

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- UM ESTUDO SOBRE AS VIVÊNCIAS PSÍQUICAS DE GESTANTES ADOLESCENTES
- USO DE ANÁLOGOS DO GNRH NO TRATAMENTO DA PUBERDADE PRECOCE CENTRAL: REVISÃO DA LITERATURA E REFLEXO NA ESTATURA
- CORNO UTERINO RUDIMENTAR FUNCIONANTE E NÃO COMUNICANTE



O Presidente da SOGIA e a Presidente do Congresso dão as boas-vindas.



Sessão de abertura.



SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Um estudo sobre as vivências psíquicas de gestantes adolescentes	3
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO	
Uso de análogos do GnRH no tratamento da puberdade precoce central: revisão da literatura e reflexo na estatura	11
RELATO DE CASO	
Corno uterino rudimentar funcionante e não comunicante	16
NOTÍCIAS E AGENDA	20

COMISSÃO EDITORIAL

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

DIRETORIA EXECUTIVA DA SOGIA-BR

Presidente

José Alcione Macedo Almeida

Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

2º Tesoureiro

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

Presidente Emérito

Álvaro da Cunha Bastos

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide F. Cabral

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

sogia@sogia.com.br
josealcione.almeida@yahoo.com.br
www.sogia.com.br

CARTA À PRESIDENTE DO X CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

São Paulo, 6 de dezembro de 2008.

Dra. Denise Maia Monteiro
Presidente do X Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência.

Prezada amiga Denise,

Depois de muita luta e árduo trabalho, chegou o dia 30 de novembro, dia do embarque e do início do sonhado Congresso.

Com a experiência que tenho de vários outros congressos, sei que você pode ter ficado com a sensação de que algo poderia ter sido melhor. Isso é próprio de quem quer sempre o melhor, de quem procura a perfeição. Mas todos sabemos que essa perfeição não existe, embora deva ser sempre buscada em nossas ações.

Na fase de preparação do evento sempre que surgia uma dificuldade sentíamos a necessidade de encontrar a solução imediatamente. A troca de inúmeros telefonemas e de e-mails, às vezes vários em um mesmo dia, poderia nos deixar cansados. Lembro-me de que muitas vezes você dizia: vamos pensar e amanhã conversaremos. E assim fizemos em diversos momentos. Também chegava à minha caixa de mensagens cópias dos e-mails trocados entre você e os outros membros dos diversos comitês, em especial o Comitê Científico. Foi um trabalho intenso, mas gratificante. Assim, conseguiu-se fazer o melhor do que foi possível. Você cumpriu com sua missão de mulher determinada...

Fiquei muito satisfeito com o resultado final. O Congresso, em moldes diferentes, logística toda especial com relação a tudo que estávamos acostumados, cumpriu bem sua missão. Esqueçamos as eventuais falhas (se houve) e nos lembremos do bom nível com que se desenvolveu a programação científica e a programação social que propiciaram momentos inesquecíveis de confraternização e principalmente de descontração, tão necessários para amenizar a rotina, por vezes malvada, da vida do médico.

Esses quatro dias que passamos no navio, em ambiente de trabalho e lazer, terminaram coroando com êxito todo seu esforço. Tenha a certeza de que o Congresso por você presidido marcou muito na história da nossa querida SOGIA-BR, assim como os anteriores. E isso nos dá forças e fluidos positivos para continuar acreditando que vale o esforço para manter vivo o ideal do nosso querido Professor Álvaro Bastos.

Como Presidente da SOGIA, estou satisfeito e agradecido por tudo. Parabéns a você e a todos os componentes dos diversos comitês do congresso.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR



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

UM ESTUDO SOBRE AS VIVÊNCIAS PSÍQUICAS DE GESTANTES ADOLESCENTES

LARISSA MEDEIROS¹ · GLÁUCIA ROSANA GUERRA BENUTE² · MARCO AURÉLIO GALLETTA³ ·
ADRIANA LIPPI WAISSMAN⁴ · MARA CRISTINA DE SOUZA DE LUCIA⁵ · MARCELO ZUGAIB⁶

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar experiências emocionais peculiares a gestantes adolescentes, tentando compreender o impacto que a gravidez pode causar em seu psiquismo. Participaram da pesquisa dez gestantes, com idades entre 12 e 17 anos, em acompanhamento pré-natal na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e que estavam no terceiro trimestre (de 24 a 40 semanas). O Procedimento de Desenhos-Estórias foi utilizado como instrumento, juntamente com uma entrevista preliminar. Realizou-se uma análise global do conjunto do material de cada adolescente e depois foram relacionados pontos em comum, com a tentativa de entender a subjetividade grupal. Um dos pontos mais importantes observados foi a grande ambivalência sentida perante a gestação e o amadurecimento precoce, com grande conflito e bastante angústia. Percebeu-se que conscientemente as adolescentes aceitam a gravidez, idealizando a maternidade, mas aparece inconscientemente o sentimento de rejeição. Outro ponto significativo foi a questão da identidade, e a mudança do papel de adolescente para adulta e mãe causa angústia e insegurança, pois elas ainda estavam abandonando a identidade infantil e não se sentem preparadas para tanta responsabilidade, sentindo-se confusas e inseguras diante do novo papel e do amadurecimento inesperado.

Palavras-chave: psicologia, gestação, adolescência, gravidez na adolescência.

ABSTRACT

The objective of this work was to investigate peculiar emotional experiences of adolescent pregnant women, seeking for the meaning of pregnancy to them and the impact that the pregnancy may cause to their psyche. Took part of this research ten adolescent pregnant women between 12 and 17 years old, during the third trimester of pregnancy, in prenatal care at the Clinic of Obstetrics of the Hospital of the Clinics of the College of Medicine of the Sao Paulo University. The Drawing-and-Story Procedure was used as an instrument, associated with an psychological interview, to find out more about their life history and to get further information about this particular period. Each patient did five free style draw, told a story about it and named it. Besides that, a sixth production was asked. This one, different from the others, had a theme with any adolescent, this draw was also named and the patient was asked for a story. The first step was analyzing the whole production of each individual; the aim was to make whole analyses of the material associated with the interview information. The purpose was to try to understand the subjective pointed out by the ambiguous feelings about their pregnancy and the emotional maturation provoked by it. Most of them are able to realize either gains as well as loss related with maternity and adult life. Because of that situation, they express big conflicts and anguish. It was possible to see that the adolescent accept their pregnancy consciousness, idealizing maternity and their relation with the baby. But unconsciousness they expressed feelings of rejection and seems like the pregnancy is going to change their lifes completely. Ambiguous feelings are also common among pregnant women, but we realize that because of their adolescent age is more difficult to deal with so many different feelings in a calm way. Therefore conflicts, anguish and insecurity are inevitable. Another important subject pointed out was about identity. The change of roles from an adolescent to an adult mother causes anguish and insecurity, because they were still abandoning their child identity and beginning to construct their own identity. In this way, they don't feel ready for such a big responsibility and they feel confuse and insecurity in front of their new role and the sudden matureness.

Keywords: psychology, pregnancy, adolescence, pregnancy in adolescence.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência representa um importante problema social e de saúde pública em muitos países. Mais de 14 milhões de adolescentes dão à luz em todo o mundo e, segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 1 milhão de adolescentes ficam grávidas por ano no Brasil¹⁴. Considera-se adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos, quando ocorrem transformações graduais que conduzem a pessoa da infância à idade adulta¹¹; essa fase pode ser pensada como um momento de crise. A mulher vivencia três crises no transcorrer de sua vida: a adolescência, a gravidez e o climatério. Quando se associam gestação e adolescência, ocorre uma situação excepcional decorrente da sobreposição de situações intensas, no aspecto psíquico e emocional.

Sociologicamente, a adolescência é o período de transição entre um estado de dependência para uma condição de autonomia, quando se começa a assumir funções e responsabilidades no mundo adulto. Psicologicamente, é o período crítico de definição do “eu”, com mudanças consideráveis na estrutura da personalidade e nas funções que exerce na sociedade¹³. O adolescente precisa reformular a ideia que tem a respeito de si mesmo e transformar sua autoimagem infantil. Nessa fase, há uma desorganização da personalidade caracterizada por intensa instabilidade, mudanças bruscas de humor, de formas de relacionamento, maneira de se vestir etc. decorrentes de sua busca de identidade. Alternam-se momentos de intensa alegria e sociabilidade com outros de profundo isolamento.

A gravidez é um momento único e importante na vida da mulher, quando ela vivencia novas sensações e emoções. As reações diante das alterações do ciclo gravídico-puerperal são vivenciadas de modo subjetivo; cada mulher reage de forma específica ao desenvolvimento do feto, às alterações neuroendócrinas, metabólicas e clínicas, bem como a seus correlatos vivenciais, tais como a aceitação do papel de mãe e das mudanças graduais do esquema corporal¹⁰.

Segundo Viçosa²⁰, a gestação é uma fase em que a mulher não só aprende sobre si mesma, mas também vivencia ansiedade, desamparo e expectativa. Ela passa por um período de adaptação física e psicológica.

Assim, a gravidez possui várias características de uma situação de crise. Primeiramente, ocorrem uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis. Uma mulher em sua primeira gestação passa do papel de esposa para o de mãe; para outras mulheres, ser mãe de dois filhos ou mais é diferente de ser mãe de um, porque com a vinda de cada filho toda a composição familiar se altera⁸. Ocorrem ainda alterações do esquema corporal, um dos maiores medos da

mulher quando grávida. O medo é da irreversibilidade da modificação corporal, pois ela tem dificuldade em acreditar que o corpo pode voltar a seu estado anterior após a gravidez. As sensações ocorridas durante o período gestacional afetam o comportamento da mulher, pois nunca anteriormente ela vivenciou algo parecido. Além dessas questões, outra modificação psíquica parece dominar a gestante, a ambivalência na existência de impulsos opostos, amorosos e agressivos, em relação à gestação, ao feto ou a uma condição psicossocial determinada pela gravidez⁴.

Tratando-se de gravidez na adolescência, pode-se pensar em uma mudança abrupta, pois transforma em um curto espaço de tempo uma menina em mulher, sem que ela tenha tido chance de experimentar as etapas de amadurecimento entre um estágio e outro da vida¹³.

A adolescente terá de passar por momentos difíceis, tais como a perda instantânea de sua condição de jovem, a responsabilidade prematura, a incompreensão dos outros e, acima de tudo, a irreversibilidade da situação. Para tranquilizar-se perante essa irreversibilidade, a adolescente acaba aceitando tacitamente a gestação, segundo Wajmann *et al.*²¹. Fazendo isso, ela também consegue evitar o contato com a ambivalência diante do bebê, que é muito intensa. Essa intensa ambivalência provavelmente está ligada ao fato de que, em função da gravidez, apresentam-se perdas significativas e objetivas na vida da adolescente. Ela deseja o filho e desespera-se com a situação, aceita e tem dificuldade em aceitar. Mostra um sentimento de perda em relação à vida de diversão, ao mesmo tempo que há vontade de assumir a responsabilidade pelo filho. Como consequência negativa da gestação, essas adolescentes se referem às mudanças em suas atividades sociais e passam a relacionar seus projetos de vida com a maternidade e o casamento.

OBJETIVOS

Como objetivo geral, teve-se a intenção de investigar experiências emocionais peculiares a gestantes adolescentes. De forma específica, seria compreender o significado da gravidez para as adolescentes e o impacto que esta pode causar em seu psiquismo; compreender as configurações inconscientes associadas à gestação na adolescência, como subsídios para o desenvolvimento de programas de promoção da adesão às terapêuticas médicas e, assim, contribuir para a fundamentação do planejamento de intervenções psicológicas mais abrangentes e condizentes com a demanda hospitalar.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

População estudada

esta pesquisa foi realizada com 10 gestantes adolescentes em acompanhamento pré-natal no Ambulatório da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade entre 12 e 17 anos que estavam no terceiro trimestre (de 25 a 40 semanas) de gestação. Os critérios de exclusão foram: pacientes com quadros psiquiátricos de psicose, demências graves, diagnóstico de malformação fetal ou com risco de vida iminente.

