

REVISTA DA SOGLIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- DÚVIDAS MAIS FREQUENTES DOS JOVENS SOBRE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS
- AMBIGUIDADE GENITAL — UMA ABORDAGEM RACIONAL
- ÚLCERA DE BEHÇET NA INFÂNCIA



Brasília, junho de 2009.

Caros colegas,

Sócios da SOGIA, ginecologistas e obstetras, pediatras e outros profissionais que se dedicam à assistência de crianças e adolescentes com problemas ginecológicos e suas comorbidades.

Por meio deste primeiro comunicado, convidamos todos a participar do XI Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e da Adolescência, que será realizado em Brasília, no período de 11 a 14 de agosto de 2010.

Nossos desafios com mulheres dessa faixa etária são muitos: o exercício da sexualidade demanda cuidados e proteções específicas, como prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), contracepção de emergência e outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez e também de sua reincidência, identificação da violência sexual, que vem sendo cada vez mais revelada, e avanços na área de diagnósticos e abordagem cirúrgica por via endoscópica precisam ser discutidos, conhecidos e incorporados em nossa rotina de trabalho.

A atenção à saúde da criança e da adolescente tem crescido nos últimos anos, e sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um desafio tanto na ampliação da rede quanto na qualificação de nossos profissionais.

Brasília, com sua ampla rede hoteleira, a proximidade do aeroporto, a beleza natural do cerrado, sua gastronomia diversificada e de ótima qualidade, o lindo azul do céu que se assemelha ao do mar, o clima ameno e a receptividade dos brasileiros de todos os estados que aqui residem, permitirá aos colegas, que aqui vierem desfrutar de momentos de aprendizagem, crescimento pessoal, profissional e de muita alegria.

Aguardaremos vocês e prometemos nos dedicar com muito carinho à organização de nosso congresso.

José Domingues dos Santos Júnior
Presidente do Congresso



SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Dúvidas mais frequentes dos jovens sobre anticoncepcionais orais	4
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO	
Ambiguidade genital — uma abordagem racional	11
RELATO DE CASO	
Úlcera de Behçet na infância	15
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



MULHER DE FIBRA

A expressão “mulher de fibra”, muito conhecida, serve para qualificar a mulher que tem determinação, a mulher competente. Fazendo uma reflexão, entendi que a expressão se aplica às colegas que aqui mencionarei. A escolha destes quatro nomes se justifica porque fui testemunha, direta ou indiretamente, da labuta de todas elas.

A Dra. Albertina Duarte, já com dois filhos, com sua movimentada clínica privada e suas atribuições à frente do Programa de Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, defendeu tese de doutorado na Universidade de São Paulo (USP) em 1999. Há alguns anos havia feito mestrado na USP. Acompanhei de perto o desenrolar das duas teses e, como suplente, fiz parte da banca examinadora no doutorado.

Em 2002 fui consultado para compor a banca examinadora da defesa de tese de doutorado da Dra. Liliane Herter, em Porto Alegre, em caso de necessidade de substituição de um dos membros. Não houve necessidade, mas só o fato de meu nome ter sido lembrado muito me honra. Recebi e li o trabalho da Dra. Liliane e pude acompanhar de perto toda a sua luta.

A Dra. Liliane, médica, esposa e mãe, em plena correria contra o tempo, preparando sua defesa, foi surpreendida com uma das situações mais angustiantes, uma das provações a que estamos sujeitos nesta vida. Seu querido pai sofrera um infarto do miocárdio, felizmente com excelente evolução. Mesmo com essa situação, a programação foi mantida, e a Dra. Liliane obteve, com brilhantismo, o título de doutora em medicina. Nosso mestre, Álvaro Bastos, comentou muitas vezes comigo esse fato, sempre mencionando a expressão “mulher de fibra”.

A Dra. Zuleide Cabral, vivendo em Cuiabá, com dois filhos ainda em idade escolar, cumpriu todas as etapas exigidas pela Comissão de Pós-Graduação da USP e defendeu sua tese de mestrado em 1998. Vivenciei todo o processo como seu coorientador. Mas a Dra. Zuleide não se deu por satisfeita e pleiteou o doutorado, também na USP. Teve de se submeter às rigorosas regras da universidade, e as cumpriu, até mesmo fazendo os cursos necessários para obter os créditos exigidos. Em 2003, na defesa da tese ela foi brilhante, recebendo elogios de todos os presentes. Fui testemunha, como membro de sua banca examinadora.

Fazer o Congresso Brasileiro da SOGIA 2008 era, por si só, uma tarefa árdua para a Dra. Denise Monteiro. Sabíamos que ela trabalhava para terminar sua tese de doutorado e imaginávamos que ela fosse adiar sua apresentação em função da organização de nosso congresso. Pois ela além de não mudar sua agenda ainda casou uma de suas filhas. Bem, do congresso não necessito falar, todos sabem do sucesso. Embora não participando diretamente de sua tese, estive quase que todos os dias em contato com ela nas discussões sobre o congresso e, invariavelmente, falávamos sobre seu doutorado.

Em 21 de agosto de 2009, nossa colega Marta Rehme, mesmo residindo em Curitiba, defendeu tese na Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, para obtenção do título de doutora em Ginecologia.

A pesquisa teve como orientadora a professora adjunta daquela faculdade, Dra. Anaglória Pontes, que, com sua sabedoria e experiência, muito contribuiu para o sucesso da difícil empreitada da Dra. Marta. A banca examinadora foi composta pelos seguintes professores: Dr. Marcos Felipe Silva de Sá (FMUSP de Ribeirão Preto); Dra. Tâmara Beres Lederer Goldberg (Faculdade de Medicina Botucatu); Dr. José Alcione Macedo Almeida (FMUSP de São Paulo); Cleusa Cascaes Dias

(Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, de Ribeirão Preto); além da Dra. Anaglória, orientadora e presidente da banca.

Sabemos que o processo do doutorado é longo, trabalhoso, desgastante e complexo e requer, por isso tudo, determinação e perseverança. Mas é a defesa da tese o ponto culminante e marcante. Após cumprir todas as etapas exigidas pela Comissão de Pós-Graduação da Universidade, chegou a hora da apresentação oral de seu trabalho seguida da arguição.

É esperado que o candidato esteja ansioso e tenso no momento da defesa da tese. É nesse instante que o candidato tem de mostrar todo seu preparo, com equilíbrio emocional e conhecimento da tese que defende. Algumas vezes a pesquisa é de nível elevado, mas, quando de sua defesa, o candidato não consegue fazer uma boa apresentação oral ou mesmo não responder ou justificar alguns dos questionamentos dos examinadores à altura do que escreveu.

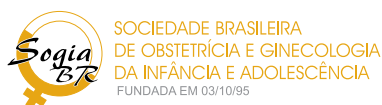
A Dra. Marta Rehme impressionou a todos os presentes. Sua postura e sua didática simples, objetiva e esclarecedora dissiparam quase todas as dúvidas, deixando, assim, os examinadores satisfeitos. Todos os examinadores, com seus questionamentos de alto nível e bem fundamentados, demonstraram que leram com muita atenção o trabalho da candidata. Ao responder ou justificar nossos questionamentos, o fez com toda segurança e clareza, de forma a não deixar nenhuma dúvida de seu conhecimento sobre o tema e, principalmente, do profundo conhecimento de sua pesquisa.

Conhecemos alguns profissionais que obtêm esses títulos apenas para abrilhantar seus currículos, colocar em seus resumos e até mesmo expor o diploma na sala de espera de seus consultórios. Isso sempre me incomodou, uma vez que entendo que esses títulos universitários são para quem vai seguir verdadeiramente a carreira, atuando na universidade, transmitindo seus conhecimentos, praticando o ensino, como acontece com as colegas aqui citadas, todas professoras em universidades de seus estados.

A competência dessas colegas já é conhecida em todo o Brasil e mesmo fora de nosso país, por meio de suas apresentações nos diversos congressos médicos. Mesmo tendo alguns anos de “estrada” à frente, confesso que já aprendi muito com seus ensinamentos em diversos eventos médicos.

Vale lembrar que todas elas sempre estiveram junto a nós, contribuindo para o crescimento da SOGIA-BR. Como presidente de nossa entidade e como seguidor da vida acadêmica universitária, estou plenamente satisfeito com o caminho trilhado por essas colegas e finalizo apresentando minhas congratulações a elas e a todos os outros que, mesmo eu não tendo participado de alguma forma de suas conquistas, obtiveram esse título e o utilizam da melhor forma possível.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR



DÚVIDAS MAIS FREQUENTES DOS JOVENS SOBRE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS

PAULA VILELA GHERPELLI¹ · CECI MENDES CARVALHO LOPES² ·
ELSA GAY DE PERERA³ · RAQUEL SANTOS FERREIRA⁴

RESUMO

Realizou-se um estudo para avaliar quais são as dúvidas mais frequentes dos jovens sobre anticoncepcionais orais. Foram usados *e-mails* recebidos pelo Sextips, serviço de orientação sexual do Colégio Bandeirantes, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2007, selecionados os que continham perguntas sobre anticoncepcionais orais, e estes foram divididos em grupos, de acordo com o tema central de cada dúvida. Cada grupo foi dividido em subgrupos para realizar uma avaliação mais detalhada das dúvidas. Ao todo foram recebidas 142 perguntas. Destas, a ordem decrescente do número de perguntas por temas foi: eficácia, efeitos sobre a menstruação, efeitos colaterais, como proceder em relação ao esquecimento da ingestão de uma ou mais pílulas, interações medicamentosas, uso associado à pílula do dia seguinte, como proceder diante de quadro de diarreia ou vômitos, uso correto da pílula, cessar o uso da pílula, entre outras. As dúvidas mais frequentes dos jovens se referem basicamente à eficácia da pílula e às motivações que o jovem tem em usá-la.

Palavras-chave: anticoncepcionais orais, adolescência, educação sexual, contracepção, sexualidade.

ABSTRACT

There where conducted a study to assess which are the most frequent doubts on oral contraceptives. The e-mails received by sextips, service of sexual orientation by e-mail from the Bandeirantes school, were raised from January 2002 to December 2007. The e-mails containing questions on oral contraceptives were selected, and divided into groups according to the central theme of every doubt. Each group was divided into subgroups to conduct a more detailed assessment of each doubt. A total of 142 questions were received. Of these, the order of the number of questions by subject was: effective, effects on menstruation, side effects, how to proceed when there are missed doses of one or more pills, drug interactions, use associated with emergency contraception, how to proceed when there is diarrhea and / or vomiting, correct use of the pill, stop using the pill, others. The most frequent questions are primarily for effectiveness of the pill and the motivations that people have to use it.

