

## **SEMIOLOGIA EM GINECOLOGIA NA CRIANÇA E NA ADOLESCENTE**

**Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva**

Embora a ginecologia infanto-puberal apresente características comuns à ginecologia da mulher adulta, muitas características da abordagem deste grupo de pacientes são peculiares tanto com relação ao exame físico quanto aos distúrbios que acometem esta faixa etária especificamente.

Sendo assim, o conhecimento destas particulares torna-se imprescindível para uma adequada assistência de modo a permitir identificar o que são modificações fisiológicas de cada idade e o que deve ser investigado como distúrbio.

Neste capítulo, abordaremos a anamnese dirigida para esta idade, considerando as causas mais prevalentes de consultas ginecológicas em crianças e adolescentes. E também descrever o diferencial no exame físico, principalmente da menina pré-púbere e peri-puberdade. As adolescentes com desenvolvimento dos caracteres sexuais já completados apresentam um exame físico semelhante ao da mulher adulta após os 19 anos, entretanto as comorbidades mais prevalentes nesta faixa etária são particulares, merecendo especial atenção no que diz respeito principalmente às doenças sexualmente transmissíveis e anticoncepção.

Neste sentido devemos estar atentos para as queixas mais prevalentes em serviços que atendem este grupo de pacientes. A tabela abaixo apresenta a incidência de diagnósticos atendidos no serviço de Ginecologia Infanto-puberal do Hopsital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP durante o ano de 2008; vale ressaltar que trata-se de um serviço terciário de atendimento, o que interfere no perfil das pacientes encaminhadas (tabela 1).

**Tabela 1. Incidência dos diagnósticos atendidos em um ambulatório terciário de Ginecologia Infanto-puberal (dados obtidos em um ano de seguimento):**

Diagnóstico	N	%
Síndrome dos ovários policísticos	63	19,8
Puberdade Precoce	52	16,4
Desordens do desenvolvimento sexual (DDS)	45	14,2
Malformações Mullerianas	35	11
Hiperprolactinemia	6	1,9
Outras anovulações	25	7,9
Pubarca precoce	5	1,5
Telarca precoce	8	2,5
Sinéquias de pequenos lábios	8	2,5
Vulvovaginites	5	1,5
Hipertrofia de pequenos lábios	5	1,5
Dismenorréia	9	2,9
Deficiência isolada de gonadotrofinas	7	2,2
Anticoncepção em pacientes com comorbidades	7	2,2
Sangramento uterino anormal	7	2,2
Eutrofia	14	4,4
Outros	17	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,0</b>

### **1. Abordagem ginecológica da recém-nascida:**

O exame físico geral da recém-nascida ainda no berçário é indispensável. As situações de ambigüidade genital em que se coloca em dúvida o sexo fenotípico e genotípico é uma urgência médica que deve ser resolvida antes mesmo da alta hospitalar pós-nascimento, tamanho o problema social que pode advir de um diagnóstico inadequado nestes casos. Sendo assim, neste exame deve ser inspecionada a genitália externa, a presença de vagina pérvia e de preferência certificar-se de que existe uma

vagina, o que pode ser comprovado pela introdução de uma sonda nasogástrica fina (nº4, por exemplo).

Durante esta inspeção pode-se encontrar a genitália bastante ingurgitada, com pequenos e grande lábios proeminentes, é a chamada “Crise genital” (Magalhães & Andrade, 1998). Isso ocorre em resposta aos esteróides sexuais maternos que chegam até o feto ainda no intra-útero, em questão de poucos dias estas características de intumescimento desaparecem. Assim como a vulva, as mamas podem exibir sinais de ação hormonal, podendo ser identificado broto mamário uni ou bilateral, mas que também tende a desaparecer em alguns dias.

Também faz parte desta avaliação a identificação de hérnias inguinais, uni ou bilaterais, que podem eventualmente revelar casos de intersexualidade em que a genitália externa isoladamente não apresenta ambigüidade, como por exemplo, nos casos de Insensibilidade androgênica completa (Holm, 2008). Nesses casos o fenótipo da genitália externa é completamente feminino, embora o cariótipo seja XY e as gônadas sejam testículos normais, que podem apresentar-se intracavitários ou no canal inguinal.