Instrumentos

Foi utilizada uma entrevista preliminar com protocolo previamente elaborado, a fim de levantar dados a respeito da adolescente e conhecer aspectos relacionados à vivência gestacional da jovem, para, mais tarde, essas informações contribuir para o entendimento dos conteúdos expressos no Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). Este foi o segundo instrumento utilizado, o qual consiste em cinco produções de desenhos livres, em que para cada um deles é dado um título e é contada uma estória¹⁷. Associando desenhos a estórias, o indivíduo pode transmitir experiências subjetivas a respeito de aspectos de sua personalidade. Foi incluída também uma sexta produção temática², em que foi solicitado que o sujeito fizesse o desenho de uma adolescente, também contando uma estória e dando um título à produção.

Procedimentos na coleta de dados

as pacientes foram convidadas a participar da pesquisa ao comparecerem ao atendimento pré-natal no Ambulatório da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP. A cada paciente, e seu responsável, foi lido o termo de consentimento pós-informado e explicado o objetivo do estudo. Após concordarem, o termo foi assinado. Nenhuma paciente convidada recusou-se a participar dessa pesquisa. A aplicação foi realizada em seguida, em consultório disponível dentro da Clínica Obstétrica do HC-FMUSP. A duração de todo o procedimento, com cada participante, foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Todas as perguntas feitas a partir do entendimento das instruções do Procedimento de Desenhos-Estórias pelas pacientes foram respondidas com as frases “como quiser” ou “como você preferir”, incentivando à livre expressão gráfico-temática. Durante todo o procedimento, foram tomadas notas detalhadas das estórias e de todas as verbalizações das

adolescentes enquanto desenhavam, bem como todas suas reações expressivas.

Procedimentos na análise dos dados

trata-se de um estudo qualitativo. Considera-se que todos os itens do Procedimento de Desenhos-Estórias (desenhos, estórias, respostas ao inquérito e títulos) formam uma unidade de comunicação, transmitindo uma mensagem única¹⁸. Assim, tudo deve ser avaliado como um processo unitário de comunicação. Safrá¹⁵ diz que, ao se observar as cinco unidades de produção, geralmente pode-se verificar que o sujeito expressa fantasias e angústias básicas de suas vivências atuais. Em nossa análise, a interpretação foi feita com o auxílio da história clínica levantada com base na Entrevista Preliminar. Trinca¹⁸ relata que informações sobre a história de vida do indivíduo, circunstâncias ambientais etc. trazem sentido ao que é expresso em D-E. Como o D-E é uma técnica que permite várias modalidades de avaliação, como mostra Trinca¹⁹ e Tardivo (1997), utilizou-se o método denominado de “livre inspeção do material”, bastante empregado na análise de conteúdo com fundamentação psicanalítica. O material foi analisado globalmente, levando-se em conta o conjunto da produção e, com base nele, foram levantadas hipóteses referentes às ansiedades predominantes, aos vínculos significativos, aos conflitos subjacentes, entre outros aspectos possíveis de investigação em cada conjunto de produção. Tudo isso foi relacionado com informações e queixas trazidas pela paciente na Entrevista Preliminar.

Primeiramente, fez-se a livre inspeção de cada unidade de produção de uma mesma paciente, incluindo as cinco produções do procedimento D-E e mais a unidade de D-E com tema. Depois, foi feita uma análise global do conjunto do material de cada sujeito. Na discussão dos dados, foram relacionados pontos em comum surgidos na análise dos desenhos, com a tentativa de entender a subjetividade desse grupo de adolescentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 (caracterização da amostra) apresenta os dados de identificação, além de dados importantes levantados pela entrevista preliminar com cada paciente.

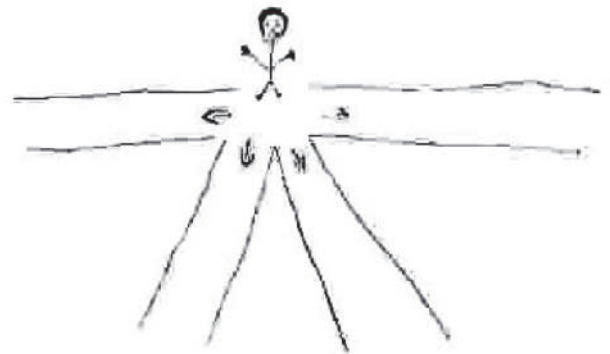
A ambivalência diante da gestação, o conflito entre desejar ou rejeitar o bebê, entre querer ou não estar grávida, foi um sentimento que praticamente prevaleceu entre as pacientes. Sabe-se que esse é um sentimento que costuma surgir em quase todas as mulheres grávidas no início da gestação, causando grande desgaste emocional e podendo durar até o puerpério²⁰. Entre as adolescentes, esse sentimento parece mais explícito e

Tabela 1. Caracterização da amostra

Critério		Frequência	%
Idade	15 anos	4	40%
	16 anos	3	30%
	17 anos	3	30%
Estado civil	Solteira sem namorado	3	30%
	Solteira com namorado	4	40%
	Amasiada antes da gestação	1	10%
	Amasiada após a gestação	2	20%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	3	30%
	Ensino médio incompleto	7	70%
Parou de estudar?	Sim	4	40%
	Não	6	60%
Parou de estudar em função da gravidez?	Sim	3	75%
	Não	1	25%
Ocupação (atividade remunerada)	Nenhuma	7	70%
	Do lar	3	30%
Renda mensal familiar	R\$ 1.400,00	1	10%
	R\$ 600,00	1	10%
	R\$ 500,00	1	10%
	R\$ 300,00	1	10%
	Não sabe	6	60%
Gestação planejada	Sim	0	0%
	Não	10	100%
Gestação desejada	Sim	6	60%
	Não	4	40%
Gestação aceita	Sim	10	100%
	Não	0	0%
Início do pré-natal	De 6 a 12 semanas	1	10%
	De 12 a 18 semanas	5	50%
	De 18 a 24 semanas	3	30%
	De 24 a 30 semanas	1	10%
O que acha do pré-natal?	Ótimo	6	60%
	Bom	3	30%
	Regular	1	10%
	Ruim	0	0%
	Péssimo	0	0%
Como se sente emocionalmente?	Ótima	2	20%
	Bem	4	40%
	Regular	3	30%
	Mal	1	10%
	Péssima	0	0%

mais forte, talvez em função dos inúmeros conflitos que vivem nesse momento da vida e que são agravados quando associados à gravidez precoce. Observa-se que os impulsos de aceitação

da gestação estão ligados aos ganhos secundários vindos com a gravidez, uma maior atenção por parte da família e um sentimento de ser mais importante quando comparadas a outras adolescentes por estarem grávidas, pois estão adquirindo o *status* de mãe, que é social e culturalmente reconhecido como algo positivo. Por outro lado, os sentimentos ligados à rejeição da gravidez surgiram carregados de angústia, confusão e culpabilidade. As pacientes ficaram confusas quanto a querer realmente tornar-se adultas, fantasiando as perdas que teriam quando isso acontecesse e também as perdas que já ocorreram com a descoberta da gestação (escola, namorado, festas etc.). A culpa por ter engravidado parece estar relacionada ao medo de não saber como dar conta de cuidar de uma criança e de mudar de vida. Tudo isso trouxe um grande sentimento de solidão. Mesmo as pacientes que relataram apoio da família e do namorado mostraram muita ambivalência em relação a seus sentimentos e ao futuro. O desenho 1, a seguir, exemplifica um pouco essa questão da ambivalência, mostrando o quanto a adolescente se sente sozinha, perdida e confusa diante de tantas novas possibilidades.



Desenho 1. "Caminhos".

A representação do amadurecimento foi um ponto que apareceu muito forte no decorrer dos desenhos. Para algumas das meninas, esse amadurecimento forçado pela gravidez foi visto como positivo e, para outras, como negativo. Com a gestação, o processo de amadurecimento foi truncado e apressado, ficando confuso e angustiante para a adolescente compreender seu papel. Em vez de passar da posição de adolescente para a de mulher e depois, de mulher para mãe, a adolescente passou diretamente para o papel de mãe e, como ainda não se desligou de sua própria mãe, fica mais difícil assumir a maternidade.

Esse amadurecimento repentino, apesar de difícil, representou, para algumas adolescentes, uma oportunidade de mudança de vida para melhor, já que adquiriram um *status* social

reconhecido. Além disso, vão precisar se dedicar à criação do filho, abandonando alguns vícios e algumas crises pertinentes dessa fase da adolescência. Por outro lado, as adolescentes que apresentam maior dificuldade nesse amadurecimento precoce trouxeram representações negativas relacionadas a ele, como a perda da liberdade, a mudança nos projetos de vida e uma nova vida em função do filho e da família, enfim, da vivência de uma rotina adulta, com responsabilidade. O desenho 2 apresenta uma adolescente que está conseguindo passar por esse momento de crise com tranquilidade. Ela consegue encontrar recursos para enfrentar a situação.



Desenho 2. "Liberdade".

Já no desenho 3 pode-se observar uma adolescente que passa pela gestação com extrema angústia, sentindo-se "sem saída", "presa", como se tudo fosse "desabar em sua cabeça". Esses desenhos mostram duas formas diferentes de enfrentar esse amadurecimento forçado.



Desenho 3. "Os horrores que eu vivi".

As adolescentes estudadas, por estarem grávidas, depararam-se subitamente com uma mudança que deveria ser gradual, com isso, a construção de sua identidade acaba ficando prejudicada. Em alguns momentos, identificam-se com crianças, em outros, com adolescentes e até com adultas, demonstrando uma grande ambivalência na identidade. Normalmente, entre as adolescentes, a perda da identidade infantil já causa intensos conflitos; entre as adolescentes grávidas, eles parecem se multiplicar, causando angústia e medo. Observou-se que elas acabam caminhando para a conquista da identidade de maneira estereotipada, carregadas de fantasias e idealizações.

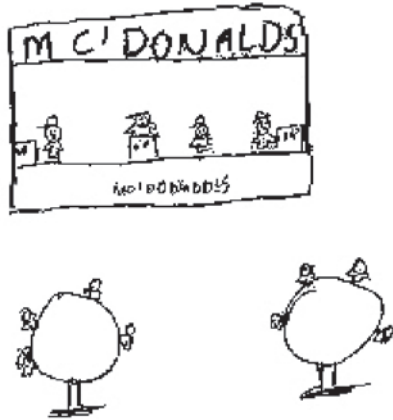
Observou-se também uma característica psíquica esperada na gestação, a regressão, pois com certa frequência se percebe o desejo de voltar a ser como eram antes da gravidez, ou seja, "normais" como as outras adolescentes que não estão grávidas. Os desenhos 4 e 5 mostram essa dificuldade na busca da identidade. Eles foram feitos por uma mesma adolescente. No primeiro (Desenho 4) ela retrata a vida adulta de forma estereotipada, contando a seguinte estória: "Essa história é da menina que foi no cinema com os amigos e depois do filme foram no Mc., ela gostava muito de ir lá e quando dava sempre passava lá. Ela também gostava de dançar, ir para show, de sair com os amigos. De vez em quando também gostava de ler, ficar mais quieta, mas o que mais gosta é comer, por isso está gorda que nem eu".



Desenho 4. "Mãe".

No desenho seguinte (Desenho 5), a mesma adolescente fala com nostalgia da vida comum de uma adolescente, mostrando que não se sente preparada para a vida adulta: "Desenhei uma mulher nada a ver com nada, não sei quem

ela é. Essa mulher está indo trabalhar, tem que pegar metrô e descer na estação, lógico né! Ela trabalha no escritório, atende telefone e recepciona as pessoas. Sai no serviço duas horas e volta para casa. Tem que fazer comida para o marido e filhos. O dinheiro que ganha é para a casa dela”.



Desenho 5. “Um passeio no shopping”.

Diante de toda a angústia e confusão, muitas das adolescentes acabaram colocando no filho a esperança de tranquilidade, de mudança de vida para melhor. Elas idealizaram a maternidade e o casamento (vida em família) como soluções mágicas para seus problemas, afinal, o dito pensamento mágico é uma das características da adolescência. Acreditam que nada de ruim poderia acontecer a elas. O bebê apareceu como alguém que nunca as abandonará e que sempre dará amor, como se o filho viesse para preencher o vazio que elas sentem. No desenho 6, podemos observar claramente essa idealização em relação ao filho e à maternidade; a adolescente se desenha com a filha e diz, na estória, que merece um final feliz depois da tempestade; diz também que tem fé e esperança de fazer pela filha tudo o que não fizeram por ela.



Desenho 6. “Esperança”.