Keywords: oral contraceptives, adolescence, sex education, contraception, sexuality.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como adolescentes as pessoas com idade entre 10 e 19 anos, definição adotada no Brasil pelo Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde¹. Esta é a faixa etária citada por estudos como sendo a de maior ocorrência da iniciação sexual.

Numa pesquisa realizada no Hospital das Clínicas (HC) no ambulatório de Ginecologia na Adolescência, em 1998, observou-se que a mediana da idade na primeira relação sexual foi entre 16 e 17 anos de idade, correspondendo a doze entrevistadas (52,1%) do total do grupo. A média

etária da primeira relação sexual desse grupo foi de 15,2 anos de idade².

O estudo da Unesco, Juventudes e Sexualidade, realizado em 2001, identificou que é na adolescência que ocorre a primeira relação sexual na população do estado de São Paulo. Entre os participantes do sexo masculino, 61,4% responderam que tiveram a primeira relação sexual entre 10 e 14 anos, e 32,5%, entre 15 e 19 anos. Enquanto, no sexo feminino, 34,3% responderam que tiveram a primeira relação sexual entre 10 e 14 anos, e 65,7%, entre 15 e 19 anos. Segundo os autores desse estudo, a média etária no sexo feminino foi de

15,2 anos. Não houve nenhum participante nesse estudo que tenha relatado a primeira relação sexual após os 20 anos³.

Segundo a Fundação Seade (Tabela 1), apesar da média de filhos por mulher no estado de São Paulo ter caído de 4,2 em 1970 para 2,4 em 1998, a contribuição das jovens mães, de 15 a 24 anos de idade, é maior a cada ano, bem como a queda verificada nos demais grupos etários. Para o grupo de 15 a 19 anos de idade, observa-se que, em 1970, 63,9 em mil adolescentes foram mães, e, em 1998, a taxa aumentou para 88,2 em mil².

Tabela 1. Taxa de fecundidade total (TFT) e específica por grupos de idade e variação percentual. Estado de São Paulo: 1970 - 1998

Grupos de idade	1970	1980	1991	1996 (*)	Varição (%) de 1970/96
TFT	4,2	3,4	2,3	2,4	- 42,8
15-19	63,9	73,6	73,3	88,2	38,0
20-24	221,8	187,7	141,6	139,3	- 37,2
25-29	224,1	188	125,6	121,7	- 45,7
30-34	166,7	129,8	76,9	81,7	- 51,0
35-39	98	71,7	35,5	36,6	- 62,6
40-44	39,5	25,4	11,4	9,7	- 75,4
45 e +	7,9	4,5	1,6	0,9	- 88,6

Fonte: Fundação Seade 1970-1998.

A tabela 2 mostra que a proporção de filhos vivos entre as adolescentes está aumentando nas idades abaixo de 17 anos, e diminuindo nas idades entre 18 e 19 anos².

Tabela 2. Distribuição percentual de nascidos vivos por idades simples, no grupo etário até 19 anos

Ano	Até 16 anos	17 anos	18 e 19 anos	Até 19 anos
1980	15,4	19,2	65,4	100,0
1987	19,0	19,8	61,2	100,0
1991	21,5	20,1	58,4	100,0
1998	25,5	20,8	53,7	100,0

Fonte: Fundação Seade: movimento de registro civil 1980-1998.

O que resulta dos dados apresentados é como intervir de modo a diminuir o comportamento de risco em relação à incidência da gestação em idades mais precoces na adolescência⁴. Algumas pesquisas apontam que a gravidez precoce é a demonstração da falta de informação, orientação e acesso aos métodos contraceptivos. Muitos estudos já demonstraram

que quanto mais o jovem é bem informado, mais tardiamente ele começa a vida sexual e com mais segurança².

No estudo do condom feminino, quando se pergunta à população pesquisada sobre o uso de algum método anticoncepcional (MAC) na primeira relação sexual, onze delas (47,8%) responderam que não utilizaram nenhum método anticoncepcional e doze (52,2%) que usaram algum MAC. Entre as onze que não usaram método algum, sete delas (72,7%) declararam que não se preocuparam com isso. Apenas uma (9,1%) — cuja primeira relação sexual foi aos 13 anos — declarou que “não conhecia métodos anticoncepcionais”. Entre as que usaram algum método anticoncepcional, a quase totalidade, dez casos (83,3%), declarou que usou o preservativo masculino na primeira relação sexual. A entrevistada que teve a primeira relação sexual em idade mais precoce, 13 anos, declarou que o método usado foi o coito interrompido. Apenas uma das entrevistadas usou pílula².

No entanto, nesse mesmo grupo, ao se perguntar sobre qual método contraceptivo a entrevistada utilizava naquele momento, 82,6% referiram o uso da pílula anticoncepcional seguida pelo uso do DIU (8,7%). Houve apenas um caso de anticoncepcional injetável (4,3%) e um (4,3%) de condom masculino. Este último caso corresponde a uma entrevistada, que, em razão de problemas tidos com a pílula X, optou em usar o condom masculino, e veio ao HC para a prescrição de uma pílula substituta².

A pesquisa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), realizada em 2000, identificou que 99,4% das gestantes entre 11 a 29 anos de idade conheciam a camisinha, e também 98% delas, a pílula anticoncepcional⁵. Segundo Ximenes, das adolescentes que usavam a pílula como método contraceptivo em sua pesquisa, 75% referiram usar a pílula incorretamente, e apenas 25% relataram o uso correto⁵.

Pela tabela 3 podemos observar, por meio do cálculo do risco relativo (RR), que, de todos os métodos, os que têm maior influência em sua eficácia, quanto à correta compreensão e ao uso do paciente, são os hormonais, tanto orais quanto injetáveis⁶.

Portanto, na tentativa de compreender quais são os erros mais frequentes que ocorrem no uso dos anticoncepcionais orais, esse estudo foi realizado pesquisando as dúvidas mais frequentes sobre estes.

OBJETIVO DESTA PESQUISA

Levantar as dúvidas mais frequentes dos jovens sobre anticoncepcionais orais.

Tabela 3. Percentual de mulheres que apresentam gravidez indesejada durante o primeiro ano de uso e percentual de continuidade do uso ao final do primeiro ano (Estados Unidos)⁶

Método	Percentual de mulheres que apresentam gravidez indesejada no primeiro ano de uso		Percentual de mulheres que continuam utilizando após um ano
	Uso típico	Uso perfeito	
Nenhum método	85	85 RR: 1,0	
Espermicidas	29	18 RR: 1,61	42
Coito interrompido	27	4 RR: 6,75	43
Abstinência periódica	25		51
- calendário		9	
- método da ovulação		3	
- método sintotérmico		2	
- pós-ovulação		1	
Diafragma	16	6 RR: 2,66	57
Preservativo			
- feminino	21	5 RR: 4,2	49
- masculino	15	2 RR: 7,5	53
Pílula combinada e minipílula	8	0,3 RR: 26,66	68
Adesivo transdérmico	8	0,3 RR: 26,66	68
Anel vaginal	8	0,3 RR: 26,66	68
AMPD	3	0,3 RR: 10	56
Injetável combinado	3	0,05 RR: 60	56
DIU			
- T-380	0,8	0,6 RR: 1,33	78
- DIU-LNG	0,1	0,1 RR: 1	81
Implantes de levonorgestrel	0,05	0,05 RR: 1	84
Esterilização feminina	0,5	0,5 RR: 1	100
Esterilização masculina	0,15	0,1 RR: 1,5	100

Pílulas anticoncepcionais de emergência: tratamento iniciado dentro de 72 horas após relação desprotegida reduz o risco de gravidez no mínimo em 75%.
Método da amenorreia de lactação: é um método temporário altamente eficaz de anticoncepção.

MÉTODO

Pesquisa desenvolvida por meio do *site* do Colégio Bandeirantes, no período compreendido de janeiro de 2002 a dezembro de 2007.

CASUÍSTICA

Foram usados dados de *e-mails* recebidos pelo Sextips, serviço de orientação sexual por *e-mail* do Colégio Bandeirantes, que é disponibilizado pelo *site* desse colégio. Esse serviço conta com o trabalho da enfermeira de saúde pública e educadora sexual Maria Helena Vilela para responder dúvidas sobre sexo de alunos e não

alunos do Colégio Bandeirantes de ambos os sexos. Nesse período foram recebidos 3.047 *e-mails* no *site* do Sextips (Tabela 4).

1ª etapa: Número de perguntas por tema

Foram selecionados 128 *e-mails* com dúvidas sobre anticoncepcionais orais (Tabela 5). O critério de exclusão foi *e-mails* em que não constava nenhuma dúvida sobre anticoncepcionais orais.

Esses *e-mails* foram separados nos seguintes subgrupos:

- Dúvidas sobre eficácia
- Dúvidas sobre efeitos colaterais

- c. Dúvidas sobre efeitos sobre a menstruação
- d. Dúvidas sobre como proceder em relação ao esquecimento da ingestão de uma ou mais pílulas
- e. Dúvidas sobre interações medicamentosas
- f. Dúvidas sobre uso associado à pílula do dia seguinte
- g. Dúvidas sobre como proceder diante de quadro de diarreia ou vômitos
- h. Dúvidas sobre uso correto da pílula
- i. Dúvidas sobre cessar o uso da pílula
- j. Outras

Após essa classificação, foram calculadas quantas perguntas haviam por tema. É importante ressaltar que havia mais de uma pergunta na maioria dos *e-mails*.

2ª etapa: Número de perguntas por subtema

Em cada tema, as dúvidas foram agrupadas por subtemas, para assim facilitar a avaliação mais detalhada das dúvidas.

3ª etapa: Perfil da população que enviou *e-mails* nos últimos cinco anos

A população que enviou os *e-mails* nos últimos cinco anos foi avaliada quanto ao sexo e se frequentavam ou não o Colégio Bandeirantes.

