

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- A IMPORTÂNCIA DA ANEMIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
- CONHECIMENTO SOBRE ANTICONCEPÇÃO E AS PRÁTICAS SEXUAIS ENTRE ADOLESCENTES: UM ESTUDO COM COLEGIAS CARIOCAS
- SÍNDROME DE MEIGS EM ADOLESCENTE: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@terra.com.br

Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br

Glênio Spinato spinato@tpo.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian fatroian@yahoo.com.br

Ivana Fernandes ivanafernandes@hotmail.com

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

SÃO PAULO

Ribeirão Preto – SP: Rosana Maria dos Reis

ramareis@fmrp.usp.br

São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai

elaghai@uol.com.br

RIO DE JANEIRO

Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br

Elaine Pires elainepiresba@yahoo.com.br

ESPÍRITO SANTO

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

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joaotadeu@seven.com.br

Claudia Lucia Barbosa Salomão

ginecoinfantopub@yahoo.com.br

BAHIA

Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães

mariadelourdes@uol.com.br

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

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

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

Quando for encaminhado pelo correio, deverá ser gravado em CD com duas cópias em papel, para o endereço da Sogia constante na primeira página da revista. Quando enviado por e-mail, a autorização para a publicação assinada pelos autores é dispensada desde que conste o endereço eletrônico deles para contato pela comissão editorial.

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

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

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

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

Normas para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores. Quando se tratar de pesquisas multicêntricas, devem ser citados os autores responsáveis e os demais como colaboradores.
2. O texto do trabalho (Original, Trabalho de Atualização e Relato de Caso) deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 16 páginas, e no Relato de Caso Clínico, de 3 a 6 páginas são suficientes.

Esse número máximo de páginas, quando ultrapassado por absoluta necessidade, pode ser reconsiderado pela comissão editorial.

3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (escrever Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, deve-se colocar o título deste, em português e inglês, o nome completo e a titulação dos autores, incluindo a função ou o cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Aconselha-se identificar a instituição onde o trabalho se desenvolveu. No endereço para correspondência, devem constar o nome completo do autor e e-mail e/ou fax.
6. O corpo de **Trabalho de Investigação** deve ser desenvolvido nos seguintes moldes: introdução, casuística e métodos (deve-se evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusões.
7. O corpo de **Trabalho de Atualização ou Revisão** deve ser desenvolvido nos mesmos moldes: introdução, métodos (deve-se evitar o termo metodologia), resultados, discussão ou comentários.
8. O corpo de **Trabalho Relato de Caso Clínico** deve ser desenvolvido nos seguintes moldes: introdução (revisão objetiva da literatura), métodos (como selecionou os trabalhos citados), Relato do Caso, discussão ou comentários. Quando couberem, pode haver conclusões no final da discussão.
9. Todos os trabalhos devem conter **Resumo com palavras-chave e Abstract com keywords** e ser redigidos para fornecer informações completas do texto, de forma condensada.
10. Gráficos e tabelas devem ser o mais simples possível, incluindo somente as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
11. Referências bibliográficas: não ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, **por ordem de citação no texto**. No texto, as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: **Puberdade Precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças**¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas no final do texto.



SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO REVISÃO	
A importância da Anemia na Infância e Adolescência	3
ARTIGO ORIGINAL	
Conhecimento sobre anticoncepção e as práticas sexuais entre adolescentes: um estudo com colegas cariocas.....	5
RELATO DE CASO	
Síndrome de Meigs em adolescente: relato de um caso e revisão da literatura.....	10

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

EDITORES ASSOCIADOS

Álvaro da Cunha Bastos (SP) (in memoriam)
Denise Maia Monteiro (RJ)
Vicente Renato Bagnoli (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)
Albertina Duarte Takiuti (SP)
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)
Cremilda Costa de Figueiredo (BA) (in memoriam)
Cristina Falbo Guazzelli (SP)
Elaine da Silva Pires (RJ)
Erika Krogh (MA)
Fernando César de Oliveira Jr. (PR) (in memoriam)

Glênio Spinato (RS)

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

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente emérito:

Álvaro da Cunha Bastos (in memoriam)

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida
(josealcione.almeida@gmail.com)

Vice-presidente:

Vicente Renato Bagnoli
(vrbagnoli@uol.com.br)

1º secretário:

João Bosco Ramos Borges
(drbosco@terra.com.br)

2º secretário:

Marco Aurélio K. Galletta
(mgalletta@uol.com.br)

1º tesoureira:

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

2º tesoureiro:

Fernando Cesar de Oliveira Jr. (in memoriam)

Diretora de Relações Públicas:

Albertina Duarte Takiuti
(albertinaduarte@ajato.com.br)

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-presidente Região Sul:

Marta Francis Benevides Rehme
(martarehme@uol.com.br)

Vice-presidente Região Sudeste:

Denise Maia Monteiro
(denimonteiro2@yahoo.com.br)

Vice-presidente Região Centro-Oeste:

Zuleide Felix Cabral
(hzcabral@terra.com.br)

Vice-presidente Região Norte-Nordeste:

Romualda Castro do Rego Barros
(romycastro1@hotmail.com)



PREZADOS LEITORES,

É com grande satisfação que ocupamos este espaço para falar do nosso maior evento, o Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (Sogia-BR). Pela terceira vez, foi realizado em parceria com outra Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia. Com muita honra, desta vez estaremos juntos com a Sociedade do Mato Grosso do Sul para realizar o XIV Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência e o XXXI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul. Tais eventos ocorrerão de 25 a 28 de maio de 2016, no Centro de Convenções Rubens Gil de Camilo, em Campo Grande (MS).

Dra. Tatiana Serra da Cruz é a presidente do Congresso da Sogia-BR e Dra. Nádia Stella Viegas dos Reis, presidente do Congresso da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de Mato Grosso do Sul (Sogomat-Sul).

A comissão organizadora foi composta de membros das duas sociedades e já começou a trabalhar para proporcionar um evento de alto nível, reunindo especialistas dos melhores centros do Brasil.

O programa científico está sendo cuidadosamente elaborado, procurando levar aos congressistas informações atualizadas e muito relevantes.

A programação social deverá contemplar os aspectos de conagraçamento, lazer e turismo, de forma harmonizada, com a parte científica. No espaço de notícias desta revista, constam algumas fotos encantadoras mostrando o que nos espera.

A Sogia-BR e a Sogomat-Sul preocupam-se em atender aos anseios dos congressistas da melhor forma possível e não medirão esforços para obter sucesso nessa empreitada. Para isso, contam com o apoio e a adesão dos colegas congressistas, a parte mais importante dos eventos.

A divulgação será feita por e-mail aos associados da Sogia, Sogomat-Sul, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e outras entidades médicas.

Em breve, o site do congresso estará disponível nos seguintes links: www.sogomatsul.com.br e www.sogia.com.br

Esperamos você!

José Alcione Macedo Almeida

Presidente da Sogia-BR

A IMPORTÂNCIA DA ANEMIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA

A Organização Mundial de Saúde define anemia como sendo “um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue é anormalmente baixa em consequência da carência um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem da carência”¹.

Anemia se caracteriza por diminuição dos eritrócitos e da taxa de hemoglobina, levando à diminuição do aporte de oxigênio aos tecidos do organismo, sendo que o tecido muscular e o cérebro são os que mais sofrem nesse processo. Na criança isso pode acarretar prejuízo do crescimento e atraso do próprio desenvolvimento psicomotor, afetando a função cognitiva, assim como também afetando sua imunidade².

É de fundamental importância que se detecte a anemia em fase precoce e que se identifique os indivíduos em risco de deficiência nutricional e de perda sanguínea anormal, para que o rastreio diagnóstico e o tratamento sejam efetuados de maneira adequada e efetiva.

Portanto, a anemia em crianças e adolescentes deve merecer atenção especial de todos os médicos que as atende, independente da especialidade. É também importante considerar-se que as anemias carenciais estão inseridas em um contexto mais amplo, podendo se relacionar a fatores culturais, como por exemplo vegetarianos, além de fatores socioeconômicos.

A anemia pode resultar de perda sanguínea ou então por carência, principalmente carência de ferro, uma vez que este faz parte da molécula da hemoglobina. Deficiência de ferro ainda é a principal causa de anemia³.

Quando é causada por perda sanguínea aguda e profusa pode levar à morte rapidamente por choque hipovolêmico. Já nas formas carenciais o processo é mais lento, porém pode ser grave se não resolvido convenientemente.

A anemia pode ser de grau leve, moderado ou severo. Na forma severa os níveis de hemoglobina estão abaixo de 7,0g/dl⁴.

Neste artigo damos enfoque às anemias causadas por perdas sanguíneas e as carenciais, que são as mais prevalentes e as que temos melhores condições de reversão do quadro clínico.

