

REVISTA DA **SOGIA** BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- › CONSIDERAÇÕES SOBRE A INDICAÇÃO GINECOLÓGICA DE CONTRACEPTIVOS E DE PREVENÇÃO DE DST/HIV FEITAS A ADOLESCENTES
- › CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA
- › LEIOMIOMA ATÍPICO EM ADOLESCENTE

SOCIEDAD ARGENTINA DE PATOLOGÍA  
DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA



## XI CURSO VIRTUAL ANUAL 2015

INSCRIPCIÓN ABIERTA A PARTIR DE NOVIEMBRE 2014

**DIRECTORA** Dra. Myriam Perrotta  
**CO DIRECTORA** Dra. Juana Elida Mauro  
**CONSULTOR ASESOR** Dr. Edgardo Sánchez Pinedo

Los invitamos a visitar el Campus del Curso donde encontrarán fragmentos de clases, información ampliada de la inscripción, el programa detallado, miembros del cuerpo docente, videos, galería de imágenes, índice de lecturas recomendadas y archivo bibliográfico:

<http://colpo.ttcampus.com>

LOS CONTENIDOS DEL CAMPUS -EXCEPTUANDO A LAS CLASES-QUEDAN  
DISPONIBLES PERMANENTEMENTE PARA TODOS LOS INSCRIPTOS

### CARACTERÍSTICAS DEL CURSO ANUAL

- Curso a Distancia.
- Modalidad Virtual. Sin actividades presenciales. Idioma Español.
- Destinado a médicos de nuestro país y del extranjero.
- Duración 12 meses: 1º de mayo de 2015 al 30 de abril de 2016.
- Los contenidos se subirán semanalmente y permanecerán on-line hasta un día antes del Examen Final. Se incluyen dos meses de repaso pre-examen.
- Examen Final con modalidad múltiple choice on line en Julio del 2016
- Se entregarán Certificado y Diploma de aprobado.

### CONTENIDOS DEL CURSO

- Carga Horaria: 150 horas (clases audiovisuales)
- Mostraciones Colpofotográficas - Videos - Casos Clínicos - Conferencias Magistrales.
- Foro Interactivo para alumnos y ex alumnos del Curso Virtual; donde podrán además interactuar con los docentes de los distintos módulos temáticos.
- Ciclo de Conferencias Magistrales: Relatadas por expositores que aportan un sentido de integración a temas tratados previamente en las clases. Los temas tratados en estas son:
  - Manejo del SIL. Dra. Myriam Perrotta
  - Colposcopia mañana. Dr. Carlos Hermansson
  - Conización de cuello uterino. Dr. Armando Guglielminetti
  - Ganglio Centinela del cáncer de cuello y vulva. Dr. Roberto Castaño
  - Cirugía conservadora en cáncer de cuello uterino. Dr. Roberto Testa



## SUMÁRIO

EDITORIAL .....	2
<b>ARTIGO ORIGINAL</b>	
Considerações sobre a indicação ginecológica de contraceptivos e de prevenção de DST/HIV feitas a adolescentes.....	3
<b>ARTIGO ATUALIZAÇÃO</b>	
Contraceptivos reversíveis de longa duração na adolescência.....	10
<b>RELATO DE CASO</b>	
Leiomioma atípico em adolescente .....	13

## COMISSÃO EDITORIAL

### EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

### EDITORES ASSOCIADOS

Álvaro da Cunha Bastos (SP) *In Memoriam*  
Vicente Renato Bagnoli (SP)

### CORPO EDITORIAL

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

João Bosco Ramos Borges (SP)  
João Tadeu Reis Leite (MG)  
Jorge Andalaft Neto (SP) *In Memoriam*  
José Domingues dos Santos Jr. (DF)  
José Maria Soares Jr. (SP)  
Laudelino de Oliveira Ramos (SP)  
Liliane D. Herter (RS)  
Marcelino H. Poli (RS)  
Márcia Sacramento Cunha (BA)  
Marco Aurélio Galletta (SP)  
Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)  
Maria Virginia F. Werneck (MG)  
Marta Francis Benevides Rehme (PR)  
Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)  
Romualda Castro do Rego Barros (PE)  
Rosana Maria dos Reis (SP)  
Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)  
Zuleide Cabral (MT)

## CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

**Presidente Emérito:**  
Álvaro da Cunha Bastos  
*In Memoriam*

### DIRETORIA EXECUTIVA

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

**Vice-Presidente:**  
Vicente Renato Bagnoli  
[vrbagnoli@uol.com.br](mailto:vrbagnoli@uol.com.br)

**1º Secretário:**  
João Bosco Ramos Borges  
[drbosco@terra.com.br](mailto:drbosco@terra.com.br)

**2º Secretário:**  
Marco Aurélio K. Galletta  
[mgalletta@uol.com.br](mailto:mgalletta@uol.com.br)

**1ª Tesoureira:**  
Ana Célia de Mesquita Almeida  
[anacelia.mesquita@yahoo.com.br](mailto:anacelia.mesquita@yahoo.com.br)

**2º Tesoureiro:**  
Fernando Cesar de Oliveira Jr.  
*In Memoriam*

[fernandocojr@yahoo.com.br](mailto:fernandocojr@yahoo.com.br)  
**Diretora de Relações Públicas:**  
Albertina Duarte Takiuti  
[albertinaduarte@ajato.com.br](mailto:albertinaduarte@ajato.com.br)

### VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

**Vice-Presidente Região Sul:**  
Marta Francis Benevides Rehme  
[martarehme@uol.com.br](mailto:martarehme@uol.com.br)

**Vice-Presidente Região Sudeste:**  
Denise Maia Monteiro  
[denimonteiro2@yahoo.com.br](mailto:denimonteiro2@yahoo.com.br)

**Vice-Presidente Região Centro-Oeste:**  
Zuleide Felix Cabral  
[hzcabral@terra.com.br](mailto:hzcabral@terra.com.br)

**Vice-Presidente Região Norte-Nordeste:**  
Romualda Castro do Rego Barros  
[romycastror1@hotmail.com](mailto:romycastror1@hotmail.com)

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



É preciso ficarmos atentos também para as notícias da imprensa leiga, pois a população nos questiona frequentemente sobre o que lê nos jornais e, principalmente na internet. Encontrei na internet esses dois artigos, após ser questionado por uma paciente. Aproveitamos o espaço do editorial para chamar atenção desse fato. Vejam a seguir.

Nem sempre a ausência de orgasmo é um problema psicológico

Entre as causas físicas, está a compressão de determinados nervos. O que algumas mulheres passam a vida sem saber, a escritora Naomi Wolf levou 46 anos para descobrir. Compartilha em seu livro *Vagina: uma biografia*. Nele, ela conta como, apesar de apaixonada e com uma vida sexual ativa, ela, de repente, deixou de sentir o mesmo prazer que antes sentia. Lenta e progressivamente, ela perdia a sensibilidade. “Em geral, após os orgasmos, enxergava as cores como se estivessem mais brilhantes; e os detalhes da beleza do mundo natural apareciam com mais destaque e eram mais atraentes”, descreve o que sentia e deixou de sentir. Ela estava com um problema na coluna, e algumas vértebras estavam comprimindo ramificações do nervo pélvico, aquele que termina justamente no canal vagi-

nal. As ramificações direcionadas ao clitóris estavam intactas, o que permitia que, ali, ela ainda tivesse orgasmos. O doutor Jeffrey Cole, que a atendeu, explica à Revista do Correo: “Cada mulher tem uma formação diferente. Os nervos de algumas se ramificam mais na vagina, outras têm mais ramificações no clitóris. Algumas têm muitas ramificações no períneo ou no colo do útero. É isso que leva a diferenças na resposta sexual feminina”.

É assim que caem por terra as inúmeras receitas de como atingir o ponto G da mulher. Afinal, cada uma tem o seu. Questões sociais à parte, ao contrário do que se prega sobre motivos psicológicos para a mulher não ter orgasmo, existem também diversos motivos orgânicos para isso.

Tamanho realmente importa quando se trata de orgasmo feminino.

Mas não é o do pênis, e sim o do clitóris, sugere pesquisa americana.

A chave para o orgasmo feminino não está no tamanho do pênis, e sim do clitóris. Pelo menos é o que sugere um estudo do Hospital do Bom Samaritano de Cincinnati, em Ohio, Estados Unidos. De acordo com os pesquisadores, quanto maior e mais próximo o clitóris é da vagina, maior o prazer sexual.

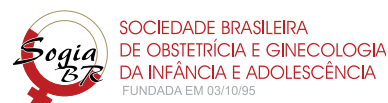
A pesquisa utilizou imagens de ressonância magnética para digitalizar região pélvica de 30 mulheres com idade média de 32 anos. Dez delas relatavam problemas para atingir o orgasmo ou até mesmo nunca ter chegado lá, apesar das tentativas. O restante tinha uma experiência normal durante o sexo.

“Embora a função sexual adequada seja complexa, documentamos que o tamanho do clitóris e a localização pode ser primordial para impactar a função sexual, especificamente o orgasmo”, escreveu a equipe de pesquisadores em artigo publicado no “Journal of Sexual Medicine”.

Quanto menor e mais distante da vagina era o clitóris, mais as mulheres relatavam dificuldades em atingir o prazer sexual. Segundo o artigo, a descoberta pode ajudar a criar estratégias para o tratamento de mulheres que sofrem com disfunção sexual. A equipe de pesquisadores acredita que “embora essas características físicas não possam ser alteradas, a compreensão da fisiologia da resposta sexual feminina já é um avanço”.

Não há nenhum ponto G. Há um ponto C, o clitóris – afirmou Susan Oakley, principal autora da pesquisa do Hospital Bom Samaritano ao “LiveScience”. – Ele é a fonte de muito prazer sexual para a mulher. O clitóris. Durante a embriogênese, o desenvolvimento dos órgãos urinários e reprodutores começa igual para homens e mulheres e a genitália é chamada falo. Quando os hormônios sexuais começam a agir, ela se desenvolve e dá origem ao clitóris ou ao pênis, o que os torna homólogos. A cabeça ou glândula do clitóris apresenta normalmente oito mil feixes de fibras nervosas, aproximadamente o dobro do que possui o pênis.

**José Alcione Macedo Almeida**  
*Presidente da SOGIA-BR*



# CONSIDERAÇÕES SOBRE A INDICAÇÃO GINECOLÓGICA DE CONTRACEPTIVOS E DE PREVENÇÃO DE DST/HIV FEITAS A ADOLESCENTES

## *CONSIDERATIONS ABOUT THE GYNECOLOGICAL INDICATIONS OF CONTRACEPTIVES AND STD/HIV PREVENTION MADE TO TEENS*

REGINA FIGUEIREDO<sup>1</sup>, SILVIA BASTOS<sup>2</sup> E DANILO MARTINS<sup>3</sup>

### RESUMO

Relata-se pesquisa quantitativa não probabilística, feita com ginecologistas via internet para levantar informações sobre orientação em contracepção dada a adolescentes. Responderam 321 profissionais, a maioria atuando na rede pública e como autônomos associados a empresas de saúde. A prevenção de DST/HIV foi integrada, sendo o preservativo masculino a primeira indicação contraceptiva. Com o aumento de idade da clientela, tal prescrição é substituída pela de pílulas anticoncepcionais ou injeção contraceptiva. Ainda existem profissionais que não indicam contraceptivos para adolescentes que mantêm práticas sexuais sem conhecimento da família e nem indicam contracepção de emergência. O preservativo feminino é indicado para portadoras de HIV. Ginecologistas precisam se atualizar frente às mudanças legais que salientam à autonomia de adolescentes na atenção contraceptiva e ampliar situações de prescrição da contracepção de emergência, de forma a reduzir vulnerabilidades inerentes a condição etária desses indivíduos em formação.