## **2. Abordagem ginecológica da menina pré-púbere:**

É desejável que o ambiente de um consultório ginecológico que atende ao público infantil esteja adaptado para receber crianças (Emans et al, 2008). A criança sente-se mais acolhida e isso pode facilitar uma aproximação no momento da consulta. Conversar diretamente com a criança quando de sua chegada, e não somente com os pais ignorando-a, podem causar empatia e melhorar a relação médica com sua pequena paciente.

Ao abordar a criança com idade superior a dois anos, além do consentimento do responsável, que a trás à consulta, deve haver também o consentimento da criança. O uso da força para a realização do exame físico não deve ser empregado, pois nesta idade a criança já guarda na memória o episódio ocorrido e cada consulta será um trauma. Portanto, pode ser que numa primeira consulta o exame físico completo não seja possível, e salvo em casos onde a queixa trazida pela mãe requeira conduta mais imediata, um segundo encontro deve ser proposto; principalmente nos casos de criança maiores, com três anos ou mais, quando a criança já é capaz de compreender explicações simples e permitir que o exame seja realizado. A presença do acompanhante sempre próximo transmite segurança para a criança e para a mãe, que geralmente está bastante apreensiva com relação à abordagem da genitália da filha.

Passada a fase perinatal em que ocorre a regressão das características genitais da crise genital, o período pré-puberal normal costuma ser isento de intercorrências ginecológicas. Entretanto, como podemos ver na tabela 1, alguns distúrbios ginecológicos são relativamente comuns nesta idade. A puberdade precoce, as vulvovaginites e as sinéquias de pequenos lábios são as causas mais freqüentes de consulta ao ginecologista nesta faixa etária, sendo assim, algumas características do desenvolvimento puberal normal devem ser bem conceituadas.

A inspeção da genitália visa avaliar a anatomia da vulva, presença de distorções ou malformações, bem como a presença de processos inflamatórios e secreção vaginal anormal. Os grandes lábios costumam ser entreabertos já que são de pequeno volume e os pequenos lábios são bastante finos, de forma que o vestíbulo fica entreaberto e muitas vezes se pode observar o meato uretral e o hímen já na inspeção estática (Figura 2). Nos casos em que isso não for possível uma suave tração na base dos grandes lábios permite a abertura do intróito e visualização completa do hímen, o qual

pode se apresentar de formas variadas (Pokorny, 1987) (Figura 3). Nos raros casos em que isso não ocorrer, pode ser necessária a exploração das bordas do hímen com cotonete, lembrando sempre de comunicar à criança antes de qualquer manipulação e mostrar-lhe o material que será usado para não assustá-la.



Figura 2. Genitália externa feminina de criança.

O hímen pode ser:

- Anular: circular ocupando todo o contorno no intróito vaginal (é o mais frequentemente visto)

- Rim posterior: ocupa apenas a porção posterior do intróito

- Redundante: apresenta mucosa excedente que pode dificultar a visualização do intróito vaginal

- Cribiforme: com microperfuração em toda a sua superfície, não impedindo mas dificultando a saída do fluxo menstrual

- Septado: pérvio, porém com uma trave de tecido geralmente longitudinal.

- Imperfurado: Intróito vaginal obstruído por uma membrana himenal contínua, impedindo completamente a passagem do fluxo menstrual (Figura 4).

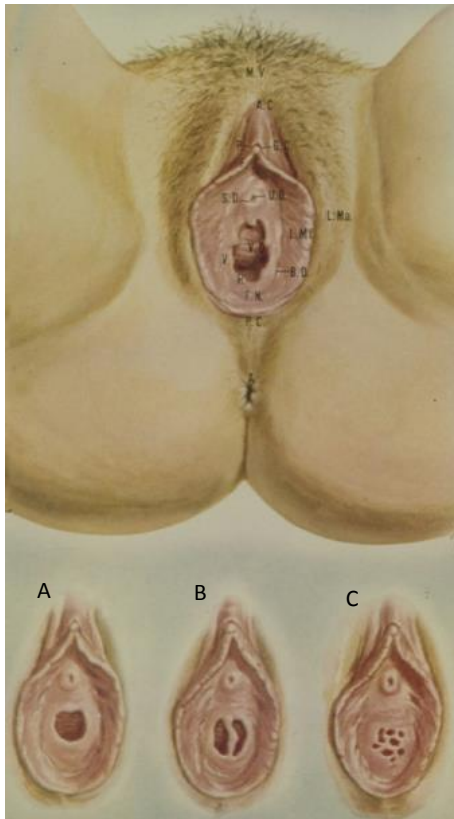


Figura 3. Adaptado de: Netter. Formas himenais. A: Hímen anular; B: Hímen septado; C: Hímen cribiforme.