ANEMIA POR PERDA SANGUÍNEA

Na adolescência, nos dois primeiros anos após a menarca, em especial no primeiro ano, os ciclos menstruais tendem a ser anovulatórios e, por isso, pode haver sangramento anormal nos ciclos menstruais, como sangramento em volume excessivo durante a menstruação (menorragia), duração prolongada (hipermenorreia) ou mesmo pela associação dessas formas (hipermenorragia). Quando o sangramento persiste e não há intervenção terapêutica no sentido de coibi-lo, geralmente leva a anemia⁵. Por outro lado, a anemia crônica pode levar a distúrbios da menstruação, criando assim um ciclo vicioso.

Para coibir esses distúrbios do sangramento menstrual temos um vasto arsenal terapêutico hormonal. Os mais utilizados e eficazes são os progestagênicos exclusivos, embora se possa também utilizar esquemas combinados com estrogênios e progestagênicos⁶.

Nos esquemas só com progestagênio pode-se administrar acetato de medroxiprogesterona ou de noretisterona na dose de 10 mg ao dia, a partir do 14º dia ciclo por 10 dias em cada ciclo, por um período de 4 meses e reavaliar a paciente.

No esquema combinado, recomenda-se 0,625 mg de estrogênios conjugados diariamente associado a um dos dois progestagênicos citados anteriormente, por 10 dias em cada ciclo, a partir do 14º. Dia do uso do estrogênio.

No esquema combinado, recomenda-se 0,625 mg de estrogênios conjugados diariamente associado a um dos dois progestagênicos citados anteriormente, por 10 dias em cada ciclo, a partir do 14º. Dia do uso do estrogênio.

ANEMIA CARENICIAL

É decorrente da carência de elementos nutrientes, sendo mais frequente a deficiência de ferro, de vitamina B12, de vitamina A e folatos. Pode resultar também por falta de proteína, piridoxina e riboflavina¹. Epidemiologicamente, é a deficiência de ferro a causa mais comum da anemia, estimando-se em 50% a 90% de todas os tipos de anemia no mundo⁷.

No Brasil, o primeiro estudo de abrangência nacional, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006), indicou prevalência de 20,9% de anemia. Estudos posteriores mais pontuais encontraram níveis superiores e consideram que a carência nutricional é a mais prevalente no nosso país⁸.

Portanto, no Brasil a anemia se constitui ainda em um problema de saúde pública grave, necessitando reconhecimento por parte dos gestores de saúde políticas que propicie o controle dessa situação⁹.

Essa deficiência, na mulher pode ocorrer durante a gestação e período de lactação, mas também por sangramento menstrual anormal, em especial na adolescente com menos de 15 anos de idade. Cerca de 38% das mulheres grávidas apresentam algum grau de anemia, sendo significativamente mais prevalente na adolescência, em especial no terceiro trimestre de gestação¹⁰. Anemia severa está associada à Mortalidade

Materna e confundida frequentemente com outras situações¹¹

As crianças e as pessoas vegetarianas são de maior risco para adquirir anemia por carência de nutrientes. A obesidade figura como fator de risco para anemia ferropriva em ambos os sexos, mas as taxas são cerca de três vezes maiores em crianças do sexo feminino. Adolescentes atletas de auto rendimento, assim como indivíduos vegetarianos ou meninas próximo a menarca estão em risco para adquirir anemia por deficiência de ferro.

DIAGNÓSTICO

A detecção precoce da anemia é essencial para se evitar as consequências maléficas para o crescimento e desenvolvimento da criança tanto do ponto de vista físico como cognitivo. Embora a anemia tenha etiologia múltipla, sabe-se que a nutrição deficiente, notadamente o déficit de ferro e vitaminas, é a causa mais comum.

O diagnóstico de anemia ferropriva nos obriga a afastar toda e qualquer causa de perda sanguínea, às vezes não tão evidentes (sangramento oculto), como algumas causas intestinais.

Manifestações Clínicas

Relatos frequentes são as queixas de apatia, fadiga, falta de apetite, fraqueza, zumbidos, sonolência, falta de concentração, cefaleia, palpitações, falta de ar durante exercícios físicos. As primeiras manifestações, ocorrem em geral quando a anemia é ainda moderada.

Durante a anamnese, deve-se interrogar sobre os hábitos alimentares e culturais (vegetarianos), antecedentes clínicos pessoais, para afastar doenças crônicas (insuficiência renal), perdas de sangue pelo trato gastrointestinal (doenças do intestino). Informação de anemias em familiares, principalmente talassemia e anemia falciforme, podem contribuir para o diagnóstico atual.

Exame físico

Palidez cutânea, mucosas descoradas, alterações da pressão arterial com alargamento entre a máxima e a mínima. Na palpção abdominal deve-se estar atento ao baço.

Laboratório

Hemograma com eritropenia, taxas baixas de hemoglobina e hematócrito, evidentemente são indicativos de anemia, mas sabe-se que na anemia ferropriva tanto o hematócrito como a taxa de hemoglobina, inicialmente podem estar normais ou só um pouco abaixo das taxas de normalidade para sexo e idade. Por outro lado, indivíduos jovens sem comprometimento do sistema cardiopulmonar, têm uma melhor adaptação à anemia crônica e suportam melhor os sintomas, podendo conviver com níveis baixos de hemoglobina, de até 5 g/dl.

PROFILAXIA E TRATAMENTO

A anemia carencial pode ser prevenida através da ingestão de alimentos ricos em ferro, como carne vermelha, fígado bovino, gema de ovo, folhas verdes escuras. Embora o ferro esteja presente nesses alimentos, grande parte da dieta é composta

por ferro de baixa biodisponibilidade (cereais e leguminosas). Daí a importância da suplementação de ferro, vitamina B12, vitamina C e ácido fólico¹².

O ferro pode ser administrado por via parenteral ou por via oral, sendo esta última a via mais utilizada. A via parenteral deve ser utilizada quando houver processos patológicos que dificultem a absorção por via oral¹³. É engano pensar que a via parenteral tem efeito mais rápido e, nesse sentido, Araújo (2000)¹⁴ afirma que a terapia oral, em dose correta, oferece uma resposta tão rápida quanto a via parenteral e as taxas de hemoglobina serão normalizadas em oito semanas. Os jovens podem responder mais rapidamente¹⁴.

Por via oral, a preferência é que seja tomado antes das refeições e associado a vitamina C (suco de laranja). A dose recomendada de ferro elementar é 3 a 5 mg/kg/dia.

Para o controle do tratamento, além dos parâmetros clínicos, pode-se fazer a dosagem da ferritina sérica e considerar satisfatório a taxa de pelo menos 15ng/mL para crianças¹³.

Os principais sais de ferro disponíveis e comercializados são sais ferrosos, ferropolimaltosado, sais férricos, ferro carbônico e ferro aminoquelato.

Para o ácido fólico recomenda-se as seguintes dosagens: Crianças de 2 a 4 anos: 0,5ml a 1,0ml por dia; Crianças de 4 a 10 anos: 1,0ml a 1,5ml por dia; Criança acima de 10 anos: 1,0ml a 2ml por dia.

Cansado RD et al (2010)¹³, em revisão da literatura concluem, que a orientação adequada aos pacientes sobre os efeitos colaterais e da duração da terapêutica são fundamentais para o sucesso do tratamento.

Para minimizar os possíveis efeitos colaterais indesejáveis, pode-se fracionar a dose total diária em duas ou três doses; combater esses efeitos adversos com tratamento sintomático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Technical Report Series, 580. Control of nutritional anemia with special reference to iron deficiency. Geneva:WHO;1975.
2. Walter T, Andraca ID, Chaduc P, Perales CG. Iron deficiency anemia : adverse effects on infant psychomotor development. *Pediatrics* 1989;84:7-17.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS, 2006. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília. DF, 2009. 296 p.
4. World Health Organization. Haemoglobin Concentrations for the Diagnosis of Anaemia and Assessment of Severity. Geneva: WHO, 2011;
5. Margarido PF, Bozzini N, Messina ML, Ramos LO, D'Amico EA. Sangramento uterino anormal e distúrbios hemorrágicos:etiopatogenia. *Revista da SOGIA* ano 7 no.1 2006.
6. Chi C, Pollard D, Tuddenham EGD, Kadir RA. Menorrhagia in adolescents with Inherited Bleeding Disorders; *J Pediatr Adolesc Gynecol* (2010) 23:215-222.
7. Stoltzfus RJ. Iron deficiency: global prevalence and consequences. *Food Nut Bull*. 2003;24(4Suppl):S99-103.
8. Batista Filho MO. Controle das anemias no Brasil. *Ver Bras Saúde Mater Infant*. 4004; 4(2) 121-3. Doi:10.1590/S 1519-38292004000200001.
9. Vieira RCS and Ferreira HS. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. *Rev. Nutr.* [online]. 2010, vol.23, n.3, pp. 433-444. ISSN 1415- 5273. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300011>.
10. Chang SC, O'Brien KO, Nathanson MS, Mancini J, Witter FR. Haemoglobin concentrations influence birth outcomes in pregnant African-American adolescents. *J Nutr* 2003; 133:2348-55.
11. Brabin BJ, Hakimi M, Pelletier D. Na analysis of anaemia and pregnancy-related maternal mortality. *J Nutr* 2001;131:6045-155.
12. Marasinghe E, Chackrewarthy S, Abeyseena C, Rajindrajith S. Micronutrient status and its relationship with nutritional status in preschool children in urban Sri Lanka.
13. Cansado RD, Lobo C, Friedrich JR. Tratamento da anemia ferropriva com ferro por via oral. *Rv. Bras. Hematol. Hemoter*. 2010;32 (Supl. 2):114-120.
14. Araújo JT. Resposta hematológica em pacientes com anemia ferropriva (a. Fe) tratados com ferro quelato glicinato. *Rev Bras Med* 57 (9):1036-50, 2000.

