

PUBERDADE PRECOCE EM MENINAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO¹

PRECOCIOUS PUBERTY IN GIRLS ATTENDED IN A SPECIALIZED FIRST AID POST

PUBERTAD PRECOZ EN NIÑAS ATENDIDAS EN UN AMBULATORIO ESPECIALIZADO

MARIA ALBERTINA ROCHA DIÓGENES²

ANA RAQUEL BEZERRA OLIVEIRA MOURÃO³

MARYSA ATHAYDE PIMENTEL⁴

MARIA JOSÉ BEZERRA MOREIRA⁵

MATILDE MARIA CAMPOS BARROSO REBELLO⁶

Objetivou-se avaliar as manifestações clínicas de Puberdade Precoce (PP) em meninas e investigar o conhecimento dos responsáveis acerca da patologia. Estudo descritivo e documental, realizado em um ambulatório especializado da rede governamental, em Fortaleza-CE-Brasil, em março de 2008. Participaram 82 meninas de dois a 12 anos, em uso do hormônio Gonadorelina. A coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada e prontuários. Os dados foram analisados através do SPSS, versão 15.0, disponibilizados em tabelas. A telarca foi a primeira manifestação clínica observada em 42 das crianças; quanto ao conhecimento dos responsáveis sobre PP, sete não souberam responder, enquanto que 40 afirmaram que é quando a criança deixa a infância mais cedo, desconhecendo o real significado desta patologia. É necessário que os responsáveis conheçam os sinais de PP para tratar adequadamente a criança e proporcionar todo o apoio familiar necessário.

DESCRIPTORIOS: Puberdade precoce; Crescimento; Adolescente; Hormônio liberador de gonadotropina.

The aim of this work was to evaluate the clinical manifestations of Precocious Puberty (PP) in girls and to investigate their parents' knowledge concerning the pathology. This a descriptive and documental study, conducted in a specialized first aid post of the public service, in Fortaleza-CE-Brazil, in March 2008. Eighty-two girls from two to twelve years of age, who were using the hormone Gonadorelina, took part in the study. Data collection was held through semi-structured interviews and medical records. The data were analyzed through SPSS, version 15.0, arranged in charts. The thelarche was the first clinical manifestation observed in 42 of the children; concerning the knowledge of parents about precocious puberty, seven did not know how to answer, while 40 said it is when the child leaves childhood earlier, ignoring the real meaning of this pathology. It is necessary that the parents know the signs of precocious puberty to treat their children adequately and to provide them with all the necessary family support.

DESCRIPTORS: Precocious puberty; Growth; Adolescent; Gonadotropin-releasing hormone.

Se pretendió evaluar las manifestaciones clínicas de Pubertad Precoz (PP) en niñas e investigar el nivel de conocimiento de los responsables acerca de la patología. Estudio descriptivo y documental, realizado en un dispensario especializado de la red gubernamental, en Fortaleza-CE-Brasil, en marzo de 2008. Participaron 82 niñas de dos a doce años, en uso de la hormona Gonadorelina. La obtención de los datos se logró a través de entrevista estructurada en parte y por registros médicos. Los datos fueron analizados a través del SPSS, versión 15.0, disponibles en tablas. La telarca fue la primera manifestación clínica observada en 42 de las niñas; en relación al conocimiento de los responsables sobre PP, siete (7) no supieron responder, mientras que 40 afirmaron que es cuando la niña deja su infancia prematuramente, desconociendo el real significado de esta patología. Es preciso que los responsables conozcan las señales de PP para tratar adecuadamente a la niña y proporcionarle todo el apoyo familiar necesario.

DESCRIPTORIOS: Pubertad precoz; Crecimiento; Adolescente; Hormona liberadora de gonadotropina.

¹ Extraído de trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Puberdade precoce em meninas atendidas num ambulatório, 2008.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UNIFOR. Coordenadora do PET-Saúde da UNIFOR e Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva – CNPq/UNIFOR. Rua Rubi 112. Parquelândia. Fortaleza-CE. CEP: 60455690/Brasil. E-mail: albertinadiogenes@terra.com.br

³ Enfermeira Assistencial do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)/Brasil. E-mail: anarbom@bol.com.br

⁴ Enfermeira Assistencial do HGF/Brasil. E-mail: marysapimentel@hotmail.com

⁵ Enfermeira especialista. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará com lotação no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão/Brasil. E-mail: mazedezerra@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira especialista. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará com lotação no Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão/Brasil. E-mail: matildemfc@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O crescimento e o desenvolvimento humano são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. O crescimento é avaliado por medidas clínicas, como peso, altura, perímetros e idade óssea, enquanto que o desenvolvimento é avaliado pela idade mental que resulta da maturidade psicossocial⁽¹⁾.