Figura 4. Hímen imperfurado com retenção de fluxo menstrual (hematocolpo).

Uma característica bastante importante da genitália infantil é que o aspecto avermelhado é normal, e não necessariamente indica hiperemia e processo inflamatório

(Figura 2). Por ser desprovida de ação estrogênica, a mucosa vaginal é bastante delgada com reduzido número de camadas epiteliais, sendo assim o que se vê é o vermelho dos vasos sanguíneos no tecido submucoso. Não é incomum que o ginecologista, menos acostumado com o exame da genitália infantil, atribua a vermelhidão a processos inflamatórios e conduza o caso como sendo vulvovaginite. Para diferenciar a hiperemia real da vermelhidão fisiológica a inspeção sob boa iluminação é suficiente. Se for possível a identificação da trama capilar na mucosa vaginal trata-se de vermelhidão normal, se isso não for possível é porque há edema na mucosa e a coloração pode ser atribuída a hiperemia por processo inflamatório.

O conteúdo vaginal fisiológico, constituído de células descamadas, transudato vaginal e muco cervical, só deverá ocorrer após o início da puberdade, quando os níveis séricos de estradiol começam a se elevar. Sendo assim, já por volta dos seis anos de idade este conteúdo pode estar presente de maneira fisiológica. Esta secreção normalmente tem coloração amarelo clara, sem odor e não vem acompanhada de hiperemia vulvar; características diferentes destas devem ser investigadas. Nos casos em que se suspeita de processo infeccioso, a investigação dependerá da suspeita clínica. As vulvovaginites mais comuns na infância são por *Escherichia coli*, proveniente de contaminação fecal ou manipulação dos genitais pela criança sem cuidados de higiene. Na maioria destes casos não há necessidade de se instituir tratamento com antibióticos e a simples mudança nos hábitos de higiene pode resolver o problema. Em casos em que se suspeita de infecções de etiologias diferentes deve-se proceder a cultura do conteúdo vaginal, mas em meio de cultivo específico o qual deve ser definido no momento da coleta para cada agente específico, por exemplo, em casos de suspeita de gonococo, clamídia ou outros. A coleta deverá ser feita com uso de swab no intróito vaginal. Nos casos em que diagnóstico de infecções vulvovaginais caracterizadas como doença

sexualmente transmissíveis (DSTs), tais como gonococos, clamídia ou tricomoníase, deve-se sempre suspeitar de abuso sexual, e a abordagem da criança e da família deve ser sempre cautelosa, com cuidado para não aventar suspeitas infundadas ou, ao contrário, subestimar a presença de agressão. O atendimento nestes casos, mesmo que ainda não confirmado deve ser sempre multidisciplinar com participação de psicólogo e assistente social.

A formação de sinéquias de pequenos lábios ocorre em crianças pré-púberes, hipoestrogênicas, na vigência de processo inflamatório vulvovaginal, infeccioso ou não. Sendo a mucosa dos pequenos lábios delgada, pela ausência da ação dos estrogênios, o processo inflamatório local cursa com a formação de transudato que propicia a adesão entre os lábios, que poderá ser mais ou menos densa de acordo com a cronicidade do processo. Algumas características anatômicas da vulva da criança propiciam a contaminação genital e a instalação de infecções (Figura 2). A vulva é mais anteriorizada; os grandes lábios são praticamente desprovidos do coxim gorduroso, fazendo com que o vestíbulo fique entreaberto, o que permite maior exposição do intróito vaginal e a ausência de pêlos, que funcionariam como fator protetor, facilitam a contaminação. Além disso, a proximidade da vagina com o ânus propicia a ascensão de germes do ânus para a vagina. Uma vez iniciada a puberdade, o aumento do número de camadas epiteliais da mucosa vulvar por ação dos estrogênios inibe este processo.

O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, que será abordado a seguir, deverá acontecer normalmente a partir dos 8 anos de idade nas meninas, situações diferentes desta podem até ser fisiológicas, mas devem sempre ser investigadas.



### 3. Abordagem ginecológica da menina na puberdade:

Conforme mencionado anteriormente, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários deverá se iniciar a partir dos 8 anos de idade. Estão incluídos neste desenvolvimento: as mamas, os pêlos pubianos e axilares, distribuição de gorduras com deposição em quadris e coxas e o estirão de crescimento.