CONHECIMENTO SOBRE ANTICONCEPÇÃO E AS PRÁTICAS SEXUAIS ENTRE ADOLESCENTES: UM ESTUDO COM COLEGIAIS CARIOCAS

SANDRA M. PEREIRA¹STELLA R. TAQUETTE²

RESUMO

Este trabalho teve o objetivo de avaliar as práticas sexuais e o conhecimento de anticoncepção de adolescentes para oferecer subsídios às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva. Realizou-se um estudo de corte transversal com 418 alunas do Ensino Médio de três escolas de diferentes perfis da cidade do Rio de Janeiro, duas públicas, sendo uma federal e outra estadual, e uma privada. As estudantes responderam a questões sobre características sociodemográficas, comportamento sexual e conhecimento dos métodos anticoncepcionais. Para analisar os dados, foram utilizados o teste de Qui-quadrado e o t de Student, adotando-se p inferior a 0,05. A maioria das entrevistadas referiu ter conhecimento sobre anticoncepção, principalmente em relação a preservativo masculino, porém poucas delas obtiveram tais orientações em consulta médica. Entre as escolares do ensino privado e da instituição federal, não houve diferenças significativas. Porém, suas características foram distintas das estaduais que tinham nível socioeconômico mais baixo, eram predominantemente da etnia negra, com mais parceiros, menos escolaridade dos responsáveis e menos acesso a informações sobre anticoncepção hormonal e dupla proteção, quando comparadas às demais colegiais, demonstrando ser necessário despender mais atenção a esse grupo.

Palavras-chave: adolescência; anticoncepção; sexualidade.

ABSTRACT

This work aimed to assess teenagers' sexual practices and their knowledge of contraception in order to provide subsidies to public policies for sexual and reproductive health. A cross-sectional study was done with 418 high school students from three schools of different profiles at the city of Rio de Janeiro – a private and two state schools (one of the federal and the other of the state government). The students answered questions regarding social and demographic aspects, sexual behavior and knowledge of contraceptive methods. For analysis of the data it has been used Chi-square test and the Student's t, adopting $p < 0.05$. The vast majority of respondents referred knowledge about contraception, particularly in relation to male condoms; however, a small part of them obtained those guidelines in medical consultation. There were not significant differences between students from private and federal schools. Nonetheless, these schools presented distinct characteristics when compared to state school girls, for the last had the lowest socioeconomic level, were predominantly afro-descendants, had a higher number of sexual partners, had parents with lower educational level and showed deprived access with regard to information about hormonal contraception and double protection, demonstrating the necessity of greater attention to the latter group with regard to sexual health care.

Keywords: adolescence; contraception; sexuality.

INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, que devem ser reconhecidos e garantidos a todos pela sociedade, incluindo indivíduos na faixa etária adolescente. É responsabilidade dos profissionais de saúde contribuir para que esses direitos sejam alcançados.

A adolescência é concebida como um período de grandes transformações, durante o qual acontecem, em geral, as primeiras relações sexuais que podem ter como consequência a gravidez. Para o desenvolvimento adequado de um novo ser, são necessários, além do amadurecimento físico que permite a concepção e a gestação, maturidades psicológica e social¹. Nota-se que a iniciação sexual das adolescentes vem ocorrendo em idades mais precoces, sendo uma das causas apontadas a estimulação sexual pela mídia. No Brasil, a influência dos meios de comunicação, em especial da mídia televisiva, é intensa, frequentemente apresentando a sexualidade de forma banalizada, o que pode promover comportamentos sexuais inseguros e inadequados entre os adolescentes. O setor saúde tem responsabilidade ao tratar dessa questão, devendo contribuir para garantir a saúde sexual e reprodutiva dessa faixa da população².

A sociedade não legitima a sexualidade na adolescência, reconhecendo como “normal” apenas a atividade sexual entre adultos. Um exemplo disso é que a gravidez nessa faixa etária é considerada quase sempre precoce e um problema a ser prevenido³.

O não reconhecimento da sexualidade na adolescência como legítima também é observado entre os médicos que ainda relutam em prescrever contraceptivos a adolescentes sem nenhum fundamento científico que o contraindique, além daqueles para mulheres de todas as idades. Os critérios de elegibilidade médica fixados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelecem que a idade não deve constituir restrição ao uso de qualquer método⁴.

Este estudo buscou avaliar as práticas sexuais, bem como o nível de conhecimento de estudantes sobre os métodos contraceptivos, e oferecer subsídios às políticas públicas para garantir direitos sexuais e reprodutivos na adolescência.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo de corte transversal do tipo inquérito, com uma amostra representativa e heterogênea de alunas do Ensino Médio do município do Rio de Janeiro, de três estabelecimentos de ensino de diferentes perfis: um colégio estadual (E) situado em um bairro do subúrbio da cidade, de status socioeconômico baixo, uma instituição privada (P) localizada em uma zona privilegiada, com estudantes pertencentes à classe social de alto poder aquisitivo, e uma escola técnica federal (F) que exige concurso para o seu ingresso, com estudantes de classe média. O instrumento de coleta foi um questionário estruturado, autopreenchível e anônimo, que continha perguntas sobre características sociodemográficas, comportamentais (relativas à prática sexual) e conhecimento dos métodos anticoncepcionais. O termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado às estudantes que aceitaram participar da pesquisa. Os questionários foram aplicados, em data marcada, entre março e julho de 2010, em auditório pró-

prio das instituições de ensino, estando presente somente a pesquisadora para dirimir dúvidas sobre o preenchimento.

Para avaliar a confiabilidade do instrumento, foi realizado um reteste das entrevistas, em dois momentos distintos. Todas as variáveis estudadas apresentaram valores de percentual de concordância acima de 90% da estatística *kappa*, confirmando, portanto, a confiabilidade e a validade do instrumento. Os dados foram analisados pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – 14.0). A comparação entre proporções foi realizada pelo teste de Qui-quadrado (Yates). Sempre que necessário, utilizou-se a correção de Fisher (valor esperado menor do que cinco). A comparação entre médias foi realizada pelo teste t de Student. Para medir a associação linear entre duas variáveis contínuas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, tendo sido considerado estatisticamente significativo quando a probabilidade de erro foi menor do que 5%.

Foram seguidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), e houve aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), tendo sido garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 418 estudantes, sendo 165 da escola E, 122 da P e 131 da F. A faixa etária das escolares entrevistadas variou de 14 a 19 anos. A maioria das alunas da escola E pertencia à etnia negra, segundo o critério de auto-classificação étnico/racial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, tinha maior média de idade, apresentava renda familiar mais baixa e com responsáveis com menos escolaridade quando comparadas às duas outras.

INICIAÇÃO SEXUAL

Neste estudo, notou-se que as médias de idades foram 12 anos para a menarca e 15 anos para a sexarca, sendo semelhantes entre as estudantes dos três tipos de estabelecimento escolar. Atualmente, observa-se diminuição dos preconceitos em relação à virgindade. Essa mudança tem dado lugar ao estímulo à maior liberação e ao início da atividade sexual cada vez mais precoce e com um maior número de parceiros^{6,7}.

As alunas do colégio E referiram um número maior de parceiros quando comparadas com as dos colégios P e F. Outras pesquisas apresentam resultados semelhantes: segundo dados do Ministério da Saúde⁸, 36% dos jovens entre 15 e 24 anos referem ter tido a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade, enquanto apenas 21% daqueles entre 25 e 29 anos tiveram a primeira relação na mesma época. Igualmente, em seus estudos com adolescentes grávidas, Belo e Silva⁹ observaram que a sexarca ocorria em torno dos 14,5 anos.