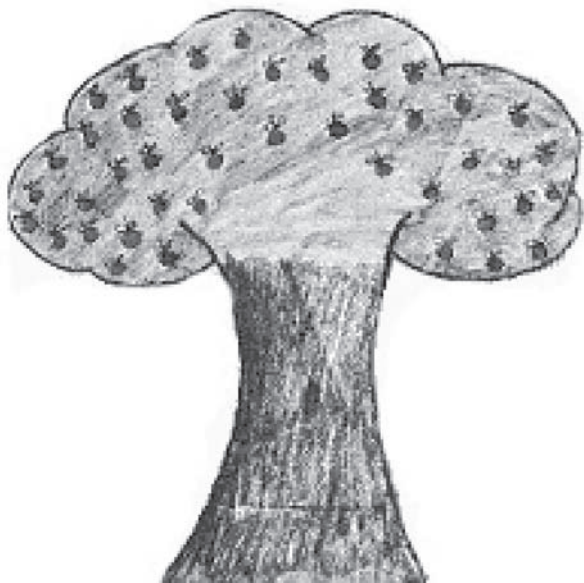
No desenho 7, temos um exemplo da idealização da vida adulta e familiar. A paciente conta a seguinte estória: “É eu e meu namorado segurando meu filho. Eu não sei... é romântico segurar um filho”.



Desenho 7. “Família”.

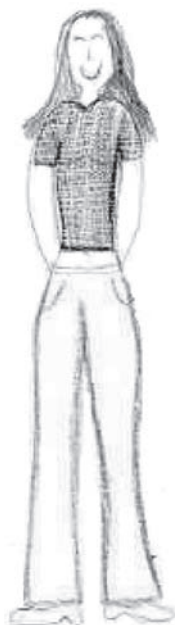
As adolescentes relataram que acreditavam que não engravidariam, mesmo tendo a consciência de que não faziam um uso correto do método contraceptivo escolhido ou mesmo deixando de usá-lo. Relatam que sabiam do risco que corriam, mas achavam que, com elas, a gravidez não aconteceria. Esse sentimento de surpresa também é a surpresa da constatação da fertilidade; a adolescente duvida de sua capacidade procriativa e, com a gestação, percebe que já é mulher. A questão da fertilidade foi um tema recorrente nas produções das adolescentes. Elas sentiram-se encantadas com a possibilidade de poder ter um filho e viram nessa constatação a confirmação de sua feminilidade, sentiram-se mais mulheres quando grávidas. As adolescentes ainda não tinham definida sua identidade como mulheres e, para elas, a feminilidade foi uma descoberta e não uma afirmação como para as outras mulheres; por isso, na maioria dos casos, pareceu-lhes ser algo bom. Essas representações, de fertilidade e feminilidade, foram recorrentes nas produções das adolescentes, aparecendo por meio de flores, campos floridos e árvores carregadas de frutas, como o exemplo do desenho 8.

No último desenho, quando foi solicitado que desenhassem uma adolescente, elas mostraram claramente toda a ambivalência em relação ao novo papel que deveriam ocupar e à sua identidade. A maioria delas tentou uma identificação como adultas, mas também ficou demonstrado que elas não



Desenho 8. "Árvore encantada".

se sentiam preparadas e pareciam inseguras. Quando retratam a adolescente, não se identificam com ela, mas representam uma adolescente que gostariam de ter sido ou mesmo a vida de adolescente que perderam, como mostra o desenho 9, no qual é contada a seguinte estória: "Ah, é uma adolescente qualquer, como qualquer outra. Ela estuda. Ela é feliz, pois está sorrindo. Ela gosta de estudar, ela é intelectual. A vida dela é normal, faz coisas normais. (...) Vai para a escola, volta, passeia, vai na casa das amigas. É isso. Nossa essa foi a pior, nem sei um título. Vai ser... a garota. Que título nada a ver!".



Desenho 9. "A garota".

Apareceram também representações relacionadas às mudanças corporais e a dificuldade em aceitar-se grávida, tanto que apenas uma adolescente retratou uma adolescente grávida e isso foi difícil e angustiante, como mostra o desenho 10, no qual se percebem traços titubeantes e indefinidos, com a seguinte estória: "A minha história. É minha gravidez, minha barriga. Esse desenho é horrroso. Acho que é só isso".



Desenho 10. "Burra".

Claramente, apresentam sentimentos diferentes das adolescentes não grávidas. Para as adolescentes que engravidaram, o luto pelo corpo infantil foi atropelado pelas mudanças corporais da gravidez e elas foram obrigadas a tentar adaptar-se ao novo corpo, à nova condição que contribui para o conflito de identidade entre ser mulher adulta ou adolescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se observou de mais significativo foi a grande ambivalência sentida por essas adolescentes diante de sua gestação e do amadurecimento a que foram levadas em função dessa. Foram muitos os sentimentos despertados nas adolescentes após a descoberta da gestação, e esses se mostraram tanto positivos como negativos. Elas perceberam as perdas e os ganhos que a gravidez acarretará em sua vida, e é em função disso que mostraram tanta ambivalência e conflitos. Para todas elas, a gravidez acabou sendo aceita e elas puderam contar com o apoio familiar. Essa aceitação ocorreu conscientemente, mas foi inconscientemente que apareceu o sentimento de rejeição quanto à gravidez, por ela ter sido sentida como algo que veio para atrapalhar e modificar por completo sua vida.

Observou-se que a aceitação da gestação ocorreu, em grande parte, em função da esperança de que o filho viria transformar sua vida para melhor, com a ideia de que ele seria alguém que nunca as abandonaria; e essa fantasia acabou trazendo alguma segurança, em um momento de

tantos medos e incertezas em relação ao futuro. Elas aceitaram a gestação e, ao mesmo tempo, tiveram dificuldade em aceitá-la; elas gostaram de pensar na vida adulta e se sentiram maduras e, por outro lado, não se sentiam preparadas para isso e gostariam de continuar levando a vida de antes. Comportaram-se e se sentiram assim, com a mesma ambivalência e confusão que todo adolescente apresenta perante seus dilemas e suas vivências. O que as diferenciou foi que seus recursos psíquicos não pareceram ser suficientes para lidar com tranquilidade com os conflitos normalmente presentes em qualquer gestação, juntamente com os conflitos presentes na adolescência.

Como foi apresentado neste estudo, os conflitos identificados apareceram mesmo nas adolescentes que aceitaram e desejaram sua gestação; eles pareceram inevitáveis em função da personalidade ainda em construção da adolescente, que não teve recursos suficientes para lidar adequadamente com seus sentimentos. Assim, reforçam-se a necessidade e a importância de algum tipo de acompanhamento psicológico para essas pacientes. Melhores condições psíquicas poderiam propiciar maior adequação ao papel materno. O mais importante seria ajudá-las a se sentir seguras para enfrentar a maternidade e a vida adulta, trabalhando com elas na busca e na descoberta da identidade, levando-as a procurar melhor compreensão quanto ao sentido da gestação em sua vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aberastury A. A adolescência e a liberdade. In: Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. Aiello-Vaisberg TMJ. Investigação de representações sociais. In: Trinca W. Formas de investigação clínica em psicologia. São Paulo: Vetor; 1997.
3. Dadoorian D. Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco; 2000.
4. Della Nina M. Estresse e ansiedade na gestação. In: Zugaib M, et al. Obstetria psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997.
5. Junqueira MHR. Formação de identidade e gravidez precoce. 2000. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
6. Kahhale EMP. Mecanismos psíquicos da grávida adolescente. In: Zugaib M, et al. Obstetria psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997.
7. Knobel M. A síndrome da adolescência normal. In: Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
8. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 1977.
9. Marques SMB, et al. Gravidez na adolescência. Ped Mod SP 1992;28(7):584-90.
10. Navajas Filho E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: Zugaib M, et al. Obstetria psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997.
11. Organização Mundial de Saúde (OMS). La salud de los juvenes. Ginebra: OMS; 1995.
12. Outeiral J. Adolescer. São Paulo: Artmed; 1994.
13. Paiva AS, et al. Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. In: Monteiro DLM, et al. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
14. Pinto e Silva JL. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LEU. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001.
15. Safra G. Procedimentos clínicos utilizados no psicodiagnóstico. In: Trinca W. Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo: EPU; 1984.
16. Soifer R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.
17. Trinca AMT. Ampliação e expansão. In: Trinca W. Formas de investigação clínica em psicologia. São Paulo: Vetor; 1997.
18. Trinca W. Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo da percepção temática. 2.ed. São Paulo: EPU; 1987.
19. Trinca W, Tardivo LSC. Desenvolvimento do procedimento de desenhos-estórias (D-E). In: Cunha JA. Psicodiagnóstico V. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
20. Viçosa G. Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros: uma experiência de 10 anos. Rev Psiq. 1993;15(1):65-9.
21. Wajmann MSR, et al. Gravidez na adolescência. Aspectos psicossociais. In: Organização Panamericana de Saúde. Coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília; 1988.

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO

Trabalho desenvolvido na Divisão de Psicologia e na Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)

ENDEREÇOS PARA CORRESPONDÊNCIA

Larissa Medeiros

E-mail: larimd@uol.com.br

Gláucia Rosana Guerra Benute

Rua Paula Souza, 517 • Vila Guiomar • 09090-620 • Santo André – SP

E-mail: mgalletta@uol.com.br

TITULAÇÕES

1. Psicóloga. Ex-aprimoranda de Psicologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).
2. Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde. Diretora Técnica de Serviço de Saúde da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).
3. Médico obstetra. Doutor em Medicina, assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Responsável pelo Setor de Gravidez na Adolescência.
4. Médica obstetra. Doutora em Medicina, assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).
5. Psicóloga. Diretora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).
6. Professor titular de Obstetria, chefe da Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

USO DE ANÁLOGOS DO GnRH NO TRATAMENTO DA PUBERDADE PRECOCE CENTRAL: REVISÃO DA LITERATURA E REFLEXO NA ESTATURA

CLÁUDIA LÚCIA BARBOSA SALOMÃO¹ · JOÃO TADEU LEITE DOS REIS²

RESUMO

A puberdade precoce feminina constitui-se no aparecimento de caracteres sexuais secundários antes de 8 anos de idade. A puberdade precoce central é a principal forma de puberdade precoce em incidência, tanto em meninas quanto em meninos. O objetivo deste trabalho é demonstrar a impressão de vários autores em relação aos resultados, especialmente estaturais, do uso dos análogos de GnRH no tratamento da puberdade precoce central em meninas, considerando-se que constitui o tratamento medicamentoso de eleição para essa forma de puberdade.

Palavras-chave: análogo de GnRH, puberdade precoce, estatura/altura.

ABSTRACT

Precocious puberty is the development of secondary sex characteristics before the age of 8 years. Central precocious puberty is the more frequent expression of precocious puberty, both in girls and boys. The objective of this study is to show the checking of the results, among different authors to the results, especially height, with the use of GnRH analog agonists in the treatment of central precocious puberty in girls, considering that it is the treatment of choice to this situation.

Keywords: GnRH analog agonists, precocious puberty, stature/tall.

INTRODUÇÃO

A puberdade normal é o período transicional entre a infância e a adultez, no qual ocorre o aparecimento dos caracteres sexuais secundários manifestando a maturação sexual do indivíduo e capacitando este para a reprodução.

Segundo Junqueira *et al.*¹⁰, define-se como puberdade precoce o aparecimento desses caracteres sexuais secundários (mamas, pilificação pubiana, secreções sebáceas axilares, acúmulo de tecido adiposo na região dos quadris ou sangramento menstrual) antes dos 8 anos, no sexo feminino. Pode ser classificada em puberdade precoce verdadeira (eixo hipotálamo-hipófise-ovariano dependente), ou pseudopuberdade precoce, a qual é independente da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano e decorre da produção hormonal ovariana ou adrenal, ou da exposição exógena a esteroides sexuais.

Ainda segundo Junqueira *et al.*¹⁰, a puberdade precoce central ou verdadeira é considerada uma doença rara, com incidência estimada em 1:5.000-1:10.000, acometendo principalmente o sexo feminino, em uma relação de 3:1.

A puberdade precoce central é a principal forma de puberdade precoce em incidência, tanto em meninas quanto em meninos. Entre suas possíveis causas, em meninas, citam-se as lesões do sistema nervoso central (hamartomas hipotalâmicos, tumores, malformações congênitas, infecções, sequelas de radiação, quimioterapia, traumas), a ativação do eixo decorrente de processos periféricos (hiperplasia congênita da suprarrenal, tumores produtores de hormônios sexuais), e as formas idiopáticas, as quais correspondem a 80% dos casos, segundo Lima *et al.*¹².