4ª etapa: Perfil da população que enviou *e-mails* sobre anticoncepcionais orais nos últimos cinco anos

A população que enviou os *e-mails* com dúvidas sobre os anticoncepcionais orais foi avaliada quanto ao sexo, se frequentavam ou não o Colégio Bandeirantes e quanto à idade. Esta foi dividida nas seguintes faixas etárias: com menos de 13 anos, entre 13 e 14 anos, entre 15 e 17 anos, e com mais de 17 anos (Figura 2).

RESULTADOS

Nos últimos cinco anos foram recebidos 3.047 *e-mails* no site do Sextips, sendo, destes, 128 sobre anticoncepcionais orais.

1ª etapa: Número de perguntas por tema

Ao todo foram recebidas 142 perguntas, divididas nos seguintes temas (Figura 1):

- a. Eficácia: 51 perguntas
- b. Efeitos sobre a menstruação: 23 perguntas
- c. Efeitos colaterais: 19 perguntas
- d. Como proceder em relação ao esquecimento da ingestão de uma ou mais pílulas: 11 perguntas
- e. Interações medicamentosas: 8 perguntas
- f. Uso associado à pílula do dia seguinte: 8 perguntas
- g. Como proceder diante do quadro de diarreia ou vômitos: 4 perguntas
- h. Uso correto da pílula: 4 perguntas
- i. Cessar o uso da pílula: 2 perguntas
- j. Outras: 12 perguntas

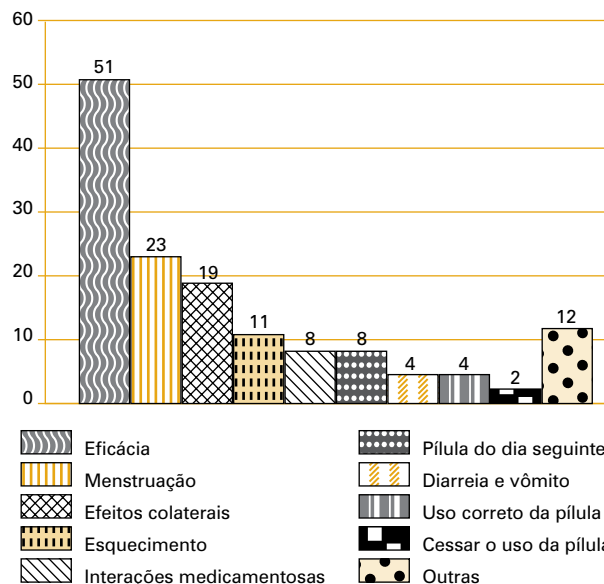
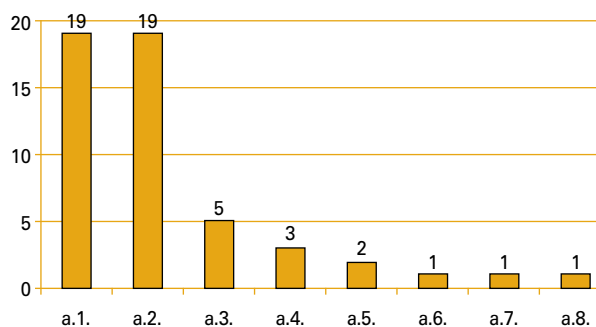


Figura 1. Número de perguntas por subgrupos

2ª etapa: Número de perguntas por subtemas

Cada tema foi separado nos seguintes subtemas:

a. Eficácia:



a.1. Qual o índice de falha da pílula?

a.2. A partir de quanto tempo, após a ingestão do primeiro comprimido, a eficácia máxima da pílula é atingida?

a.3. No intervalo entre uma cartela e outra, há aumento do risco de gravidez?

a.4. Durante o uso correto da pílula há período fértil?

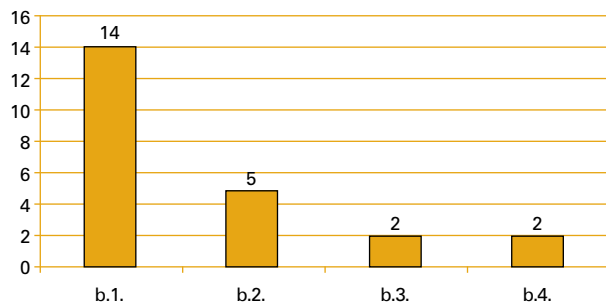
a.5. A eficácia da pílula de baixa dosagem é igual àquela da antiga geração?

a.6. O horário habitual da tomada da pílula interfere em sua eficácia?

a.7. A troca da marca da pílula, sem alterar as dosagens ou os princípios ativos, interfere na eficácia da pílula?

a.8. Emendar uma cartela na outra diminui a eficácia da pílula?

b. Efeitos sobre a menstruação:



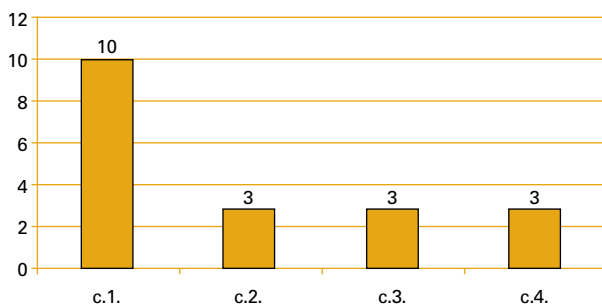
b.1. Pode ocorrer aumento ou diminuição do fluxo menstrual? E *spotting*? Por quê?

b.2. Quanto tempo após cessar o uso da pílula há a regularização dos ciclos menstruais?

b.3. É possível emendar uma cartela na outra caso a menstruação venha numa data indesejada?

b.4. A menstruação pode não surgir no intervalo entre uma cartela e outra, sem que isso signifique obrigatoriamente uma gestação?

c. Efeitos colaterais:



c.1. Quais são os efeitos colaterais?

c.2. Quais os efeitos benéficos da pílula?

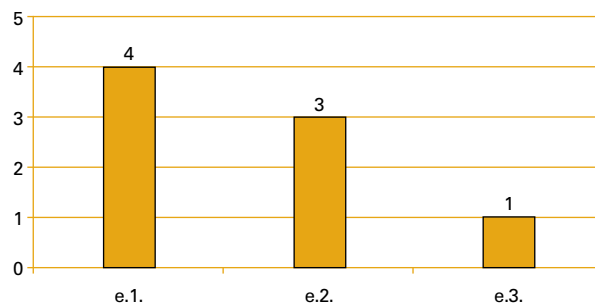
c.3. Quanto tempo após cessar o uso da pílula há o retorno da fertilidade na mulher?

c.4. Quais os riscos do uso da pílula a longo prazo?

d. Como proceder em relação ao esquecimento da ingestão de uma ou mais pílulas:

d.1. Após quanto tempo do atraso da tomada da pílula deve-se fazer uso de um método contraceptivo associado? E por quanto tempo isso é necessário? (11 perguntas)

e. Interações medicamentosas:

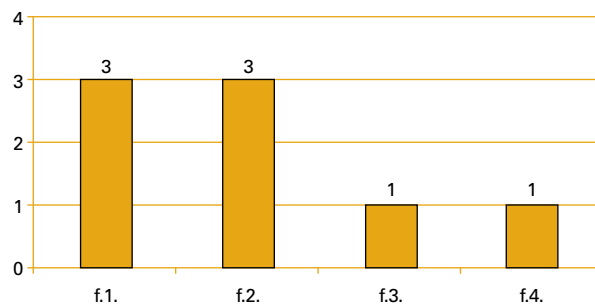


e.1. Quais medicamentos diminuem a eficácia da pílula?

e.2. O uso concomitante de álcool diminui a eficácia da pílula?

e.3. Qual o risco da associação entre cigarro e pílula?

f. Uso associado à pílula do dia seguinte:



f.1. Como proceder após o uso da pílula do dia seguinte?

f.2. Após quanto tempo do atraso da tomada da pílula é necessário tomar a pílula do dia seguinte, caso haja uma relação sexual desprotegida no período?

f.3. É preciso prescrição médica para obter a pílula do dia seguinte?

f.4. Quais os efeitos da pílula do dia seguinte na menstruação?

g. Como proceder diante do quadro de diarreia ou vômitos:

g.1. Como proceder diante do quadro de diarreia? (duas perguntas)

g.2. Como proceder diante do quadro de vômitos? (duas perguntas)

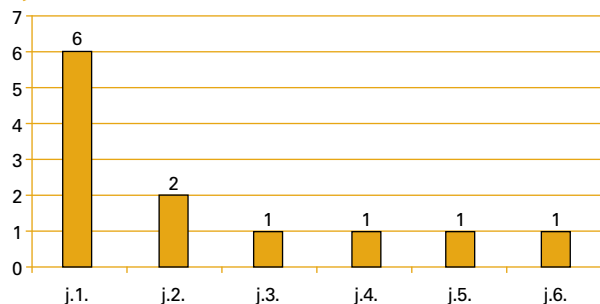
h. Uso correto da pílula:

h.1. O intervalo entre uma cartela e outra depende da menstruação? (quatro perguntas)

i. Cessar o uso da pílula:

i.1. Quando há o desejo de interromper o uso da pílula, é preciso terminar de tomar a cartela atual? (duas perguntas)

j. Outras:



j.1. Por que para iniciar o uso da pílula deve-se ir ao ginecologista?

j.2. Qual o mecanismo de ação da pílula?

j.3. Quais são outras indicações do uso da pílula além da prevenção da gravidez?

j.4. Onde há postos de saúde em São Paulo?

j.5. Distribui-se o anticoncepcional Yasmin[®] gratuitamente nos postos de saúde?

j.6. A pílula protege contra doenças sexualmente transmissíveis?