Das 26 gestações registradas, 25 foram referidas pelas alunas da escola E, das quais nove resultaram em abortamento. Houve somente um caso de gestação na escola F e não foram declaradas outras ocorrências de abortamento. Houve também 37 relatos de algum tipo de abuso sexual, dos quais 20 da E, 7 da P e 10 da F (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Distribuição das médias das características de alunas do Ensino Médio de escolas estadual, privada e federal - Rio de Janeiro, 2010

Variável	Média ± desvio padrão			p-valor		
	E	P	F	E x P	E x F	P x F
Idade	17,2 ± 2,19 (N = 165)	15,9 ± 0,96 (N = 122)	16,1 ± 0,97 (N = 131)	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05
Renda familiar	1.239,3 ± 872,08 (N = 127)	7.450,5 ± 5.331,63 (N = 82)	4.443,3 ± 3.225,70 (N = 105)	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05
Menarca(idade)	12,1 ± 1,60 (N = 161)	12,1 ± 1,38 (N = 119)	11,8 ± 1,28 (N = 129)	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Primeira relação sexual (idade)	15,1 ± 1,51 (N = 116)	15,3 ± 1,17 (N = 29)	15,1 ± 1,3 (N = 32)	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Número de parceiros	2,7 ± 3,1 (N = 115)	1,2 ± 0,57 (N = 26)	1,5 ± 0,81 (N = 31)	p < 0,05	p > 0,05	p > 0,05
Gestação	1,2 ± 0,58 (N = 25)	0 (N = 0)	1,0 (N = 1)	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05

Tabela 2. Distribuição absoluta quanto à etnia e à escolaridade do responsável segundo o tipo de escola - Rio de Janeiro, 2010

Variável		Média ± desvio padrão			p-valor		
		E	P	F	E x P	E x F	P x F
Etnia	Branca	37	94	75	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05
	Não branca	127	28	56			
Responsável com nível superior	Sim	7	83	76	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05
	Não	144	37	39			

A coleta de dados em amostras estudantis, provenientes de redes de ensino com características diversas, permitiu conhecer a prevalência dos comportamentos em colegiais de diferentes estratos socioeconômicos. Notou-se que dentre as alunas do colégio E, ocorreu um maior número de gestações, de parceiros, de casos de abortamento e relatos de histórico de violência sexual. O aumento nas taxas de gravidez na adolescência pode ser explicado por diferentes causas, entre elas aspectos socioeconômicos que podem variar de acordo com cada país. Apesar de esse fenômeno registrar crescimento em todas as classes sociais, ainda há uma intensa relação entre a pobreza, a baixa escolaridade e a idade precoce para gra-

videz. Essas pacientes, usuárias do sistema público de saúde, frequentemente buscam atendimento em serviços de saúde sexual e reprodutiva, somente quando apresentam alguma patologia ou estão grávidas, e não para uma consulta preventiva. Além disso, fatores como diminuição global da idade média da menarca e da primeira relação sexual compõem um cenário que colabora para o incremento dessas taxas.

Cavalcanti¹⁰ reforça que há grande vulnerabilidade desse grupo etário aos distintos agravos à sua saúde, como gravidez precoce inoportuna e suas complicações, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas, além das distintas formas de violência. Tudo isso leva a juventude a ser alvo de inúmeras

situações de risco. Torna-se necessário que o serviço de saúde possa atuar cumprindo sua função de dedicar atenção integral a essa população, para minimizar tais ocorrências.

ANTICONCEPÇÃO

Tradicionalmente, a gravidez na adolescência era descrita como um problema social, associada à pobreza, e encarada como comprometedor de um desenvolvimento saudável, tanto para a mãe quanto para o filho. Contudo, estudos mais recentes descrevem o fenômeno de forma distinta, como resultante de múltiplas determinações, como a ideia de uso da gestação para obter status e buscar autonomia^{11,12}. Na consulta médica, o profissional e sua paciente podem decidir pela contracepção, se considerarem essa a melhor opção.

As alunas das três instituições de ensino responderam ter conhecimentos sobre os diversos métodos anticoncepcionais. Em concordância com outras pesquisas, grande parte das entrevistadas dos três colégios referiu conhecer o preservativo masculino, sendo esse o método mais divulgado na atualidade, o que se deve, principalmente, às campanhas de combate e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/aids, que vêm sendo veiculadas nos últimos anos pelos meios de comunicação^{13,14}. Consta-se que a maioria das pacientes sabe da necessidade de seu uso para prevenir enfermidades, porém sua utilização continua insatisfatória. Nota-se, portanto, que as jovens não conseguem perceber a dimensão nem a gravidade das doenças que podem contrair, o que, talvez, justifique o comportamento por elas adotado⁹.

As escolares das três instituições demonstraram estar cientes da anticoncepção hormonal, porém possuíam menos conhecimento do preservativo feminino e da dupla proteção. Esse dado é relevante já que qualquer proposta que vise à saúde reprodutiva das pacientes não deverá ter como objetivo somente a prevenção da gravidez, mas também das enfermidades sexualmente transmissíveis. A orientação dada às adolescentes que já têm atividade sexual ou estão prestes a iniciá-la deve enfatizar as responsabilidades advindas dessa decisão. Verificou-se, também, que as alunas da escola E, mais ativas sexualmente e com maior número de gestações, referiram, de forma significativa, ter menos acesso a informações sobre anticoncepção hormonal e dupla proteção, quando comparadas às demais colegiais, demonstrando a necessidade de se dar mais atenção a esse grupo (Tabela 3).

Pesquisas demonstram que embora as jovens tenham conhecimento dos métodos, sua utilização está aquém do desejável. Em uma investigação com 201 adolescentes do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense, 86% dos adolescentes negaram fazer uso do preservativo¹⁵. Dados semelhantes também foram encontrados pela pesquisadora deste estudo, em uma investigação anterior sobre anticoncepção na adolescência, em que 70,6% das jovens afirmaram não usar ou utilizar de forma irregular o preservativo masculino com seu parceiro¹⁶.

Altas taxas de gestação indesejada durante a adolescência e suas complicações, bem como a grande incidência de uso

incorreto e abandono dos métodos anticoncepcionais, são frequentes nessa etapa da vida de crescimento e desenvolvimento.

A ausência do pensamento abstrato e a atividade sexual ocasional e não planejada tornam o risco de uma gravidez não esperada mais elevado. Não raramente, as adolescentes utilizam os contraceptivos de modo inadequado, gerando falhas, o que é explicado pela não frequência e padrões de atividade sexual irregulares, próprios dessa faixa etária^{17,18}. No caso da prescrição de contraceptivos hormonais para adolescentes com menos de 14 anos, sempre se deverá considerar a solicitação da paciente, respeitando os casos de elegibilidade independentemente da idade da jovem, sem constituir ato médico ilícito¹⁹.

Quando o assunto foi anticoncepção de emergência (AE), a maioria das alunas afirmou conhecer essa forma de contracepção, porém constatou-se que esse tipo de informação era mais divulgado entre as escolares da instituição F quando comparadas às do colégio P. A razão dessa diferença pode ser explicada pela menor faixa etária das últimas e o fato de ainda não terem iniciado atividade sexual.

Nogueira et al.²⁰ constataram que era baixo o nível de conhecimento sobre AE entre estudantes do primeiro ano da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP) e mesmo as universitárias que a conheciam apresentavam muitas dúvidas sobre seu mecanismo de ação e efeitos adversos. A AE é um método muito importante para as adolescentes, já que esse grupo apresenta mais risco de manter relações sexuais desprotegidas. Deve ser usada somente em casos de urgência, de forma esporádica, antes de completados cinco dias após uma relação desprotegida ou quando houver erro na utilização do preservativo²¹. Diferentemente de outros métodos anticoncepcionais, este tem indicação reservada a situações especiais ou de exceção, com o objetivo de prevenir gravidez inoportuna ou indesejada²². Quando providas das informações adequadas, as adolescentes podem utilizar esse método caso ocorra algum acidente.

O conhecimento sobre métodos contraceptivos e riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das DSTs/aids²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, constatou-se que a maioria das estudantes afirmou ter ciência dos métodos mais comumente utilizados, com exceção do preservativo feminino, ainda pouco conhecido pelas adolescentes. Outro dado importante foi que as alunas da escola E, por serem mais ativas sexualmente e terem mais gestações, referiram ter menos acesso a informações sobre anticoncepção hormonal e dupla proteção do que as demais colegiais, demonstrando ser necessário dedicar mais atenção a esse grupo. É interessante notar também que poucas estudantes obtiveram orientação por meio do profissional durante a consulta médica. Esse dado é preocupante, já que a assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos contraceptivos, bem como acompanhamento clínico-ginecológico das adolescentes no que se refere ao método escolhido.