Segundo Speroff (Figura 5), o desenvolvimento puberal segue uma ordem cronológica determinada, que pode apresentar variações ainda assim consideradas normais. A telarca, ou desenvolvimento das mamas costuma ser o primeiro evento, seguido da adrenaarca (início da esteroidogênese adrenal, predominantemente de androgênios) que é concomitante à pubarca, que é o desenvolvimento dos pêlos pubianos (e axilares). O estirão de crescimento tem início simultâneo a este processo, desde o início da produção de estrogênios, mas o pico da velocidade de crescimento vai ocorrer cerca de 2 a 3 anos após a telarca, chegando a 10cm/ano.

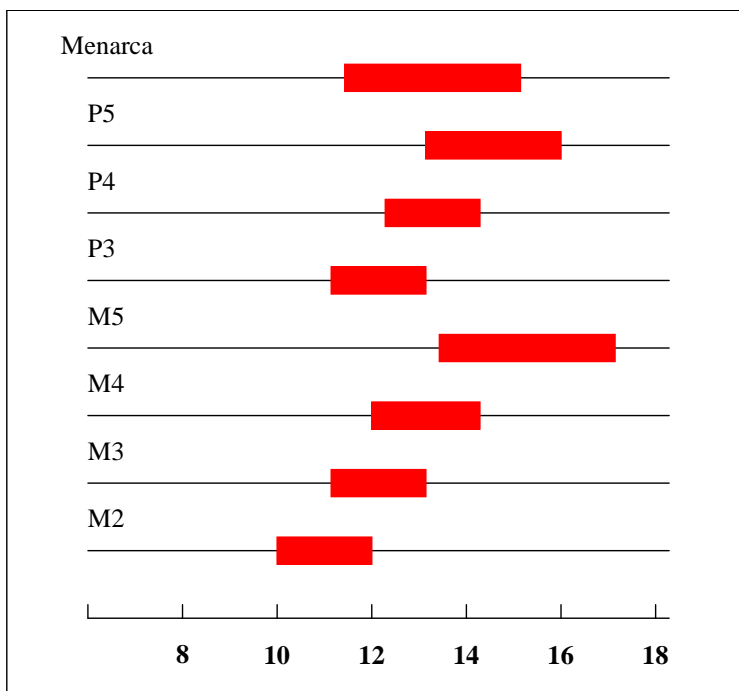


Figura 5. Cronologia do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

O desenvolvimento de mamas e pêlos ocorre segundo já padronizado nas pranchas de Tanner-Marshall, sendo classificado de M1 a M5 para mamas e de P1 a P5 para pêlos (Figura 6).






Desenvolvimento Mamário		Pilificação	
M1- ausência de mamas	I		P1- ausência de mamas
M2- broto mamário	II		P2- pelos em região de fenda vulvar
M3- tecido glandular extra- areolar	III		P3- pelos em monte de Vênus
M4- elevação secundária da aréola	IV		P4- distribuição triangular de pelos
M5- Mamas adulta	V		P5- Pelos em raiz de coxa

Figura 2. Estágios de Desenvolvimento Puberal Feminino (Marshall e Tanner)

Modificado de: <https://crescimentoinfoco.files.wordpress.com/2016/08/7ad87-estagios2bde2btanner2bmasc2be2bfem.jpg>

M1= ausência completa de desenvolvimento mamário

M2= broto mamário (tecido glandular limitado à área retro-areolar da mama)

M3= tecido glandular que extravasa os limites da aréola, de volumes variáveis. Os contornos mamários superior e inferior são arredondados.

M4= caracterizado pela presença de “degrau” entre o tecido mamário e a aréola, como se esta última estivesse sobreposta à mama.

M5= Mama adulta, já sem o aspecto de sobreposição areolar presente no M4, sendo o contorno superior da mama mais retificado e a aréola mais pigmentada. O volume é

variável, e em casos de mamas pequenas pode se confundir com M3, sendo diferenciada desta principalmente pelo formato.

P1= ausência completa de pêlos pubianos

P2= pêlos mais escuros e grossos, lisos ou encaracolados em região de fenda vulvar.

P3= pêlos se estendem até o monte púbico, sem assumir ainda formato triangular de distribuição de pêlos.