**Palavras-chave:** adolescentes, contracepção, prevenção de DST/aids, atenção ginecológica.

### ABSTRACT

Reported a non-probabilistic quantitative poll made by internet with gynecologists, to gather information on contraceptive guidance given to teenagers. Responded 321 professionals, mostly working in public health and as autonomous associated with healthcare companies. The STD/HIV prevention was integrated, being the male condom the first contraceptive indication among the others methods. With increasing age of the clientele, such prescription is replaced by birth control pills or contraceptive injection. There are professionals who do not indicate contraceptives to adolescents who have sexual practices without family knowledge, nor indicate emergency contraception. The female condom is oriented for teenagers with HIV. Gynecologists needs to update themselves about the legal changes that emphasize the autonomy of adolescents in contraceptive care situations and broaden prescription of emergency contraception, to reduce vulnerabilities inherent in the age group of these individuals in development.

**Keyword:** adolescents, contraception, STD/AIDS prevention, gynecological care.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde introduziram, em 1984, a orientação à atenção ginecológica durante todas as fases da vida da mulher com o PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.<sup>1</sup> Nos serviços públicos, tal política foi implementada pela Atenção Básica, com oferta de métodos contraceptivos e orientações de Planejamento Familiar nas UBS – Unidades Básicas de Saúde, inclusive para adolescentes.

Junto às condutas específicas previstas pelo SUS – Sistema Único de Saúde para a atenção contraceptiva, a partir da década de 1980, foi agregada a problemática da epidemia de aids; passou-se assim a adotar a promoção e dispensa do preservativo masculino, procurando conter o aumento dos casos de transmissão heterossexual verificados a partir dos anos 1990.<sup>2</sup> A atenção ginecológica às mulheres, inclusive a adolescentes, foi desta forma revista adotando a necessária orientação da “dupla-proteção”, ou seja, conjuntamente fazer a orientação contraceptiva com a de prevenção às DST/aids.

Desde final da década de 1990, a contracepção de emergência passou a assumir papel importante entre as opções contraceptivas disponíveis no país; com início de comercialização em 1998 e introdução na dispensa de serviços públicos de saúde em 2004. Inicialmente, a oferta pública atingiu serviços de atenção a vítimas de violência sexual; posteriormente, a partir de 2005, o Ministério da Saúde ampliou seu envio aos municípios visando a dispensa em UBS.<sup>3</sup> O objetivo da integração deste contraceptivo nas ações básicas de saúde é estratégico: promover a redução de riscos de gravidez não planejada e abortos inseguros, inclusive entre adolescentes.<sup>4</sup>

Com relação a adolescentes, a assistência à saúde está orientada por lei federal, o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente,<sup>5</sup> que define este público como pessoas entre os 12 anos e os 18 anos incompletos. Segundo esta lei, adolescentes devem ser protegidos de riscos e ter garantias na igualdade das ações de saúde, não podendo ser discriminados na atenção por sua condição etária; ao mesmo tempo, merecem respeito quanto a autonomia uma vez que são sujeitos de direitos civis constituídos como cidadãos em desenvolvimento. Também a Lei nº 8.080 de criação do SUS – Sistema Único de Saúde,<sup>6</sup> prioriza a preservação da autonomia do indivíduo como defesa de sua integridade física e moral.

Embora previsto em lei, o acesso específico a serviços ginecológicos entre pelas adolescentes ainda se mostra tardio no país e, invariavelmente insuficiente, além de se registrar casos em que é explicitamente negado.<sup>7</sup> Entre vários profissionais da área e gestores da área da saúde ainda há pouca compreensão

e baixa aceitação quanto ao conceito de autonomia civil de adolescentes vigente a partir do ECA, que substituiu antigas concepções da tutela total da família orientadas pelo Código do Menor, inclusive sobre a conduta e sexualidade dos adolescentes.

Por todas essas questões, o Ministério da Saúde tem reforçado orientações quanto à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes em seus manuais,<sup>8</sup> procurando orientar a atenção em saúde sexual e reprodutiva a partir do direito de adolescentes à atenção preventiva, tanto ginecológica, quanto contraceptiva e de prevenção e tratamento de DST/HIV/aids ou de infecções pélvicas. Essa atenção é fundamental frente à realidade nacional do grande número de gestações e abortos entre este público, à ocorrência de mortes maternas deles derivadas e à baixa percepção de risco com relação às DST/HIV/aids entre este público.<sup>9</sup> Diante desse quadro, se faz necessária a ampliação da oferta da promoção conjunta de prevenção contraceptiva e de DST/HIV, disponibilizando sobretudo métodos de barreira que permitem dupla-prevenção.

A percepção e opiniões dos profissionais de Ginecologia, refletidos em suas condutas individuais nas consultas serão um dos principais fatores que irão influenciar a proposição dessa estratégia de dupla-prevenção, inclusive para adolescentes com vida sexual ativa. Conhecer tais perspectivas possibilita não só a orientação de políticas públicas ligadas ao SUS na área de saúde sexual e reprodutiva feminina, mas também a discussão dos impactos que possam ter na escolha preventiva/contraceptiva de adolescentes, por isso estudos de atualização de informação sobre profissionais se fazem essenciais.

## MÉTODO

Este artigo explora a prática de ginecologistas na atenção a adolescentes, analisando dados levantados no estudo “Conhecimento, Percepção e Condutas de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre Métodos contraceptivos de Barreira e Contracepção de emergência”, desenvolvido em 2012, pela REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, coordenada por pesquisadores da área de direitos e saúde sexual e reprodutiva, com parceria técnica para a produção de instrumentais de levantamento de dados e discussão de resultados, com a Semina Indústria (revendedora do preservativo feminino) e o Instituto Cultural Barong – ONG que atua no marketing social do preservativo masculino.

O objetivo da pesquisa foi obter elementos sobre a prática médica de Ginecologia de adolescentes quanto às diretrizes de orientação de: dupla-proteção, contracepção de emergência e atenção autônoma na atenção clínica. Para tanto, foram

levantados o conhecimento, a percepção e, conseqüentemente, a divulgação, importância dada por esses profissionais quanto aos métodos contraceptivos de barreira mecânica disponíveis no país (preservativo masculino, preservativo feminino e diafragma) e da contracepção de emergência.

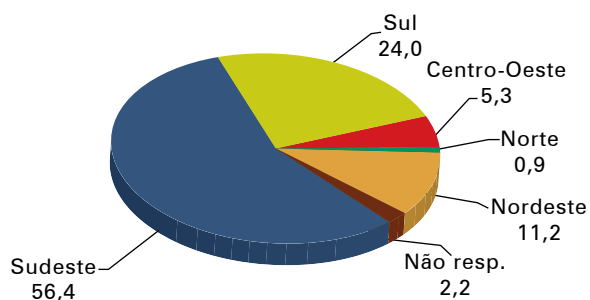
O levantamento foi quantitativo-descritivo, não-probabilístico, utilizando questionário semiestruturados, autoperenchíveis e disponibilizados *on line* no Sistema Form-SUS do Ministério da Saúde. Esse instrumento foi divulgado, via lista de contatos em meio eletrônico da FEBRASGO – Federação Brasileira de Obstetrícia, a ginecologista de todo o Brasil, junto com carta convidando à participação voluntária na pesquisa. Todos os participantes tiveram acesso ao questionário após sinalizar concordância ao termo consentimento livre esclarecido que acesso ao questionário.

O questionário contemplou aspectos do perfil pessoal dos profissionais, formação, conhecimentos, percepções e condutas relativas ao preservativo masculino, preservativo feminino, DST/HIV/AIDS, contracepção de emergência e a orientações contraceptivas para mulheres adultas e adolescentes.

## RESULTADOS

Responderam à pesquisa *on line* 321 ginecologistas de todo o Brasil, no período entre 28 de maio a 29 de outubro de 2012. Esses profissionais tinham idade variada, a maioria com 40 a 65 anos, nascidos nas décadas de 1950 (22,4%), 1960 (26,5%) e 1970 (29,9%) e menos de 10% nascidos entre 1930 e 1940.

Os participantes atuam em mais de 20 estados brasileiros, sendo a maioria de São Paulo (38,9%), seguido por Paraná (12,5%), Minas Gerais (10%), Rio Grande do Sul (7,8%), Rio de Janeiro, (6,5%), Ceará (4,4%) e Distrito Federal (2,2%); predominando assim uma amostra da região Sudeste-Sul, que concentra a grande maioria desses profissionais.



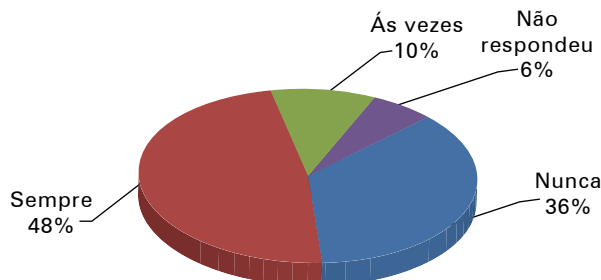
**Gráfico 1** – Região de Moradia Atual dos Ginecologistas que responderam a pesquisa. Pesquisa REDE CE, 2012.

A maior parte dos profissionais atua com realização de consultas clínicas (96,3%) e cirurgias (79,4%), principalmente na rede pública de saúde (73,5%), mas também em consultórios particulares como profissionais liberais (caso de 61,4%).

**Tabela 1** – Forma e Rede de Atuação Profissional. Pesquisa REDE CE, 2012.

	Sim (%)	Não (%)	Não Resp. (%)	Total (%)
<b>Área de Atuação:</b>				
<b>Área Clínica</b>				
Consultas	96,3	0,3	3,4	100
Cirurgias	79,4	14	6,5	100
Exames/Laboratório	36,1	61,4	2,5	100
Formação/Professor/Educação	31,2	66,4	2,5	100
Gestão Institucional	10,3	87,2	2,5	100
Pesquisa	15,9	81,6	2,5	100
Outros	12,5	84,7	2,8	100
<b>Rede de Atuação:</b>				
Pública	73,5	24	2,5	100,0
Autônomo conveniado com empresas de saúde	61,4	36,1	25	100,0
Autônomo NÃO conveniado com empresas de saúde	23,1	70,1	6,9	100,0
Instituição Privada	40,5	55,5	4,0	100,0
Instituição Filantrópica	14,3	81,6	4,0	100,0
Mista	12,1	84,1	3,7	100,0
Outra	4,0	92,2	3,7	100,0

Na atenção a adolescentes, 35,8% dos pesquisados afirmaram não prescrever contraceptivos em situações onde este público mantém relações sexuais sem a ciência de suas famílias. Esse comportamento é similar, tanto entre os que atuam no setor público (36,9%), quanto entre autônomos conveniados (37,2%), porém um pouco menos observado entre autônomo não conveniados (30,6%).



**Gráfico 2** – Orientação Contraceptiva a Adolescentes cujos familiares desconhecem sua prática sexual. Pesquisa REDE CE, 2012.

Os métodos contraceptivos mais indicados para as adolescentes são: o preservativo masculino (por 88,8%), a pílula anticoncepcional (por 88,2%) e a injeção contraceptiva mensal (61,8%). Observa-se que, quanto maior a idade da

adolescente, mais a pílula anticoncepcional é indicada, assim como que para aquelas com 17 anos há queda na orientação do preservativo masculino. O preservativo feminino é indicado para as mais velhas, embora apenas 24,3% dos profissionais façam a orientação deste método.

