, Khavari PA. Advances in skin grafting and treatment of cutaneous wounds. *Science* 2014 Nov; 346 (6212): 941-5.

21. Shin TM, Bordeaux JS. The role of massage in scar management: a literatura review. *Dermatol Surg* 2012 Mar; 38 (3): 414-423.
22. Kuhn A, Neukomm C, Dreher EF, Imobersteg J, Mueller MD. Prolapse and sexual function 8 years after neovagina according to Shears: a study of 43 cases with Mayer-von Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *IntUrogynecol J* 2013 Jun; 24 (6): 1047-1052.
23. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009Dez;4 (12): 1-17.
24. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009Dez;4 (12): 1-17.
25. Oliveira IM, Carvalho VCP. Prolapso de órgãos pélvicos: etiologia, diagnóstico e tratamento conservador, uma metanálise. *FEMINA* 2007 Mai; 35 (5): 285-294
26. Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med* 2007 Jan; 4 (1): 4-13.
27. Mendonça CR, Amaral WN. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas - revisão de literatura. *FEMININA* 2011 Mar; 39 (3): 139-142.
28. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther* 2005 Set; 31 (4): 329-40.
29. Tonatella RM. Estimulação elétrica nervosa transcutânea – TENS – no alívio da dor pós operatória relacionada ao procedimento fisioterapêutico em pacientes submetidos a cirurgias abdominais. Campinas. [Dissertação de mestrado] - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.
30. Altman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. *Lancet* 2007 Out; 370 (9597): 1494-1499
31. Bo K, Herbert RD. There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. *J Physiother* 2013 Set; 59 (3): 159-168.
32. Ghaderi F, Oskouei AE. Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: A Review Article, 2014 Set; 26 (9): 1493-1499.
33. Won HR, Abbott J. Optimal management of chronic cyclical pelvic pain: an evidence-based and pragmatic approach. *Int J Womens Health* 2010 Ago; 20 (2):263-277.
34. Junior JCMS. Dor posterior baixa e dor pélvica: o que interessa ao proctologista?. *Rev Bras Coloproct* 2009 Set; 29 (3): 393-403.
35. Nogueira AA, Reis FJC, Neto OBP. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Ver Bras Ginecol Obstet* 2006 Dez; 28 (12): 733-40.
36. Miranda R, Schor E, Girão MJBC. Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica. *Ver Bras Ginecol Obstet* 2009 Set; 31(7): 353-360
37. Zalka TRM, Yeng LT, Teixeira MJ, Júnior JR. Chronic non-visceral pelvic pain: multidisciplinary management. Case report. *Rev Dor* 2013 Set; 14 (3): 231-233.

CORRESPONDÊNCIA

Thalita E.F.Freitas
ft.thalitafreitas@gmail.com

TITULAÇÃO

1. Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher pela Divisão de Fisioterapia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Supervisora do Curso de Especialização em Fisioterapia na Saúde da Mulher FMUSP.
- 2,3. Fisioterapeutas, Especializandas em Fisioterapia na Saúde da Mulher pela Divisão de Fisioterapia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo FMUSP.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ADOLESCÊNCIA PODE SER UM PROBLEMA MÉDICO?

MAY DOMESTIC VIOLENCE DURING THE ADOLESCENCE CAN BE A PROBLEM FOR PHYSICIAN?

ANDREA SLOWITZ MORAES¹, ÉRIKA MENDONÇA DAS NEVES², JOSÉ MARIA SOARES JÚNIOR³, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA⁴, EDMUND C BARACAT⁵.

Instituição: Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

A história da violência doméstica parece guardar relação com a gravidez precoce, implicando em graves problemas econômicos e sociais, bem como repercutindo na saúde da mulher. O presente artigo tem como escopo descrever caso clínico e mostrar a relação do ambiente de violência doméstica com a repetição de gravidez na adolescência. Caso Clínico: Mulher de 19 anos com histórico de duas gestações não planejadas e relato de violência doméstica durante toda a infância e na adolescência, bem como relato de violência impetrada pelo parceiro íntimo. A mulher acredita que esse tipo de violência seja própria da relação de afeto. Conclusão: O caso sugere que a violência doméstica é encarada de forma passional pela paciente e pode influenciar a repetição de gestação durante a adolescência.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência. Reincidência de gravidez na adolescência. Violência doméstica.