O objetivo deste trabalho é demonstrar a impressão de vários autores em relação aos resultados do uso dos análogos do GnRH no tratamento da puberdade precoce central

em meninas, considerando-se que constitui o tratamento medicamentoso de eleição para essa forma de puberdade, atualmente.

Segundo Lima *et al.*¹², os objetivos do tratamento da puberdade precoce central em meninas seriam a resolução de lesão expansiva do sistema nervoso central (se existente), a interrupção do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários prematuros até quando seria o início da puberdade em idade normal, a melhora da altura final, diminuindo a aceleração da velocidade de crescimento esquelético, a prevenção dos distúrbios emocionais decorrentes da falta de adequação com o grupo de mesma faixa etária, a redução do risco de abuso sexual e do início prematuro da atividade sexual.

O bloqueio da liberação de gonadotrofinas, quando bem indicado e no momento adequado, será capaz de prevenir e até mesmo recuperar a perda estatural, reduzir a ansiedade dos familiares com o controle do avanço puberal e também o risco do abuso sexual¹².

A ação dos análogos do GnRH suprime a produção hipofisária de gonadotrofinas por meio de ação contínua sobre os receptores de GnRH natural na hipófise, os quais só respondem bem a essas substâncias quando sua estimulação é pulsátil. Esse “encharcamento” dos receptores mediante administração exógena da droga faz com que haja uma inibição na produção de gonadotrofinas e, conseqüentemente, de esteroides ovarianos.

Segundo Lima *et al.*¹², o início do tratamento deve ocorrer na idade óssea mais jovem possível, pois a oportunidade de maior ganho na altura final ocorre quanto menor o avanço da idade óssea no início do tratamento.

Na monitorização do tratamento, serão observadas a velocidade de crescimento, a involução dos caracteres sexuais secundários e as modificações da idade óssea a cada 6 meses¹². Outros indicativos usados na avaliação de tratamento são: ecografia pélvica, dosagens hormonais (teste com GnRH 3 semanas após a segunda dose de análogo) com dosagem de estradiol sérico matinal, dosagem de FSH e LH 12 horas após terceira dose de análogo, segundo Lima *et al.*¹².

Durante o tratamento, a monitorização das pacientes com dosagem dos níveis de estradiol no plasma é considerada inadequada, pois a variação desses níveis entre meninas em fases puberal e não puberal é muito ampla e sujeita a resultados falso-positivos e falso-negativos com frequência¹⁵. É importante considerar que mais de 90% das pacientes tratadas com análogos de GnRH apresentarão estatura final superior a 150 cm, e que este valor é claramente superior ao apresentado pela maioria das pacientes não tratadas¹⁵.

Além disso, é citado que o tratamento da puberdade precoce central com análogos do GnRH não causa osteopenia ou osteoporose¹⁵. Proporções corporais não favoráveis são frequentemente observadas em pacientes não tratadas, em contraste com proporções corporais normais observadas após tratamento com análogos de GnRH na puberdade precoce central, quando da análise da estatura final¹⁵.

Citando o trabalho de Lima *et al.*¹¹, observou-se redução estatisticamente significativa da média dos volumes uterinos (de 5,4 para 3,0 cm²) e ovariano (de 2,2 para 1,1 cm²) e também da média do diâmetro longitudinal do útero (de 4,2 para 3,4 cm) e da média do eco endometrial (de 1,8 para 0,6 mm), após iniciado o tratamento com análogos do GnRH em 18 meninas com diagnóstico de puberdade precoce central idiopática. A avaliação ecográfica foi realizada antes e 3 meses após instituído o tratamento, confirmando a utilidade da ecografia pélvica para avaliar a eficácia do tratamento com análogos de GnRH.

Balbi *et al.*³ avaliaram 23 meninas tratadas com análogos de GnRH e analisaram a maturação óssea e o crescimento dessas meninas durante o tratamento e após este. Observaram que a altura aumentou significativamente desde a primeira consulta até os 6 meses de tratamento e, dos 6 aos 12 meses, essa progressão de aumento diminuiu significativamente, refletindo a diminuição de velocidade de crescimento nesse período. O índice de massa corpórea aumentou durante os 6 primeiros meses de tratamento e o tempo médio da ocorrência da menarca foi de 1 ano a partir da suspensão do tratamento. Neste trabalho, o efeito final sobre a altura só poderá ser avaliado quando as pacientes alcançarem a idade adulta.

Boulgourdjian⁵ avaliou a evolução clínica e hormonal de 80 meninas com puberdade precoce central durante o tratamento com análogos de GnRH. O tempo de tratamento foi de, em média, de 2,3 anos (+/- 0,2). Os dados de 30 meninas foram analisados logo após a suspensão do tratamento. Em 88% das pacientes, observou-se regressão do desenvolvimento mamário e, em 64% das pacientes, os pelos pubianos se mantiveram no mesmo estágio. Os níveis séricos de estradiol e FSH diminuíram desde o primeiro mês de tratamento para níveis pré-puberis e mantiveram-se suprimidos ao longo de todo o tratamento. Após 1 ano de tratamento, o urocitograma, a medida longitudinal uterina e a resposta das gonadotrofinas à prova de GnRH se encontravam em níveis pré-puberis. A menarca ocorreu 1,3 ano (+/- 0,6) após suspensão o tratamento. Dezoito pacientes com puberdade precoce central idiopática alcançaram uma estatura final de 156,1 cm (+/- 1,3 cm), a - 0,75 desvio-padrão da estatura média normal e não diferente da altura genética objetivada, concluindo-se

que o tratamento da puberdade precoce central com análogos de GnRH é efetivo para deter o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e, provavelmente, preserva a estatura final dessas pacientes.

Ben-Haroush *et al.*⁴ avaliaram o tamanho uterino e ovariano de meninas com puberdade precoce central idiopática, antes, durante e após o tratamento com análogos de GnRH, por meio da realização de ecografia pélvica. Concluíram que o estado hipostrogênico, induzido pelo tratamento nessas meninas com puberdade precoce, não comprometeu o tamanho uterino pós-puberal, havendo diminuição do volume uterino especialmente durante o tratamento.

Heger *et al.*⁹ avaliaram 46 mulheres adultas tratadas anteriormente para puberdade precoce central, 12,5 anos (+/- 3,7) após a suspensão do tratamento com análogos do GnRH. Foram analisadas condições gerais de saúde, sinais clínicos possivelmente associados a hiperandrogenismo, ciclos menstruais, doenças ginecológicas e função reprodutiva. Foi demonstrado que o tratamento de puberdade precoce central com análogos de GnRH não compromete a função reprodutiva a longo prazo e não foi observado aumento da incidência de hirsutismo e/ou síndrome dos ovários policísticos, quando comparado à população normal, porém mais estudos a longo prazo devem ser realizados para a confirmação dessas conclusões.

Tuveno¹⁸ salienta que, quanto mais cedo se inicia o tratamento da puberdade precoce central com análogos de GnRH, maiores serão os benefícios sobre a altura final da paciente, segundo evidências da literatura, sendo bem documentados benefícios quando iniciado o tratamento antes dos 6 anos de idade. Existem evidências de que há benefícios na altura final, porém menores que na faixa etária anterior, quando iniciado o tratamento entre 6 e 8 anos de idade. Resultados em pacientes acima de 8 anos de idade, que tiveram o tratamento iniciado nesta idade, não são evidentes em relação ao incremento da altura final. Segundo o autor, a combinação de análogos com hormônio do crescimento no tratamento incrementa a altura final, porém os aspectos econômicos do tratamento são discutíveis.

Antoniazzi e Zamboni comentam que já se encontram à disposição dados estatísticos de duas décadas de tratamento com análogos do GnRH em puberdade precoce central. Relatam que o tratamento preserva o potencial de estatura na maioria das pacientes (especialmente nas mais jovens). As preparações de depósito dos análogos de GnRH, usados no tratamento da puberdade precoce central, são seguras e apresentam mínimos efeitos adversos. A associação do tratamento com análogos do hormônio de crescimento merece

maiores investigações, mas poderá ser promissora em pacientes selecionadas.

Adan *et al.*¹ avaliaram dois grupos de pacientes com quadro de puberdade precoce central, sendo um grupo tratado com análogos e outro não tratado porque a predição de altura final adulta era maior que 1,55 m. O critério de tratamento foi a predição de altura final inferior a 1,55 m e/ou relação LH/FSH maior que 0,6. Concluíram que o tratamento de meninas com puberdade precoce central com análogos de GnRH produz um incremento de 3,4 cm na predição de altura sem tratamento. Esse incremento foi maior em meninas com idade óssea avançada com mais de 2 anos e predição de altura menor que 1,55 m. Pareceu aos autores que a altura adulta é espontaneamente preservada na forma da puberdade precoce lentamente progressiva, na qual um dos critérios de distinção é o avanço da idade óssea.

Pasquino *et al.*¹⁶ avaliaram 20 meninas com diagnóstico de puberdade precoce central idiopática, diagnosticadas de acordo com os critérios clássicos de diagnóstico, dividindo o grupo em dois grupos de 10 meninas. Ambos os grupos apresentavam baixa velocidade de crescimento, a qual se encontrava próxima do percentil 25 para a idade cronológica. Um dos grupos foi tratado somente com análogos de GnRH e o outro grupo, com associação de análogos e hormônio de crescimento. O grupo tratado com a associação de drogas obteve um ganho de 7,9 cm ($\pm 1,1$) em relação à predição de altura anterior ao tratamento. O grupo tratado somente com análogos de GnRH obteve um ganho de apenas 1,6 cm ($\pm 1,2$) em relação à predição de altura anterior ao tratamento. Concluíram que a associação do hormônio de crescimento ao tratamento tradicional de puberdade precoce central idiopática com análogos de GnRH pode ser benéfica, incrementando a altura final adulta da paciente, especialmente em pacientes com desaceleração da velocidade de crescimento ao início do tratamento, o que se refletiria em uma predição de baixa estatura final, caso não fossem tratadas.

Bouvattier *et al.*⁶ referem colaboração do estudo de Lawson Wilkins e da Sociedade Européia de Endocrinologia Pediátrica, no qual se compara a altura final de 131 meninas tratadas com análogos de GnRH para quadro de puberdade precoce em relação a grupo-controle historicamente não tratado. Concluíram que o tratamento com análogos de GnRH não altera significativamente a altura final de meninas com puberdade precoce central, quando o diagnóstico ocorreu após os 6 anos de idade, permanecendo questionável a magnitude do benefício do tratamento sobre a estatura quando a puberdade precoce ocorre entre 6 e 8 anos de idade.

Longui *et al.*¹³ recordam que o método escolhido para a determinação da idade óssea em pacientes com puberdade precoce é de grande relevância. Citam que o método de Greulich-Pyle é simples e rápido, porém limitado por oferecer grande intervalo entre os padrões de idade, impossibilitando a análise longitudinal comparativa entre a idade cronológica e o ritmo de progressão da idade óssea. Referenciam que o método de escolha deva ser o de Tanner-Whitehouse (TW-20) para 20 núcleos das mãos e punhos e que a avaliação ideal deva ser por meio de duas radiografias com intervalo mínimo de 6 meses, analisadas pelo mesmo observador. Os mesmos autores comentam que a experiência de diversos grupos quanto à eficiência do tratamento na recuperação da perda estatural é bastante discrepante. Diferenças nos resultados observados são decorrentes de variações das características de cada casuística, como diferentes critérios de diagnóstico, idade de início e duração do tratamento, tipo de análogo empregado e critério variável para a suspensão do tratamento. Lembram ainda que, de maneira geral, admite-se que o tratamento com análogos de GnRH, indicado nos casos com aceleração desproporcional da idade óssea e perda da estatura final prevista, seja capaz de impedir a progressão da perda e até de produzir ganho na estatura final; a estatura final observada é geralmente 4 a 7 cm maior que a estatura prevista no início do tratamento, porém 5 a 7 cm abaixo do padrão familiar e usualmente abaixo da média da população geral.

Partsch *et al.*¹⁵ salientam que os estudos demonstram que o tratamento da puberdade precoce central com análogos de GnRH, especialmente administrados sob a forma de depósito, preserva o potencial estatural do indivíduo, o que não ocorre com pacientes não tratados. Observam também que os resultados do tratamento são menos positivos em meninos que em meninas tratadas com análogos para o quadro de puberdade precoce central. Em concordância com outros autores, citam que o tratamento com análogos pode não ter resultado significativo no incremento da altura em meninas, cujo início do tratamento ocorreu por volta de 8 anos de idade.