**Tabela 2 – Contraceptivos Indicados para Adolescentes por Setor de Trabalho. Pesquisa REDE CE, 2012.**

	Público	Aut. conv.	Aut. não conv.
<b>Indicação para 12 a 14 anos:</b>			
Pílula	83,0	87,8	74,0
Injeção mens	51,7	52,8	54,1
Injeção trim.	8,9	5,6	10,8
Camisinha masc.	91,1	91,4	90,5
Camisinha fem.	22,9	25,9	24,3
<b>Indicação para 15 e 16 anos:</b>			
Pílula	91,1	94,4	89,2
Injeção mens	65,7	66,2	67,2
Injeção trim.	13,2	10,2	10,8
Camisinha masc.	93,1	92,3	90,4
Camisinha fem.	23,8	25,5	28,4
<b>Indicação para 17 anos ou +:</b>			
Pílula	94,9	97,5	90,5
Injeção mens	80,0	84,2	79,7
Injeção trim.	24,2	19,8	23,0
Camisinha masc.	88,6	89,3	89,2
Camisinha fem.	25,8	24,9	32,4

## INDICAÇÃO DE PRESERVATIVOS E DST/ HIV/AIDS

A grande indicação do preservativo masculino para as adolescentes condiz com a grande preocupação (apontada por 88,8%) desses profissionais com relação a infecções por DST – doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/aids. Ao mesmo tempo, os ginecologistas alegam, em sua maioria (52,0% = 46,1% + 5,9%), que os próprios adolescentes têm pouca ou nenhuma preocupação com relação a essas doenças.

**Tabela 3 – Preocupação com relação à DST/HIV Aids. Pesquisa REDE CE, 2012.**

	Preocupação sob a ótica dos Profissionais		Preocupação sob a ótica Adolescentes	
	n	%	n	%
Muita	285	88,8	22	6,9
Média	8	2,5	109	34,0
Pouca	3	0,9	148	46,1
Nenhuma	0	0	19	5,9
Não respondeu	25	7,8	23	7,2
Total	321	100,0	321	100,0

A preocupação dos profissionais com a prevenção das DST parte da constatação da grande incidência dessas doenças em sua clientela adolescente, apontada por 88,5%,

principalmente, do HPV/condiloma (referido por 89,1% entre as três mais frequentes), a herpes genital (por 57,6%), o trichomonas (por 51,1%) e a clamídia (por 35,5%).

**Tabela 4 – Três DST mais frequentes entre Adolescente. Pesquisa REDE CE, 2012.**

	1ª DST citada		2ª DST citada		3ª DST citada		Cit. entre 3 + comuns
	n	%	n	%	n	%	
HPV/condiloma	219	68,3	41	12,9	26	8,1	89,1
Herpes genital	18	5,6	104	32,4	63	19,6	57,6
Trichomonas	29	9	61	19	74	23,2	51,1
Clamídia	21	6,5	38	11,8	55	17,1	35,5
Herpes bucal	7	2,2	18	5,6	23	7,2	15
Sífilis	2	0,6	10	3,1	13	4	7,8
Gonorreia	1	0,3	13	4	9	2,8	7,2
HIV/aids	1	0,3	1	0,3	8	2,5	3,1
Ureoplasma	0	0	5	1,6	3	0,9	2,5
Cancro mole	0	0	2	0,6	2	0,6	1,2
Linfogranuloma	0	0	0	0	2	0,6	0,6
Hepatite B	0	0	0	0	1	0,3	0,3
Não respondeu	23	7,2	28	8,7	42	13,1	29
Total	321	100	321	100	321	100	

Uma parte significativa dos entrevistados (37,4%) já atuou com adolescentes portadoras de HIV/aids, às quais prescrevem como opção contraceptiva, majoritariamente, o preservativo masculino (55,1%), a pílula anticoncepcional (34,3%) e a injeção mensal (25,2%). Cabe ressaltar que o preservativo feminino está entre as três opções mais indicadas a adolescentes portadoras de HIV, por 17,1% desses profissionais.

**Tabela 5 – Três Contraceptivos mais Indicados para Adolescentes com HIV/Aids. Pesquisa REDE CE, 2012.**

	1º método cit.		2º método cit.		3º método cit.		Citação entre 3 + indicados
	n	%	n	%	n	%	
Cam. Masc.	128	39,9	25	7,8	24	7,5	55,1
Pílula Antic.	19	5,9	51	15,9	40	12,5	34,3
Inj. Contr. Mensal	8	2,5	30	9,3	43	13,4	25,2
Camisinha Feminina	8	2,5	43	13,4	4	1,3	17,1
Inj. Contr. Trim.	4	1,2	7	2,2	21	6,6	10
Anel Vaginal	0	0	2	0,6	13	4,1	4,7
Diafragma	0	0	0	0	5	1,6	1,6
DIU de Cobre	0	0	1	0,3	3	0,9	1,2
Endoceptivo/ Mirena	0	0	1	0,3	1	0,3	0,6
não respondeu	154	48	161	50,1	167	52,2	
Total	321	100	321	100	320	100	



## INDICAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Dos profissionais, 2,8% afirmou nunca indicar a contracepção de emergência. O método é prescrito por 12,1% dos ginecologistas para a faixa de adolescentes de 12 a 14 anos; 23,1% para a faixa de 15 a 16 anos e, em 46,4%, para a faixa de 17 anos. A indicação da contracepção de emergência se dá, principalmente (82,2%), em situações de violência sexual, sendo bem menor quando a adolescente vivenciou situação de falha ou não fez uso de método contraceptivo.

**Tabela 6** – Indicação de Contracepção de Emergência para Adolescentes, conforme situação de risco. Pesquisa REDE CE/Febrasgo, 2012.

	Situações de violência sexual		Falha do método contraceptivo		Não uso de método contraceptivo		Nunca indica	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	264	82,2	228	71,0	211	65,7	9	2,8
Não	34	10,6	68	21,2	85	26,5	289	90,0
Não respondeu	23	7,2	25	7,8	25	7,8	23	7,2
Total	321	100,0	321	100,0	321	100,0	321	100,0

## DISCUSSÃO

A pesquisa aponta que o acesso de adolescentes com prática sexual à prevenção contraceptiva ainda é, por várias vezes, restringido pelos próprios profissionais de Ginecologia. Essa assistência, apesar de indicada pela FEBRASGO e SPB – Sociedade Brasileira de Pediatria,<sup>10</sup> ainda se mostra restrita em 35% dos casos onde a família não tem ciência da prática sexual das jovens, demonstrando que os profissionais da área ainda atuam com a concepção de necessidade de autorização de responsáveis para suas ações de atenção a adolescentes, principalmente em assuntos tabus como é considerada a prática sexual de meninas menores, tanto na rede pública, quanto na privada.

Fica explicitado o não acesso as atualizações feitas em publicações do Ministério da Saúde<sup>8,11</sup> na última década, com relação à implementação do ECA na atenção em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. A importância da assistência autônoma a adolescentes com garantia de sigilo, independente da presença e informação de responsáveis e familiares não é vislumbrada para muitos desses profissionais, favorecendo práticas sexuais sem acompanhamento de saúde e expondo à ocorrência de gestações não planejadas. Essa postura também aponta descumprimento de recomendações em vigor, feitas pelo CFM – Conselho Federal de Medicina,<sup>12</sup> mais especificamente pela FEBRASGO e SPB<sup>10</sup> à categoria profissional:

“Os adolescentes de ambos os sexos têm direito a educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito a sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito”.

Julgamentos de ordem moral frente à prática sexual das adolescentes – ainda malvista e condenada na cultura brasileira –, não podem servir como impeditivo para procedimentos clínicos de atenção em saúde sexual e reprodutiva. Estas precisam estar isentas de interferências que possam se mostrar como impeditivas de acesso à assistência a saúde, principalmente na área reprodutiva, contraceptiva e de prevenção de DST/HIV/aids que são as principais ocorrências de saúde que acometem meninas de 13 a 17 anos.<sup>13</sup> Só desta maneira, a real igualdade de promoção da saúde entre este público é garantida, como requisita o ECA, tal qual se faz com mulheres adultas sexualmente ativas.

Com relação à orientação contraceptiva para adolescentes das quais a famílias têm ciência de seu comportamento sexual, o estudo demonstra que a prática de ginecologistas assimilou integralmente os preceitos de prevenção de dupla proteção com prevenção às DST/HIV/aids preconizados nas políticas públicas do Programa Nacional de DST/Aids,<sup>2</sup> fazendo grande divulgação e incentivo ao uso de preservativos masculinos. Também os preservativos femininos são orientados por profissionais que atuam com pacientes com HIV e os que atuam em serviços que dispõem deste método.

No entanto, o preservativo masculino ou feminino ainda parece ser visto apenas como uma alternativa preventiva exclusiva para DST, pois se constata que quanto mais idade tem a adolescente, mais orientação de uso de preservativo vai sendo paulatinamente substituída pela de prescrição da pílula anticoncepcional e, nos serviços públicos, pela orientação de uso da injeção contraceptiva – opção esta última que só deveria ser indicada a adolescentes de vida sexual desorganizada e que não conseguem se adequar ao uso diário de pílulas.

Nesse sentido, é necessário enfatizar que adolescentes mesmo que estabeleçam parcerias fixas, adotam situação de namoros rotativos. Portanto a indicação de contraceptivos hormonais de alta eficácia permanente pode favorecer o abandono de uso de preservativos, uma vez que pesquisas<sup>14,15</sup> apontam ser a gravidez (e não o medo de doenças) ser a principal preocupação que leva ao uso do método de barreira e não a preocupação com DST – conforme relataram os ginecologistas deste estudo com relação à baixa preocupação com DST/aids sua clientela adolescente.

Por isso, é preciso considerar que a orientação pílula + preservativo, na maioria dos casos, não confere com a realidade prática, a longo prazo, uma vez que há queda na indicação do método de barreira pelos profissionais. Essa postura é contraditória à preocupação com promoção de prevenção de DST/HIV/aids relatada na pesquisa, bem como à grande incidência de DST (principalmente HPV, herpes e trichomonas) referida pelos profissionais.

Talvez seja o momento de rever a orientação desta dupla-proteção pílula + preservativo, substituindo por outra: preservativo + contracepção de emergência. Desta maneira estaria se enfatizando o poder de eficácia contraceptiva do preservativo em longo prazo e dispondo a contracepção de emergência para situações pontuais de falha deste. Isso poderia evitar a debandada de uso de preservativos quando a orientação da pílula anticoncepcional oral é feita e, ao mesmo tempo, evitaria o excesso de consumo hormonal para as adolescentes que usam o preservativo sistematicamente. A opção de ressaltar a contracepção de emergência como plano B-complementar, ao invés da recomendação direta de uso da pílula anticoncepcional por adolescentes, atenderia os princípios de prevenção de DST/aids, mas também de prevenção contraceptiva enfatizadas pela FEBRASGO e SBP,<sup>10</sup> além das recomendadas pelo Ministério da Saúde.<sup>4</sup>

Ao mesmo tempo, tal mudança de orientação, tornaria mais presente no cotidiano das adolescentes a utilidade emergencial do método, servindo para fazer frente e coibir comportamentos de uso repetitivo e errôneos adotados por cerca de 10% das adolescentes registrados em pesquisas.<sup>16,17</sup> Ou seja, tornaria a abordagem da contracepção de emergência mais frequente entre os profissionais, retirando muito do silêncio que atualmente têm à busca do método em farmácias à margem das orientações de saúde.<sup>9,15,18,19</sup> Também contribuiria para que aqueles profissionais que só indicam o método em casos de violência (cerca de 20% na pesquisa), ampliassem a sua prática, integrando a prescrição do método frente às situações de risco mais comuns e cotidianas na vida sexual das adolescentes (que efetivamente não se relacionam com violência), que têm levado a maioria delas à informação do método entre pares, muitas vezes equivocada, levando ao uso errôneo.