ABSTRACT

Domestic violence can be related to many cases of repeat pregnancy and has many negative social, economic and health consequences to the woman. The aim of this case report is to describe the relationship of domestic violence environment with adolescent repeat pregnancy. Clinic case: A 19 years old patient with the history of two unintended pregnancies and the report of domestic violence during childhood and adolescence, as well as, intimate partner violence. The patient believes that this type of violence can be translated as some form of affection. Conclusion: This case suggests that domestic violence can influence the repeat of pregnancy in adolescence.

Keywords: Adolescent pregnancy, Adolescent repeat pregnancy, domestic violence

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um problema com repercussões emocionais, sociais e econômicas, atingindo a mulher em idade de formação profissional. Isso pode trazer consequências negativas tanto para adolescente, como para sua prole. Pode-se ainda salientar outras repercussões desfavoráveis em gestação não programada, tais como: a) modificações negativas em projetos de vida, limitando ou adiando a possibilidade de engajamento dessas jovens na sociedade devido à dificuldade no acompanhamento e nos cuidados com seu filho; b) baixa auto-estima relacionada com as alterações clínicas da gravidez como aumento de peso, estrias, limitações físicas, dor mamária, dificuldade para dormir e outras, em conjunto com a falta de perspectiva financeira, podem levar ao desinteresse pelos estudos e aumentar a evasão escolar durante essa fase crítica da vida.¹⁻³

Segundo relatório do Fundo de População das Nações Unidas, em 2013, diariamente cerca de 20 mil adolescentes com menos de 20 anos de idade deram à luz em países em desenvolvimento.⁴ No Brasil, em 2006, foram 536 mil casos, segundo a Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde – PNDS e 18% as adolescentes brasileiras de 15 a 19 anos de idade tiveram pelo menos um filho ou estavam grávidas, constituindo um verdadeiro drama social e econômico, uma vez que o processo de globalização exige, progressivamente, mais conhecimento e formação profissional,⁵ alijando assim essas mulheres do referido processo.

Dentre os casos de gestação precoce, podem ser citados os de repetição de gestação na adolescência, processo que se associa a exclusão social.⁶ Essas taxas variam de 35% a 42% na literatura mundial,⁷⁻⁸ e estão relacionadas ao aumento da evasão escolar, resultando em baixa escolaridade, saída precoce do domicílio dos pais, suporte financeiro e emocional inadequados, maior exposição à tóxico-dependência.⁹⁻¹⁰ Por essas razões, o tema assume grande importância na atenção à saúde integral do adolescente.

A associação entre violência doméstica e a reincidência de gestação sem planejamento é pouco investigada, especialmente em grupos etários mais vulneráveis como na adolescência.¹¹⁻¹² Portanto, o objetivo do relato deste caso clínico é mostrar possível influência da violência doméstica em adolescente com reincidência de gravidez.

RELATO DE CASO

C.P.O., de 19 anos, parda, solteira, natural de São Paulo-SP e procedente de Itapevi-SP, procura Ambulatório de Ginecologia para receber orientação sobre métodos contraceptivos após duas gestações não planejadas. A primeira relação sexual

foi precoce, aos 12 anos, antes mesmo da sua menarca aos 13 anos de idade. Houve um aconselhamento materno para o uso de contraceptivo oral hormonal desde a primeira relação. Após um ano de atividade sexual, buscou atendimento médico no posto de saúde, sendo orientada a manter o uso de pílula contraceptiva. Usou-a irregularmente (esquecimento) até suspender definitivamente aos 14 anos, engravidando pela primeira vez aos 15 anos de idade. Após a primeira gestação, refere uso de acetato de medroxiprogesterona trimestral, por apenas seis meses, justificando a interrupção pelo aumento de peso. Após esse momento empregou, irregularmente, o condom masculino e o coito interrompido como anticoncepção até engravidar pela segunda vez aos 18 anos de idade. Mesmo após a segunda gestação não planejada, continuou sem método contraceptivo efetivo, apesar de conhecer outras formas de prevenção prescritas e orientadas no posto de saúde.

Quando questionada sobre o motivo de não usar a pílula ou o condom regularmente, a adolescente revelou desconfiar de ambos os métodos, pois testemunhou várias mulheres engravidando, especialmente com o contraceptivo hormonal oral.

Entre os antecedentes sociais e violência doméstica, deve-se mencionar que a paciente já foi tabagista, mas parou antes de descobrir a segunda gravidez. Refere etilismo social, cerca de duas doses a cada 15 dias, quando sai com o namorado, inclusive durante a gestação.