3ª etapa: Perfil da população que enviou e-mails nos últimos cinco anos

Tabela 4. Número de e-mails recebidos pelo Sextips

Dúvidas totais			
	Bandeirantes	Não Bandeirantes	Total
Sexo M	930	795	1.725
Sexo F	636	686	1.322
Total	1.566	1.481	3.047

4ª etapa: Perfil da população que enviou e-mails sobre anticoncepcionais orais nos últimos cinco anos

Tabela 5. E-mails com dúvidas sobre anticoncepcionais orais

Pílula			
	Bandeirantes	Não Bandeirantes	Total
Sexo M	13	19	32
Sexo F	44	52	96
Total	57	71	128

Idade

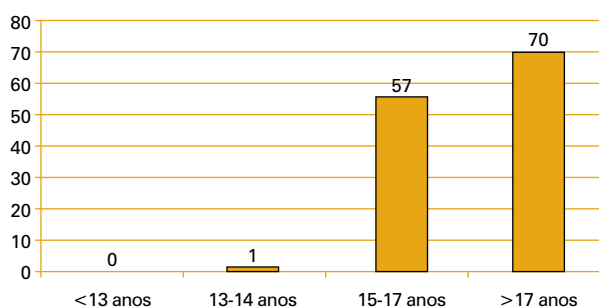


Figura 2. Número de e-mails segundo faixas etárias

DISCUSSÃO

Pelos estudos levantados, pode-se ver que as mulheres, na primeira relação sexual, ou usaram camisinha ou não usaram nenhum método anticoncepcional. Isso ocorre porque, para usar a pílula, é preciso prescrição médica. Para isso a menina precisa pedir aos pais para ir ao ginecologista, e, nessa hora, há a associação imediata dessa necessidade com o início da vida sexual. E muitos pais ainda não estão preparados para lidar com esse fato, assim, não abrindo espaço com as filhas para um diálogo sobre o assunto.

Portanto, os jovens, quando têm sua primeira relação sexual, na maioria das vezes não têm uma preparação adequada para essa experiência, seja em matéria de maturidade para entender quais as consequências do ato sexual (gravidez, doença sexualmente transmissível etc.), seja em conhecimento de métodos para evitar tais consequências¹⁻³. E, como o sexo sempre foi um tabu a ser discutido com os pais e adultos, por mais que hoje em dia os jovens tenham aparentemente mais liberdade para falar sobre isso em casa, eles acabam recorrendo a outras fontes de informações, seja com amigos, irmãos, e, hoje em dia, a internet. A internet é uma forma de obter informações no anonimato, e sexo é um tema que muita gente ainda tem muita dificuldade pessoal de abordar.

O Colégio Bandeirantes tem em seu currículo básico do 5º ano do ensino fundamental ao 1º ano do ensino médio aulas de educação sexual. Em sua página na internet há o Sextips, um serviço que tem o objetivo de responder dúvidas sobre sexo, além de publicar mensalmente um texto sobre um assunto ligado a fatos da atualidade.

Como esse colégio é composto predominantemente por alunos da classe média e alta de São Paulo, e esses alunos enviaram aproximadamente 45% das perguntas sobre anticoncepcionais orais, pode-se entender que tais dúvidas são originadas de uma população que, teoricamente, tem um suporte médico e acesso a informações sobre sexualidade. Mesmo assim, houve um número grande de e-mails perguntando

se existe a possibilidade de automedicação da pílula e sobre condutas que deveriam ser sabidas por usuários de anticoncepcionais orais, uma vez que elas interferem diretamente na eficácia do método. Com esses dados, subentende-se que os jovens, apesar de receberem informações sobre a importância do preparo para relação sexual, seja em matéria de contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento médico adequado, consequência de uma gravidez indesejada etc., ainda relutam em procurar os adultos para tratar desse assunto, sejam seus pais ou médicos. E, na tentativa de esconderem que estão tendo relações sexuais, acabam arriscando sua saúde e seu futuro.

Agora, para que essa realidade possa mudar, é preciso indagar algumas questões: será que os respectivos pais dos alunos se dispõem a discutir assuntos ligados ao sexo em casa? Será que os jovens, antes de iniciar o uso da pílula, se consultam com um ginecologista? Será que os médicos, ao receitarem as pílulas, não estão dando as orientações necessárias? Ou não enfatizam que, caso haja algum problema, eles devem ser contatados, sem que necessariamente seja por via de seus responsáveis? Será que o fato de o colégio se dispor a discutir e ensinar assuntos de sexualidade está fazendo com que esse tema consequentemente seja menos abordado em casa, por comodidade de pais e filhos em não ter de enfrentar um diálogo sobre esse tema?

Outro aspecto do perfil dos jovens que pode ser observado nas entrelinhas desse estudo é que eles, até hoje, têm uma mentalidade de autossuficiência e só admitem seus limites quando vivenciam, ou veem alguém próximo vivenciando, uma situação na qual acreditavam ser imunes. O problema é que muitas vezes, quando o adolescente percebe que precisa de ajuda de alguém mais experiente, pode ser tarde demais. No caso da pílula, quando a gravidez já está instalada.

Portanto, quando se recebe um adolescente em consultório, seja particular ou público, deve-se aproveitar esse momento para tentar esclarecer ao máximo todas as dúvidas, mesmo que ele não faça as perguntas. O papel do médico é dar as orientações mais importantes referentes ao uso do método,

e nas consequências que uma relação sexual desprotegida pode ter. Além disso, e talvez o mais importante, manter algum meio de comunicação com os pacientes.

CONCLUSÃO

As dúvidas mais frequentes dos jovens se referem basicamente à eficácia da pílula e às motivações que o jovem tem em usá-la.

Portanto, quando a pílula é receitada, orientações sobre o mecanismo de ação da pílula, ênfase em seu uso correto, esclarecimento sobre os efeitos colaterais que podem ser esperados e, finalmente, alertar as situações que interferem no efeito da pílula, são fundamentais.

Mas um ponto que deve ser levantado ao final dessa pesquisa é o de criar uma cartilha com as respostas práticas às dúvidas que foram levantadas aqui. Quando se oferece às pacientes materiais impressos que elas possam levar para casa e guardar, isso também as ajuda a usar a pílula de forma mais eficaz. Esses materiais podem servir de referência caso as mulheres se esqueçam das instruções de uso da pílula e assim poderiam reduzir o tempo entre a dúvida e a resposta correspondente. E esse tempo às vezes pode ser crucial para que se mantenha a eficácia da pílula ou para que a mulher não tome decisões impulsivas que possam pôr em risco seu equilíbrio fisiológico.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Child and Adolescent Health and Development. [cited on 2001 Sep 28].
2. Takiuti AD, et al. O uso do condom feminino: avaliação entre adolescentes paulistas, VI Congresso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecologia de la Infancia y la Adolescência, 1999.
3. Castro MG, et al. Juventudes e Sexualidade. UNESCO: 69,72, 2004.
4. Takiuti AD. A saúde da mulher adolescente. In: Madeira FR (Org.). Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
5. Ximenes AUM. Dificuldades relatadas pelas adolescentes quanto ao uso de contraceptivos. Curso de Especialização-Residência em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2005.
6. Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates VV, Guest F, Kowal D. Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2004.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. Paula Vilela GherPELLI
E-mail: paula.vilelag@gmail.com

TITULAÇÕES

- 1 Médica Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 2 Médica Assistente, Doutora e Chefe do Setor de Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 3 Médica Assistente, Doutora e Responsável pelo Setor de Sexualidade da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 4 Interna da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

AMBIGUIDADE GENITAL — UMA ABORDAGEM RACIONAL

VICENTE RENATO BAGNOLI¹ · ANGELA MAGGIO DA FONSECA² · WILSON MAÇA YUKI ARIE³ · CRILSE MARCELA GOMES BAGNOLI⁴ · FABIO BAGNOLI⁵ · PÊRSIO YVON ADRI CESARINO⁶ · JOSÉ ALCIONE MACEDO⁷

RESUMO

A ambiguidade genital é característica importante de grande parte dos indivíduos portadores de malformações genitais, denominadas de estados intersexuais. O prognóstico no tratamento desses pacientes é dependente de diagnóstico e tratamento corretos, em fase precoce, sempre que possível antes de 2 anos de idade. O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir a melhor abordagem na assistência dessa condição clínica.

Palavras-chave: ambiguidade genital, genitália ambígua, diagnóstico, tratamento, feminização.

ABSTRACT

Ambiguous genitalia is an important characteristic of most patients with genital abnormalities called Intersex. The prognosis in the treatment of these patients is defined by precocious and correct diagnosis and treatment if possible before two years old of age. The objective of this paper is to show and discuss the best abordage to attend patients with this clinical condition.

Keywords: *ambiguous genitalia, diagnosis, treatment, feminization.*

A genitália ambígua é manifestação clínica pouco frequente na população geral, mas comum e relevante entre os portadores de malformações genitais, também denominadas de estados intersexuais, e em pacientes atendidas nos ambulatórios de ginecologia endócrina⁷. A abordagem desses indivíduos ainda nos dias atuais, com frequência, é feita de forma inadequada, causando prejuízos por vezes irreversíveis no tratamento. Essa abordagem de forma incorreta geralmente decorre da falta de preparo adequado dos profissionais que assistem os portadores de malformações genitais, quer durante a graduação ou mesmo em cursos de especialização. Aspecto relevante é a escassez de publicações conclusivas sobre o tema que orientem os interessados no atendimento desses indivíduos. Essas razões certamente justificam a reavaliação periódica desse tema com abrangência multidisciplinar^{3,12}.

O objetivo dessa revisão é apresentar os aspectos relevantes da abordagem diagnóstica e terapêutica de indivíduos portadores de ambiguidade genital.

MÉTODO

A elaboração dessa revisão utilizou como base publicações do sistema Pubmed/ Medline, livros e protocolos de conduta com

materia relevante sobre o tema. Os descritores considerados foram: *ambiguous genitalia, diagnosis, treatment, feminization, artificial vagina*. As publicações pertinentes são numerosas, porém poucas apresentam casuística significativa e condutas bem definidas. Esses aspectos conduziram a selecionar poucos trabalhos para o desenvolvimento da pesquisa, e considerou-se pertinente relatar a experiência do serviço de referência Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério e Setor de Ginecologia da Infância e adolescência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

PREVALÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO

A determinação exata da prevalência de indivíduos com genitália ambígua é bastante difícil, justificada por ser pouco frequente, sem obrigatoriedade de notificação, nem sempre corretamente documentada. Em Consenso de Especialistas no Assunto em 2006¹², a prevalência de indivíduos portadores do problema nem sequer foi mencionada na publicação. Na Clínica Ginecológica do HC-FMUSP, em avaliação de 227 indivíduos com amenorreia primária, 45,3% eram portadores de estados intersexuais, e, entre estes, grande parte apresentava

órgãos genitais externos ambíguos, que no global de pacientes atendidas no setor representa frequência pouco significativa.