Garcia *et al.*⁸ enfatizam que nem todos os casos de puberdade precoce central devem ser tratados, em especial os quadros de puberdade precoce central lentamente progressivos, nos quais a estatura final provavelmente não será comprometida. Salientam que idades ósseas superiores a 12 anos em meninas, ao iniciar o tratamento, não permitem uma melhora significativa na estatura final, em razão de importante desaceleração da velocidade de crescimento que ocorre com o tratamento. Porém, lembram que, se o objetivo do tratamento é outro, como, por exemplo, evitar problemas emocionais, deve ser realizado mesmo não visando ao ganho estatural. Em geral,

existe uma tendência a melhorar a estatura final em relação à estatura prevista ao início do tratamento comparativamente com os pacientes não tratados, salientam os autores.

Garcia *et al.*⁸ lembram que os maiores benefícios sobre a estatura se observam nas meninas que iniciam sua puberdade precoce e seu tratamento antes dos 6 anos de idade, entretanto, contraditoriamente a outros autores, as meninas que iniciam a puberdade precoce e o tratamento entre 6 e 8 anos também podem se beneficiar em relação à estatura final, ainda que menos significativamente. Segundo esses autores, o tratamento de meninas que iniciaram sua puberdade logo após os 8 anos de idade (puberdade adiantada não precoce) deve ser considerado individualmente, já que os resultados em relação à estatura são muito pobres, como demonstram estudos recentes.

Além disso, Corel *et al.*⁷ referem único estudo até então com referência da altura adulta¹⁶, no qual pacientes com quadro de puberdade precoce, após 2 anos de tratamento com análogos de GnRH e prognóstico não favorável em relação à altura, foram selecionados para receber hormônio de crescimento em adição ao análogo de GnRH. Após 3 anos de tratamento combinado, esses pacientes obtiveram altura adulta final 6 cm maior que o grupo-controle não randomizado que recebeu somente análogos de GnRH; porém, apesar de encorajador, o número de pacientes que participaram do trabalho foi pequeno e os grupos não eram randomizados. Corel *et al.*⁷ acreditam que a combinação de análogos de GnRH com hormônio de crescimento é investigacional e poderia ser proposta em algumas situações, com aprovação ética e informe prévio consciente dos pacientes e familiares.

O momento ideal de suspensão do tratamento deve considerar a idade cronológica da paciente, a idade óssea e a projeção de estatura final¹². O tratamento ideal para preservar a estatura deve ser de, no mínimo, 2 anos. Sugere-se que os melhores resultados são obtidos com a suspensão do análogo de GnRH entre 12 e 12,5 anos de idade óssea na menina¹².

Pacientes com velocidade de crescimento lenta durante o uso dos análogos de GnRH têm sido tratados com a associação de hormônio do crescimento recombinante humano subcutâneo, o que habitualmente duplica a velocidade de crescimento sem acelerar significativamente o ritmo de maturação óssea, melhorando, portanto, o prognóstico de estatura final, segundo Lima *et al.*¹².

Segundo Garcia *et al.*⁸, o tratamento evita perder centímetros de estatura e não permite ganhá-los e, por essa razão, não deve ser considerado para melhorar a estatura final de meninas de baixa estatura que iniciam seu desenvolvimento em uma idade dentro dos parâmetros normais.

Para monitorizar o tratamento, consideram-se a clínica (velocidade de crescimento e regressão dos sinais puberais), a diminuição do avanço da idade óssea e a inibição do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano por meio da prova com LHRH ou de determinações de LH/FSH depois de injeção de análogo⁸.

Os principais efeitos não desejados do tratamento são a tendência a ganho de peso (massa gorda) e a desmineralização óssea, os quais podem ser evitados com medidas preventivas adequadas⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos trabalhos citados nos faz crer que, se o objetivo do tratamento da puberdade precoce central com análogos de GnRH fosse somente o ganho estatural, seria criada uma expectativa, na maioria das vezes, maior do que a possível. Observou-se um real ganho estatural, quando o tratamento foi iniciado na idade compreendida entre 6 e 8 anos ou menos. Acima de 8 anos, o ganho estatural seria pouco significativo. Porém, não devem ser esquecidas outras indicações de tratamento que são tão ou mais importantes que o ganho estatural, como a interrupção do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários até quando seria o início da puberdade fisiológica, adequando emocionalmente essa criança a outras de mesma faixa etária, além de reduzir o risco de abuso sexual e o início de atividade sexual precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adan L, et al. Factors predicting adult height in girls with idiopathic central precocious puberty: implications for treatment. *Clin End (Oxf)*. 2002;56(3):295-6.
- Antoniazzi F, Zamboni G. Central precocious puberty: current treatment options. *Paediatr Drugs*. 2004;6(4):211-31.
- Balbi V, et al. Evaluación de la maduración ósea y el crecimiento en niñas con pubertad precoz central tratadas con análogos de la hormona liberadora de gonadotrofinas. *Arch Argent Pediatr*. 2003;101(4):250-5.
- Ben-Haroush A, et al. GnRH agonist treatment in girls with precocious puberty does not compromise post-pubertal uterine size. *Hum Reprod*. 2007;22(3):895-900.
- Boulgourdjian EM. Evaluación clínica y hormonal del tratamiento de la pubertad precoz central con análogos del GnRH: experiencia argentina. *Arch Argent Pediatr*. 2002;100(4):302-9.
- Bouvattier C, et al. Lack of effect of GnRH agonists on final height in girls with advanced puberty: a randomized long-term pilot study. *J Clin End Met*. 2006;84(10):3575-8.
- Corel JC, et al. Precocious puberty and statural growth. *Hum Reprod Up*. 2004;10(2):135-47.
- Garcia B, et al. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la pubertad precoz central. *Rev Med Chile*. 2003;131(1).
- Heger S, et al. Long-term GnRH agonist treatment for female central precocious puberty does not impair reproductive function. *Mol Cell End*. 2006;254(255):217-20.
- Junqueira, et al. Uso do análogo de GnRH no diagnóstico de puberdade precoce. *Rev SOGIA Br*. 2007;8(4):3-8.
- Lima AC, et al. Avaliação ultra-sonográfica da genitália interna de meninas com puberdade precoce central idiopática antes e durante o tratamento com análogo de GnRH. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(7):410-5.
- Lima AC, et al. Avanços diagnósticos e terapêuticos da puberdade precoce em meninas. *Femina*. 2007;35(12):757-64.
- Longui CA, Calliari LE, Monte O. Revisão crítica do diagnóstico e tratamento da puberdade precoce central. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001;45(1):48-57.
- Partsch C, Sipell W. Treatment of central precocious puberty. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2002;6(1):165-89.
- Partsch C, Heger S, Sipell, W. Management and outcome of central precocious puberty. *Clin Endocrinol*. 2002;56:129-48.
- Pasquino A, et al. Adult height in girls with central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone analogues and growth hormone. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999;84(2):449-52.
- Silva A, Adan L. Crescimento em meninos e meninas com puberdade precoce. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47(4):422-31.
- Tuveno T. Treatment of central precocious puberty. *Expert Opin Investig Drugs*. 2006; 15(5):495-505.

ENDEREÇOS PARA CORRESPONDÊNCIA

Cláudia Lúcia Barbosa Salomão

E-mail: ginecoinfantopub@yahoo.com.br

João Tadeu Leite dos Reis

E-mail: joaotadeu@seven.com.br

TITULAÇÕES

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

CORNO UTERINO RUDIMENTAR FUNCIONANTE E NÃO COMUNICANTE

A FUNCTIONING RUDIMENTARY NONCOMMUNICATING UTERINE HORN

CAMILA PAIM¹ · LILIANE DIEFENTHAELER HERTER² · DANITZA GASSEN² ·
FABIANA MACHADO² · RAFAEL DEYL³ · SUSANA PESSINI⁴

RESUMO

As malformações uterinas são variadas e podem ser assintomáticas ou causar dor pélvica, dismenorria, massa pélvica ou infertilidade. O corno uterino acessório pode ser comunicante ou não, ter endométrio funcionante ou não e ser contínuo ao hemicorno ou estar separado por uma banda fibrosa. Os autores relatam o caso de uma menina de 11 anos com dismenorria grave desde a menarca. A ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética pélvicas identificaram útero com imagem ecogênica arredondada na cavidade endometrial de 1,9 cm, a qual foi descrita como pólipos ou cisto endometrial. Após avaliações laboratorial, clínica e cirúrgica, foi possível confirmar a impressão clínica de hematometra e corno acessório rudimentar não comunicante e funcionante, o qual foi removido por laparotomia.

Palavras-chave: corno uterino acessório, malformação uterina, dismenorria.

ABSTRACT

There are many different uterine anomalies which can be asymptomatic or cause abdominal pain, dysmenorrhea, pelvic mass or infertility. The accessory uterine horn may be communicating or non-communicating, with or without functioning endometrium and can also be contiguous to the unicornuate uterus or separated by a fibrous band. The authors report the case of an 11-year-old girl with severe dysmenorrhea since menarche. The ultrasonography, computed tomography, nuclear magnetic resonance identified an uterus with a round ecogenic image inside the endometrial cavity measuring 1.9 cm, described as endometrial cyst or polyp. After further evaluation the clinical impression of hematometra and non-communicating uterine horn with functional endometrial cavity was confirmed, which was removed by laparotomy.

Keywords: accessory uterine horn, uterine anomalies, dysmenorrhea.

Apesar de as anomalias uterinas serem as causas mais comuns de malformações mullerianas, sua verdadeira incidência não é conhecida porque muitas mulheres são assintomáticas. Estima-se que ocorram em aproximadamente 3% a 4% da população feminina e em 25% ou mais das mulheres com perdas gestacionais recorrentes ou partos prematuros⁸.

O desenvolvimento normal do trato reprodutivo feminino requer uma série complexa de eventos: alongamento do ducto mulleriano, fusão, canalização e reabsorção septal^{1,8}. A falência em qualquer parte desse processo resulta em uma anomalia congênita.

O desenvolvimento gonadal ocorre em processo separado (em torno de 7 semanas de gestação), por isso mulheres com anomalias mullerianas costumam ter ovários e produção hormonal ovariana normais⁸.

O desenvolvimento mulleriano ocorre em associação com o desenvolvimento do trato urinário. Desse modo, anomalias dos rins e ureteres são comumente identificadas em mulheres com anomalias mullerianas e ocorrem em 25% a 89% dos casos². As anormalidades incluem agenesia renal ipsilateral, duplicação do sistema coletor, duplicação renal e rim em ferradura. Ressalta-se que a agenesia renal unilateral é um preditor

de uma anomalia mulleriana obstrutiva ipsilateral em 55% a 70% das vezes, mas o contrário não é verdadeiro⁵.

As anomalias mullerianas também são associadas a anormalidades espinhais e cloacais^{5,7}, escoliose congênita, deformidades dos brotos mamários, estenose do ducto lacrimal, estenose do canal auditivo externo, doenças cardíacas congênitas, hérnia inguinal, ânus imperfurado e alterações das posições dos ovários².

RELATO DO CASO

TRP, 11 anos.

QUADRO CLÍNICO

A paciente procurou atendimento por ter apresentado quadro de dismenorreia severa durante sua primeira menstruação (11 anos) e nos ciclos subsequentes. Relatou ter procurado emergência ginecológica várias vezes para analgesia. Chegou a ser internada para investigação, mas não houve diagnóstico de causa secundária para a dor. Após a alta, foi encaminhada para o nosso serviço para proceder-se a avaliação.

EXAME FÍSICO

A paciente era hígida e negava outras queixas. Ao exame físico, apresentava desenvolvimento puberal adequado para a idade (M4P4), apirética, 1,55 m, 59 kg, TA 100 x 70 mmHg. À palpação do abdome, identificava-se defesa quando se palpava a fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal ou massa pélvica. À inspeção da vulva, não se identificaram anormalidades.

CONDUTA

A menina realizou ultrassonografia (US) pélvica, que identificou um útero em anteversoflexão com formação cística de 1,9 cm em seu maior diâmetro, com paredes finas e conteúdo ecogênico em seu interior, em aparente proximidade com a cavidade endometrial. Ovário direito com 2,4 x 1,3 cm. Ovário esquerdo com 2,6 x 1,3 cm, contendo cistos foliculares.