No inquérito sobre o uso de drogas ilícitas, a paciente já fez uso de maconha duas vezes na vida e ressalta que experimentou uma vez a cocaína. O parceiro atual (pai de seus filhos) é usuário de maconha diariamente e cocaína semanalmente.

Após a primeira gestação a adolescente abandonou a escola, aos 16 anos de idade, quando cursava o primeiro ano do ensino médio. Confessou que nunca trabalhou, não gosta de estudar e prefere ficar em casa jogando videogames ou mesmo brincando na rua.

Vive com a mãe e os dois filhos em uma casa de três cômodos (dois quartos e uma cozinha) com baixo orçamento familiar, oriundo do salário da mãe (menor do que dois salários mínimos) e da pensão alimentícia do primeiro filho (R\$ 300,00). Já pensou em ter outro lar com o atual parceiro, mas tem medo de abrir mão do conforto e convívio materno.

Seus pais se separaram quando ela tinha 10 anos de idade e isso ocorreu porque a mãe era vítima de violência física por parte do pai, presenciada pela adolescente e, às vezes, perpetrada contra as próprias filhas. Após a irmã ameaçar o pai de morte, houve ruptura definitiva do casamento dos pais. O genitor é etilista crônico e mantém relacionamento violento com a atual parceira, sem demonstração de afetividade com a antiga família.

O seu parceiro atual sempre foi agressivo e já a espancou em duas ocasiões. Quando questionada sobre o motivo da agressão, a resposta foi ciúmes que ela própria fazia questão de despertar no companheiro para manter o relacionamento. Acreditava que este ato de violência seria algo natural e expressa bons sentimentos do parceiro. Nunca registrou queixas.

“Ele me bate porque me ama e tem ciúmes de mim”

CPO

DISCUSSÃO

O caso clínico descrito apresenta a história de uma adolescente de 19 anos, que viveu a experiência prévia de duas gestações não planejadas, em ambiente de violência doméstica, praticada tanto pela família, quanto pelo parceiro íntimo.

Salienta-se que a paciente, embora precariamente, conhecia práticas contraceptivas, mas o estado de violência parece ter modificado a dinâmica do comportamento protetivo.

Pode-se observar através do relato, a falta de conhecimento da paciente sobre a eficácia de métodos contraceptivos. Na primeira gravidez o uso irregular de pílula e, na segunda vez, o efeito adverso do método injetável trimestral, foram os motivos relatados por ela para o emprego de práticas de risco para a gravidez não programada e, o que conseqüentemente, poderia justificar em parte, a reincidência de gravidez nessa fase da vida, conforme o relatado em outros estudos.¹³⁻¹⁵

Contudo, nesse caso a violência pode também contribuir para os erros cometidos no comportamento sexual e reprodutivo do casal, com um fator psíquico envolvido.¹¹ A paciente relata que, apesar do histórico de violência presente na relação, não manifesta desejo de se separar e observamos claramente este sentimento quando ela endereça o espancamento sofrido como uma manifestação de afeto por parte do parceiro.

Dentre os fatores que contribuem para a reincidência de gravidez na adolescência, apontam-se a iniciação sexual precoce (< 15 anos); primeira gravidez em idade precoce; baixa renda familiar;¹⁷ delegação da criação do filho a terceiro (em regra, mãe da paciente); e a evasão escolar.¹⁸ Todos esses aspectos foram verificados no caso aqui descrito.

Em geral, uma em cada três mulheres são vítimas de violência praticada por parceiro íntimo segundo a Organização Pan-Americana de Saúde.¹⁹ Essa violência pode interferir negativamente no planejamento reprodutivo da mulher, diminuindo a sua capacidade de controle reprodutivo e propiciando uma gravidez não planejada²⁰⁻²⁴. Contudo, é importante explicitar as formas de violência praticada por parceiro

íntimo: a coerção, a violência psicológica, a violência física e a violência sexual.^{11, 25 e 26} A coerção e a violência sexual parecem não estar relacionadas com a situação estudada.