P4= pêlos assumem distribuição triangular.

P5= pêlos se estendem em direção às raízes das coxas, sem entretanto extravasar destas regiões.

### **A abordagem ginecológica da adolescente:**

Nesta faixa etária, de 12 a 19 anos, principalmente antes da menarca, as intercorrências ginecológicas estão mais relacionadas a infecções vaginais e aos atrasos do desenvolvimento puberal. Uma vez iniciado o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a não ocorrência da primeira menstruação, a amenorréia primária, é causa importante de procura por atendimento ginecológico, mas este tema será abordado num capítulo à parte, dada sua relevância e particularidades do diagnóstico.

Os primeiros dois anos pós-menarca caracterizam-se por ciclos irregulares que são provavelmente atribuídos à imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, a qual não consegue ainda promover ciclicidade adequada dos pulsos de GnRH para produzir ciclos ovulatórios, e conseqüentemente os sangramentos são irregulares. Eventualmente pode-se considerar esta irregularidade do ciclo menstrual fisiológica até três anos após a menarca, caso não haja nenhum outro sintoma associado. Entretanto, após este período, e principalmente na presença de sinais e sintomas associados, como hipoestrogenismo, hiperandrogenismo ou galactorréia, a busca por causas secundárias de anovulação crônica deverá ser o objetivo da consulta. Algumas ferramentas

semiológicas são importantíssimas para o diagnóstico diferencial das anovulações crônicas.

Outras considerações importantes nesta faixa etária, quando geralmente ocorrerá a primeira relação sexual, é a orientação quanto às DSTs e aos métodos contraceptivos. Nas pacientes já com vida sexual ativa a rotina clínica para detecção de algumas DSTs deverá ser incorporada.

### **Anamnese:**

A anamnese das pacientes adolescentes é semelhante à da consulta ginecológica da mulher adulta. Existem duas situações possíveis: a adolescente expõe claramente sua demanda e então a queixa principal vai direcionar sua anamnese, ou a mãe trás a menina para “receber orientações” e neste caso toda a expectativa refere-se aos métodos contraceptivos e à prevenção de DSTs. A relação da adolescente com a(o) acompanhante pode interferir diretamente no resultado desta consulta, muitas vezes a exposição de condições íntimas, como o início da atividade sexual, pode ser inviabilizada pela presença de uma terceira pessoa na sala. Entretanto, existem as situações em que a presença da mãe ou acompanhante tranquiliza a paciente. Sendo assim, uma maneira discreta de não criar situações de constrangimento para a menina seria a de sugerir uma preferência sua pela consulta sem acompanhante, por exemplo: “...se você (dirigindo-se para a adolescente) não fizer questão da sua mãe na sala eu preferia que ela aguardasse lá fora...”, a adolescente que tem algo mais a revelar prontamente concorda com a saída da acompanhante, aquela que ainda não iniciou vida sexual ativa ou que mantém um diálogo mais direto com a mãe optará pela permanência da acompanhante.

Uma vez estabelecido vínculo, além da abordagem direta da queixa principal da consulta, pode-se inquirir a respeito da vida sexual da paciente (número de parceiros, frequência das relações sexuais, uso de condon ou de outros métodos contraceptivos e presença de eventuais sintomas de DSTs- lesões vulvares, presença de conteúdo vaginal patológico, nódulos inguinais ou vulvares, etc).

Havendo referência ao uso de métodos contraceptivos, deve-se caracterizar bem o método, para prevenir eventuais usos inadequados que podem aumentar o risco de falhas. Neste momento também deve-se pesquisar a presença de comorbidades ou condições que possam contra-indicar o uso de alguns tipos de métodos contraceptivos. As orientações gerais referentes à ovulação, riscos de gravidez, uso adequado de métodos contraceptivos e prevenção de DSTs podem ser feitas conforme as dúvidas forem aparecendo, não há obrigatoriedade de se aguardar o final da consulta.

### **Exame físico:**

Principalmente quando se trata da primeira abordagem ginecológica da paciente, deve-se avaliar o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, seguindo os mesmos critérios de Tanner-Marshall.

O exame de mamas, com inspeção estática e dinâmica, palpação e expressão mamilar é semelhante ao de mulheres adultas. A presença de expressão positiva deve ser bem caracterizada principalmente em casos de anovulação crônica com saída de secreção leitosa multidual; nestes casos não há necessidade de se coletar material para citologia, já que a clínica é fortemente sugestiva de galactorrêia. Embora as doenças benignas e malignas da mama sejam pouco prevalentes nesta faixa etária a presença de secreção unidual e/ou unilateral, com aspecto sanguinolento ou acastanhado deve ser investigado com coleta de citologia e exame de imagem.