Em virtude dessa coleção cística intrauterina e da dor intensa, foi indicado o uso de anticoncepcional oral combinado (ACO) contínuo com 30 mcg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel para manejo da dor e investigação de possível hematometra.

A paciente retornou após 60 dias negando sangramento vaginal ou dor abdominal. A US pélvica após 2 meses identificou uma formação cística de 0,75 cm com paredes finas e conteúdo anecoico em seu interior, em aparente proximidade com a cavidade endometrial e ovário normais.

A conduta foi mantida (ACO contínuo) e a paciente realizou uma tomografia computadorizada (TC) da pelve para maiores esclarecimentos, que evidenciou útero em retroversoflexão com duas formações hipodensas em sua luz, uma situada à direita, com formato arredondado, e outra à esquerda da linha média, com formato mais alongado. Ambas apresentavam sinais de contiguidade com a parede uterina, verificando-se maior impregnação no tecido uterino que circundava a formação à esquerda. Esta media 1,2 x 3,2 cm (AP x T), enquanto a lesão hipodensa menor, situada à direita, media 0,8 cm. A conclusão do laudo foi lesões císticas endometriais.

Em virtude de a suspeita de um hematometra persistir clinicamente, foi solicitada uma ressonância nuclear magnética (RNM) de pelve, como ilustra a figura 1, que identificou útero de forma e volume normais com cavidade alongada e pequena imagem hipossinal em T2, na transição do endométrio do corpo com o colo, podendo corresponder a pequenos pólipos. O canal vaginal apresentava-se normal.

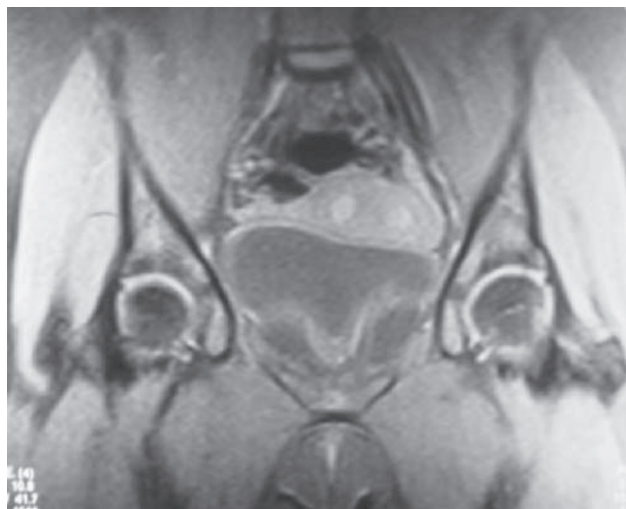


Figura 1. Corte transversal do útero na ressonância nuclear magnética. As setas indicam as duas cavidades endometriais.

A paciente permaneceu em uso contínuo do ACO, mas iniciou com escape menstrual e o retorno da dor pélvica. Foi, então, indicada histeroscopia com videolaparoscopia para afastar malformação obstrutiva.

A histeroscopia identificou ausência de óstio tubário à direita, cavidade uterina levemente desviada para a esquerda, óstio tubário normal à esquerda e um abaulamento discreto na parede uterina lateral à direita.

A videolaparoscopia identificou um útero de aspecto externo normal, com discreto aumento do hemicorpo uterino à direita. Não foi identificada tuba uterina à direita, mas ambos os ovários apresentavam-se com aspecto normal. Diante da

possibilidade de um corno rudimentar obstrutivo, não comunicante e funcional à direita, realizou-se uma punção com saída de aproximadamente 5 ml de sangue menstrual escurecido na porção direita do corpo uterino, confirmando a presença de hematometra. Indicou-se, então, a remoção desse corno acessório por laparotomia, pois não havia uma separação entre o corno uterino direito do esquerdo e se julgou inadequado o procedimento por via laparoscópica. Ao abrir a peça cirúrgica após sua remoção, comprovou-se que se tratava de uma cavidade endometrial funcional e não comunicante. A figura 2 ilustra a malformação identificada.

A paciente não apresentou complicações pós-operatórias e recebeu alta com a orientação para suspender o ACO. A paciente, desde essa ocasião, vem apresentando ciclos menstruais regulares e dismenorreia muito leve.

DISCUSSÃO

Em geral, as anomalias do trato reprodutivo feminino resultam de anormalidades de agenesia/hipoplasia, defeitos de fusão vertical (anomalias de canalização resultantes de contato anormal com o seio urogenital), defeitos de fusão lateral (duplicação) ou de reabsorção (septo)^{2,4}. Um quarto grupo é composto por mulheres expostas ao dietilestilbestrol (DES) *in utero*⁸.

Os cornos rudimentares podem estar obstruídos e usualmente são classificados em três tipos: 1) com ou sem endométrio funcional, 2) comunicante ou não com o útero unicorno, 3) corno ligado ao útero unicorno somente por uma banda fibrosa ou contínuo ao útero unicorno. O corno uterino rudimentar não comunicante e com endométrio funcional causa hematometra e dor pélvica¹, mas o corno não funcional costuma ser assintomático.

Muitas anomalias são inicialmente diagnosticadas ou suspeitadas com base na presença de sintomas (dor, massa

pélvica, dismenorreia, dispareunia, infertilidade ou perdas gestacionais recorrentes)⁴ ou de alterações na ultrassonografia ou na histerossalpingografia.

A US é um exame barato e simples de ser realizado, podendo identificar muitas das anormalidades uterinas. A US tridimensional^{2,4,5} pode visualizar a cavidade uterina, o miométrio e o contorno externo do útero. É um procedimento não invasivo e permite diferenciar o útero septado do útero bicorno⁴ com alta acurácia na visualização da anatomia pélvica e detalhes na visualização do útero^{4,8}.

A RNM é tradicionalmente considerada padrão-ouro de imagem nas anomalias do trato reprodutivo^{1,2,4-6,8,9}. Entretanto, a falta de estrogenização uterina pré-puberal dificulta a imagem por ressonância, fazendo diagnóstico inapropriado de agenesia uterina^{2,4}. A RNM é muito usada para determinar a presença ou ausência da cérvice em uma anomalia complexa ou a presença de endométrio funcional, no caso de corno rudimentar não comunicante obstruído^{2,4}. Deve-se observar, entretanto, que a RNM pode não identificar um corno uterino rudimentar, se ele estiver localizado lateralmente ao longo do músculo psoas, na parede lateral pélvica^{2,4}.

As vantagens da RNM são: promover uma excelente delimitação do contorno uterino externo e interno sem exposição à radiação ou procedimento invasivo^{4,8}. Ela pode identificar uma divisão uterina fibrosa da miometrial e distinguir entre útero bicorno, didelfo, septado e determinar a extensão do septo uterino ou vaginal⁸. Além disso, a RNM pode identificar um corno uterino rudimentar e a presença ou não de endométrio funcional⁸.

A sono-histerografia^{2,4,5,8} pode delinear o espaço intracavitário e o contorno uterino interno e externo⁸.

A combinação de diversas técnicas é melhor para avaliar uma anormalidade particular⁸.

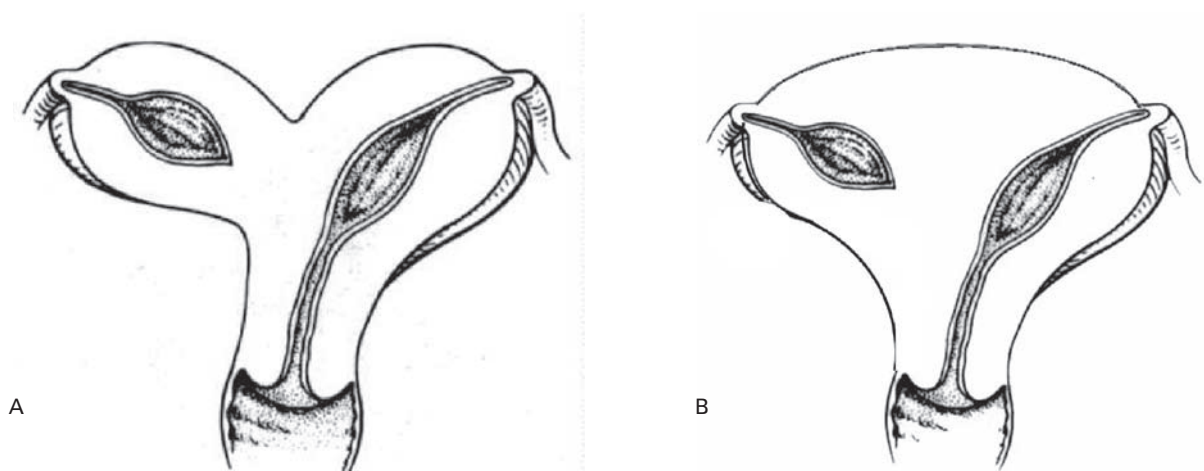


Figura 2. Útero unicorno à esquerda, com corno acessório funcional não comunicante. A. Formato uterino externo anormal. B. Formato uterino externo normal.

Em casos de anomalias mullerianas complicadas, uma informação adicional pode ser obtida com a paciente anestesiada, por vaginoscopia, laparoscopia e/ou histeroscopia^{2,4,5}. Entretanto, esses procedimentos são utilizados menos frequentemente em razão dos avanços radiológicos descritos anteriormente^{2,4}.

A correção cirúrgica das anomalias uterinas em mulheres assintomáticas ou com infertilidade primária é controversa⁸. A cirurgia para correção de anomalias uterinas é indicada a mulheres com dor pélvica, endometriose, anomalias obstrutivas e mau passado obstétrico. A meta cirúrgica inclui o alívio da dor, a restauração da anatomia pélvica e da arquitetura uterina, além da preservação da fertilidade⁸.

A ressecção do corno uterino rudimentar é recomendada por laparoscopia^{2,3,9} ou laparotomia^{2,9}. A conduta tradicional consiste em laparotomia para remover o corno obstruído. A laparoscopia apresenta vantagens para as pacientes, como menor tempo de internação hospitalar, melhor resultado estético e retorno mais rápido às atividades normais⁹.

O corno rudimentar com diversos tipos de separação do útero unicorno tem sido removido laparoscopicamente com sucesso. No entanto, nos casos de cornos não separados anatomicamente do útero, podem ocorrer sangramento e comprometimento da espessura da parede do útero unicorno. Por esses motivos, sua extirpação parece ser mais segura por laparotomia⁵.

Para úteros com cornos não separados e não comunicantes, a ressecção histeroscópica do septo da linha média com drenagem do hematometra e ablação do tecido endometrial também foi descrita, com ou sem a salpingectomia homóloga. A incidência de migração transperitoneal de gametas em humanos é alta, por isso é importante a remoção da tuba homóloga para diminuir o risco de gravidez ectópica. Essas técnicas não previnem uma possível implantação embrionária no corno rudimentar, quando este for contralateral, com riscos de placenta acreta e rotura uterina. Além disso, a metroplastia necessita de dissecação através do miométrio, o que pode resultar em fechamento da comunicação e infecção no corno⁹. É preferível remover definitivamente o corno obstruído para evitar essas possíveis complicações⁹.

Há aumento do risco de rotura uterina com procedimentos que requerem histerotomia fúndica³.

Pacientes com corno uterino obstruído apresentam aumento do risco de endometriose, porém a endometriose usualmente melhora após a correção da obstrução pela eliminação do refluxo². A excisão do corno rudimentar também pode prevenir o desenvolvimento de uma gravidez (e complicações gestacionais) no corno obstruído³.