A violência psicológica e/ou física praticada por parceiro íntimo sem intenção direta de causar gravidez, por si, pode levar à gravidez não pretendida, pois há diminuição da auto-estima da mulher. Conseqüentemente, há enfraquecimento da sua capacidade de tomar decisões importantes, o que pode determinar negligência no emprego de método contraceptivo eficaz. Isto também pode justificar a gravidez não programada na adolescência.¹¹

A reincidência de gravidez durante essa fase é um problema social e econômico, podendo alcançar altas taxas, de aproximadamente 60% após cinco anos seguidos à primeira gravidez.¹⁸ Nos EUA essa taxa é igualmente elevada, podendo chegar em 30-50%, quando as pacientes não são acompanhadas adequadamente.⁷⁻⁸

Diante desses números, verifica-se a necessidade de adoção de medidas céleres, no âmbito da Saúde Pública, para a solução adequada do problema.

Os impactos da violência sobre a saúde da mulher vitimizadas podem ainda estar relacionados a gênese de afecções físicas, reprodutivas e psíquicas que se manifestarão com o avançar da idade e/ou até após a menopausa. Segundo Moraes *et al* (2012), a mulher que sofre violência na infância e adolescência apresenta maior número de comorbidades no climatério, quando comparada com grupo que não sofreu violência.²⁷ Portanto, a redução da violência na adolescência também pode prevenir o surgimento de doenças que ocorrerão mais tarde na vida da mulher.

CONCLUSÃO

A violência doméstica e/ou aquela impetrada pelo parceiro íntimo podem influenciar no surgimento de gravidez não planejada na adolescência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bailey PE, Bruno ZV, Bezerra MF, Queiroz I, Oliveira CM, Chen-Mok M. Adolescent pregnancy 1 year later: the effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health*. Sep 2001; vol 29, issue 3, 223-232.
2. Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teen pregnancy: a psychopathological risk for mother and babies? *Psychiatr Danub*. Sep 2015; 27 Suppl 1:499-503.
3. Cavalcante JCB, Souza VEC, Lopes MVO. Baixa auto-estima situacional em gestantes: uma análise de acurácia. *Rev bras enferm* 2012; vol 65 nº 6.
4. Situação da população mundial, 2013/ Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência (Fundo de População das Nações Unidas). Brasília; 2013.
5. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. Adolescent pregnancy and social exclusion: analysis of intra-urban disparities. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(4):236-43.

7. Ranieri LG, Wiemann CM. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health* 2007; 39-47.
8. Stevens-Simon C, Kelly L, Kulick R. A village would be nice but it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancy. *Am J Prev Med* 2001; 21:60-65.
9. Rigby DC, Macones GA, Driscoll DA. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1998;11(3):115-26.
10. Kuroki LM, Allsworth JE, Redding CA, Blume JD, Peipert JF. Is a previous unplanned pregnancy a risk factor for a subsequent unplanned pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(5):517. e1-7.
11. Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C, Eyer AE. Rapid Repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med* 1999; 16(4).
12. Black M, Basile K, Breiding M, Smith S, Walters M, Merrick M, et al. The National Intimate Partner Violence Survey (NISVS): 2010 Summary report. Atlanta, GA: National Center For Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
13. Hall KS, Castaño PM, Westhoff CL. The influence of oral contraceptive knowledge on oral contraceptive continuation among young women. *J Womens Health (Larchmont)*. 2014 Jul;23(7): 596-601.
14. Harel Z, Biro FM, Kollar LM, Rauh JL. Adolescent reasons for and experience after discontinuation of long-acting contraceptives Depo-provera and Norplant. *J Adolesc Health*. 1996 Aug; 19(2): 118-23.
15. Bekinska ME, Smith JA, Kleinschmidt I, Milford C, Farley TM. Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, nonusers and discontinuers of hormonal contraception. *Contraception*. 2010 Jan; 81(1): 30-4.
16. Neal AM, Edwards KM. Perpetrator's and victim's attributions for IPV: A critical review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2015 Sep 6
17. Silva AA, Coutinho IC, Katz L, Souza AS. A case-control study of factors associated with repeat pregnancy based on a sample from a university maternal hospital. *Cad Saúde Pública* 2013 Mar; 29(3):496-506.
18. Bruno ZV, Feitosa FEL, Silveira KP, Morais IQ, Bezerra MF. Reincidência de gravidez em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31(10): 496-506.
19. Pan American Health Organization. Health in the Americas 2007. Volume I-Regional. Washington: PAHO; 2007
20. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynecol Obstet* 2008;100(2):104-8.
21. Gao W, Paterson J, Carter S, Lusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *IJGO* 2007;100:109-15. Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Matern Child Health J* 2000;4(2):79-84.
22. Pallitto CC, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect* 2004;30(4):165-73.
23. Silverman J, Gupta J, Decker MR, Kapur N, Raj A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG* 2007;114(10):1246-52.
24. Stephenson R, Koenig MA, Acharya R, Roy TK. Domestic violence, contraceptive use, and unwanted pregnancy in rural India. *Stud Fam Plann* 2008;39(3):177-86.
25. Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Decker MR, Anderson H, Silverman JG. Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception* 8 (2014); 122-128.
26. Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, Lampere M, Parys ASV, Wangel AM, Schei B. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 93 (2014) 669-677.
27. Moraes SDTA, Fonseca AM, Bagnoli VR, Junior JMS, Moraes EM, Neves EM, Rosa MA. Impact of domestic and sexual violence on women's health. *J. Hum. Growth Dev.* 2012; 22(1): 253-258.