A consulta ginecológica, portanto, é o grande espaço de informação interpessoal para adolescentes, público que está iniciando sua trajetória sexual e aprendendo sobre a importância da adoção de práticas contraceptivas e preventivas. A melhor exploração deste espaço, dando acesso à contracepção de emergência e outros contraceptivos, mas, sobretudo, aos

preservativos é a melhor estratégia para inseri-los na vida adulta com redução de vulnerabilidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)
2. Ministério da Saúde. (1999). Política Nacional de DST/Aids – princípios, diretrizes e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127698.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf)
3. Figueiredo R, Paula SHB. Distribuição da Contracepção de emergência nos municípios do estado de São Paulo: avaliação de dispensa em serviços e fluxos estabelecidos. 2012; Rev. Reprodução e Climatério, 27(2):65-73. Disponível em [http://issuu.com/redece/docs/artigo\\_isolado\\_-\\_reproducao\\_clima](http://issuu.com/redece/docs/artigo_isolado_-_reproducao_clima)
4. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: MS, 2011. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 3. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao\\_emergencia\\_perguntas\\_respostas\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf)
5. Brasil. Lei 8.069 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
6. Brasil. Lei Federal nº 8.080 de criação do SUS. Brasília: Câmara dos Deputados, 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)
7. Figueiredo R, Bastos SH, Teles JL, Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo. Journal of Human Growth and Development, 2012; 22(1): 1-15. Disponível em: <http://www.redece.org/artigo%20ce%20municipios%20adolescentes.pdf>
8. Brasil, Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial. Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em [http://dtr2001.sau.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06\\_0611\\_M.pdf](http://dtr2001.sau.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0611_M.pdf)
9. BASTOS, S. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e procura da contracepção de emergência em farmácias e drogarias do município de São Paulo. Saúde sociedade, São Paulo, 18(4):787-799, 2009. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29503>
10. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. Adolescência e Saúde, 2005, 2(2):6-7. Disponível em [http://www.adolescenciasaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=168](http://www.adolescenciasaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168)
11. Ministério da Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescentes\\_jovens.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf)
12. CFM. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2011. Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
13. Ministério da Saúde. Datasus. Disponível [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
14. Figueiredo R, Peres C. Relatório da Pesquisa Estudo Exploratório sobre uso de contracepção de emergência por Adolescentes. I Conferência del CLAE – Derecho a la Anticoncepción de Emergência en América Latina y En Caribe. [documento na Internet] CLAE 2002. [citado em janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/cam-ce.pdf>.
15. Figueiredo R, Figueiredo R, Pupo RL, Alves PGCM, Escuder LMM. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do município de São Paulo: estudo com estudantes de escolas públicas de ensino médio. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008; 1-50.
16. Figueiredo R. Contracepção de emergência: estratégia fundamental para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. In: Arilha M, Lapa TS, Psaneschi TC, editors. Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo: Oficina Editorial; 2010. p.121-34.
17. Figueiredo R, Andalafti, J. Uso de contracepção de emergência e camisinha entre adolescentes. Revista da SOGIA, 2005 6(2):2-4.
18. Borges ALV, Fujimore E, Nichiata IYI. O uso da anticoncepção de emergência entre jovens universitárias. São Paulo: NEPO/UNICAMP; 2008. Disponível em: [[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008\\_1424.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1424.pdf)]. Acessado em fevereiro de 2013.
19. Araújo SP, Costa LOBF. Comportamento sexual e contracepção de emergência entre adolescentes de escolas públicas de Pernambuco, Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública; 2009. 25(3):551-62.

## CORRESPONDÊNCIA

reginafigueiredo@uol.com.br

silviabastos@isaude.sp.gov.br

daniloflegma@gmail.com

## TITULAÇÃO

1. Coordenadora da REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da São Paulo, e Doutoranda do Departamento de Práticas de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
2. Representante brasileira no Comitê Consultivo do CLAE – Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergência pela REDE CE – Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da São Paulo, Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação pelo Instituto Emílio Ribas/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Mestre em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. Email:
3. Sociólogo pela Universidade de São Paulo e auxiliar de pesquisa do Instituto de Saúde pela FUNDAP – Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo.

# CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

## *LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION METHODS IN ADOLESCENTS*

THAMY JAY GARCIA, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA

### RESUMO

A gravidez na adolescência é um grave problema universal. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) lançado em 2013 mostra 7,3 milhões de adolescentes grávidas sendo que 2 milhões dessas têm menos de 15 anos. Adolescentes sexualmente ativos frequentemente utilizam métodos anticoncepcionais, embora nem sempre o mais efetivo, com o uso frequente de coito interrompido e condom, que resultaram em altas taxas de falha, e consequentemente altas taxas de gravidez não programada. No Brasil, estima-se que aproximadamente 20 a 25% das gestantes sejam adolescentes. A educação sexual, assim como a contracepção bem orientada constituem a base de combate à gravidez na adolescência e, sabendo-se que essa anticoncepção tem altas taxas de falha nessa faixa etária, mesmo com ampla divulgação do tema, discute-se mais recentemente a indicação de métodos que aumentem a adesão da adolescente e que sejam efetivos e seguros, como contraceptivos de longa duração, como o DIU, de cobre ou medicado (Mirena®) e o implante subdérmico de etonorgestrel (Implanon®).

**Palavras-chave:** “adolescentes”, “gestação em adolescentes”, “contraceptivos reversíveis de longa duração em adolescentes”

### ABSTRACT

Adolescent pregnancy is a serious worldwide problem. In 2013, The World Health Organization (WHO) and the United Nations (UN) report shows 7.3 million pregnant adolescents, 2 million of these are under 15 years. Teens sexually active usually uses contraceptive methods, although not always the most effective ones, with the frequent use of withdrawal and condom, which results in high failure rates, and consequently high pregnancy rates. In Brazil, it is estimated that approximately 20-25% of pregnant women are teenagers. Sex education, as well as well-oriented contraception are the basis to combat teenage pregnancy and, given that contraception has high failure rates in this age group, even with full disclosure of the issue, we discuss the most recent statement methods that increase the adolescent's accession who are effective and safe, as long-term contraceptives, such as the IUD, copper or medicated (Mirena®) and the subdermal implant etonorgestrel (Implanon®).

**Keywords:** “adolescents”, “pregnancy in adolescents”, “long-acting reversible contraception in adolescents”

## INTRODUÇÃO

A gravidez de adolescente não é fato inédito nem tampouco apanágio da sociedade moderna. Ela sempre existiu, só que em contexto diferente. Nas décadas passadas a mulher casava-se bem jovem, uma vez que sua única perspectiva era ter filhos e cuidar da família, já a mulher moderna tem outras perspectivas de vida, adia a maternidade em função da vida acadêmica e profissional. Sendo a gravidez na adolescência frequentemente considerada inoportuna por dificultar a aquisição de tais objetivos de vida.

A importância da gestação precoce gera grande repercussão social e familiar, com aumento do número de abortos provocados, má adesão e/ou adesão tardia ao pré-natal, casamento por “conveniência”. As consequências mais prováveis são a interrupção dos estudos, abandono da família e do próprio parceiro, perda do elo com o grupo etário, dificuldade no mercado de trabalho, e, portanto a descontinuidade dos projetos de vida.

A gravidez na adolescência continua sendo um grave problema universalmente, assim como sua reincidência. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) lançado em 2013 mostra 7,3 milhões de adolescentes grávidas sendo que 2 milhões dessas têm menos de 15 anos. Esse número pode subir para 3 milhões em 2030, se não forem tomadas medidas efetivas para o controle da situação.

Relatos indicaram que nos Estados Unidos, 42% dos adolescentes entre 15-19 anos já tiveram relação sexual.<sup>(1)</sup> Por esse relatório, quase todos os adolescentes sexualmente ativos usaram algum método contraceptivo, embora nem sempre tenham selecionado o método mais efetivo, com o uso frequente de coito interrompido e condom, que resultaram em altas taxas de falha anticoncepcional, e consequentemente altas taxas de gravidez não programadas em adolescentes nos Estados Unidos.<sup>2</sup>

No Brasil, estima-se que aproximadamente 20 a 25% das gestantes sejam adolescentes, o que constitui uma média de uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas, tais dados são suportados pelo Datasus, que entre 2008 a 2010 informou que a incidência da gravidez nas adolescentes era de 16,27 a 25,96%.<sup>3</sup>

Um estudo realizado no Brasil, em São Paulo (SP), mostrou que 75% das gestações de adolescentes não foi planejada e nem era desejada, e ainda, 68,1% era proveniente de famílias desestruturadas com outras gestações na adolescência.<sup>4</sup>

A educação sexual, assim como a contracepção bem orientada constituem a base de combate à gravidez na adolescência e, sabendo-se que essa anticoncepção tem altas taxas de

falha nessa faixa etária, mesmo com ampla divulgação do tema, discute-se mais recentemente a indicação de métodos que aumentem a adesão da adolescente e que sejam efetivos e seguros, como contraceptivos de longa duração.

São contraceptivos reversíveis de longa duração o DIU, de cobre ou medicado (Mirena<sup>®</sup>), implante subdérmico de etonorgestrel (Implanon<sup>®</sup>).

## MÉTODOS

Foi realizada uma busca eletrônica na literatura na base de dados Medline, de artigos publicados de 2008 a 2014, e foram selecionadas publicações relacionadas ao tema, utilizando-se os unitermos *adolescents, pregnancy in adolescents, long-acting reversible contraception in adolescents*.

## DISCUSSÃO

Dados demonstram aumento progressivo do uso dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) nos Estados Unidos passando de 2,4% em 2002 para 8,5% em 2009.<sup>2</sup>

Entre adolescentes de 15-19 anos aproximadamente 4,5% fazem uso correto desses métodos, sendo o mais popular nesta faixa etária o DIU.<sup>2</sup>

Apenas 1,0% das mulheres americanas usam o implante subdérmico de etonorgestrel, sendo que entre 15-19 anos apenas 0,5% aderiram ao método. Deve-se destacar que só em 2006 esse método foi aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA).<sup>5</sup>

Os métodos contraceptivos hormonais combinados (comprimidos orais, anel vaginal, injetável mensal e adesivo), os progestagênios isolados (comprimido oral e injetável trimestral), e o condom, têm sido as principais opções de contracepção para adolescentes, no entanto todos são de curta duração, têm baixas taxas de continuidade e, portanto, maiores taxas de gravidez quando comparados aos LARCs.<sup>6,7</sup>

Alves AS et al, 2008, mostrou em seu estudo que mesmo dentre a população de adolescentes de nível sócio econômico mais elevado 54,3% esquecem de tomar algumas pílulas durante o mês, embora 79,1% saibam quais precauções devem tomar ao esquecer de tomar o comprimido. A maioria, ainda, demonstrou conhecimento insuficiente do que deveria ser feito no caso de diarreia e vômitos.<sup>8</sup>

Peipert et al, 2011, em avaliaram durante um ano 4.167 mulheres com idade entre 14 e 45 anos, e constataram taxa de continuidade de 86% nas usuárias de LARC contra 55% das que usavam métodos de curta duração. A continuidade com o DIU de cobre foi ligeiramente mais baixa entre as adolescentes, mas ainda foi de 72% em 1 ano.<sup>9</sup>

Alto custo e dificuldade de acesso dos usuários, somados à falta de familiaridade e dúvidas dos profissionais de saúde quanto à segurança dos métodos para adolescentes são as principais barreiras para a ampliação do uso desses métodos.<sup>10, 11, 12</sup>

Mestad et al, 2011, incluíram em seu estudo informações sobre diversos métodos anticoncepcionais sem mencionar custos às pacientes e encontraram que mais de 2/3 das mulheres de 14-20 anos escolheu um método LARC.<sup>12</sup>

## CONCLUSÃO

Os métodos de longa duração por permitirem melhor adesão e terem boa eficácia são preferíveis para as adolescentes para evitar a concepção de maneira mais eficiente.