A classificação dos estados intersexuais é outro aspecto controverso. O Consenso de Especialistas realizado em 2006¹² atribuiu várias denominações ainda pouco difundidas nem sempre aceitas para as diferentes condições de diferenciação sexual anômala, tornando-a pouco prática para a abordagem desses indivíduos. Por essa razão, no HC-FMUSP, emprega-se classificação clínica mais simples e objetiva, não se considerando os fatores etiopatogênicos, e assim resumida³: disgenesia gonadal (DG); pseudo-hermafroditismo feminino (PHF); pseudo-hermafroditismo masculino (PHM) e hermafroditismo verdadeiro (HV).

A genitália ambígua pode ocorrer na DG com cariótipo 45 X/46 XY; na maior parte dos portadores de PHF e PHM e nos indivíduos com HV. Essas são as condições a serem cogitadas por ocasião da avaliação clínica e do diagnóstico de indivíduos com malformações genitais^{3,7}.

ABORDAGEM RACIONAL

O atendimento adequado de indivíduos portadores de malformações genitais deve ser orientado por abordagem racional a seguir esquematizada:

- Atendimento multidisciplinar.
- Diagnóstico precoce e preciso.
- Discussão aberta com os familiares.
- Identidade sexual.
- Adoção oportuna do sexo.

TRATAMENTO ADEQUADO E OPORTUNO

Essas considerações e atitudes são da maior importância, pois diagnóstico e tratamento corretos e em época oportuna, realizados por equipe multidisciplinar, determinarão melhor prognóstico. A discussão franca do problema com os familiares é obrigatória, pois estes, como responsáveis, devem receber informações completas sobre o paciente e devem consentir o tratamento proposto^{3,8}.

A identidade sexual em geral está definida até 2 anos de idade, quando o indivíduo já se reconhece como do sexo masculino ou feminino. Alguns autores defendem que até 5 anos de idade esse processo de identidade não é completo, podendo ainda sofrer modificações. A adoção de determinado sexo deve ser precoce, se possível antes de 2 anos de idade, pois as mudanças do sexo de indivíduos após essa idade costumam ser mais problemáticas. Além do consentimento de pais ou responsáveis para menores de 18 anos, tem-se recomendado que as crianças entre 12 e 18 anos devam ter conhecimento de seu problema e assinar termo de consentimento^{3,12}.

O sexo adotado precocemente, isto é, antes dos 2 anos de idade, deve sempre que possível obedecer ao sexo genético, porém, se a genitália for muito rudimentar, é aconselhável

optar pelo sexo feminino, pois as correções oferecem melhores resultados. A adoção do sexo em idade mais avançada deve, sempre que possível, priorizar o sexo social assumido, pois a reversão sexual em geral é problemática^{3,7,12,16}.

DIAGNÓSTICO DOS PORTADORES DE GENITÁLIA AMBÍGUA

O diagnóstico de indivíduos com ambiguidade dos órgãos genitais, em geral, ocorre no período neonatal ou na primeira infância, porém, em grupo significativo, só na adolescência, cada qual apresentando particularidades, principalmente na etapa clínica.

A ambiguidade genital costuma ser detectada ainda no berçário, no exame rotineiro do recém-nascido, e os achados são variáveis, por exemplo, clitóris hipertrófico, presença de seio urogenital, criptorquidia e genitália externa feminina entre outros. As portadoras de hiperplasia adrenal podem apresentar junto à ambiguidade perda de hidrossalina e hipertensão, que se não diagnosticadas e tratadas conduzem a óbito⁸. Após essa fase, são raros os casos novos detectados na primeira infância. A época da puberdade constitui novo período de diagnóstico, com queixas e achados diversos como amenorreia primária com ou sem infantilismo sexual, puberdade heterossexual e aumento da ambiguidade genital e do fenótipo. Em ambas as condições, os antecedentes familiares, consanguinidade, antecedentes da gestação e doenças devem ser pesquisados^{3,6,11}. Aspecto relevante a ser comentado é que, clinicamente, apenas é feito o diagnóstico clínico de ambiguidade genital, mas não o diagnóstico da variante, que será possível apenas por meio de exames complementares.

Os exames complementares básicos para o estudo de indivíduos com genitália ambígua são:

- Cariótipo: probe específico para X ou Y
- Avaliação de genes por biologia molecular
- Dosagem: 17 OH progesterona/eletrólitos
- Testosterona total e livre, FSH e LH
- Ultrassonografia pélvica e das adrenais
- Ressonância magnética da pelve
- Endoscopia da pelve
- Teste da cortosina
- Teste estímulo HCG
- Biópsia das gônadas

A determinação do sexo genético é fundamental, pois permite caracterizar se o indivíduo é portador de pseudo-hermafroditismo masculino (46XY), feminino (46 XX), disgenesia gonadal (45X/46XY), restando dúvidas apenas no hermafrodita verdadeiro, cujo cariótipo é variável. Como citado anteriormente, o sexo genético, sempre que possível, deverá orientar a escolha do sexo^{3,6}. A pesquisa de genes espe-

cíficos por técnica de biologia molecular poderá ser indicada em casos selecionados¹².

Os casos suspeitos de PHF por hiperplasia adrenal devem ser avaliados com dosagem de 17 OH progesterona, que, quando elevada, confirma o diagnóstico. Nessa condição a dosagem dos eletrólitos está indicada, principalmente em recém-nascidos, pois se não for feito o diagnóstico em fase oportuna, as complicações serão sérias, podendo até mesmo ocorrer óbito. O teste de estímulo com a cortosina está indicado principalmente na puberdade, quando do aparecimento de irregularidade menstrual e virilização, com suspeita de PHF. A positividade confirma o diagnóstico e também orientará o tratamento^{14,15}.

A dosagem de testosterona total e livre está indicada para detalhar o diagnóstico do PHM e observar o potencial de eventual virilização na puberdade, para opção de sexo masculino. Objetivo semelhante é o teste de estímulo com HCG, que se positivo, constitui indícios de boa resposta androgênica na puberdade^{4,11}.

O estudo morfológico dos órgãos genitais internos é bastante útil, e, nos dias atuais, a segurança e a precisão da ultrassonografia pélvica e das adrenais torna-o o melhor e mais simples exame a ser indicado. Havendo dúvidas, outras opções seriam a ressonância magnética e a endoscopia pélvica, que, embora muito precisas, são mais invasivas e onerosas. A vantagem da endoscopia é que além de esclarecer dúvidas permite a realização de biópsia para confirmação anatomopatológica da gônada^{3,6}.

TRATAMENTO

O tratamento de indivíduos intersexuados com genitália ambígua deve obedecer à abordagem racional, pois é tarefa complexa e que exige equipe multidisciplinar qualificada. Nesta atualização, nos ateremos à feminização, tarefa do ginecologista e sua equipe. Os tópicos relevantes a serem seguidos são:

- Legalização do sexo civil
- Assistência psicológica de familiares e paciente
- Adequação ao sexo adotado
- Feminização clínica
- Feminização cirúrgica

O início do tratamento consiste na adoção do sexo em que o indivíduo será civilmente registrado e criado. Essa tarefa não é simples, pois existem regras específicas que variam entre as diferentes nações. O consentimento dos pais ou responsáveis, em geral, é dado para indivíduos com menos de 18 anos de idade, mas existem países em que, após 5 anos de idade, a criança é que deve tomar sua decisão de acordo com sua identidade sexual, em outros, em se tratando de crianças com mais de 5 anos, os pais podem opinar, desde que haja assentimento do paciente. No Brasil, até o momento, a responsabilidade geralmente é atribuída

aos pais, e o assentimento em geral respeitado quando a criança tiver entre 12 e 17 anos de idade. Essas considerações são da maior relevância, pois o acerto no sexo, em época oportuna (antes de 2 anos), favorece as medidas terapêuticas e o prognóstico^{3,12,17}.

A prestação de orientação e apoio psicológico devem ser precoces, desde a fase do diagnóstico, e perdurarem no decorrer da vida, sendo prestados ao paciente e seus familiares, ajudando a compreensão e a colaboração sobre todas as dificuldades e limitações a serem enfrentadas.

O diagnóstico concluído é fundamental à adequação ao sexo adotado, isto é, legalização por meio de registro civil, terapia de apoio e início do tratamento clínico e cirúrgico o mais precocemente possível, para conferir ao paciente características, estilo de vida pessoal, familiar e social o mais próximo ao seu sexo. Neste artigo, serão comentadas apenas as medidas para feminização.

O tratamento cirúrgico para feminização da genitália ambígua consiste de procedimentos precoces e tardios. As correções precoces são a clitoroplastia, em que se preserva parte da glândula com pedículo vasculonervoso para manter a sensibilidade, e abertura ao menos parcial do seio urogenital quando presente. A necessidade dessa cirurgia ainda na primeira infância é para conferir aspecto feminino aos órgãos genitais, fundamentais para permitir a consolidação da identidade sexual feminina. Em etapa posterior, também chamada de tardia, pois deve ser realizada no início da puberdade ou quando houver desejo de iniciação sexual, deve-se indicar a neovagina, pela técnica incruenta de Frank, desde que exista o intróito vaginal, pois se este estiver ausente, há necessidade de técnica cruenta como a de McIndoe, com retalhos ou enxertos de pele glabra. As vantagens da técnica incruenta é poder já ser iniciada mesmo sem desejo de vida sexual e não apresentar riscos de complicações como estenose e rejeição, bastante frequentes na técnica cruenta. É importante ressaltar que algumas pacientes submetidas à abertura de seio urogenital na infância apresentam estenose que deve ser ampliada cirurgicamente na puberdade. Outras medidas para completar cirurgicamente a feminização: plástica de mamas, de formações labiais e outras^{5,6,13}. Aspecto importante nessa fase tardia é o tratamento das gônadas, pois em alguns grupos desses indivíduos há risco elevado de transformação neoplásica, que orienta nesses casos a realização da gonadectomia. A seguir é resumido o risco de transformação neoplásica e a melhor conduta nos grupos mais relevantes^{2,9,10,12}.

RISCO ELEVADO

- Disgenesia gonadal y positivo
- Insensibilidade androgênica parcial
- Conduta: gonadectomia

RISCO BAIXO

- Disgenesia gonadal y negativo
- Insensibilidade androgênica completa
- Ovotestes

CONDUTA: OBSERVAÇÃO E GONADECTOMIA EVENTUAL

O tratamento clínico no processo de feminização deve ser iniciado no período esperado da puberdade, por meio de estrogênio contínuo e isolado quando não houver presença de útero ou esquema cíclico de estrogênio e progestagênio quando houver útero. Com essa medida, há melhora na diferenciação fenotípica, da lubrificação vaginal, do desempenho sexual e prevenção de complicações futuras decorrentes da carência hormonal. O tratamento hormonal deverá ser mantido até o período esperado da menopausa. As portadoras de hiperplasia adrenal congênita devem receber tratamento com corticoides já no momento do diagnóstico, em geral no período neonatal.