Convém ressaltar que o diagnóstico de corno acessório funcionante obstrutivo nem sempre é fácil. Neste caso em especial, foi particularmente difícil, pois o contorno externo do útero apresentava-se normal e os exames de US, TC e RNM identificaram apenas cisto endometrial ou pólipos endometriais. O diagnóstico foi realizado pela valorização da queixa da paciente, que apresentava dismenorreia severa e precoce (desde a menarca), o que motivou o prosseguimento da investigação. Assim, ressalta-se o conceito de que as malformações obstrutivas devem ser afastadas em toda a paciente com dismenorreia severa e precoce, as quais podem se manifestar com alterações morfológicas variadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burgis J. Obstructive mullerian anomalies: case report, diagnosis, and management. *Am J Obst Gynecol.* 2001;185(2):338-44.
2. Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Anormalidades estruturais do trato reprodutivo feminino. *Ginecologia na infância e adolescência.* 2005;10:279-336.
3. Iverson RE Jr, DeCherney AH, Laufer MR. Surgical management of congenital uterine anomalies. UpToDate 2007.
4. Iverson RE Jr, DeCherney AH, Laufer MR. Clinical manifestations and diagnosis of congenital anomalies of the uterus. UpToDate 2008.
5. Jayasing Y, Rane A, Stalewski H, Grover S. The presentation and early diagnosis of the rudimentary uterine horn. *Obst & Gynecol.* 2005;105(6):1456-67.
6. Minto CL, Hollings N, Hall-Craggs M, Creighton S. Magnetic resonance imaging in the assessment of complex mullerian anomalies. *Br J Obstet Gynecol.* 2001;108:791-7.
7. Oppelet Peter, Renner SP, Brucker S, Srisel PL, Srik R, Oppelet PG, et al. The Vacuum (Vagina Cervix Uterus Adnex-associated Malformation) Classification: a new classification for genital malformations. *Fertil Steril.* 2005;84:1493-7.
8. Rackow BW, Arici A. Reproductive performance of women with mullerian anomalies. *Cur Opin Obstet Gynecol.* 2007;19(3):229-37.
9. Strawbridge LC, Crouch NS, Cutner AS, Creighton. Obstructive mullerian anomalies and modern laparoscopic management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20:195-200.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hospital da Criança Santo Antonio, do Complexo Santa Casa de Porto Alegre, Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência (SEGIA)
Avenida Independência, 1.211, cj. 201 • Bairro Moinhos de Vento • 90035-077 • Porto Alegre – RS
E-mail: lherter@terra.com.br

TITULAÇÕES

1. Aluna do Curso de Especialização do Hospital da Criança Santo Antonio, do Complexo Santa Casa de Porto Alegre, Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência (SEGIA).
2. Ginecologista do Hospital da Criança Santo Antonio, do Complexo Santa Casa de Porto Alegre, Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência (SEGIA).
3. Urologista pediátrico do Hospital da Criança Santo Antonio, do Complexo Santa Casa de Porto Alegre.
4. Professora-assistente de Ginecologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA).

X Congresso Brasileiro da SOGIA-BR, Navio Sinfonia MSC**E-mails recebidos**

CARTA DO PROF. ÁLVARO BASTOS

São Paulo, dezembro 2008

Querida Denise

Muito agradeço as lembranças que você me enviou.

Posso calcular sua grande satisfação em liderar o evento realizado.

Grato pelas homenagens que me foram dirigidas.

Beijos do Álvaro

Salvador, BA, 15 de dezembro de 2008.

Cara amiga Denise:

Retornamos do Rio na segunda-feira – dia 08 (feriado aqui em Salvador), após passarmos dias agradáveis no congresso e, depois, com colegas e grandes amigos em Teresópolis.

Na nossa chegada tivemos esses dias de sufoco com a desarrumação das malas/arrumação dos objetos e também atualização das atividades, só agora podendo lhe escrever.

Fiquei muito satisfeita com o congresso, que foi um sucesso total, elogiado por todos, sucesso devido à sua persistência e coragem em assumir o pioneirismo em congressos desse tipo em nossa especialidade. A você, a Elaine, e a Tour Viagens, nas pessoas de Luíza e Tatiana, meus parabéns e agradecimentos pela forma como todos nós fomos tratados.

Em meu nome e de meu marido receba nosso abraço amigo.

Beijos,

Cremilda

8 de dezembro de 2008.

Para Tour Viagens

Luíza, boa tarde:

Acabamos não nos cruzando pessoalmente, mas gostaria de agradecer a eficiência de vocês. O cruzeiro SOGIA foi maravilhoso, aproveitamos ao máximo!!!! Deu tudo certo.

Obrigada por tudo, valeu!!!!

Até uma próxima. Bejossss...

Dra. Cinthya Malburg

E-mails recebidos

Belo Horizonte, 8 de dezembro de 2008.

Assunto: Congresso SOGIA

Denise:

Acredito que a sensação do “Dever cumprido” e BEM CUMPRIDO vale por todo o esforço e cansaço.

Um grande abraço

João Tadeu

Sábado, 6 de dezembro de 2008.

Denise, Parabéns!

E Deus abençoou!!!!

Este foi o seu último desejo antes do embarque: “Deus abençoe”.

Deu tudo certo, as pessoas ficaram felizes, em paz e muito satisfeitas com o conteúdo científico do congresso. Houve marolas, sempre tem as “MALAS” mas isso faz parte do jogo e quero parabenizá-la além de tudo pela simpatia constante, o equilíbrio e o jogo de cintura. Ponto pras meninas!!!!

Beijocas e até breve,

Kátia Nogueira

Rio de Janeiro, 5 de dezembro de 2008.

Denise:

Para mim, também, o significado de ganhar o Prêmio Álvaro Bastos foi muito especial. Cheguei e fui ligando para várias pessoas para contar o acontecido. Acho que é um reconhecimento importantíssimo por todo um esforço desenvolvido. E a maneira como a avaliação é realizada (completamente sem identificação) garante, de forma insofismável, a lisura do processo e nos torna, ainda, mais orgulhosos da conquista.

Parabéns pela realização do congresso. Mais do que concretizar um sonho, você o realizou com grande sucesso.

Beijos

Carmen Athayde

E-mails recebidos

São Paulo, 5 de dezembro de 2008.

Olá Denise, tudo bem?

Passou a fase braba, né?

Você deve estar relaxada, não?

Escrevo para parabenizar a você e sua equipe mais uma vez!

E agradecer o carinho com que fomos todos recebidos ai...

Precisamos manter a corrente unida!

Um beijão

João Bosco

5 de dezembro de 2008.

Dra. Denise:

Parabéns pelo sucesso do evento.

Eu lamentei não poder assistir a todas as palestras, mas as que eu participei foram excelentes. Eu gostaria de sempre receber as comunicações de novos eventos.

Muito grata.

Isabel Maria Nogueira Lopes

Fortaleza, 8 de dezembro de 2008.

Denise e Alcione:

Quero parabenizá-la, Denise, pela luta e sucesso do Congresso. Tenho certeza que é uma sensação de tarefa finalizada. Parabéns por ter sido persistente e realizado seu sonho.

Gostaria também de parabenizá-lo, Alcione, por ter acreditado nesse congresso e ter permitido que ele se concretizasse. A iniciativa de vocês dois só merece o nosso aplauso.

Um grande abraço

Maria de Lourdes

E-mails recebidos

Recife, 8 de dezembro de 2008.

Amiga Denise:

Estiquei minha permanência no Rio até ontem, mas estava doida para chegar e mandar um e-mail para você.

Mil vezes se eu disser parabéns, ainda será pouco para traduzir o orgulho que sinto pelo sucesso do congresso tão brilhantemente presidido, com muita justiça, por você.

Mil beijos e mais uma vez, parabéns.

Romualda Barros

Porto Alegre, 17 de dezembro de 2008.

Prezada Denise:

Nunca é demais dizer (escrever) o que já foi dito (escrito) em e-mail anterior, que teu Congresso foi nota 10, que estás de parabéns pelo sucesso e por teres atingido todos os objetivos a que te propuseste. Cabe a nós, verdadeiramente, sentirmo-nos honrados de termos sido convidados para participar dele e de sua programação científica, apesar de singela.

Adoramos o teu congresso!

Grande abraço

Marcelino Poli

22 de dezembro de 2008.

Nobre amiga, e querida, Dra. Denise Monteiro!

Eu já sabia que seu Congresso seria um sucesso. Encontrei-me com vários médicos que foram a essa viagem maravilhosa e, a uma só boca, os comentários foram os melhores possíveis. Estamos, todos, de parabéns, mas você, principalmente, pela determinação, pelo arrojo e, sobretudo, pela competência na direção desse conclave.

Receba, pois, o meu abraço, com votos de um Feliz Natal e um ano novo venturoso, com muita saúde e paz e prosperidade.

Foi-me (foi para nós que fazemos a Hebron) um privilégio participar desse projeto.

Grande abraço,

Avaniel Marinho

Dir. de Pesquisa, Desenvolvimento e I. Tecnológica Hebron Farmacêutica

Fotos do congresso no navio





XVI Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-juvenil
Montpellier, França, maio de 2010
Presidente do congresso: Prof. Charles Sultan

Montevideo, 10 de Junio de 2008.

Estimado amigo Alcione:

Me complace mucho informarte, en tu calidad de Presidente de ALOGIA, que el Prof. Charles Sultan, presidente del Próximo Congreso Mundial de Ginecología Pediátrica y de Adolescentes, a celebrarse en Montpellier (Francia) en 2010, ha decidido que haya traducción simultánea al español, además de ingles y francés.

Esta es una gran noticia para toda nuestra región, ya que incluso para los brasileiros que no hablen inglés o francés, el español resultará fácilmente entendible.

Me parece importante difundir esta noticia desde ya, puesto que mucha gente hace sus previsiones para asistir a Congresos con anticipación.

Me pongo a tus órdenes para cualquier actividad de difusión de esto, si es que lo consideras necesario.

Un gran abrazo

José Enrique Pons

Comitê executivo da FIGIJ 2007-2010

Presidente

Dr. Ramiro Molina Cartes, Chile

Vice-Presidente

Dr. Dan Apter, Finlândia

Secretário-geral

Dr. Efthimios Deligeorglou, Grécia

Tesoureiro

Dr. Jan Horejsi, República Checa

Diretor do IFEPAG

Dr. Jose María Mendez Ribas, Argentina

Vice-Diretora do IFEPAG

Dra. Marlene Heinz, Alemanha

Diretor científico

Dr. Charles Sultan, França

Link com ALOGIA

Coordenador de ONGs

Dr. Enrique Pons, Uruguai

Link com NASPAG

Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology

Dra. Ellen Rome, Estados Unidos

Diretoria da ALOGIA 2007-2009

Presidente

Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

Secretária

Dra. Liliane Herter (Brasil)

Tesoureira

Dra. Marta Francis Rehme (Brasil)

COMITÊ ASSESSOR

Dr. José Mendez Ribas (Argentina)

Dr. José Enrique Pons (Uruguai)

Dr. Jorge Pelaez Mendoza (Cuba)

Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguai)

Dr. Juan Fernando Bojanini (Colômbia)

Dra. Beatriz Pereyra Pacheco (Argentina)

SECRETÁRIOS REGIONAIS

Dra. Milagros Sánchez (Peru) – Região Andina

Dr. Roberto Sergio (Uruguai) – Região Sul

Dr. José Sáenz (Costa Rica) – Região Norte

REVISTA DA SOGIA-BR

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

Delegados da SOGIA-BR

Pará

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

Maranhão

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

Ceará

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

Bahia

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

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

Mato Grosso do Sul

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

Distrito Federal

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

Goiás

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

Minas Gerais

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

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

Espírito Santo

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

Rio de Janeiro

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

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

São Paulo

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

Paraná

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

Santa Catarina

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

Rio Grande do Sul

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

Normas e instruções para publicação em nossa revista

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

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

Algumas perguntas podem ajudá-lo na escolha do contraceptivo mais adequado para sua paciente.



1) Sua paciente fuma ou tem mais de 35 anos?

Antes de mais nada, peça a ela que pare de fumar. Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar, não prescreva anticoncepcionais orais combinados (AOC). **Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.**^{1,2}

2) Sua paciente está amamentando?

Quando a mulher está amamentando, métodos como a pílula apenas com progestagênio (PP) são melhores escolhas do que os anticoncepcionais orais combinados (AOC).^{1,2}

3) Sua paciente fuma, tem diabetes ou hipertensão?

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco para doença cardiovascular não prescreva anticoncepcionais orais combinados (AOC). **Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.**^{1,2}

CERAZETTE® não deve ser usado em casos de gravidez ou suspeita de gravidez e tumores progestagênio-dependentes. Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de **CERAZETTE®** com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina.¹⁰

Referências Bibliográficas: 1. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Reproductive Health and Research. 3th ed. Geneva: World Health Organization, 2004. 2. Manual de orientação anticoncepção. Febrasgo 2005. 3. Korver T et al. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 mcg /day or levonorgestrel 30 mcg /day. Eur J Contracept Reprod Health Care 1998; 3: 169-78. 4. Bjarnadóttir R et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. Brit J Obstet Gynaecol 2001; 108: 1174-80. 5. Vromans EWM et al. Missed pill advice for women using Cerazette. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70:37. 6. Pichl T, Karck U. The estrogen-free pill Cerazette in women with dysmenorrhea and estrogen-related side effects. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70: 37. 7. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. Contraception 2004; 69: 89-97. 8. Winkler UH et al. A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 mcg desogestrel or 30 mcg levonorgestrel. Contraception 1998; 57: 385-92. 9. Rice et al. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. Hum Reprod 1999; 14: 982-5. 10. Bula do produto.