Tabela 3. Proporção de estudantes que referiu conhecer os métodos anticoncepcionais segundo o tipo de escola - Rio de Janeiro, 2010

Conhecimento		Instituições de ensino (%)			p-valor		
		E	P	F	E x P	E x F	P x F
Preservativo masculino	Sim	86,1	87,5	91,6	p > 0,05	p > 0,05	P > 0,05
	Não	13,9	12,5	8,4			
	N	158	120	131			
Preservativo feminino	Sim	54,5	53,4	64,5	p > 0,05	p > 0,05	p > 0,05
	Não	45,5	46,6	44,0			
	N	166	116	124			
Dupla proteção	Sim	60,8	76,0	82,3	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05
	Não	39,2	24,0	17,7			
	N	158	121	130			
Contraceção hormonal	Sim	84,4	94,3	96,2	p < 0,05	p < 0,05	p > 0,05
	Não	15,6	5,7	3,8			
	N	160	122	131			
Contraceção de emergência	Sim	89,4	83,5	93,9	p > 0,05	p > 0,05	p < 0,05
	Não	10,6	16,5	6,1			
	N	161	121	131			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. *Edu Revista*. 2007;46:287-310.
2. Toneli MJF, Vavassori MB. Sexualidade na adolescência: um estudo sobre jovens homens. *Interações*. 2004;9(18):109-26.
3. Renepontes P, Eisenstein E. Gravidez na adolescência: a história se repete. *Adolesc Saude*. 2005;2(3):11-5.
4. Pereira SM, Taquette SR. Factores asociados al abandono de la anticoncepción hormonal oral: un estudio con los adolescentes de la ciudad de Rio de Janeiro. *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2007;72(1):26-32.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Acesso em: 11 dez. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
6. Miranda AE, Gadelha AMJ, Swarcwvald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad Saude Pública*. 2005;21(1):207-16.
7. Canella PRB, Araujo MLM, Santos R, et al. A primeira relação sexual. *J Bras Doencas Sex Transm*. 2002;14(2):29-32.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saude Pública*. 2004;38:479-87.
10. Cavalcanti SMOC. Fatores associados ao uso de anticoncepcionais na adolescência. Recife [Dissertação]. Pernambuco: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2000.
11. Canavarro MC, Pereira AI. Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In: Canavarro MC (ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. [S.l.: s.n.]; 2001. p. 323-55.
12. Arilha M, Calazans G. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília (DF), 1998. p. 687-708.
13. Martins LBM, Costa-Paiva LH, Osís MJD, et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saude Pública*. 2006;40(1):57-64.
14. Unicef pesquisa: a voz dos adolescentes. Acesso em: 24 nov. 2005. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pesquisa.pdf>.
15. Isolan TB, Carvalho AVV, Almeida Filho GL, et al. Perfil do atendimento ao adolescente no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. *J Bras Doencas Sex Transm*. 2001;13(4):9-30.
16. Pereira SM. Contraceção hormonal oral na adolescência: uma boa opção [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
17. Cruz T. Adolescente, família e o profissional de saúde. *Rev Adolesc Saude*. 2007;4(3):47-52.
18. Pereira SM, Taquette SR. Anticoncepção hormonal na adolescência: novas opções. *Adolesc Saude*. 2005;2(3):6-10.
19. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saude Pública*. 2005;21:1717-25.
20. Nogueira AA, Reis FJC, Poli Neto O. Anticoncepcionais de emergência: por que não usar? *Medicina*. 2000;33:60-3.
21. Pereira SM. Rompendo preconceitos sobre a utilização da anticoncepção de emergência para as adolescentes. *Adolesc Saude* 2010;7(1):31-6.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.
23. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2006 Mar;6(1):135-40. Acesso em: 22 nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15198292006000100016&lng=en.doi:10.1590/S 1519-38292006000100016.

TITULAÇÃO

1. Doutora em Medicina pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) Professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Campus Macaé) Professora titular do Centro Universitário Serra dos Órgãos Responsável técnica pelo Serviço de Ginecologia do Hospital Federal de Bonsucesso/Ministério da Saúde
2. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo e pós-doutorada em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fio Cruz Professora associada da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ

SÍNDROME DE MEIGS EM ADOLESCENTE: RELATO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA

MEIGS' SYNDROME IN AN ADOLESCENT: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

THAMY JAY GARCIA¹, CEZAR NOBORU MATSUZAKI², JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA³, EDMUND CHADA BARACAT⁴

RESUMO

A síndrome de Meigs caracteriza-se pela presença de fibroma associado à ascite e derrame pleural ipsilateral e tem por característica de base a resolução dos infiltrados após a ressecção do tumor. Não só os fibromas, mas qualquer tumor ovariano benigno e sólido pode caracterizar a síndrome, ou seja, foram incluídos tecomas, tumores de células granulosas e tumor de Brenner benigno, embora o fibroma seja o mais comum. J. S., 16 anos, apresentava aumento do volume abdominal havia três meses, amenorreia havia oito meses, dispnéia aos médios esforços e, ao deitar, astenia e emagrecimento havia um mês. À ultrassonografia pélvica transvaginal, observou-se uma formação expansiva sólida de contornos bocelados e limites bem definidos em ovário direito. À tomografia computadorizada de abdome e pelve, evidenciou-se também uma massa sólida em topografia anexial direita, de contornos bocelados e textura heterogênea, com ascite volumosa e derrame pleural bilateral. Nos exames laboratoriais, apresentou elevação de CA-125 igual a 373,8 (nl < 5,0 ng/ml). A paciente foi submetida à laparotomia, foram drenados dez litros de líquido livre amarelo citrino na cavidade e, como achado cirúrgico, encontrou-se uma massa sólida e de contornos bocelados, medindo cerca de 19 cm no seu maior eixo, englobando o ovário direito e aderido à parede abdominal próximo à bexiga. A biópsia de congelção resultou em um tumor benigno de células estromais, provavelmente tecoma. Por isso, foi possível realizar cirurgia conservadora: anexectomia direita. O exame anatomopatológico resultou em fibroma. Realizou-se uma busca nas bases de dados on-line Medline e Embase para verificar os casos já relatados de síndrome de Meigs em adolescentes, tendo se encontrado um total de seis casos, os quais são descritos e analisados neste estudo.

Palavras-chave: síndrome de Meigs, adolescente.

ABSTRACT

The Meigs' syndrome consists in an ovarian fibroma associated with ascitis and ipsilateral pleural effusion, with the tumour resection all the effusions tends to spontaneous resolution. Not only fibromas can be associated with the syndrome, but almost any benign and solid ovarian tumor like thecomas, granulosa cell tumors and Brenner tumors, although fibroma is the most commom. J. S., 16 years-old, with increasing of abdominal volume for 3 months, amenorrhea for 8 months, dyspnea during medium efforts and at supine position, asthenia e weight loss for 1 month. Pelvic ultrasonography showed a solid irregular mass in right ovary. Abdominal and pelvic tomography also showed voluminous ascitis and bilateral pleural effusions. In her labs there was an increase seric CA-125 373,8 (nl < 5,0 ng/ml). The patient underwent an exploratory laparotomy, in wich was drained 10 liters of yellow citrine liquid from the cavity, was identified a 19 cm irregular solid mass in the right ovary location with multiples adherencies to the abdominal wall next to the bladder. The intraoperatorium biopsy resulted in an benign stromal cell tumor, probably thecoma. T it was possible to perform a conservative surgery: right anexectomy. The pathologic analysis showed fibroma. A search was conducted on the online databases Medline and Embase to find reported cases of Meigs syndrome in adolescents, it was found a total of 6 cases, which were described and analyzed in this study.

Keywords: Meigs syndrome, adolescent.

A síndrome de Meigs, inicialmente descrita por Meigs e Cass em 1937, caracteriza-se pela presença de fibroma associado à ascite e derrame pleural ipsilateral e tem por característica de base a resolução dos infiltrados após a ressecção do tumor. Ocorre em aproximadamente 1% dos casos de fibroma, é mais frequente em pacientes por volta dos 50 anos e rara antes dos 30 anos¹⁻⁵.

Em 1954, Meigs descreveu que não só os fibromas, mas qualquer tumor ovariano benigno e sólido, podem caracterizar a síndrome, ou seja, foram incluídos tecomas, tumores de células granulosas e tumor de Brenner benigno, embora o fibroma continuasse sendo o mais comum^{5,6}.

Os tumores estromais correspondem a 5% a 10% de todos os tumores ovarianos, sendo 3% a 4% fibromas e menos de 1% destes encontrado em mulheres de 19 anos ou menos^{4,7,8}.

O fibroma ovariano mais comumente associado à síndrome é um tumor benigno derivado de células estromais formado por tecido conectivo composto de colágeno e componentes fibrosos que acomete mulheres na meia-idade, com média de incidência aos 48 anos, sendo raro em crianças^{3,4,7-9}.