CONSIDERAÇÕES

A análise dos diversos aspectos relativos à assistência de portadores de ambiguidade genital conduz às seguintes conclusões e recomendações:

- Atendimento por equipe multidisciplinar.
- Assistência psicológica de paciente e familiares.
- Individualização na condução de cada caso.
- Diagnóstico e definição do sexo, sempre que possível, antes de 2 anos de idade.
- Iniciar a feminização cirúrgica, quando possível, antes dos 2 anos de idade.
- Tratamento com corticoide das portadoras de hiperplasia adrenal imediatamente após o diagnóstico.
- Completar a feminização cirúrgica quando atingir a puberdade. Gonadectomia quando indicada e, quando necessário, tratamento hormonal para melhorar a diferenciação do fenótipo feminino e auxiliar no desempenho sexual.
- Monitorização clínica e laboratorial permanente.

REFERÊNCIAS

1. Arie WMY, Bagnoli VR, Fonseca AM, et al. Tratamento hormonal dos estados intersexuais. In: Pinotti JA, Fonseca AM, Bagnoli VR. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
2. Bagnoli VR. Contribuição ao Estudo do Potencial Oncogênico das gônadas Disgenéticas na Disgenesia Gonadal. São Paulo. (Tese de livre-Docência). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1982.
3. Bagnoli VR, Fonseca AM, Junqueira PAA. Estados intersexuais. In: Pinotti JA, Barros ACSD. Ginecologia Moderna. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
4. Bagnoli VR, Fonseca AM, Junqueira PAA, et al. Pseudo-hermafroditismo masculino. In: Fonseca AM, Bagnoli VR, Halbe HW, Pinotti JA. Ginecologia Endócrina. Manual de Normas. São Paulo: Roca, 2004.
5. Bailez MM, Gearhart JP, Migeon CG, et al. Vaginal reconstruction after initial construction of the externa genitalia in girls with salt wasting adrenal hyperplasia. J Urol. 1992;148:680-4.
6. Brown J, Warne G. Practical management of the intersex infant. J Pediatr Endocrinol Metab. 2005;18:3-23.
7. Fonseca AM, Bagnoli VR, Halbe HW, Pinotti JA. Ginecologia Endócrina. Manual de Normas. São Paulo: Roca, 2004.
8. Frader L, Alderson P, Asch A, et al. Health care professionals and intersex conditions. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158:426-9.
9. Hannema SE, Scott IS, Rajpert-De Meyts E, Skakkebaek NE, Coleman N, Hughes I. Testicular development in the complete androgen insensitivity syndrome. J Pathol. 2006;208:518-27.
10. Honecker F, Stoop H, de Krijger RR, Chris Lau YF, Bokemeyer C, Looijenga LH. Pathobiological implications of the expression of markers of testicular carcinoma in situ by fetal germ cells. J Pathol. 2004;203:849-57.
11. Lee PA. A perspective on the approach to the intersex child born with genital ambiguity. J Pediatr Endocrinol Metab. 2004;17:133-40.
12. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA; International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus Statement on Management of Intersex. Disorders Pediatrics. 2006;118:e488.
13. Lodovici O, Bagnoli VR, Fonseca AM. Princípios básicos do tratamento cirúrgico das malformações femininas. In: Pinotti JA, Fonseca AM, Bagnoli VR. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
14. Marcondes JAM. O cortex supra-renal e as síndromes adreno-genitais. In: Wajchenberg BL. Tratado de Endocrinologia Clínica. São Paulo: Roca, 1992.
15. Merke DP, Bornstein SR, Avila NA, Chrousos GP. Future directions in the study and management of congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. Ann Intern Med. 2002;136:320-34.
16. Ogilvy-Stuart AL, Brain CE. Early assessment of ambiguous genitalia. Arch Dis Child. 2004;89:401-7.
17. Sentencia SU-337/99, May 12, 1999; T-551/99, Aug 2, 1999 (Supreme Court decision, Colombia).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Vicente Renato Bagnoli

E-mail: vrbagnoli@uol.com.br

TITULAÇÕES

- 1 Professor Associado do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- 2 Professora Associada do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP.
- 3 Doutor em Medicina pela FMUSP, Médico Assistente do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- 4 Pós Graduanda em Ginecologia.
- 5 Pós Graduando em Ginecologia.
- 6 Pós Graduando em Ginecologia.
- 7 Doutor em Medicina pela FMUSP, Médico Assistente do Hospital das Clínicas da FMUSP.

ÚLCERA DE BEHÇET NA INFÂNCIA

CRISTIANE LIMA ROA¹ · LANA MARIA DE AGUIAR² · JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA³

RESUMO

A síndrome de Behçet é uma vasculite crônica, recorrente e multissistêmica de etiologia desconhecida, hoje considerada causa de úlcera genital sem relação com doença sexualmente transmissível (DST). Caracteriza-se pela presença de ulcerações orais recidivantes, úlceras genitais, lesões cutâneas, alterações inflamatórias oculares e teste de patergia positivo. São descritas na literatura repercussões importantes como cegueira precoce (20% a 25% dos adultos com acometimento ocular), trombozes venosas superficiais e profundas recorrentes em 30% dos casos e acometimento neurológico em 20% dos doentes. Relatamos aqui o caso de paciente com 11 anos de idade, que se apresentou com úlcera oral e genital. A anamnese descartou a possibilidade de DST, e a queixa de artralgia reforçou a hipótese diagnóstica de doença de Behçet. Tratou-se com prednisona e ibuprofeno, com remissão após quinze dias. Enfatiza-se, com o relato deste caso, a importância de anamnese e exame físico da genitália infantil, alertando o médico examinador das diversas possibilidades diagnósticas nos quadros de úlcera genital na infância e na adolescência, visando ao diagnóstico precoce, ao tratamento adequado e, conseqüentemente, ao melhor prognóstico.

Palavras-chave: doença de Behçet, úlcera genital e úlcera oral.

ABSTRACT

Patient at eleven years old with oral and genital ulcer. The anamnesis cast the possibility of a sexually transmitted disease off and an articulation pain suggested the hypothesis of Behçet disease. The Behçet Syndrome is a chronic vasculite, repetitions and multisystemic of unknown etiology. Nowadays it is considered the cause of a genital ulcer with no SDT. Its presents oral repetitions ulcer, genital ulcer, cutaneous lesions and vascular inflammatory disorders and positive patergia test. According to the literature, the disease presents important repercussions like early blindness (20% - 25% of adults with ocular disorder), superficial and profound thrombosis in 30% of the cases and neurological disease in 20% of the sick people. We emphasize the importance of a anamnesis and a physical exam of the genitalia, alerting the physician the different possibilities of diagnosis in front of a genital ulcer in child and adolescent, trying to get an early diagnosis and a adequate treatment, giving them a better prognosis.

Keywords: Behçet Syndrome, genital ulcer, oral ulcer.

INTRODUÇÃO

A doença de Behçet é enfermidade vascular inflamatória de etiologia desconhecida, com características clínicas variáveis, descrita em 1937 pelo dermatologista Hulus Behçet. Atualmente é considerada uma vasculite crônica e recorrente, sendo que a artéria, ou a veia comprometida, provoca alterações no local atingido. Essa doença envolve quase todos órgãos e sistemas, ora concomitante ora sequencialmente^{12,15,16}.

Apresenta distribuição universal, com maior frequência em populações próximas ao mar Mediterrâneo, ao Oriente Médio e ao Japão e é rara na Europa e nos Estados Unidos^{5,3}.

Os homens são mais acometidos do que as mulheres, em proporção que varia de 1,5 a 5 homens por uma mulher,

sendo em geral mais grave em pacientes do sexo masculino. Entretanto, em séries ocidentais, observa-se predominância no sexo feminino^{5,17}.

Atinge tanto crianças quanto adultos, mas os primeiros sintomas começam em geral entre 20 e 35 anos de idade. Relatos de casos nos períodos neonatal, juvenil e gravídico são infrequentes⁷.

A mortalidade por essa doença associa-se às suas complicações, mais frequentes em jovens do sexo masculino com manifestação precoce da doença⁵.

Segundo alguns estudos, esse antígeno parece estar relacionado à gravidade da doença, pois está presente em pacientes com uveíte posterior ou doenças do sistema nervoso

central^{17,18}. Hoje o acometimento neurológico está distinto entre neuro Behçet (NB) e vâsculo Behçet (VB). O NB é caracterizado por um comprometimento do parênquima do sistema nervoso central (SNC), provavelmente multifocal, decorrente de um processo meningoencefalítico, com sintomas relacionados com a sede da lesão parenquimal, tais como distúrbios piramidais, cefaleia, disfunção esfinteriana, alterações comportamentais e impotência sexual. Na VB o dano parenquimatoso é secundário a um processo patológico de uma grossa veia ou artéria^{7,8,20}. A trombose do seio venoso com hipertensão endocraniana secundária representa um dos quadros característicos, e a cefaleia é o sintoma mais frequente²⁰.

Pacientes com doença de Behçet apresentam altos níveis de interleucina-12, o que desencadeia a diferenciação “Th-1 types”. Há aumento periférico de CD4+, CD8+, células T, produzindo interleucina-2 e interferon alfa. Observa-se também elevação dos níveis de TNF alfa, IL alfa e IL 8, que poderiam estar envolvidos na ativação de neutrófilos e nas interações celulares aumentadas entre estes e as células endoteliais (anticorpos anticélulas endoteliais)¹⁸.

Alguns estudos correlacionaram a doença de Behçet a agentes infecciosos como herpes vírus simples tipo 1, Epstein-Barr Vírus (EBV) e estreptococos, que poderiam levar à manifestação inicial dessa doença. Quanto às úlceras genitais do Behçet, estas surgem de micropápulas eritematosas^{2,3}. São raras, com fundo sujo ou eritematoso, podendo ou não apresentar processo inflamatório ao redor da lesão⁵.