O exame ginecológico dependerá da presença ou não de atividade sexual. Em meninas que ainda não tiveram relações sexuais deve-se proceder à inspeção da vulva na busca de lesões externas, saída de conteúdo vaginal atípico, avaliação de permeabilidade do hímen, pesquisa de outras malformações de seio urogenital ou clitoromegalia. A tração na base dos grandes lábios associado a uma manobra de Valsalva, geralmente produz a exposição do hímen e permite sua completa avaliação, caso contrário usar um cotonete como explorador. Eventualmente pode estar indicada a vaginometria (medida da profundidade vaginal), a qual pode ser realizada com o emprego de um histerômetro. A coleta de citologia simples com swab ou escova não é necessária, exceto se houver queixa específica que indique a necessidade de culturas específicas ou em casos em que se pretende avaliar a citologia hormonal da paciente. Sabe-se que a diferenciação das células das camadas da mucosa vaginal é dependente de estrogênio (Figura 6), sendo que as camadas mais superficiais estão ausentes em pacientes hipoestrogênicas; isto pode ocorrer por condições fisiológicas: pré-puberdade e climatério, ou patológicas: estados de hipogonadismos hipo ou hiper gonadotróficos. A citologia hormonal, também conhecida como Índice de FROST (Frost, 1978), deve ser interpretada pela proporção de células das diferentes camadas do epitélio vaginal, sendo que a presença de células da camada profunda deve ser interpretada como atrofia ou hipotrofia da mucosa vaginal e a presença de células da camada superficial indicam normoestrogenismo. Vale ressaltar que esta diferenciação celular sofre influência direta da fase do ciclo, sendo que a progesterona tem um papel antagônico ao do estrogênio nestas células, podendo na fase lútea ser encontrado 100% de células intermediárias. De qualquer maneira não deverá haver em nenhuma situação fisiológica células de camadas profundas no esfregaço.

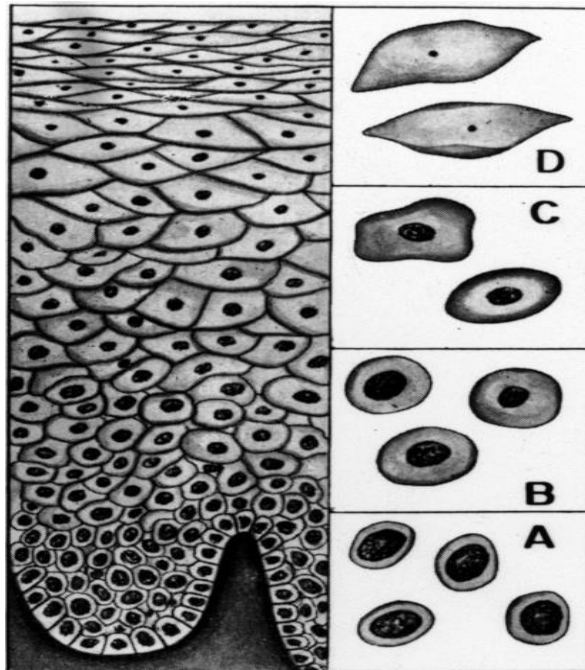


Figura 6. Células das camadas da mucosa vaginal: A = camada basal, B = camada para basal, C = camada intermediária e D = camada superficial.

Havendo histórico de atividade sexual deve-se realizar o exame ginecológico completo, com exame especular para inspeção do colo uterino e coleta de citologia tríplice convencional (U.S. Preventive Services Task Force, 2003).

Na presença de quadros de anovulação crônica alguns marcadores clínicos podem ser identificados no exame clínico:

1. Índice de massa corporal (IMC): para avaliar a presença de sobrepeso e obesidade. Este índice é dado pela divisão do peso em quilos pela altura em metros quadrados e é expresso em  $\text{Kg/m}^2$ .