Em relação à fisiopatologia da síndrome de Meigs, a teoria mais aceita é a de que a ascite ocorre por um transudato da superfície tumoral, em razão da neovascularização e do aumento da permeabilidade vascular. O líquido acumulado ultrapassaria a capacidade de reabsorção peritoneal, gerando um acúmulo. Já o hidrotórax seria causado pela passagem do líquido ascítico pelo diafragma, seja por defeitos congênitos, seja por via linfática^{2,7}.

Alguns estudos recentes sugerem também a presença de um mecanismo no qual o mesotélio seria o principal produtor do líquido ascítico².

Quando o derrame pleural e a ascite associam-se a tumores ovarianos malignos ou metastáticos, ou, ainda, a tumores uterinos ou tubários, é caracterizada a pseudossíndrome de Meigs².

Há, ainda, a pseudo-pseudossíndrome de Meigs, a qual descreve a presença de ascite, derrame pleural e ovários aumentados, secundária a lúpus eritematoso sistêmico. Nesse caso, a ascite caracteriza-se por ser exsudativa⁵.

Identificado por Bast em 1981, CA-125 é um biomarcador para tumores ovarianos e um dos marcadores tumorais mais estudados. Embora possua baixa especificidade, encontra-se positivo em neoplasias ovarianas avançadas, adenocarcinoma endocervical e doenças benignas, como endometriose, cirrose e peritonite. Em 2011, Liou et al. relataram 37 casos de síndrome de Meigs com aumento dos níveis séricos de CA-125. A análise imuno-histoquímica revelou que tal biomarcador era expressado pela superfície do omento e peritônio em detrimento da própria superfície tumoral. Além disso, a presença de ascite e derrame pleural também se correlaciona a níveis aumentados de CA-125².

RELATO DE CASO

J. S., 16 anos, negra, em março de 2003 apresentou aumento do volume abdominal havia três meses, amenorreia

havia oito meses, dispneia aos médios esforços e, ao deitar, astenia e emagrecimento havia um mês. Apresentou telarca, pubarca e axilarca aos 9 anos, menarca aos 13 anos e ciclos menstruais regulares até julho de 2002 (data da última menstruação), mantendo-se amenorreica após essa data. O primeiro coito ocorreu aos 14 anos, teve dois parceiros sexuais e sempre utilizou como método anticoncepcional condom. É nuligesta.

Não possui antecedentes pessoais dignos de nota, a não ser uma avó diabética.

Inicialmente, ao exame físico geral, encontrava-se em regular estado geral, desidratada +/4+, com as mucosas descoloradas ++/4+, emagrecida, anictérica, acianótica, afebril, normotensa e normocárdica. Observaram-se leve dispneia objetiva em decúbito dorsal, tireoide não palpável, ausculta cardíaca normal, maciez à percussão e diminuição do murmúrio vesicular em base de ambos os hemitórax, abdome abaulado com presença de massa palpável de consistência fibroelástica, pouco móvel, dolorosa à palpação, com limite superior atingindo a cicatriz umbilical, não sendo possível delimitá-la inferiormente na pelve. Sinal do piparote foi positivo.

Ao exame ginecológico, apresentou órgãos genitais externos normais para sexo/idade (Tanner IV) e hímen roto. Sem alterações ao exame especular. Ao toque vaginal, verificou-se abaulamento de fundo de saco por massa de consistência fibroelástica, que se confunde com útero. As mamas estavam normais (Tanner IV).

À ultrassonografia pélvica transvaginal, apresentou útero em anteverso-flexão, de forma e ecotextura preservadas, com volume igual a 56,8 cm³ e ecoendometrial homogêneo de 5 mm. O ovário esquerdo estava sem alterações e o direito, com volumosa formação expansiva sólida, contornos bocelados e limites bem definidos, apresentando textura heterogênea pela presença de imagens compatíveis com septos fibrosos em permeio ao parênquima, não sendo observadas formações císticas. O estudo Doppler evidenciou fluxo abundante com baixa resistência.

À tomografia computadorizada de abdome e pelve, evidenciou-se uma massa sólida em topografia anexial direita, de contornos bocelados e textura heterogênea. Apresentou ascite volumosa e derrame pleural bilateral, sem linfonodomegalia.

O hemograma, a função renal e a tireoidiana estavam normais. Exames hormonais (hormônio foliculoestimulante, hormônio luteinizante, prolactina, estradiol, testosterona, androstenediona e sulfato de di-hidroandrostenediona) não indicaram alterações. Em relação aos marcadores tumorais, CA-125 permaneceu igual a 373,8 (nl < 5,0 ng/ml) e antígeno carcinoembrionário, betagonadotrofina coriônica humana e alfafetoproteína, negativos.

A paciente submeteu-se à laparotomia, tendo sido drenados dez litros de líquido livre amarelo citrino na cavidade. Como achado cirúrgico, encontrou-se uma massa sólida e de contornos bocelados, com aproximadamente 19 cm no seu maior eixo, englobando o ovário direito e aderida à parede abdominal próximo à bexiga (Figuras 1 e 2). Havia dez litros de líquido livre amarelo citrino na cavidade. O ovário esquer-



Figuras 1 e 2. Massa anexial direita (1) e seu corte sagital (2).

do e o útero estavam aparentemente normais, não se tendo observado linfonodomegalias nem implantes em peritônio, omento, fígado nem baço.

Durante o tempo cirúrgico, realizou-se uma biópsia de congelação da massa que resultou em tumor benigno de células estromais, provavelmente tecoma. Por isso, foi possível efetuar uma cirurgia conservadora: anexectomia direita. Não houve intercorrências no intra nem no pós-operatório.

O exame anatomopatológico resultou em fibroma, não tendo sido observadas células neoplásicas na citologia do líquido ascítico.

No 24^o pós-operatório, a paciente apresentou fluxo menstrual com duração de cinco dias, de volume habitual e sem dismenorreia. No 48^o pós-operatório, manteve-se assintomática, com ciclos menstruais regulares. Após um ano, manteve-se assintomática e eumenorreica, com raios X de tórax e ultrassonografia pélvica normais, e iniciou uso de anticoncepcional injetável mensal.

Por meio desses exames, concluiu-se que a paciente apresentava um quadro clássico da síndrome de Meigs.

DISCUSSÃO

Foi realizada uma busca nas bases de dados on-line Medline e Embase para encontrar casos já relatados de síndrome de Meigs em adolescentes, utilizando-se o termo descritor “Meigs’ syndrome”. Efetuou-se, ainda, uma revisão das referências dos trabalhos analisados para localizar mais casos inicialmente não incluídos na pesquisa. No total, verificaram-se seis casos publicados na literatura (Tabela 1).

A idade das pacientes nos casos analisados variou entre 12 e 17 anos, segundo a classificação da Organização Mundial da

Saúde (OMS) que define adolescência entre 10 e 19 anos e 11 meses (20 anos incompletos).

Os relatos encontrados foram publicados entre 2000 e 2012.

Em 1964, Majzlin e Stevens descreveram que os fibromas e fibrotecomas representam 91,4% dos tumores associados à síndrome de Meigs, enquanto 4,7% são tumores de células da granulosa e apenas 1,6%, de Brenner. Na revisão de nosso texto, verificou-se um total de sete casos em adolescentes (incluindo o nosso), dos quais quatro são fibromas e três, tumores de granulosa (dois do subtipo esclerosante estromal), no entanto a amostra em adolescentes é pequena¹³.

Em sua maioria, não há produção hormonal, assim como no caso em questão, no qual os níveis séricos hormonais encontram-se dentro dos limites de normalidade^{3,4,14}.

Embora os fibromas raramente apresentem sintomas, neste caso a paciente apresentava dispnéia em razão do grande volume de líquido ascítico e do derrame pleural^{7,15,16}.

Os fibromas ovarianos podem apresentar níveis séricos elevados de CA-125, o que pode gerar dúvidas em relação à sua benignidade. Porém, sabe-se que esse é um marcador inespecífico que pode estar aumentado tanto em malignidades quanto em doenças benignas, como cirrose, pancreatite, peritonite, derrame pleural e ascite. Portanto, é importante realizar a biópsia de congelação para definir a proposta cirúrgica, além das características e achados de imagem⁷.

Após ressecção tumoral, houve resolução da ascite e do derrame pleural, conforme descrito por Meigs e Cass^{1,6,7}.

Observa-se que a paciente em questão manteve ciclos menstruais regulares durante o seguimento pós-operatório, o que sugere preservação da fertilidade após a anexectomia direita¹⁴.