O comprometimento da pele inclui foliculite, pústulas, vesículas, pápulas, furúnculos, abscessos, lesões acneiformes, síndrome de Stevens-Johnson e eritema nodoso⁵. A lesão típica da pele é a patergia que é uma reação exagerada a uma picada de agulha, que se manifesta por uma induração eritematosa de mais de 2 mm desenvolvida no local do trauma, em seguida surge uma pequena pústula estéril central e posteriormente uma ulceração. A reação é positiva quando no local surge pápula ou pústula 24 a 48 horas após o teste.

O comprometimento articular consiste em artrite ou artralgia, podendo ser oligo ou poliarticular³. Alterações como miosite, mialgia e necrose asséptica por vasculite podem ocorrer.

Corioretinite, iridocite, papilite óptica, tromboflebite retiniana, arterite, conjuntivite, episclerite e ceratite são manifestações oculares da doença, manifestam-se tardiamente, ocorrem em 48% a 72% dos casos, com perda visual em até em 25% destes.

Manifestações intestinais, vasculares, articulares e neurológicas são consideradas.

A doença costuma ter curso clínico intermitente, podendo, entretanto, algumas vezes manifestar-se isoladamente em algum órgão ou sistema de forma crônica^{5,17}.

Um paciente é considerado com doença de Behçet quando apresenta ulceração oral recorrente e mais duas outras manifestações constantes dos critérios internacionais estabelecidos em 1989 (Quadro 1)³.

Quadro 1. Critérios maiores e menores da doença de Behçet

Critérios diagnósticos da síndrome de Behçet (critério internacional de classificação da doença de Behçet — 1989)

Ulceração oral recorrente — ao menos três episódios ao ano

- Aftas menores
- Aftas maiores ou ulceração herpetiforme

Mais dois dos seguintes critérios:

- Ulceração genital recorrente
 - Ulceração genital recorrente ou cicatrizes
- Lesões oculares
 - Uveíte anterior ou posterior
 - Células no vítreo, observadas na lâmpada de fenda
- Ou
- Vasculite retiniana
- Lesões cutâneas
 - Eritema nodoso
 - Pseudofoliculite
 - Papulopústulas
- ou
- Nódulos acneiformes em pacientes fora do período de adolescência e que não estejam recebendo corticoides.
- Teste de patergia positivo
 - Pápula eritematosa ou pústula estéril, > 2 mm, observada no local das micropuncturas, 48 horas após sua aplicação, feita com agulha estéril de calibre 20-22, penetrada obliquamente, em pelo avascular com 5 mm de profundidade.

O estudo anatomopatológico demonstra alterações vasculares, desde perivasculite linfocitária à verdadeira vasculite leucocitoclástica, com degeneração fibrinoide das paredes dos vasos, infiltrado neutrofilico com leucocitoclasia e extravasamento de hemácias^{5,15}.

RELATO DO CASO

KLA, 11 anos de idade, branca, estudante, natural de Minas Gerais e procedente de Diadema, São Paulo. Procurou o hospital com queixa de dor tipo queimação e “ferida” em vulva há sete dias, acompanhada de disúria. Relata que uma semana antes das lesões vulvares apresentou estado gripal e “estomatite” (aftas orais). Procurou assistência médica (pediatra) há cinco dias sendo medicada com paracetamol. Refere artralgia esporádica há um ano, relacionada ao crescimento

(sic). Paciente virgem e ainda não teve menarca. Nega casos semelhantes na família.

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, pesando 30 kg, 1,42 m de altura, 36 °C, pressão arterial de 110 x 70 mmHg. Aparelhos cardiovascular e pulmonar sem alterações. Presença de lesões aftosas em língua e mucosa oral em cicatrização (Figuras 1 e 2). Lesões ulceradas dolorosas, com bordas delimitadas, recobertas por fibrina em fúrcula vulvar, pequenos lábios e edema em região clitoridiana e pequenos lábios (Figura 3).

As reações sorológicas para sífilis, hepatite B e C, citomegalovírus, herpes vírus e HIV foram não reagentes. Hemograma com Hb de 12, Ht de 35%, leucócitos de 6.000, urina tipo 1 e urocultura normais, VHS 20, PCR 55. O exame de fundo de olho foi normal. Com esse quadro clínico e laboratorial firmamos o diagnóstico de doença de Behçet. Foi prescrita prednisona, 20 mg/dia, ibuprofeno, 400 mg, 35 gotas de 8 em 8 horas por dez dias, lidocaína gel local e banho de assento com permanganato de potássio. Na consulta de retorno após quinze dias apresentou-se sem lesões e foi orientada para a redução gradual do corticoide até dose mínima (Figura 4).

DISCUSSÃO

As úlceras vulvares são incomuns, porém dolorosas e penosas em mulheres de todas idades. As jovens virgens podem ter úlceras associadas à infecção por Epstein-Barr Vírus (EBV), mas pouco se conhece sobre outras etiologias de úlcera nessa população. A úlcera aftosa vulvar tem sido relatada, porém com literatura escassa. O diagnóstico diferencial é feito entre úlcera infecciosa e não infecciosa.

Dentre as úlceras infecciosas estão as DSTs, sendo a infecção herpética mais comum, seguida por sífilis e cancroide. O linfogranuloma venéreo é mais raro. O herpes aparece também em quadros não relacionados com DSTs^{4,12}.

Por outro lado, úlceras vulvares em mulheres sem atividade sexual têm causa menos conhecida. Em 1913, Lipshutz relatou um quadro em adolescente de úlcera vulvar não infecciosa. O conhecimento e a suspeita de úlcera vulvar de causa não sexualmente transmitida incluem outros agentes infecciosos, reação a drogas, fatores hormonais e doenças autoimunes¹¹. A mais comum é o EBV, sendo que o diagnóstico pode ser feito por testes sorológicos, cultura ou PCR para o vírus da lesão⁶. Na literatura há descrito um único caso de citomegalovírus (CMV) e um caso de úlcera associado à febre paratifóide. A dermatite autoimune à progesterona e à hipersensibilidade a estrogênios são casos isolados de úlceras por causa hormonal. Reações a drogas como anti-inflamatórios não hormonais



Figura 1.



Figura 2.

podem ser causa de úlceras. Outras causas não infecciosas incluem doença de Crohn, doença de Behçet, pênfigo, penfigoide e aftoses. Pênfigo e penfigoide produzem lesões bolhosas da pele nas membranas da mucosa e se apresentam como erosão. A manifestação vulvar da doença de Crohn se caracteriza como úlcera em facada localizada na região inguinal e interlabial^{1,10,19}.



Figura 3.



Figura 4.

No caso aqui relatado tem-se uma criança de 11 anos de idade, virgem, com história de artralgia não investigada, com úlcera oral e vulvar e boa resposta terapêutica com uso de prednisona e ibuprofeno, compatível com o diagnóstico de doença de Behçet.

O diagnóstico da doença de Behçet é feito por critérios clínicos. Não existe até o momento nenhum achado labora-

torial que permita a confirmação do diagnóstico. Em nosso meio, a biópsia da úlcera vulvar, embora recomendada pela literatura, não é realizada com a finalidade diagnóstica em crianças, tanto pela dificuldade técnica quanto, pelo resultado histológico pouco expressivo, que muitas vezes não comprova a vasculite. Portanto, à luz desses conhecimentos, iniciamos o tratamento logo após o diagnóstico clínico principalmente nas úlceras genitais de repetição, o que está de acordo com vários autores^{3,5,9}.

Quanto ao tratamento, diversos tipos de drogas têm sido recomendados com objetivo de suprimir o processo inflamatório. Nas lesões mucocutâneas, as drogas recomendadas são: prednisona, 1 mg/kg/dia nas exacerbações agudas, colchicina, 0,5 mg a 1,5 mg/dia tanto em exarcebações agudas quanto como droga de manutenção, dapsona, 100 mg/dia para suprimir lesões mucocutâneas (mas pode ocasionar anemia hemolítica), talidomida (deve ser evitada em mulheres por causa dos efeitos teratogênicos), banho de assento com permanganato de potássio e lidocaína gel local^{3,12,15,16}. Em nossa paciente utilizamos prednisona, com ótimo resultado.

No acometimento do SNC, em pacientes com uveíte posterior e também em casos de arterite, utilizam-se altas doses de corticoides (prednisona, 60 mg/dia) e imunossupressores com azatioprina, ciclosporina A, clorambucil^{3,12}.

Em casos com forma grave de acometimento orgânico, o habitual é o tratamento ser suspenso após dois anos de remissão da doença.

É importante deixar claro para a paciente a necessidade de acompanhamento multidisciplinar, com reumatologista e oftalmologista e, muitas vezes, com psicólogo.

REFERÊNCIAS

1. Barnes CJ, Alio AB, Cunningham BB, Friedlander SF. Epstein Barr Virus. Associated Genital Ulcers: An under recognized disorder. *Ped Dermatol.* 2007;24(24):130-4.
2. Berli C. The pathogenesis of the called ulcers vulvar acutum. *A derm-venereol.* 1965;45:221-2.
3. Carneiro SCS, Rocha ALC, Velloso MBFMM, Carneiro CS, Azulay RD. Doença de Behçet. *An bras Dermatol.* 1986;61(6):319-25.
4. Chapman MS, Margesson LJ, Birenbaum D. Genital ulcers caused by Epstein Barr virus. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:824-6.
5. Coimbra AMV, Fernandes SEM, Costallat LTL, Sâmara AM. Síndrome de Behçet: apresentação de dez casos e revisão da literatura. *Rev Bras Reumatol.* 1989;29(3):105-10.
6. Cordoba SHN, Romero A, Minano R, Saenz T, Borbujo J. Lipchutz ulcers-four cases. *Ped Dermatol.* 2008;25(3):364 -7.
7. Hilário MGO, Terreri MT, Len CA. Doença de Behçet. In: *Vasculites. Fundação para o desenvolvimento da Reumatologia.* São Paulo: W Cossermelli, 2002. p.533-37.
8. Houman MH, Salem R, et al. Les manifestations neurologiques de la maladie de Behçet. *Rev Med Intern.* 2009;9:27.