2. Medida da cintura e relação cintura quadril: atualmente a medida da cintura isoladamente é utilizada como critério clínico nos diagnósticos de distúrbios metabólicos, tendo grande valor como preditor de risco cardiovascular, sendo considerado normal para o sexo feminino quando menor que 88cm (Scott et al, 2004). A

medida da cintura deve ser feita na altura da cicatriz umbilical (geralmente na região mais fina do abdome), em casos de pacientes obesas em que há abdome em avental a cintura deverá ser medida à meia distância entre a última costela e a crista ilíaca ipsilateral. O quadril deve ser medido na altura da base das nádegas. A relação cintura quadril tem sido menos valorizada mas tem significado clínico na caracterização do padrão de distribuição da gordura corporal, sendo a distribuição ginecóide aquela com maior deposição de gordura nas regiões de glúteos e coxas (relação  $C/Q < 0,80$ ) e a distribuição androgênica de gordura (distribuição andróide), comum nas anovulações hiperandrogênicas, caracteriza-se pela deposição predominante de gordura abdominal, conseqüentemente visceral (relação  $C/Q > 0,80$ ). A distribuição androgênica esta mais relacionada ao maior risco de doença cardiovascular (Figura 7)

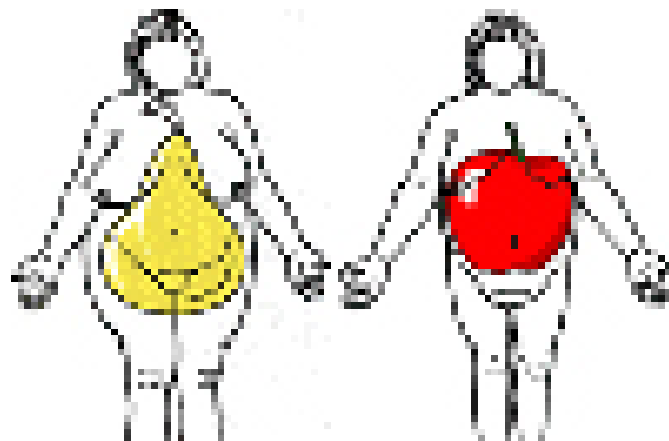


Figura 7. Distribuição de gordura tipo ginecóide e andróide, respectivamente.

3. Escore de Ferriman-Galleway modificado: outra manifestação do hiperandrogenismo é o hirsutismo, que se caracteriza pela presença de pêlos em áreas onde normalmente a mulher não os apresenta, como face, tórax, nádegas e coxas. Este escore é dado a partir da avaliação de nove regiões e cinco gradações de concentração de pêlos, onde zero é ausência total de pêlos e quatro a presença de grande quantidade, a qual esta esquematizada na figura 8. A presença de escore maior ou igual a 8 caracteriza



o hirsutismo. Há certa subjetividade nesta avaliação, e é imprescindível ressaltar que temos sempre que levar em consideração a característica constitucional da paciente em relação à distribuição de pêlos a qual varia de acordo com a raça e características familiares específicas, podendo-se ter como parâmetro o antebraço da paciente (área sem dependência de ação androgênica para a presença de pêlos).