CORRESPONDÊNCIA

Andrea Moraes
andrea.s.moraes@globocom

TITULAÇÃO

1. Médica voluntária da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
2. Doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médica Voluntária da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
3. Professor Livre Docente da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
4. Mestre e Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
5. Professor Titular da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A SOGIA-BR estimula a realização de eventos regionais na área da ginecologia da infância e adolescência, sob a coordenação dos seus membros, delegados e vice-Presidentes regionais. A Dra. Denise Monteiro realiza a cada dois anos um curso na cidade do Rio de Janeiro, que já faz parte do calendário da nossa Associação e se firmou com bom conceito entre os que assistem ao referido curso. No ano de 2015, fez parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com o apoio do Professor Alexandre Trajano, Titular de Obstetrícia dessa Universidade. Essa parceria muito honrou a SOGIA-BR e elevou o nível e conceituação do nosso Evento. Publicamos aqui algumas fotos do Encontro.

Palestrantes

Na frente da esquerda para a direita:

Sandra de Moraes Pereira
 Deyse Barrocas
 Filomena Aste Silveira
 Ana Célia de Mesquita Almeida
 José Alcione Macedo Almeida
 Zuleide Cabral
 Marta Benevides Rehme
 Carmen Athayde

Na segunda fila:

Danielle Sodré Barmpas
 Alexandre Trajano
 Denise Maia Monteiro
 Elaine Pires Araújo





XIV
CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI
CONGRESSO DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL

2016
25 a 28
de maio

Centro de Convenções Rubens Gil de Camilo - Parque dos Poderes
Campo Grande - MS

XIV
CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI
CONGRESSO DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL

Campo Grande - MS



Planejada e arborizado, a capital do Mato Grosso do Sul é um mix de culturas.

É uma das principais cidades de turismo de eventos, turismo rural e de eventos.

Das tribos indígenas da região chega o belo artesanato, repleto de peças de cerâmica de madeira, além das coloridas tapeçarias. Já do país vizinho, o Paraguai, a influência é gastronômica. Para acompanhar, muito tereré, um tipo de mate gelado. Também incrementam a cozinha regional os pratos japoneses, herança dos imigrantes que vieram do outro lado do mundo no início do século 20.

XIV

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL



Bonito - MS



Não há melhor adjetivo para o nome da cidade que é um dos principais polos de ecoturismo do Brasil.

Aqui, a natureza presenteia seus visitantes com rios cristalinos para flutuação, relaxamento e diversas atividades esportivas, envolvidos por belas e preservadas áreas verdes. Diversas cavernas submersas estão espalhadas por Bonito, mas uma delas se destaca: a Gruta do lago Azul, composta de minerais raros, diferentes formações rochosas e um lago de águas azuis que ficarão na sua memória.

Prepare um bom calçado, a máquina fotográfica e explore esse paraíso!

XIV

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL



Estamos te esperando



Temos um encontro marcado em Campo Grande - MS

25 a 28 de maio de 2016

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@terra.com.br
Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian (Blumenal) fatroian@yahoo.com.br
Danitza Gassen (Blumenal) danitza.gassen@gmail.com
danitzagassen@bol.com.br

Ivana Fernandes (Florianópolis) ivanafernandes@hotmail.com

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Junior josedo@terra.com.br

SÃO PAULO

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

RIO DE JANEIRO

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

ESPÍRITO SANTO

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

MINAS GERAIS

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

BAHIA

Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

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

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

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

Os trabalhos devem ser encaminhados preferencialmente por e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para 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. 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 20 páginas, sendo que no Relato de Caso Clínico 4 a 10 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**¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas, no final do texto.