Tabela 1. Casos de fibroma ovariano em adolescentes na literatura

Caso	Autores	Ano de publicação	Idade	Histopatologia	Tamanho do tumor (cm)	Ascite (ml)	CA-125 (U/ml)
1	Chan et al.10	2000	13 anos	Fibroma	20 x 19 x 10	2.100	970
2	Bildirici et al.11	2004	17 anos	Tumor esclerosante estromal	25 x 18 x 15	400	193
3	Kaur et al.12	2009	12 anos	Tumor de célula granulosa	10 x 10	NI	708,69
4	Liou et al.2	2011	17 anos	Tumor esclerosante estromal	14,5 x 13 x 9,5	9.000	4.208
5	Sugiyama et al.7	2011	12 anos	Fibroma	11 x 9,5 x 9	6.700	1.170
6	Monteiro et al.8	2012	13 anos	Fibroma	19 x 15 x 12	3.000	453
7	Caso relatado	2014	16 anos	Fibroma	19	10.000	373,8

NI: não informado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Meigs JV, Cass JW. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax, with a report of seven cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1937;33:249-66.
- Liou JH, Su TC, Hsu JC. Meigs' syndrome with elevated serum cancer antigen 125 levels in a case of ovarian sclerosing stromal tumor. *Taywan J Obstet Gynecol.* 2011;50:196-200.
- Chen YJ, Hsieh CS, Eng HL, et al. Ovarian fibroma in a 7-month-old infant: a case report and review of literature. *Pediatr Surg Int.* 2004;20:894-7.
- Stallings CL, Shehata BM, Wang J, et al. Unusual presentation of ovarian cellular fibroma coexisting with nodular sclerosin Hodgkin's disease: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2008 Sep;43(9):1722-5.
- Cheng MH, Yen MS, Chao KC, et al. Differential diagnosis of gynecologic organ-related diseases in women presenting with ascites. *Taywan J Obstet Gynecol.* 2008;47:384-90.
- Meigs JV. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax: Meigs syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;67:962-85.
- Sugiyama A, Urushihara N, Fukumoto K, et al. Ovarian fibroma with marked ascites and elevated serum levels of CA-125 in a young girl. *Journal of Pediatr Surg.* 2011; 46:1001-4.
- Monteiro SB, Costa A, Paiva V. Mitotically active cellular ovarian fibroma with Meigs' syndrome and elevated CA-125: towards fertility preservation. *Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012;25:e107-e109.
- Ball A, Wenning J, Eyk NV. Ovarian fibromas in pediatric patients with basall cell nevus (Gorlin) syndrome. *Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24:e5-e7.
- Chan CY, Chan SM, Liauw L. A large abdominal mass in a young girl. *Br J Radiol.* 2000;73:913-4.
- Bildirici K, Yalçın OT, Ozalp SS, et al. Sclerosing stromal tumor of the ovary associated with Meigs' syndrome: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2004;25:528-9.
- Kaur H, Bagga R, Saha SC, et al. Juvenile granulosa cell of the ovary resenting with pleural effusion and ascites. *Int J Clin Oncol.* 2009;14:78-81.
- Majzlin AC, Stevens FL. Meigs' syndrome: case report and review of literature. *J Int Coll Surg.* 1964;42:625-30.
- Morse CB, McLaren JF, Roy D, et al. Ovarian preservation in a young patient with Gorlin syndrome and multiple bilateral ovarian masses. *Fertil & Steril.* 2011;96(1):e47-e50.
- Seracchioli R, Bagnoli A, Colombo FM, et al. Conservative treatment of recurrent ovarian fibromas in a young patient affected by Gorlin syndrome. *Hum Reprod.* 2001; 16:1261e3.
- Güney M, Özsoy M, Oral B, et al. Unilateral primary ovarian leiomyoma in adolescent: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;275:507-10.

CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Macedo Almeida
E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÃO

- Médica residente de Ginecologia e Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)
- Médico assistente do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do HC-FMUSP
- Médico responsável pelo setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do HC-FMUSP
- Professor titular da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do HC-FMUSP

Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo _ Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência

XIV Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência e XXXI Congresso de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul

Os tocoginecologistas precisam estar em atualização constante, utilizando todos os recursos possíveis, como literatura, cursos e congressos. A Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (Sogia-BR) procura contribuir para isso e, no momento, anuncia seu próximo evento.

Além dessa atualização científica obrigatória pela rápida evolução da medicina, é necessário discutir outros temas de interesse da profissão. A obstetrícia vem enfrentando uma série de questionamentos de grupos específicos e até de órgãos reguladores em relação à atividade dos médicos e à assistência ao parto. A mídia tem dado amplo destaque ao tema, enfatizando o que chama de “violência obstétrica, parto humanizado” etc. Assim como nos congressos da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), esses temas farão parte da programação do nosso evento de 2016 em Campo Grande, com a presença de especialistas no assunto, e esperamos ampla participação dos congressistas.

Conclamamos todos a comparecerem! Vamos a Campo Grande!

XIV

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL

2016
25 a 28
de maio

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

XIV

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL

Campo Grande - MS



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

Uma das principais cidades de turismo de eventos, turismo rural e de eventos.

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

XIV

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL



Bonito - MS



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

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

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

XIV

CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E
GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

XXXI

CONGRESSO DE GINECOLOGIA E
OBSTETRÍCIA DE MATO GROSSO DO SUL



Estamos te esperando



Temos um encontro marcado
em Campo Grande - MS

25 a 28 de maio de 2016

Combiron

glicinato férrico + associações

Combiron FÓLICO

ferrocarbonila + associações

Contraindicação: Anemia Perniciosa. **Interação medicamentosa:** Carbamazepina.

COMBIRON FÓLICO - ferrocarbonila 120 mg + nitrato de tiamina 4 mg + riboflavina 1 mg + cloridrato de piridoxina 1 mg + cianocobalamina 25 mcg + nicotinamida 10 mg + ácido fólico 2 mg + pantotenoato de cálcio 2 mg - comprimidos revestidos - uso oral - uso adulto - MS - 1.0573.0367. INDICAÇÕES: Indicado no tratamento das anemias ferroprivas, como: correções das anemias provocadas por distúrbios nutricionais ou medicamentosas; na prevenção e tratamento das anemias nos períodos gestacionais, lactação e puerpério e prevenção dos defeitos do tubo neural. **CONTRAINDICAÇÕES:** Contraindicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. Não deve ser utilizado em pacientes que apresentem anemia perniciosa ou megaloblástica. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** Como outras preparações orais de ferro, COMBIRON FÓLICO deve ser mantido fora do alcance das crianças para evitar superdosagem acidental por ferro. A riboflavina deverá ser administrada cautelosamente, principalmente se associada à piridoxina. A cianocobalamina poderá mascarar a deficiência de ácido fólico. Recomenda-se cautela na prescrição da nicotinamida em pacientes portadores de úlcera péptica e doenças hepáticas e precaução na administração de ácido fólico, pois pode mascarar a deficiência de vitamina B12. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A piridoxina aumenta o metabolismo da levodopa, aumentando os níveis de dopamina em pacientes com doença de Parkinson. A absorção da cianocobalamina é diminuída quando a mesma é administrada concomitantemente com cimetidina e outros inibidores de H2 por similaridade. A nicotinamida eleva os níveis da carbamazepina, causando moderado efeito neurológico, tais como: ataxia, nistagmo e diplopia e/ou vômitos. A nicotinamida associada ao ácido acetilsalicílico pode desencadear "rash" cutâneo e eritema facial. O elemento ferro, quando administrado concomitantemente com tetraciclina, altera a absorção da tetraciclina reduzindo sua ação. A administração concomitante com antiácidos pode causar diminuição da absorção do ferro. **REAÇÕES ADVERSAS:** Pacientes mais sensíveis ao tratamento com ferro podem, ocasionalmente, apresentar distúrbios gastrintestinais, tais como: náuseas, vômitos, diarreias, dores abdominais, úlcera péptica e/ou constipação intestinal, gosto desagradável e cefaleia. Reações alérgicas têm sido raramente reportadas após o uso oral do ácido fólico. Manifestações dermatológicas como "rash" cutâneo, urticária, prurido generalizado e/ou hiperqueratose podem ocorrer durante o tratamento. Podem ser observadas reações renais, como descoloração da urina e/ou litíase renal. Podem ocorrer manifestações neurológicas, como sonolência, irritabilidade, distúrbios de comportamento, hipotonia e/ou neuropatia sensorial periférica. Reações hepáticas, como hepatotoxicidade, podem ocorrer. Podem ser observadas reações hematológicas, como elevação dos níveis de fosfatase alcalina, glicose e ácido úrico. Manifestações respiratórias, do tipo broncoespasmo, podem ocorrer durante o tratamento. **POSOLOGIA:** Um comprimido, uma vez ao dia, antes das refeições ou a critério médico. Os comprimidos revestidos devem ser ingeridos sem mastigar. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. ATENÇÃO: ESTE É UM MEDICAMENTO NOVO E, EMBORA AS PESQUISAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA ACEITÁVEIS PARA COMERCIALIZAÇÃO, EFEITOS INDESEJÁVEIS E NÃO CONHECIDOS PODEM OCORRER. NESTE CASO, INFORME SEU MÉDICO. Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica - Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. MB_04 SAP 4069303**