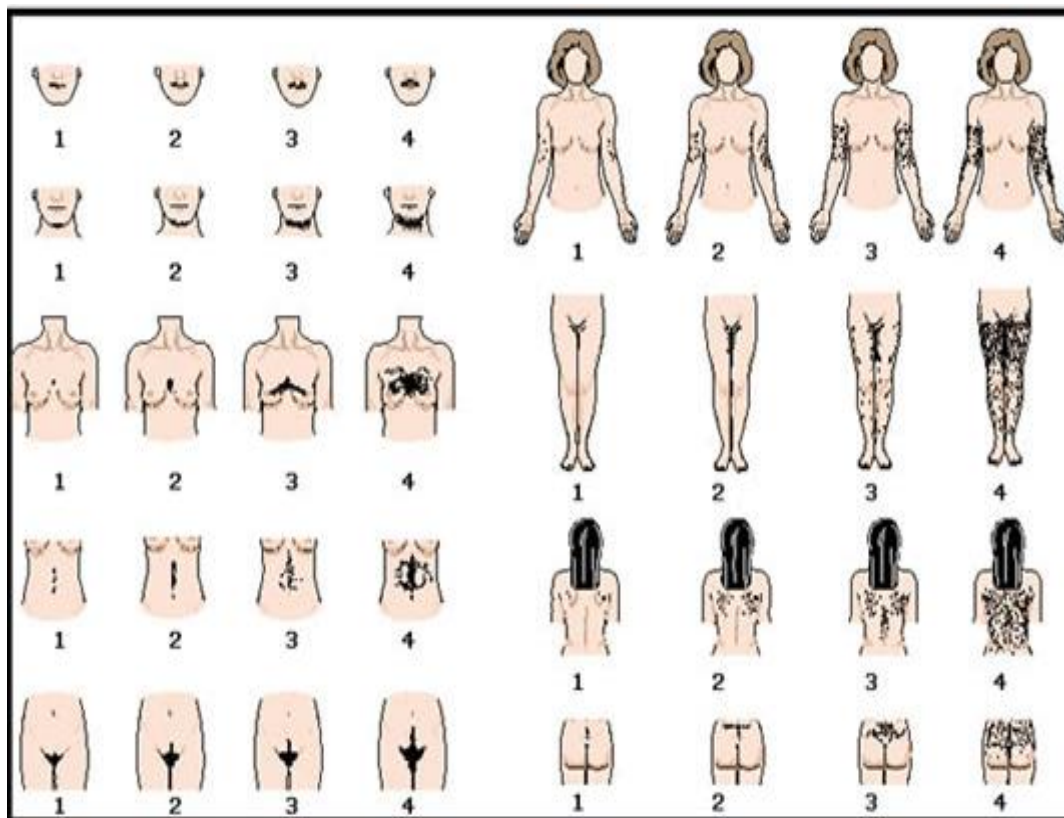


Figura 8. Índice de Ferriman-Galleway  
(Fonte: [http://www.sempr.org.br/imgs/prot6/indice\\_ferriman.jpg](http://www.sempr.org.br/imgs/prot6/indice_ferriman.jpg) )

4. Envergadura: é a medida da distância entre as pontas dos dedos médios com os braços abertos à 90° em relação ao corpo (posição de cruz). Normalmente esta medida não deve ser maior que a altura do indivíduo acrescida de 2 cm. Envergaduras superiores podem indicar hipostrogenismo, onde a falta deste hormônio postergou a soldadura das epífises ósseas e permitiu maior crescimento dos ossos longos.

5. *Acantose nigricans*: são manchas escurecidas presentes em regiões de dobras como axilas, sulco intermamário, região inguinal e região cervical (Figura 9). Este sinal é patognomônico da presença de hiperinsulinemia, condição muito comumente associada a pacientes com anovulação hiperandrogênica associada a obesidade.



Figura 9. *Acantose nigricans* em região da nuca e intra-mamária.

### **Considerações Finais:**

A avaliação clínica (anamnese e exame físico) destas pacientes adolescentes, principalmente nos casos de amenorréia primária e anovulação crônica permite direcionar de forma bastante acertada a hipótese diagnóstica destas pacientes demandando poucos recursos para exames complementares. A orientação sexual, de prevenção de DSTs e de métodos contraceptivos deve ser sempre feita, mesmo que o motivo principal da consulta não seja claramente este; muitas vezes estas questões estão veladas por queixas pouco significativas que podem ter sido criadas apenas como pretexto para a consulta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Magalhães MLC & Andrade HHSM. Exame ginecológico na neonata. In: Ginecologia Infanto-juvenil. Editora Medsi, 1998. Rio de Janeiro, RJ. Páginas 47-51.
2. Holm I. Genitália ambígua no recém-nascido. In: Ginecologia na infância & Adolescência. Editora Roca, 2008. São Paulo, SP. Páginas 39-64.
3. Emans SJ. Avaliação Ambulatorial de Crianças e Adolescentes. In: Ginecologia na infância & Adolescência. Editora Roca, 2008. São Paulo, SP. Páginas 1-38.
4. Pokorny SF. Configurations of prepubertal hymen. Am J Obstet Gynecol 1987; 157:950.
5. J Frost. Gynecologic and Obstetric Clinical Cytopathology. In: Novak and Woodruff, Editors, Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology (8th Ed ed.), W.B. Saunders Company (1979), pp. 189–708.
6. U.S. Preventive Services Task Force. (2003). Screening for Cervical Cancer: Recommendations and Rationale. AHRQ Publication No. 03-515A. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Retrieved June 5, 2010.
7. Scott M. G, Brewer HB, Jr, Cleeman JI et al, for the Conference Participants (NHLBI/AHA Conference Proceedings). Definition of Metabolic Syndrome. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition. Circulation, 2004;109:433-438.