Dados demonstram grande risco de esquecimento e baixa adesão com métodos de curta duração, aumentando o risco de uma gestação indesejada, que na adolescência pode acarretar numa perda social e familiar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abma JC, Martinez GM, Copen CE. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 23 2010;30:1-47.
2. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011;84:478-85.
3. Manfré CC, Queiroz SG, Matthes ACS. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. *R. bras. Med. Fam. e Comun, Florianópolis*, v.5, n.17, p.48-54, jan./dez. 2010.
4. Sant'Anna MJ., Catunda JK., Carvalho KA., Coates V., Omar HÁ. Pregnant teenager involvement in sexual activity and the social context. *Scientific World Journal*; 2006;6:998-1007.
5. Mosher WD, Jones J. Use of contraception in the United States: 1982-2008. *Vital Health Stat* 23 2010;29:1-44.
6. Zibners A, Cromer BA, Hayes J. Comparison of continuation rates for hormonal contraception among adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999;12:90-4.
7. Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA Sokoloff et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol* 2011;117:363-71.
8. Alves AS., Lopes MHBM. Conhecimentos, atitudes e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Ver Bras Enferm.* 1008;61,1:11-17.
9. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Maddens T, Eisberg D, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol* 2011;117:1105-13.
10. Fleming KL, Socoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and Young women. *Contraception* 2010;82:178-82.
11. Harper CC, Blum M, de Bocanegra HT, Darney PD, Speidel JJ, Policar M, et al. Challenger in translating evidence to practice: the provision of intrauterine contraception. *Obstet Gynecol* 2008;111:1359-69.
12. Mestad R, Secura G, Allsworth, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception* 2011;84:493-8.

## CORRESPONDÊNCIA

josealcione.almeida@gmail.com

## TITULAÇÃO

Médica residente de ginecologia e obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
Médico 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

# LEIOMIOMA ATÍPICO EM ADOLESCENTE

## *ATYPICAL LEIOMYOMA LEIOMYOMA IN ADOLESCENT*

MICAELA JIOVANA DELGADILLO VARGAS<sup>1</sup>, ZULEIDE CABRAL<sup>2</sup>, RENATA DE SOUZA MASSONI<sup>3</sup>

### RESUMO

O mioma uterino é o tumor mais comum de todos os tumores benignos do útero, ocorrendo em aproximadamente 20 – 40% das mulheres em idade reprodutiva, sendo raro na adolescência. O leiomioma atípico, também conhecido como leiomioma bizarro ou simplástico, é uma neoplasia do músculo liso do útero que se caracteriza pela presença de células anaplásicas grandes, com um ou mais núcleos pleomórficos e com cromatina grumosa. Relata-se um caso de paciente de 16 anos de idade, com quadro de polimenorréia e anemia severa secundária a leiomioma atípico uterino.

**Palavras chave:** Leiomioma atípico, leiomioma em adolescente, tratamento

### ABSTRACT

The uterine myoma is the most common of all the benign uterine tumors, occurring in approximately 20-40% of women of reproductive age, being rare in the adolescent year<sup>3,4</sup>. The atypical leiomyoma, also known as bizarre or symplastic leiomyoma is a uterine smooth muscle neoplasm which is characterized by the presence of anaplastic large cells, with one or more pleomorphic nucleus and clumping chromatin<sup>1,2</sup>. This is a case report of a 16 year old patient with polymenorrhea and severe anemia secondary to an atypical uterine leiomyoma.

**Keywords:** Atypical leiomyoma, leiomyoma in adolescent, treatment

## INTRODUÇÃO

De todos os tumores benignos do útero o leiomioma é o mais comum, ocorrendo em aproximadamente 20 – 40% das mulheres em idade reprodutiva, sendo raro na adolescência<sup>3,4</sup>. Tem origem nas células do músculo liso, embora em alguns casos a musculatura lisa de vasos sanguíneos uterinos possa originá-los também<sup>1,2</sup>. Atingem principalmente o corpo do útero, podendo ser encontrados também no colo, ligamentos uterinos e raramente nos ovários. Alguns estudos relatam o acometimento em outros locais como no trato digestivo, pele, tecido celular subcutâneo, nariz, seios paranasais<sup>5</sup>, boca e tecido pulmonar<sup>6</sup>.

O leiomioma bizarro também conhecido como atípico, simplástico ou pleomórfico, é encontrado com mais frequência no estômago e raramente no útero<sup>1</sup>. É um tumor raro representando 0,5 – 1% das neoplasias uterinas, constituindo-se numa variante histológica do leiomioma comum, porém com um comportamento borderline para malignidade<sup>7</sup>.

## RELATO DO CASO

Adolescente de 16 anos de idade procurou atendimento no Ambulatório de Ginecologia Infanto-Juvenil do Hospital Universitário Julio Müller (HUJM) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) referindo hipermenorragia, dismenorréia primária intensa, anemia grave e realização de várias transfusões sanguíneas em prontos atendimentos desde os 15 anos de idade. Relatou menarca aos 10 anos, negou início das relações sexuais, uso de medicamentos e outras queixas. Na consulta inicial além da constatação clínica de anemia importante e nódulo em mama direita, com características de fibroadenoma, evidenciou-se massa abdominal pélvica que se estendia até a região superior do umbigo. Nesta consulta foram solicitados alguns exames complementares que confirmaram pela ultrassonografia de mamas e abdome total e pélvica respectivamente, nódulo sólido em mama direita 3,5 x 2,3 x 2,7 com aspecto de fibroadenoma, útero em anteversoflexão de contornos regulares, formato arredondado, textura heterogênea e nódulo hipocóico intramural posterior medindo: 10,9 x 8,2 x 9,6 cm com volume de 945 cm<sup>3</sup>, sugestivo de leiomioma uterino (Figura 1). Nesta consulta realizou-se ainda a investigação hematológica para a investigação de outras causas de anemia, confirmado somente anemia ferropriva. Procedeu-se a internação para estabilização hemodinâmica e optou-se pela prescrição dos análogos de gonadotrofinas (GnRH) com programação de miomectomia e exérese do nódulo de mama após 3 meses.

A paciente foi submetida à histerectomia total abdominal pela impossibilidade da enucleação do nódulo miomatoso o

qual se infiltrava de forma difusa por toda a parede miometrial (figura 2 e 3). No mesmo ato operatório, realizou-se a exérese de nódulo mamário a direita, cujo resultado anatomopatológico confirmou a hipótese diagnóstica inicial de fibroadenoma. O estudo histopatológico da peça revelou: peso uterino de 400g, medindo 12 x 4 x 6 cm, com lesão nodular firme de cor castanho clara envolvendo toda a parede uterina com endométrio preservado na sua camada basal. Não havia sinais de malignidade, proliferação de células fusiformes com atipia nuclear, visível em médio aumento e sem necrose coagulativa, apresentando 10 mitoses em 10 campos de grande aumento, compatível com leiomioma atípico.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



## DISCUSSÃO

Leiomiomas uterinos são tumores benignos comuns que afetam as mulheres em idade reprodutiva com tendência a regressão após a menopausa. Os miomas uterinos são identificados em mais de 40 % das mulheres entre os 35 e 50 anos de idade, sendo raramente encontrados na adolescência, menos que 0.5%<sup>7-8-9</sup>.

Naiditch e colaboradores em 2011, descreveram o décimo primeiro caso de leiomioma em adolescente e o primeiro caso associado à teratoma ovariano<sup>8</sup>. Até a data da publicação deste trabalho, o nosso caso é o décimo segundo relato de miomatose uterina em adolescentes, mas o primeiro caso de leiomioma atípico (Tabela 1)<sup>8,9</sup>.

Os sintomas da leiomiomatose estão relacionados diretamente ao tamanho, ao número e à localização dos miomas, 20 -30 % são sintomáticos<sup>10</sup>. Os subserosos tendem a causar sintomas compressivos e distorção anatômica de órgãos adjacentes, os intramurais causam sangramento e dismenorréia, enquanto que os submucosos produzem sangramentos irregulares e estão associados ao comprometimento da fertilidade<sup>11</sup> podendo ainda causar anemia. Os sintomas da miomatose

uterina são similares entre mulheres adolescentes e não adolescentes<sup>9</sup>.

Os leiomiomas uterinos podem ser classificados de acordo com padrão histológico em típico ou usual<sup>10</sup>, que corresponde a grande maioria dos nódulos leiomiomatosos, se caracteriza pela presença de amplos feixes de células musculares lisas sem atipias necrose ou mitose. As variantes deste padrão usual são o celular, mitoticamente ativo e atípico. Variações na diferenciação resultam nos padrões epitelióide, mixóide, vascular, schwannoide, lipoleiomioma. O leiomioma atípico, raro em 0,5 a 1 % dos tumores<sup>1</sup>, também denominado simplástico ou bizarro<sup>10</sup>, é uma neoplasia do músculo liso do útero que se caracteriza pela presença de células anaplásicas grandes, com um ou mais núcleos pleomórficos e com cromatina grossa<sup>1,2,10</sup>.

Os indicadores de malignidade para os tumores de músculo liso uterino são atipia, presença de áreas de necrose e o número de figuras de mitose por 10 campos de grande aumento<sup>10</sup>. A presença de atipias celulares associadas a áreas de necrose coagulativa, classificam o tumor como leiomiossarcoma. Na ausência de necrose coagulativa, o critério de malignidade será a atividade mitótica.

**Tabela 1 – Resumo de casos publicados de miomas uterinos em adolescentes com menos de 18 anos de idade.**

Autor(s)	Título	Revista	Ano	Clínica
Augensen K	Mioma Uterino em adolescente de 15 anos	Acta Obstet Gynecol Scand	1981	Menometrorragia Massa intraabdominal, retenção urinária
Bekker G, Gavrilesco T.	Mioma uterino sintomático em menina de 15 anos de idade	Int Surg	2004	Menorragia , dor abdominal
Rickets Holcomb L, ET AL de Rooy CG	Tumor expansivo em menina de 15 anos	Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol	1986	Dor abdominal e fadiga
Diesen DL, Price TM, Skinner MA	Mioma uterino em menina de 14 anos	Eur J Pediatr Surg	2008	Lombalgia na menstruação e distensão abdominal
Fields KR, Neinstein LS	Mioma uterino em adolescente – Relato de caso e revisão da literatura	J Pediatr Adolesc Gynecol	1996	Gestante e dor umbilical
Grapsa D, Smymiotis V, Hasiakos D	Leiomioma uterino gigante simulando uma massa ovariana em menina de 16 anos de idade	Eur J Gynaecol Oncol	2006	Menometrorragia e massa abdominal
Heimer G, Axelsson O, Jhonson P	Miomatose uterine e uremia em menina de 15 anos de idade	Gynecol Obstetr Invest	1991	Dor abdominal e fadiga
Morad NA, El-Said MM	Mioma uterino celular e sangramento vaginal em menina de 15 anos de idade	Aust N Z J Obstet Gynaecol	1993	Menometrorragia e massa abdominal
Perkins JD, Hines RS , Prior DS	Leiomioma uterino em adolescente	J Natl Med Assoc	2009	Massa pelvica assintomatica
Wisot AL, Neimad KM, Rosenthal AH	Mioma sintomatico em menina de 13 anos de idade	Am J Obstet Gynecol	1969	Menometrorragia
Homa Khorrami MD, MPH, Beth W. Rackow MD	Ressecção histeroscópica de um leiomioma uterino sintomático em adolescente	J Pediatr Adolesc Gynecol	2011	Menometrorragia

O tratamento das pacientes com miomatose uterina deve ser individualizado, levando-se em consideração a idade da paciente, o desejo de gestação, a repercussão clínica, o tamanho e a localização dos tumores. Nas mulheres com prole constituída e sintomáticas a opção de tratamento é a histerectomia. Nas mulheres climatéricas e assintomáticas, como a grande maioria dos tumores tendem à estabilização o tratamento pode ser conservador<sup>3</sup>.