COMBIRON - SUSPENSÃO ORAL - uso adulto e pediátrico - glicinato férrico 275,80 mg + cianocobalamina 0,03 mg + dexpantenol 1,00 mg + nicotinamida 10,00 mg + nitrato de tiamina 4,00 mg + riboflavina 1,00 mg. COMBIRON - SUSPENSÃO ORAL GOTAS - uso pediátrico - glicinato férrico 131,580 mg + cianocobalamina 0,003 mg + dexpantenol 4,600 mg + nicotinamida 10,000 mg + nitrato de tiamina 0,750 mg + riboflavina 1,000 mg - suspensão oral - uso oral. INDICAÇÕES: COMBIRON SUSPENSÃO ORAL: Indicado nas correções das anemias ferroprivas e as provocadas por distúrbios nutricionais ou medicamentosas. Na prevenção e tratamento das anemias na infância, adolescência, adulta e senil, além dos quadros de anemia gestacional, puerperal e nos períodos de lactação. **COMBIRON SUSPENSÃO ORAL GOTAS:** Indicado para o tratamento e profilaxia da anemia ferropriva ou anemia provocada por distúrbios nutricionais ou medicamentosos na infância e/ou adolescência. **CONTRAINDICAÇÕES:** Contraindicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. Não deve ser utilizado em pacientes que apresentem anemia perniciosa ou megaloblástica. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** Como outras preparações orais de ferro, COMBIRON deve ser mantido fora do alcance das crianças para evitar superdosagem acidental por ferro. A cianocobalamina poderá mascarar a deficiência de ácido fólico. Recomenda-se cautela na prescrição da nicotinamida em pacientes portadores de úlcera péptica e doenças hepáticas e precaução na administração de ácido fólico, pois pode mascarar a deficiência de vitamina B12. Cautela e controle na administração de COMBIRON SUSPENSÃO ORAL em pacientes portadores de diabetes mellitus são recomendados. Durante a necessidade de utilização de COMBIRON SUSPENSÃO ORAL GOTAS em crianças portadoras de diabetes mellitus, não há necessidade de cuidados especiais, pois não contém açúcar em sua composição. Como todos os preparados contendo ferro, COMBIRON deve ser administrado com cautela na presença de alcoolismo, infecções agudas e estados inflamatórios do trato gastrintestinal como enterite, colite ulcerativa, pancreatite e úlcera péptica. A ingestão excessiva de álcool, causando incremento do depósito hepático de ferro, aumenta a probabilidade de efeitos colaterais, quando em uso prolongado. A administração do produto em pacientes submetidos a transfusões repetidas de sangue deve ser realizada sob rigoroso controle médico e observação do quadro sanguíneo, visto que a concomitância da aplicação de sangue com alto nível de ferro eritrocitário e sais de ferro por via oral pode resultar em sobrecarga férrica. A ferroterapia parenteral deve ser justificada pela existência de uma anemia por deficiência de ferro, comprovada por exames laboratoriais apropriados, excluindo a presença de anemias de outras etiologias, particularmente hemoglobinopatias. Recomenda-se a realização periódica de exames hematológicos, quando o tratamento for superior a 30 dias. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A absorção da cianocobalamina é diminuída quando a mesma é administrada concomitantemente com cimetidina e outros inibidores de H2 por similaridade. A nicotinamida eleva os níveis da carbamazepina, causando moderado efeito neurológico, tais como: ataxia, nistagmo e diplopia e/ou vômitos. A nicotinamida associada ao ácido acetilsalicílico pode desencadear "rash" cutâneo e eritema facial. Devido à alta estabilidade do ferro quelato, COMBIRON, diferentemente dos sais de ferro inorgânicos como sulfato ferroso, não sofre diminuição da absorção por interação com medicamentos, hormônios esteroides, anticoncepcionais orais, glicosídeos cardíacos. Quando em uso prolongado, a ingestão excessiva de álcool causa incremento do depósito hepático de ferro, aumenta a probabilidade de efeitos colaterais e até tóxicos do ferro. A tetraciclina pode interferir na absorção do ferro e com isso prolongar o tratamento da anemia por deficiência de ferro. **REAÇÕES ADVERSAS:** Pacientes mais sensíveis, quando submetidos ao tratamento com ferro, podem, ocasionalmente, apresentar distúrbios gastrintestinais, tais como: náuseas, vômitos, diarreias, dores abdominais, úlcera péptica e/ou constipação intestinal; gosto desagradável e cefaleia. Nesses pacientes, a redução da dose diária ou a administração imediatamente após as refeições minimiza esses possíveis efeitos. Manifestações do tipo sensação de calor e rubor na face podem ocorrer em percentuais bastante reduzidos devido à nicotinamida. Manifestações dermatológicas como "rash" cutâneo, urticária, prurido generalizado e/ou hiperqueratose podem ocorrer durante o tratamento. Podem ser observadas reações renais como descoloração da urina e/ou litíase renal. Podem ocorrer manifestações neurológicas como sonolência, irritabilidade, distúrbios de comportamento, hipotonia e/ou neuropatia sensorial periférica. Reações hepáticas como hepatotoxicidade podem ocorrer. Podem ser observadas reações hematológicas, como elevação dos níveis de fosfatase alcalina, glicose e ácido úrico. Manifestações respiratórias, do tipo broncoespasmo, podem ocorrer durante o tratamento. No caso de superdosagem acidental, deve ser administrado um emético, o mais rápido possível, seguido de lavagem gástrica, se necessário. Podem ser empregados agentes quelantes e são preconizadas medidas gerais de suporte, visando combater desidratação, acidose e o choque. **POSOLOGIA - COMBIRON SUSPENSÃO ORAL:** 1 mL equivale a 5,24 mg de ferro elementar. **Adultos:** um copo-medida (10 mL), uma a duas vezes ao dia, de preferência logo após as refeições principais. **Crianças:** 0,6 mL/kg, uma vez ao dia ou dividida em duas tomadas, de preferência logo após as refeições principais. (Lembrar que ½ copo-medida equivale a 5 mL e a dose recomendada para crianças entre 15 e 30 kg é de 3 mg/kg/dia de ferro elementar.) **Observação:** para reduzir um possível efeito gastrintestinal COMBIRON poderá ser ingerido durante as refeições. **AGITE ANTES DE USAR. POSOLOGIA - COMBIRON SUSPENSÃO ORAL GOTAS:** 1 mL equivale a 25 mg de ferro elementar. **Crianças:** 2 gotas/kg/dia dividido em duas tomadas (1 mL equivale a 10 gotas). (Recomenda-se o cálculo para crianças até 15 kg: 4 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar. A posologia em gotas foi calculada em uma dose de 5 mg/kg/dia). **Observação:** para reduzir um possível efeito gastrintestinal COMBIRON poderá ser ingerido durante as refeições. **AGITE ANTES DE USAR. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. ATENÇÃO: ESTE É UM MEDICAMENTO NOVO E, EMBORA AS PESQUISAS TENHAM INDICADO EFICÁCIA E SEGURANÇA ACEITÁVEIS PARA COMERCIALIZAÇÃO, EFEITOS INDESEJÁVEIS E NÃO CONHECIDOS PODEM OCORRER. NESTE CASO, INFORME SEU MÉDICO. MS - 1.0573.0373 Material técnico-científico de distribuição exclusiva à classe médica - Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.**



achē
Quem valoriza a vida, valoriza a prescrição médica.

Para prevenção e tratamento da anemia^{1,2}

Combiron
glicinato férrico + associações

Combiron^{FÓLICO}
ferrocarbonila + associações

46%

de **Absorção**²

Apresentações²

GOTAS 30 ml

**SUSPENSÃO
120 ml**

69%

de **Absorção**¹

Apresentação¹

**CAIXA COM
45 CPRS**



Contraindicação: Anemia Perniciosa. **Interação medicamentosa:** Carbamazepina.

Referências Bibliográficas: 1. Bula do produto COMBIRON FÓLICO: comprimidos revestidos. Farmacêutico Responsável: Dr. Wilson R. Farias. Guarulhos, SP. Achê Laboratórios Farmacêuticos S.A. 2. Bula do produto COMBIRON: Suspensão Oral e Gotas. Responsável técnico: Dr. Wilson R. Farias. Guarulhos, SP. Achê Laboratórios Farmacêuticos S.A.



achê
Quem valoriza a vida, valoriza a prescrição médica.