CERAZETTE®, Desogestrel 75 mcg. APRESENTAÇÃO: cartucho com 1 cartela com 28 comprimidos. Cada comprimido contém: **Desogestrel 75 mcg.**
INDICAÇÕES: contracepção. **CONTRAINDICAÇÕES:** **CERAZETTE®** não deve ser usado na presença de qualquer das condições abaixo ou se as mesmas ocorrerem pela primeira vez, o produto deve ser descontinuado imediatamente: gravidez ou suspeita de gravidez; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave enquanto os valores de função hepática não tenham retornado ao normal; tumores progestagênio-dependentes; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer componente do **CERAZETTE®. PRECAUÇÕES e ADVERTÊNCIAS:** durante o uso de contraceptivos orais (COs) o risco de ter câncer de mama diagnosticado está levemente aumentado. Entretanto, para esses contraceptivos de progestagênio isolado, a evidência é menos conclusiva. Avaliar risco-benefício no caso de câncer hepático. Investigações epidemiológicas associaram o uso de COC a uma maior incidência de tromboembolismo venoso (TEV, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para **Desogestrel** usado como contraceptivo na ausência de um componente estrogênico seja desconhecida, **CERAZETTE®** deve ser descontinuado em caso de trombose. A descontinuação de **CERAZETTE®** deve também ser considerada e caso de imobilização prolongada devida à cirurgia ou doença. Mulheres com história de distúrbios tromboembólicos devem ser alertadas sobre a possibilidade de recorrência. Embora os progestagênios possam apresentar efeito sobre a resistência à insulina e sobre a tolerância à glicose, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando contraceptivos de progestagênio isolado. Entretanto, mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas enquanto usarem **CERAZETTE®**. O tratamento com **CERAZETTE®** leva à redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase folicular inicial. Apesar do fato de **CERAZETTE®** inibir a ovulação, a gravidez ectópica deve ser considerada no diagnóstico diferencial se a mulher tem amenorreia ou dor abdominal. Cloasma pode ocorrer ocasionalmente. As seguintes condições foram relatadas durante a gravidez e durante uso de esteroide sexual, mas a associação com o uso de progestagênios não foi estabelecida: icterícia e/ou prurido relacionado a colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada a otosclerose. Mesmo quando **CERAZETTE®** é tomado regularmente, podem ocorrer distúrbios de sangramento. As mulheres devem ser informadas de que **CERAZETTE®** não protege contra HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Com todos os contraceptivos hormonais de baixa dosagem, o desenvolvimento folicular ocorre e ocasionalmente o folículo pode continuar o desenvolvimento além do tamanho que poderia atingir num ciclo normal. Geralmente, esses folículos aumentados desaparecem espontaneamente. A eficácia dos contraceptivos de progestagênio isolado pode ser reduzida no caso de esquecimento de tomar os comprimidos, distúrbios gastrointestinais ou de utilização de medicação concomitante. Estudos epidemiológicos extensos mostraram que não há risco aumentado de malformações nas crianças de mães que utilizaram contraceptivos orais antes da gravidez, nem efeitos teratogênicos quando os contraceptivos orais forem administrados inadvertidamente no início da gestação. Dados de farmacovigilância coletados com vários COCs contendo desogestrel também não indicam um risco aumentado. **CERAZETTE®** não influencia a produção ou a qualidade do leite materno, mas uma pequena quantidade de etonogestrel é excretada no leite. **REAÇÕES ADVERSAS:** as reações adversas relatadas com maior frequência nos estudos clínicos com **CERAZETTE®** (>2,5%) foram sangramento irregular, acne, alterações de humor, dor nas mamas, náusea e aumento de peso. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microsomais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais. Foram estabelecidas interações com hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, rifabutina, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. Durante o tratamento com carvão medicinal, a absorção do esteroide do comprimido pode ser reduzida bem como sua eficácia contraceptiva. Contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos (por ex., ciclosporina), consequentemente concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afetadas. Dados obtidos com contraceptivos orais combinados mostraram que os esteroides contraceptivos podem influenciar os resultados de certos testes de laboratório, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tireoide, adrenal e de função renal, níveis séricos de proteínas (carregadoras). **POSOLOGIA:** deve-se tomar um comprimido ao dia durante 28 dias consecutivos na ordem indicada pelas setas impressas na cartela, com pequena quantidade de líquido, aproximadamente no mesmo horário. Cada cartela subsequente deve ser iniciada imediatamente após o término da anterior. **SUPERDOSAGEM:** não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS: 1.0171.0089 RA 0390 OS S2 (REF 2 0). Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro - São Paulo - SP - CEP 04747-900. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Versão Bula 304.248-FEV/06-1.

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação pelo e-mail atendimentomedico@spcorp.com ou pelo tel.: 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.



Você entende as mulheres.
A gente entende você.

Cerazette®
desogestrel 75 mcg

Os benefícios da contracepção sem estrogênio com a eficácia da pílula combinada.^{3,9}



Mercilon® Conti

desogestrel + etinilestradiol/
etinilestradiol

“A” pílula combinada¹⁻⁷

Baixa dosagem¹
Alta eficácia contraceptiva¹
Excelente controle de ciclo¹⁻³
Permite sangramento no regime de 28 dias^{1,2}

Referências Bibliográficas: 1. Akin M and the other members of the Mircette Study Group. An open-label, multicenter, non comparative safety and efficacy study of Mircette, a low-dose estrogen-progestin oral contraceptive. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179: S2-S8. 2. Winkler UH et al. Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20 mcg ethinylestradiol. *Contraception* 2004; 69: 469-76. 3. Ernst U et al. Improvement of quality of life in women using a low-dose desogestrel-containing contraceptive: results of an observational clinical evaluation. *The Eur J Contracep Rep Health Care* 2002; 7:238-243. 4. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception* 2002; 66: 393-99. 5. Sulak PJ et al. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol* 2000;95:261-6. 6. Miller L, Hughes J P. Continuous combination oral contraceptive pills to eliminate withdrawal bleeding: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 653-61. 7. Hubacher D, Potter L. Adherence to oral contraceptive regimens in four countries. *Inter Family Plan Pers* 1993; 19:49-53.

MERCILON® CONTI Desogestrel/Etinilestradiol e Etinilestradiol. Forma farmacêutica e apresentação: embalagem com 1 blister contendo 21 comprimidos brancos [Desogestrel 150mcg/ Etinilestradiol 20mcg], 2 comprimidos verdes [placebo] e 5 comprimidos amarelos [10mcg de Etinilestradiol]. **Indicações:** prevenção da gravidez. **Contraindicações:** tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos; histórico de tromboflebite ou TVP; doença vascular cerebral ou de artérias coronárias; carcinoma de mama conhecido ou suspeito; carcinoma de endométrio ou outra neoplasia estrogênio-dependente conhecida ou suspeita; sangramento vaginal anormal não diagnosticado; icterícia colestática da gravidez ou icterícia com uso prévio de pílula; adenomas ou carcinomas hepáticos; gravidez conhecida ou suspeita; hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **Advertências:** o uso de anticoncepcionais orais está associado a maiores riscos de ocorrência de infarto do miocárdio, tromboembolismo, acidente vascular cerebral, neoplasia hepática e doença da vesícula biliar, embora o risco de morbidade grave ou mortalidade seja muito baixo em mulheres saudáveis. Foi demonstrado que o tabagismo em combinação com o uso de anticoncepcional oral contribui de forma substancial para a incidência de infarto do miocárdio em mulheres na sua terceira década de vida ou mais velhas. Os anticoncepcionais orais podem aumentar os efeitos de fatores de risco bem conhecidos, tais como a hipertensão, diabetes, hiperlipidemias e obesidade. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais aumentam a pressão arterial entre usuárias. Embora existam relatórios conflitantes, a maioria dos estudos sugere que o uso de anticoncepcionais orais não está associado ao aumento global no risco de desenvolvimento de câncer de mama. Foram relatados casos clínicos de trombose retiniana associada ao uso de anticoncepcionais orais. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais provocam uma diminuição na tolerância à glicose em uma porcentagem significativa de usuárias. Uma pequena proporção de mulheres apresentará hipertrigliceridemia enquanto estiver usando a pílula. O aparecimento ou exacerbação de enxaqueca ou desenvolvimento de cefaleia grave, exige a suspensão dos anticoncepcionais orais e avaliação da causa. Sangramento intermenstrual e *spotting* são observados algumas vezes em pacientes recebendo anticoncepcionais orais, principalmente durante os primeiros três meses de uso. Devem ser consideradas causas não hormonais e tomadas medidas diagnósticas adequadas para afastar a possibilidade de processo maligno ou gravidez. Algumas mulheres poderão apresentar amenorreia ou oligomenorreia pós-pílula, especialmente caso essa condição tenha ocorrido anteriormente. Gravidez ectópica, bem como intrauterina, pode ocorrer em caso de falha do anticoncepcional. **Interações medicamentosas:** Eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina. Uma associação semelhante, embora menos acentuada, foi sugerida com referência aos barbitúricos, fenilbutazona, fenitoína sódica, carbamazepina e possivelmente também com griseofulvina, ampicilina, tetraciclina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. **Precauções:** não protege contra infecção pelo HIV (AIDS) e outras doenças sexualmente transmissíveis; realizar exame físico e testes laboratoriais relevantes; Mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou que apresentem nódulos mamários, mulheres em tratamento para hiperlipidemia devem ser monitoradas regularmente; suspender a medicação em caso de icterícia e/ou disfunção hepática. Os anticoncepcionais orais podem ocasionar um determinado grau de retenção de líquidos. Devem ser prescritos com cuidado em pacientes que apresentem condições que possam ser agravadas pela retenção de líquidos. Mulheres com histórico de depressão devem ser cuidadosamente observadas e a medicação suspensa caso a depressão volte em nível preocupante. As usuárias de lentes de contato que desenvolverem alterações visuais ou alterações na tolerância às lentes deverão ser avaliadas por um oftalmologista. Extensos estudos epidemiológicos não revelaram qualquer aumento no risco de defeitos congênitos em bebês de mulheres que usaram anticoncepcionais orais antes da gravidez. O uso deste produto antes da menarca não é indicado. **Reações adversas:** acredita-se estarem relacionadas com o medicamento: náuseas; alteração no peso (aumento ou diminuição); vômitos; alteração na erosão e secreção cervical; sintomas gastrointestinais (tais como cólicas e distensão abdominal); diminuição na lactação quando dada imediatamente após o parto; icterícia colestática; sangramento intermenstrual; enxaqueca; *spotting*; erupção (alérgica); mudança no fluxo menstrual; depressão mental; amenorreia; tolerância reduzida a carboidratos; infertilidade temporária após suspensão do tratamento; candidíase vaginal; mudança na curvatura da córnea; edema; melasma que pode persistir; intolerância a lentes de contato; alterações na mama: sensibilidade, aumento, secreção. **Posologia:** tomar um comprimido branco, durante 21 dias, seguido por 1 comprimido verde (inerte) por 2 dias e 1 comprimido amarelo (ativo) por 5 dias. Reiniciar nova cartela, no dia seguinte após ter tomado o último comprimido. **Superdosagem:** efeitos nocivos graves não foram relatados após ingestão aguda de altas doses de anticoncepcionais orais por crianças pequenas. A superdosagem pode causar náuseas, podendo ocorrer sangramento de privação no sexo feminino. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** Reg. MS - 1.0171.0102. Fabricado por: Organon do Brasil Ind. e Com. Ltda. Rua João Alfredo, 353 - São Paulo - SP - Brasil CNPJ 03.560.974/0001-18. **Versão bula EUA 10/00 15/ 304008-A-MAI/08-1**

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação:
atendimentomedico@organon.com.br ou 0800 709 5260.
Para informações completas, consultar a bula do produto.



Schering-Plough

Você entende as mulheres.
A gente entende você.