Nas pacientes jovens e naquelas onde exista o desejo de gravidez o tratamento de primeira escolha é a miomectomia. Nos casos de miomas de grande volume está indicado no pré-operatório o uso dos análogos do Gonadotrofinas<sup>11</sup>. São medicações efetivas no tratamento clínico, levando à redução de 35-60% do volume dos miomas em três meses<sup>11</sup> além do controle dos sintomas a curto prazo<sup>3</sup>. Pelos seus efeitos colaterais, perda de massa óssea, distúrbio do perfil lipídico e sintomas climatéricos, não devem ser usados por mais de seis meses<sup>11</sup>. No caso em relato, o grau de comprometimento do tumor na cavidade uterina, mesmo com o uso do análogo do GnRH, não permitiu a miomectomia sendo necessário a realização da histerectomia total comprometendo a fertilidade da paciente. Na literatura médica, a recorrência relatada do tumor após a miomectomia é de até 50%, sendo necessária a reintervenção cirúrgica em torno de 30% dos casos<sup>8</sup>.

A nossa publicação reveste-se de particular importância pela raridade de casos de miomatose uterina em adolescentes,

a raridade do padrão histológico encontrado e principalmente para destacar a importância da investigação de todas as causas de sangramento uterino anormal entre adolescentes que apresentem alteração menstrual após a menarca. O sangramento uterino disfuncional deve ser sempre um diagnóstico de exclusão. O diagnóstico precoce e a conduta adequada pode evitar o comprometimento da capacidade reprodutiva em mulheres jovens portadoras de miomatose uterina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Richter, E. G., Zozula, L., Pope, B., Moro, A. & Barros, J. Leiomioma atípico de útero: relato de caso. 35, 96-99 (2006).
2. Halbe, H. W. Doenças benignas do corpo do útero. Tratado de ginecologia 1274 (2000).
3. Brasileira, F. das S. de G. e O. Miomatose uterina. Projeto Diretrizes (2002).
4. K.R. Fields, M.D. and Neinstein, M. D. Uterine myomas in adolescents . Case Reports and a review of the Literature. J. Pediatr Adolesc Gynecol 9, 196-198 (1996).
5. Fonseca, M. T., Araújo, P. A. K. & Barreiros, A. C. Leiomioma de seio paranasal: relato de um caso e revisão da literatura. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 68, 436-439 (2002).
6. Mucientes H, F., Robalino S, C., Klaassen P, R., Alarcón C, E. & Chuecas S, F. Leiomioma benigno metastizante: caso clínico con nodulos pulmonares e histerectomia 4 años antes por leiomiomas uterinos. Revista chilena de obstetricia y ginecología 77, 296-300 (2012).
7. Dino Roberto Soares De Lorenzi, Luzia Fernanda Lucena, Alessandra Eifler Guerra Godoy, R. B. leiomioma atípico. Revista da AMRIGS 55, 282-285 (2011).
8. Naiditch, J. a, Milad, M. P & Rowell, E. E. Uterine leiomyoma causing menometrorrhagia with a concomitant mature teratoma in a 15-year-old child: a case report and review of the literature. Journal of pediatric surgery 46, E33-6 (2011).
9. Khorrami, H. & Rackow, B. W. Hysteroscopic resection of a symptomatic uterine leiomyoma in an adolescent. Journal of pediatric and adolescent gynecology 24, e111-4 (2011).
10. Bozzini, N. Leiomioma uterino. Febrasgo (2004).
11. Corleta, H. & CHaves, B. Tratamento atual dos miomas. Rev Bras Ginecol Obstet 29, 4-8 (2007).

## CORRESPONDÊNCIA

Zuleide Cabral zuleidecabral@terra.com.br  
Rua das Dálías n. 843 sala 23  
Hospital Jardim Cuiabá, Bloco dos Consultórios.  
CEP: 78043 152 Cuiabá/MT

## TITULAÇÃO

1. Médica Residente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Federal de Mato Grosso.
2. Doutora em medicina, Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Federal de Mato Grosso, Presidente da Comissão Nacional de Ginecologia Infante Juvenil da FEBRASGO, Vice Presidente da Região Centro Oeste da SOGIA-BR.
3. Professora do Departamento de Tocoginecologia da Universidade de Cuiabá. Pós-graduação em Ultrassonografia Ginecológica e Obstétrica pela EURP.

**XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
VII CONGRESSO MARANHENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA – 14 A 16 DE AGOSTO 2014**

**PROGRAMA CIENTÍFICO Preliminar 14/08/14 – 5ª feira Sala Luís de Camões 1**

07:30 – 08:35	Curso de capacitação para atendimento em obstetrícia e ginecologia na infância e adolescência <b>Coordenador: Zuleide Félix Cabral (MT)</b>
07:30 – 07:45	O Acolhimento do Adolescente que vai à consulta <b>Albertina Duarte Takiuti (SP)</b>
07:45 – 08:00	Peculiaridades da consulta e do exame ginecológico em criança <b>Liliane Herter (RS)</b>
08:00 – 08:15	Corrimento genital em criança <b>José Maria Soares Jr. (SP)</b>
08:15 – 08:35	Perguntas e respostas
08:40 – 10:00	Mesa Redonda – Sangramento Uterino Anormal <b>Coordenador: Ângela Maggio da Fonseca (SP)</b> <b>Subcoordenador: Giselle Carvalho Gonçalves (MA)</b>
08:40 – 09:00	Na adolescência <b>Zuleide Cabral (MT)</b>
09:00 – 09:20	Na fase do menacme <b>José Maria Soares Jr (SP)</b>
09:20 – 09:40	No climatério <b>Ângela Maggio da Fonseca (SP)</b>
09:40 – 10:00	Discussão
10:00 – 10:25	Intervalo para visita à exposição
10:25 – 10:55	TOP Tema – Distúrbios da puberdade <b>Coordenador: Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)</b>
10:25 – 10:35	Puberdade precoce <b>José Alcione Macedo Almeida (SP)</b>
10:35 – 10:45	Puberdade tardia <b>Romualda Castro do Rego Barros (PE)</b>
10:45 – 10:55	Discussão
11:00 – 11:30	Simpósio GSK – Novas perspectivas do calendário de vacinação da adolescente <b>Palestrante: Denise Maia Leite Monteiro</b>
11:30 – 11:55	Conferência: Úlcera Vulvar <b>Presidente: Danitza Gassen (SC)</b> <b>Conferencista: Lana Maria de Aguiar (SP)</b>
12:00 – 13:00	Assembleia de Delegados SOGIA
13:30 – 15:00	Mesa redonda – Anomalias Genitais Congênitas <b>Coordenador: Liliane Herter (RS)</b> <b>Subcoordenador: Márcia Cunha Machado (BA)</b>
13:30 – 13:50	Anomalias müllerianas não obstrutivas <b>Vicente Renato Bagnoli (SP)</b>
13:50 – 14:10	Anomalias müllerianas obstrutivas <b>José Alcione Macedo Almeida (SP)</b>
14:10 – 14:30	Genitália ambígua <b>Vicente Renato Bagnoli (SP)</b>
14:30 – 15:00	Discussão
15:00 – 15:30	Intervalo para visita à exposição
15:30 – 17:00	Mesa Redonda – Síndrome dos Ovários Policísticos <b>Coordenador: Ângela Maggio da Fonseca (SP)</b> <b>Subcoordenador: Gláucia Irauna (MA)</b>
15:30 – 15:50	Sobrepeso e pubarca precoce como fatores predisponentes <b>José Maria Soares Jr (SP)</b>
15:50 – 16:10	Diagnóstico e diagnóstico diferencial com outras causas de hiperandrogenismo <b>Daniella de Grande Curi (SP)</b>
16:10 – 16:30	Quando e Como Tratar <b>Romualda Castro do Rego Barros (PE)</b>
16:30 – 17:00	Discussão
17:00 – 17:30	Conferência – Estratégias para reduzir a mortalidade materna <b>Presidente: Vera Lucia Mota da Fonseca (RJ)</b> <b>Conferencista: Rodolfo Gómez Ponce De León (OPAS/OMS)</b>
17:30 – 18:00	<b>Conferência: Modelo de assistência à saúde do adolescente. Recomendações do Ministério da Saúde</b> <b>Presidente: João Bosco Ramos Borges (SP)</b> <b>Conferencista: Thereza de Lamare Franco Neto (Ministério da Saúde)</b>
18:00 – 18:40	Sessão Interativa – Amenorreia, Dismenorreia, TPM, Anorexia e Bulimia <b>Coordenador: João Tadeu Leite dos Reis (MG)</b> <b>Discutidores: Cláudia Lucia Salomão (MG) e Marcia Cunha Machado (BA)</b>
18:50	Abertura oficial do Congresso e Cocktail com show Bumba Meu Boi

XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
VII CONGRESSO MARANHENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA – 14 A 16 DE AGOSTO 2014

PROGRAMA CIENTÍFICO 14/08/14 – 5ª feira – Sala Luís de Camões 2

08:00 – 08:35	Tema Livre apresentação oral <b>Coordenador: Sandra Morais Pereira (RJ)</b>
08:00 – 08:10	Neoplasias de ovário em crianças e adolescentes: análise de prontuários em serviço de referência em São Luís-MA. Trabalho 6983731
08:10 – 08:20	Características dos óbitos maternos em São Luís-MA de 2008-2010. Trabalho 9038594
08:20 – 08:35	Discussão
08:40 – 10:00	Mesa Redonda – Doenças Benignas da Mama <b>Coordenador: José Alcione Macedo Almeida (SP)</b> <b>Subcoordenador: José Pereira Guará (MA)</b>
08:40 – 09:00	Nódulo mamário em Adolescente e adultos jovens <b>João Bosco Ramos Borges (SP)</b>
09:00 – 09:20	Assimetria mamária <b>José Domingues dos Santos Junior (DF)</b>
09:20 – 09:40	Hipermastia <b>Gláucia Mesquita Cordeiro (MA)</b>
09:40 – 10:00	Discussão
10:00 – 10:25	Intervalo para visita à exposição
10:25 – 10:55	Conferência: Boas Práticas em Saúde do Adolescente <b>Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (SP)</b> <b>Conferencista: Albertina Duarte Takiuti (SP)</b>
11:00 – 11:30	Conferência: Úlcera Vulvar <b>Presidente: Danitza Gassen (SC)</b> <b>Conferencista: Lana Maria de Aguiar (SP)</b>
11:30 – 12:00	Sessão interativa – Infecções genitais: DIP e clamídia; Candidíase de repetição; Vaginite citolítica <b>Coordenadora: Lana Maria de Aguiar</b> <b>Discutidores: Filomena Silveira (RJ) e Noely Paula Cristina Lorenzi (SP)</b>
12:00 – 13:30	Sem atividades
13:30 – 15:00	Mesa Redonda – Dúvidas frequentes na prescrição de anticoncepção hormonal <b>Coordenador: José Domingues dos Santos Junior (DF)</b> <b>Subcoordenador: Márcia Cunha Machado (BA)</b>
13:30 – 13:50	Estrogênio natural: quais as vantagens? <b>Denise Maia Monteiro (RJ)</b>
13:50 – 14:10	Como escolher entre os diferentes progestagênios? <b>João Tadeu Leite dos Reis</b>
14:10 – 14:30	Na mulher que relaciona libido ao uso da pílula <b>Zuleide Félix Cabral (MT)</b>
14:30 – 15:00	Discussão
15:00 – 15:30	Intervalo para visita à exposição
15:30 – 17:00	Mesa Redonda – Diretrizes para rastreamento Ca do colo uterino <b>Coordenador: Maria Helena de Assunção Pestana (M)</b> <b>Subcoordenador: Vera Lucia Mota da Fonseca (RJ)</b>
15:30 – 15:50	Quando iniciar colpocitologia oncótica e quando parar <b>Filomena Silveira (RJ)</b>
15:50 – 16:10	Como conduzir os casos de LIEBG <b>Vera Lucia Mota da Fonseca (RJ)</b>
16:10 – 16:30	Como conduzir os casos de LIEAG <b>Noely Paula Cristina Lorenzi (SP)</b>
16:30 – 17:00	Discussão
17:00 – 17:30	Conferência – Lesões discrômicas da vulva <b>Presidente: Noely Paula Lorenzi (SP)</b> <b>Conferencista: Lana Maria de Aguiar (SP)</b>
17:30 – 18:40	Sessão Interativa – Abortamento de repetição; USG durante o PN; Ecocardiograma fetal; Rutura prematura das membranas <b>Coordenador: Alexandre Trajano (RJ)</b> <b>Discutidores: Danielle Bittencourt Sodré Barmpas (RJ) Livia Tersa Moreira Rios (MA)</b>

**XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
VII CONGRESSO MARANHENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA – 14 A 16 DE AGOSTO 2014**

**PROGRAMA CIENTÍFICO 15/08/14 – 6ª feira – Sala Luís de Camões 1**

07:30 – 09:00	Curso de capacitação para atendimento em ginecologia e obstetrícia na infância e adolescência <b>Coordenador: José Domingues dos Santos Jr. (DF)</b>
07:30 – 07:45	Questões éticas e legais da consulta da adolescente <b>Ivana Fernandes (SC)</b>
07:45 – 08:00	Sangramento genital em crianças <b>Erika Krogh</b>
08:00 – 08:15	Pré-natal da adolescente. O que é essencial? <b>José Domingues dos Santos Jr. (DF)</b>
08:15 – 08:35	Perguntas e respostas
08:40 – 10:00	Mesa Redonda – Contracepção com ciclo estendido e contínuo <b>Coordenador: Ivana Fernandes (SC)</b> <b>Subcoordenador: Danitza Gassen (SC)</b>
08:40 – 09:00	Quando indicar e como escolher entre as diferentes doses e vias de administração <b>João Tadeu Leite dos Reis (MG)</b>
09:00 – 09:20	Riscos e benefícios <b>Liliane Herter (RS)</b>
09:20 – 09:40	Como controlar o sangramento irregular <b>Tatiana Serra (MS)</b>
09:40 – 10:00	Discussão
10:00 – 10:25	Intervalo para visita à exposição
10:25 – 10:55	Conferência – Morte Materna e Near Miss: principais causas <b>Presidente: Alexandre José Baptista Trajano (RJ)</b> <b>Conferencista: Rodolfo Gómez Ponce De León (OPAS/OMS)</b>
11:00 – 12:00	SIMPÓSIO MSD – Gestação na adolescência: impacto, consequências e importância da orientação em anticoncepção <b>Chairwoman: Zuleide Felix Cabral (MT)</b> <b>Speaker: João Tadeu Leite dos Reis</b>
12:00 – 13:30	Simpósio de Vacinas MSD: Vacinação contra HPV – Mitos e Verdades <b>Chairman: José Alcione Macedo Almeida (SP)</b> <b>Palestrante: Márcia Cardial (SP)</b>
13:30 – 15:00	Mesa Redonda – Insuficiência ovariana <b>Coordenador: José Alcione Macedo Almeida (SP)</b> <b>Subcoordenador: Danielle Bittencourt Sodré Barmpas (RJ)</b>
13:30 – 13:50	Síndrome de Turner e variantes <b>Ângela Maggio da Fonseca (SP)</b>
13:50 – 14:10	Disgenesia gonadal pura <b>Vicente Renato Bagnoli (SP)</b>
14:10 – 14:30	Falência ovariana prematura <b>Claudia Lucia Barbosa Salomão (MG)</b>
14:30 – 15:00	Discussão
15:00 – 15:30	Intervalo para visita à exposição
15:30 – 17:00	Mesa Redonda – Infertilidade conjugal <b>Coordenador: Fúlvia Estefânia Padre e Fechine (MA)</b> <b>Subcoordenador: Giselle Carvalho Gonçalves (MA)</b>
15:30 – 15:50	Avaliação da infertilidade feminina <b>Mario Cavagna (SP)</b>
15:50 – 16:10	Avaliação masculina <b>André Luiz Eigennheer da Costa (PI)</b>
16:10 – 16:30	Preservação da fertilidade. Quando? Pra quem? <b>Mario Cavagna (SP)</b>
16:30 – 17:00	Discussão
17:00 – 17:50	Conferência – Síndrome do climatério. A visão atual <b>Presidente: Fúlvia Estefânia Padre e Fechine (MA)</b> <b>Conferencista: Nilson Roberto de Melo (SP)</b>
18:10	Sessão de encerramento do congresso

XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
VII CONGRESSO MARANHENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA – 14 A 16 DE AGOSTO 2014

**PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICO 15/08/14 – 6ª feira – Sala Luís de Camões 2**

08:00 – 08:35	Temas livres com apresentação oral <b>Coordenadora: Elaine da Silva Pires (RJ)</b>
08:00 – 08:10	Trabalho 4678846: Mortalidade Materna adolescência no Estado do RJ em 2000 e 2001
08:10 – 08:20	Trabalho 8069540: Violência por parceiro íntimo durante a gravidez
08:20 – 08:35	Discussão
08:40 – 10:00	Mesa Redonda – Ca de mama: Até onde o ginecologista deve conduzir o caso <b>Coordenador: João Bosco Ramos Borges (SP)</b> <b>Sub coordenador: Diego Trabulsi (MA)</b>
08:40 – 09:00	Rastreamento: Quando começar e quando terminar? Qual o recurso deve-se usar: USG, MMG, RM <b>José Pereira Guará (MA)</b>
09:00 – 09:20	Como prosseguir a investigação com BIRADS “0”; BIRADS 3; BIRADS 4 E 5. Quando indicar PAF, Corebiopsy ou mamotomia? <b>Diego Trabulsi. (MA)</b>
09:20 – 09:40	Como proceder com AP da lesão: discordante com imagem; Ca in situ; Ca invasivo <b>João Bosco Ramos Borges (SP)</b>
09:40 – 10:00	Discussão
10:00 – 10:25	Intervalo para visita à exposição
10:25 – 11:20	TOP TEMAS – Contracepção em situações especiais <b>Coordenador: Erika Krogh (MA)</b>
10:25 – 10:35	Em pacientes com epilepsia, e doença do colágeno <b>Claudia Lucia Barbosa Salomão (MG)</b>
10:35 – 10:45	Em pacientes pós cirurgia bariátrica <b>Denise Leite Maia Monteiro (RJ)</b>
10:45 – 10:55	Em pacientes com mais de 35 anos <b>Tatiana Serra (MT)</b>
10:55 – 11:20	Discussão
11:25 – 12:00	Simpósio – ACHÉ: Impacto do estresse na mulher contemporânea e seu tratamento <b>Palestrante: Jorge Nahas Neto (SP)</b>
12:00 – 13:30	Intervalo livre
13:30 – 15:00	Mesa Redonda – Endometriose <b>Coordenador: Claudia Lucia Barbosa Salomão (MG)</b> <b>Subcoordenador: Márcia Cunha Machado (BA)</b>
13:30 – 13:50	Quando começa. Prevalência <b>Maria de Lourdes Magalhães (CE)</b>
13:50 – 14:10	Diagnóstico e estadiamento <b>João Nogueira Neto (MA)</b>
14:10 – 14:30	Tratamento e prognóstico <b>Romualda Castro do Rego Barros (PE)</b>
14:30 – 15:00	Discussão
15:00 – 15:30	Intervalo para visita à exposição
15:30 – 17:00	Mesa Redonda: Intercorrências obstétricas <b>Coordenador: Alexandre José Baptista Trajano (RJ)</b> <b>Subcoordenador: Willians Moura Leite (MA)</b>
15:30 – 15:50	Pré-eclâmpsia e eclâmpsia <b>Alexandre José Baptista Trajano (RJ)</b>
15:50 – 16:10	Restrição do Crescimento Intra-uterino <b>João Paulo Lobo Nogueira (MA)</b>
16:10 – 16:30	Trabalho de Parto Prematuro <b>Janne Eyre Fernandes Brito da Costa (MA)</b>
16:30 – 17:00	Discussão
17:00 – 18:00	Mesa Redonda – Violência contra a mulher <b>Coordenador: Elaine da Silva Pires (RJ)</b> <b>Sub coordenador: Sandra Morais Pereira (RJ)</b>
17:00 – 7:20	Violência física e psicológica <b>Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (SP)</b>
17:20 – 17:40	Violência sexual <b>Maria de Lourdes Magalhães (CE)</b>
17:40 – 18:00	Discussão

XIII CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
VII CONGRESSO MARANHENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA – 14 A 16 DE AGOSTO 2014

**PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICO 16/08/14 – Sábado anfiteatro SOGIMA**

10:00 – 12:00	Visita a Ambulatório de Atenção à Saúde do Adolescente
10:00 – 13 :00	Assembleia Geral SOGIA Membros confirmados: <b>José Alcione Macedo Almeida (SP)</b> <b>Denise Monteiro (RJ)</b> <b>Daniella Curi (SP)</b> <b>Erika Krogh (MA)</b> <b>Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)</b> <b>Liliane Herter (RS)</b> <b>Romualda Castro R Barros (PE)</b> <b>Maria de Lourdes Magalhães (CE)</b> <b>Ivana Fernandes (SC)</b> <b>Márcia Machado (BA)</b> 1. Avaliação das atividades do congresso 2. Discussão sobre Manual de Condutas em Ginecologia da Infância e Adolescência 3. Criação de Comissão para elaborar planejamento do Manual de Condutas
14:30	Almoço da SOGIA / SOGIMA com os Professores Convidados
16:00 – 20:00	Reunião das Diretorias SOGIMA / SOGIA com a empresa Taguatur para balanço das contas do Congresso. Diretores com presença obrigatória: <u>SOGIMA:</u> Fúlvia Fechine – Presidente Erika Krogh – Secretária Giselle Carvalho Gonçalves – Tesoureira <u>SOGIA:</u> José Alcione Macedo Almeida – Presidente Ana Célia de Mesquita Almeida – Tesoureira

## Normas para apresentação de trabalhos científicos no XIII Congresso Brasileiro da SOGIA-BR e VII Congresso Maranhense de Obstetrícia e Ginecologia.

### Poderão ser inscritos trabalhos nas seguintes modalidades:

- A- Trabalhos completos concorrendo ao Prêmio Álvaro da Cunha Bastos
- B- Trabalhos para apresentação oral em sessão **Simpósio**
- C- Apresentação como Pôster

### Normas Gerais

1. O trabalho deve estar relacionado com **tema ginecologia e obstetrícia geral ou específica da infância e adolescência** e deve ser original, ou seja, não publicado em qualquer periódico médico. Esta norma não se aplica se a publicação anteriormente for sob a forma de **Nota Prévia** com resultados parciais da pesquisa.

2. O trabalho deverá ser inscrito preenchendo o formulário contido no SITE e nos folders de divulgação do evento, até **20/ 07/2014 (data da postagem)**.
3. Cada trabalho deverá ter pelo menos um médico prescritor, de acordo com RDC 96/08 da ANVISA.
4. Será emitido 01 (um) certificado para cada trabalho apresentado, com nomes de todos os autores.
5. Cada trabalho poderá ter no máximo 7 (sete) autores, dos quais pelo menos um deverá estar inscrito no Congresso até a data do envio dos trabalhos. Se um autor for palestrante convidado, há necessidade de mais um inscrito.
6. Os trabalhos deverão ser postados na área de inscrição que pode ser acessada com login e senha já cadastrados,

até **20/07/2014**. Todos os trabalhos serão analisados pela Comissão Julgadora, que aprovará ou não a sua apresentação. À Comissão se reservará também o direito de remanejamento de determinados trabalhos de uma sessão para outra, de acordo com os critérios: conteúdo e importância do tema e disponibilidade de tempo e espaço.

7. Os autores serão informados até **04/08/2014** da decisão da Comissão Julgadora quanto à aceitação do trabalho e quanto à forma de apresentação.
8. Os trabalhos serão fotografados diretamente do original para que seus resumos sejam publicados nos anais, que serão disponibilizados no site do congresso. Portanto, todos devem obedecer à formatação deste regulamento, atentando-se para o tipo e tamanho de letras.
9. Os Trabalhos (todas as categorias) inscritos passarão a pertencer ao Congresso para serem publicados na Revista da SOGIA-BR, após avaliação da Comissão Editorial da Revista, que avisará ao autor principal.