9. Huppert JS, Gerber MA, Deitch HR, Mortensen JE, Staat MA, Adams Hillard PJ. Vulvar ulcer in young females. A manifestation of aphthosis. *J Pediat Adolesc Gynecol*. 2006;19:195-204.
10. Kuloglu Z, Kansee A, Demircen F, Bozkir M, Kologlu NKMB, Girgin N. Crohn's disease of the vulva in a 10 year old girl- the turkish. *J Ped*. 2008;50:197-9.
11. Lorenzo CV, Mauger TF, et al. Acute vulval ulcer or Lipschutz's disease. *J Gynecol Onstet Reprod (Paris)* 2002;31(7):684-6.
12. Oliveira LR, Gonzaga HFS, Lopes MA. Síndrome de Behçet. *J Bras Med*. 2003;84:16-20.
13. Pelletier F, Aubin F, Pezenat ,et al. Lipschutz genital ulceration: a rare manifestation of paratyphoid fever. *Cur J Dermatol*. 2003;13:297-8.
14. Saavedra ER, Spiro GM, Mata JF. El Síndrome de Behçet em México. *Rer Méd IMSS*. 1985; 23(6):459-63.
15. Saip S, Siva A, Altintas A, Kiyat A, Seyahi E, Hamuryudan V, Yazici H. Headache in Behçet's syndrome. *Headacke*. 2005;45:911-9.
16. Sampaio SAP, Castro RM, Rivitti EA. *Dermatologia Básica*. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989. p.263.
17. Schererr MAR, Orefice F. Contribuição ao estudo das manifestações dermatológicas e oftalmológicas da síndrome de Behçet. *Arq Bras Oftalm*. 1988;51(4):149-55.
18. Souza RC, Lage L, Goldesntein-Schainberg C, Macedo AR, Carrasco S, Gonçalves CR. Anti-endothelial cell antibodies and central nervous system involvement in Behçet disease. *Clinics*. 2007;62(6):685-90.
19. Wetter DA, Bruce AJ, MacLaughlin KL, Rogers RS 3rd. Ulcus vulval acutum in 13 year old girl after influenza A infection. *Skinmed*. 2008;7(2):95-8.
20. Volpinari S, et al. La cefalea nella malattia de Behçet. Contributo casistico e revisione della letteratura. *Reumatismo*. 2009;61(3):174-81.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. Cristiane Roa

E-mail: cristianeroa@hotmail.com

TITULAÇÕES

- 1 Médica Assistente da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).
- 2 Médica Assistente Doutora, Chefe do Setor de Patologia Vulvar Benigna do HC-FMUSP.
- 3 Médico Assistente Doutor, Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência do HC-FMUSP.

Doutorado em Medicina — Um título merecido

Em 21 de agosto de 2009 a Dra. Marta Francis Rehme, vice-presidente da SOGIA-BR, região sul, obteve o título de Doutora em Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, campus de Botucatu. Sua tese recebeu o título: "O hiperandrogenismo influencia no desenvolvimento de síndrome metabólica em pacientes com síndrome dos ovários policísticos?".

A orientação da pesquisa foi da exigente Professora Anaglória Pontes, que é Professora Adjunta daquela faculdade e que, com sua sabedoria e experiência, muito contribuiu para o sucesso da difícil empreitada. As duas, orientanda e orientadora, estão de parabéns.

Após o cerimonial houve um jantar de confraternização entre a banca examinadora, familiares e amigos da Dra. Marta.



Banca examinadora, da esquerda para a direita: Dra. Cleusa, Dra. Anaglória, Dr. Alcione, Dra. Marta, Dr. Felipe e Dra. Tâmara.



Dr. Alcione (exibindo a tese) e Dra. Marta.



Pai da Dra. Marta, Sr. Benevides, Dra. Marta e o marido, Dr. Rogério.



Sr. Benevides e Dra. Marta.

Participação da SOGIA em congressos

Congresso Paulista De Obstetrícia e Ginecologia, organizado pela Sociedade Paulista de Obstetrícia e Ginecologia (Sogesp), São Paulo, 24 a 27 de junho de 2009.

Representantes da SOGIA-BR:

Dr. José Alcione Macedo Almeida, Dr. Vicente Renato Bagnoli, Dr. Marco Aurélio Galletta,
Dr. João Bosco Borges.

XVII Jornada Mato-Grossense de Ginecologia e Obstetrícia

Cuiabá – Mato Grosso, 10 a 12 de setembro de 2009.

Representantes da SOGIA-BR:

Dra. Denise Maia Monteiro, Dr. José Alcione Macedo Almeida, Dra. Liliane Herter e
Dra. Zuleide Felix Cabral.

Junte-se a nós!

A SOGIA tem como objetivo incentivar o estudo e a pesquisa científica de problemas relacionados à infância e à adolescência de meninas, estimular a criação de centros de estudo e assistência a esta faixa etária, enfatizar aspectos da medicina preventiva, promover congressos e eventos a nível local, regional, nacional e internacional, representar o Brasil perante sociedades internacionais congêneres e manter intercâmbio cultural com sociedades da espécie.

Participe, filie-se à SOGIA por meio do site <http://www.sogia.com.br/filiacao/index.php>.

2010

16º Congresso Mundial FIGIJ

Montpellier-França, 22 a 25 de maio
de 2010

www.figij2010.com



XI Congresso Brasileiro de
Obstetrícia e Ginecologia
da Infância e Adolescência
11 a 14 de agosto de 2010
Brasília - DF
www.congressosogia.org.br

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción AMADA

5º CONGRESO ARGENTINO DE ANTICONCEPCIÓN

11 y 12 de Marzo de 2010

REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS MODALIDAD PÓSTER

El primer Autor y el Expositor de cada trabajo, deberán estar inscriptos obligatoriamente en el momento de la presentación del resumen.

Los resúmenes de los trabajos deben ser enviados: por e-mail, (no fax) a la Secretaría del Congreso; en el correspondiente cuadro de resúmenes.

El Comité Científico se reserva el derecho de aceptar o no el trabajo enviado. Su decisión es inapelable y deberá devolver el mismo a los autores.

Contenido del Resumen:

- **Título:** en letras mayúsculas
- **Autor:** Apellido completo, iniciales del nombre
- **Co - Autores:** igual que el Autor, separados por punto y coma
- **Expositor:** igual que el Autor y subrayado
- **Institución:** nombre del lugar donde se realizó el trabajo
- **Resumen:** transcribir el resumen dentro del formulario correspondiente, en letra Arial cuerpo 10.

Forma de Presentación: **Póster**

Se le proveerá de un panel en blanco de 150 cm. de alto por 90 cm. de ancho para la colocación del póster. La Secretaría del Congreso no proveerá ningún material para su colocación y no se podrá utilizar cemento de contacto.

En todos debe figurar Autor / Co – Autores / Institución

Los Autores son los únicos responsables de la colocación del póster en el panel y de retirarlo al finalizar el Congreso. La Sociedad NO se hará responsable de los pósters que no hayan sido retirados a la finalización del Evento.

Los pósters presentados durante el Congreso OPTAN al premio “PROF. DR. CARLOS GURUCHARRI” (bases en www.amada.org.ar)

FECHA LÍMITE PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:

1º FEBRERO DE 2010

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción

Paraná 326 – 9º of. 36 // www.amada.org.ar // amada@amada.org.ar

Lunes a Viernes de 12.00 a 18.00 hs.



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA DE ANTICONCEPCIÓN PREMIO “PROFESOR DR. CARLOS GURUCHARRI” Al mejor trabajo científico presentado en formato Póster

REGLAMENTO

La Comisión Directiva de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción ha decidido instituir el “Premio Prof. Dr. Carlos Gurucharri”, por decisión unánime de sus miembros.

- 1) El premio se otorgará bianualmente, durante el desarrollo del Congreso.
- 2) Serán posibles de mención todos los trabajos exhibidos en forma de Pósters en el Congreso
- 3) La elección del póster será por voto secreto de los participantes inscriptos en dicho evento. La votación será tenida en cuenta por un Jurado integrado por:
 - el Vice - Presidente de la Asociación
 - un Miembro de la Comisión Científica
 - un Miembro de la Comisión Directiva.
- 4) El premio consistirá en \$ 300.- (pesos trescientos) en efectivo y un diploma para cada uno de los autores. El mismo será entregado en el Acto de Clausura del Congreso correspondiente.
- 5) La Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, a través de su Comisión Directiva y Científica está facultada para resolver cualquier dificultad que se presente en la interpretación de este Reglamento.
- 6) El trabajo científico será obligatoriamente publicado en la Revista de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción.

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: fernandocjr@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@clinicaherter.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, quando brasileiro, deve ser filiado como sócio da SOGIA-BR; para estrangeiros, é dispensada a exigência de filiação e pode ser escrito em espanhol.
2. O texto de trabalho original ou de atualização deve ser digitado em arquivo Word, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5, com 12 a 16 páginas; relato de caso clínico deve conter entre seis e oito páginas.
3. Referências bibliográficas: não ultrapassar 40 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, por ordem alfabética. No texto as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: "Puberdade precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças¹⁰⁰". Essa referência número 10 é a décima da lista ordenada.
4. No texto, não usar letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se devem 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 e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusões. O resumo (português e inglês) deve conter entre 80 e 100 palavras.
7. As figuras (gráficos e tabelas) devem ser simples, 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 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 preferencialmente por e-mail sogia@sogia.com.br.

Quando encaminhados via correios, deve ser enviado CD com os trabalhos gravados, juntamente a duas cópias em papel, para o endereço da SOGIA constante na primeira página da revista.

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 dysmenorrhoea 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 a 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 microssomais, 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 esteróides 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 atendimento medico@spcorp.com ou pelo tel.: 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.



Schering-Plough

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 dosagem.¹

Alta eficácia contraceptiva.¹

Excelente controle de ciclo.¹⁻³

Permite sangramento no regime de 28 dias.^{1,2}

MERCILON® Conti não deve ser usado por mulheres que apresentarem as seguintes condições: tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos, câncer de mama (diagnosticado ou suspeito). Eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina, barbitúricos e drogas anticonvulsivantes.⁸

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 Contraception Reprod 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. 8. Bula do produto.

MERCILON® CONTI Desogestrel/Etinilestradiol e Etinilestradiol. Forma farmacêutica e apresentação: embalagem com 1 blíster 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, fenitoina 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**

MATERIAL DE USO EXCLUSIVO DA CLASSE MÉDICA.

524309 MCL - ANÚNCIO 4 - CAPA 50GIA
DATA DA IMPRESSÃO: JULHO/2009

Organon

Schering-Plough

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

Você entende as mulheres.
A gente entende você.