#### Normas específicas

##### TEMAS LIVRES PARA APRESENTAÇÃO ORAL

1. A apresentação oral será **exclusivamente** no espaço reservado nos Simpósios do programa científico e os trabalhos serão selecionados pela comissão organizadora que avisará com antecedência ao autor principal.
2. Cada apresentador disporá de 10 (dez) minutos para apresentação do seu trabalho. A discussão será orientada pelo coordenador do Simpósio.
3. Os trabalhos deverão seguir ter a seguinte forma: Título em português e inglês, nome dos autores e Instituição, Resumo e Abstract. O texto deverá, obrigatoriamente, obedecer a seguinte ordem: **Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Figuras e tabelas devem ser inseridas no texto e nunca no resumo.**

##### Apresentação de pôster

1. A medida do Pôster deverá ser de no máximo 130cm de altura por 90 cm de largura.

2. No título, usar letras maiúsculas (caixa alta) de 3,0 cm de altura. Abaixo do título com letras menores colocar os nomes dos autores e a instituição.
3. O texto deve ser fiel ao resumo enviado para a comissão. Usar letras de 0,5 cm, que possam ser vistas a uma distância de 2 metros.
4. Fazer legendas para figuras e tabelas.
5. Os autores serão responsáveis pela fixação (fita dupla face) e retirada dos pôsteres, de acordo com orientação da organização. Em caso de extravio não nos responsabilizamos.
6. Os pôsteres serão distribuídos durante o evento, devendo cada um ficar em exposição durante um destes dias, de acordo com a disponibilidade de espaço, conforme comunicação prévia feita pela organização do congresso.
7. Um dos autores deverá ficar durante uma hora em dia e horário pré-determinado, à disposição dos interessados em mais detalhes sobre o tema.
8. Um mesmo autor poderá apresentar mais de um pôster.

RELATO DE CASO. Deverá conter: **introdução, descrição do caso e comentários ou discussão.**

As eventuais dúvidas deverão ser resolvidas pela comissão responsável pela análise dos Trabalhos.

##### PARA A FICHA DE INSCRIÇÃO

###### Resumo

1. Utilizar espaçamento simples, com letra tamanho 10 (Times New Roman). **Não ultrapassar os limites do retângulo do formulário próprio** (+1.250 caracteres). Não usar parágrafos. Siglas e abreviações devem ser evitadas e quando usadas explicá-las na primeira citação. Não iniciar sentenças com numerais.
2. O texto deverá, obrigatoriamente, obedecer a seguinte ordem: **Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Não incluir figura ou tabela, que deverão constar do texto.**
3. Na parte superior do formulário, colocar o título do trabalho em letras maiúsculas; abaixo deste, o nome dos autores e o local (Instituição) onde o trabalho foi realizado.



## Prêmio Álvaro Bastos

### Normas para trabalhos científicos concorrentes ao prêmio Álvaro da Cunha Bastos

- O Prêmio Álvaro da Cunha Bastos será conferido ao melhor trabalho completo apresentado no Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência.
- Ao vencedor serão conferidos diploma e premiação no valor de R\$1.000,00 (Hum Mil Reais).
- A Comissão Julgadora poderá conferir Menção Honrosa ao trabalho colocado em segundo lugar, que receberá certificado comprobatório.
- O(s) autor(es) vencedor(es) será(ão) premiado(s) na sessão de encerramento do Congresso e o Trabalho será publicado na Revista da SOGIA-BR.

#### REGULAMENTO

1. O trabalho deve estar relacionado com **tema de ginecologia da infância e adolescência ou obstetrícia na adolescência**.
2. O trabalho deve ser original, ou seja, não publicado ou aceito para publicação em qualquer periódico médico. Esta norma não se aplica se a publicação, anteriormente, tiver sido feita sob a forma de Nota Prévia com resultados parciais da pesquisa.
3. O trabalho original deve ser impresso em folha tipo A4, branca, espaçamento duplo (inclusive tabelas), margens de 3,0 cm e fonte Times New Roman tamanho 12.
4. O trabalho só poderá ter o máximo de 4 (quatro) colaboradores além do autor principal, perfazendo o total de 5 (cinco) autores. Se um dos autores for convidado como palestrante do Congresso, é necessário que pelo menos mais um autor esteja inscrito no congresso (data de postagem).
5. Evitar siglas ou abreviações que não sejam oficiais ou clássicas. Explicá-las ao serem usadas pela primeira vez no texto.
6. Na página de rosto, colocar o título do trabalho em português e em inglês sem identificação de autor(es) ou instituição onde o trabalho foi desenvolvido.
7. Na segunda página deverá constar o **Resumo**, com máximo de 250 palavras. O texto deverá ser dividido em **Objetivos, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões**.
8. Na mesma página do Resumo citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice dos Anais. Deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical SubjectHeadings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.
9. Na terceira página colocar **“Abstract”**, versão fiel do Resumo. Colocar também as três palavras (keywords) com a mesma finalidade.
10. Na quarta página e subsequentes terá início o “corpo” do trabalho. Iniciar com Introdução mostrando a atualidade, importância e interesse do tema estudado. Não usar pontos em sigla. Ex.: INSS e não I.N.S.S.
11. Referências bibliográficas: serão aceitas até 35 (trinta e cinco) referências, com ênfase para as mais recentes, que deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>). As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto.
12. O trabalho deve ser enviado na íntegra em 4 (quatro) vias e em CD (sem o nome dos autores, instituição de origem, cidade ou Estado onde foi realizado) utilizando nome fantasia como identificação. Anexar envelope lacrado contendo uma folha com o nome do trabalho e dos autores, instituição, endereço para correspondência, telefone e e-mail, em cuja capa deve constar somente o nome fantasia. **Qualquer forma de identificação será motivo de desclassificação do trabalho.**
13. Enviar para a SOGIA-BR – Rua João Moura, 860 / 53 CEP: 05412-002 – São Paulo – SP.
14. Situações não previstas no presente regulamento serão resolvidas pela Comissão Julgadora.
15. Prazo final para entrega dos trabalhos: **20/06/2014** (carimbo do correio).

## Obesidade e anticoncepcionais aumentam risco de esclerose múltipla, sugerem estudos

Mulheres que usavam pílulas tinham 35% mais chance de desenvolver a doença; obesos eram duas vezes mais propensos.

Jovens obesos e mulheres que tomam pílulas anticoncepcionais são mais propensos a desenvolver esclerose múltipla, é o que mostra dois estudos que serão apresentados na próxima reunião anual da Academia Americana de Neurologia, que será realizada em abril na Filadélfia.

Enquanto a pílula anticoncepcional pode aumentar em 35% a chance de uma mulher desenvolver a doença, o risco pode ser duas vezes maior para aqueles com obesidade. Nos dois casos, hormônios estariam ligados ao mecanismo de ativação da esclerose múltipla.

Aproximadamente 2,5 milhões de pessoas no mundo vivem com a doença e 200 pessoas são diagnosticadas a cada dia. A esclerose múltipla afeta a mielina, uma camada protetora que envolve as fibras do sistema nervoso central. Os sintomas variam de dormência, fraqueza muscular e problemas oculares à rápida deterioração, podendo causar paralisia parcial ou completa.

Até o momento, não se sabe exatamente o que causa a esclerose múltipla. Alguns pesquisadores acreditam que a dani-ficação da mielina faz com que o sistema imunológico do corpo atue de forma anormal e ataque o sistema nervoso central.

### PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS

O estudo que envolveu o uso de contraceptivos foi realizado por pesquisadores do Centro Médico Kaiser Permanente, na Califórnia. Eles analisaram 305 mulheres que tinham sido diagnosticadas com a esclerose múltipla ou com a síndrome clinicamente isolada – um precursor da doença.

As mulheres eram acompanhadas no centro três anos antes de desenvolver a doença. Seus resultados foram comparados com os de 3.050 mulheres saudáveis. Os cientistas observaram que 29% das mulheres com esclerose múltipla tomaram hormônios contraceptivos por pelo menos 3 meses antes dos sintomas aparecerem, enquanto 24% das mulheres saudáveis tinham usado pílulas anticoncepcionais – a maioria com uma combinação de estrogênio e progesterona.

De acordo com os pesquisadores, o resultado revela que as mulheres que usaram pílulas eram 35% mais propensas a desenvolver a doença em comparação com que as que não as utilizavam.

— Estes resultados sugerem que o uso de contraceptivos hormonais podem estar contribuindo, pelo menos em parte, para o aumento da taxa de esclerose múltipla entre as mulheres – disse Kerstin Hellwig, líder do estudo, ao “Daily Mail”.  
– No entanto, pode haver algum fator ambiental que não tenhamos sido capazes de identificar, não estamos dizendo que as mulheres devem parar de usar a pílula.

### OBESIDADE

Já a pesquisa liderada por Jorge Correale, do Instituto Raúl Carrera de Pesquisa Neurológica de Buenos Aires, na Argentina, analisou a ligação entre o índice de massa corporal (IMC) de 420 indivíduos com 15 ou 20 anos e a esclerose múltipla.

Dos participantes, de ambos os sexos, 210 tinham a doença, enquanto os outros 210 eram saudáveis. Segundo os pesquisadores, os obesos na idade de 20 anos eram duas vezes mais propensos a desenvolver a esclerose múltipla em comparação com indivíduos da mesma idade que não eram obesos.

Correale acredita que altas concentrações de leptina – um hormônio produzido pelo tecido adiposo que regula o peso, o apetite e a resposta imune – poderia ser a explicação da ligação entre os dois distúrbios.

— A leptina promove respostas inflamatórias no corpo, o que poderia explicar a ligação entre obesidade e a esclerose múltipla – explicou.

# Delegados da SOGIA-BR

## RIO GRANDE DO SUL

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

## SANTA CATARINA

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

## MATO GROSSO DO SUL

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

## DISTRITO FEDERAL

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

## SÃO PAULO

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

## RIO DE JANEIRO

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

## ESPÍRITO SANTO

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

## MINAS GERAIS

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

## BAHIA

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

## CEARÁ

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

## MARANHÃO

Erika Krogh [erikakrogh@yahoo.com.br](mailto:erikakrogh@yahoo.com.br)

## Normas e instruções para publicação em nossa revista

### Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetria 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 versam sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol.

Os trabalhos devem ser encaminhados **preferencialmente** por e-mail [sogia@sogia.com.br](mailto:sogia@sogia.com.br), com cópia para [josealcione.almeida@gmail.com](mailto:josealcione.almeida@gmail.com) acompanhados de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR.

Quando for encaminhado pelo correio deve ser gravado em CD com duas cópias em papel, para o endereço da SOGIA constante na primeira página da Revista.

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

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

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

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

A comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos. Os conceitos e opiniões contidos no texto são da inteira responsabilidade dos autores.

### Normas para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores. Quando se tratar de pesquisas multicêntricas, devem ser citados os autores responsáveis e os outros autores devem ser citados como colaboradores.
2. O texto do Trabalho (Original, Trabalho de Atualização e Relato de Caso) deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12

a 16 páginas, sendo que no Relato de Caso Clínico 3 a 6 páginas são suficientes. Esse número máximo de páginas, quando ultrapassado por absoluta necessidade, pode ser reconsiderado pela comissão editorial.

3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (escrever Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, incluindo a função ou cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Aconselha-se a identificação da instituição onde o trabalho se desenvolveu. O endereço Para correspondência deve constar o nome completo do autor e e-mail e/ou fax.
6. O corpo de **Trabalho de Investigação** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusões.
7. O corpo de **Trabalho de Atualização ou Revisão** deve ser desenvolvido nos mesmos moldes: introdução, métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão ou comentários e conclusões.
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**<sup>1</sup>. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas, no final do texto.