A puberdade é conhecida como a última etapa do crescimento físico, que evolui de forma distinta nos dois sexos em relação ao início dos eventos, tempo de duração e progressão deles. Ressalta-se que para efeito desta pesquisa será enfatizada a puberdade precoce em meninas, sendo esta o objeto de estudo das pesquisadoras. O início da puberdade nas meninas se dá com o surgimento dos caracteres sexuais primários, como o aumento do útero e da vagina, e dos caracteres sexuais secundários, como telarca, surgimento do broto mamário e consequentemente aumento da glândula mamária, e adrenarca, aumento dos pelos pubianos e axilares (pubarca) associada ao odor axilar; e ainda mudança da composição corporal, dando a característica arredondada ao corpo feminino, que torna o quadril mais acentuado que os ombros nas mulheres e ainda o surgimento da acne. Associados a estes caracteres ocorrem alterações de tamanho e peso como obesidade e retardo no crescimento estatural⁽¹⁻³⁾.

Quando as meninas com menos de oito anos de idade começam a desenvolver sinais de puberdade, estar-se diante de uma condição chamada puberdade precoce. Esta alteração acontece em torno de 5.000 a 10.000 crianças, podendo ser funcionais (puberdade precoce central), quando a hipófise provoca o início do desenvolvimento puberal sem causa orgânica evidente; ou tumorais, quando tumores glandulares produzem hormônios sexuais e vão iniciar a puberdade⁽³⁾.

As crianças com puberdade precoce devem ser avaliadas e provavelmente tratadas, porque o surto de crescimento estatural que acompanha a puberdade será antecipado e com isso elas terão o crescimento diminuído, antes do tempo previsto. Se a puberdade surgisse na época biologicamente esperada, provavelmente a altura não seria comprometida. Além disso, essas crianças podem

sofrer constrangimentos em relação ao desenvolvimento precoce, levando-as a dificuldades sociais. Dessa forma, a puberdade precoce de crianças se torna uma influência no panorama social e no biológico humano. E, assim, será preciso aceitar a interferência do comportamento dos adultos em relação aos adolescentes e à puberdade⁽³⁾.

Todas as modificações na criança decorrem devido ao amadurecimento do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, que didaticamente podem ser resumidos em estirão-telarca-pubarca-menarca⁽⁴⁾. Embora, há alguns anos já se constatasse que crianças chegavam à puberdade antes da idade normal, esse fenômeno vem se acelerando atualmente. Esse decréscimo da idade para a puberdade feminina, considerando-se os critérios estatísticos, estimularam os pediatras a modificarem os critérios de “normalidade” para o surgimento dos primeiros sinais de puberdade⁽⁴⁾.

O conceito de puberdade precoce acontece pela presença de caracteres sexuais secundários compatíveis com a puberdade. Em 95% das mulheres, o desenvolvimento desses caracteres ocorre entre 8,5 e 13 anos⁽⁴⁾. Essa precocidade impõe ao corpo uma transformação importante, antecipando possibilidades as quais a criança não está preparada emocionalmente. Nessas condições, podem-se desenvolver sérios transtornos emocionais, tais como depressão, aumento da agressividade, baixa da autoestima e isolamento, devido à diferença em relação aos colegas da mesma idade⁽⁵⁾.

Diante de suspeita de puberdade precoce em meninas, é preciso avaliar os caracteres sexuais secundários como telarca e pubarca, comparando-os aos seguintes critérios: M1- mama infantil, com elevação somente da papila; M2- broto mamário; aumento inicial da glândula mamária, com elevação da aréola e papila, formando uma pequena saliência. Aumento do diâmetro da aréola, e modificação de sua textura; M3- maior aumento da mama e da aréola, mas sem separação dos contornos; M4- maior crescimento da mama e da aréola, sendo que nesta forma-se uma segunda saliência acima do contorno da mama; M5- mamas com aspecto adulto; e contorno areolar novamente incorporado ao contorno da mama. Para os pelos pubianos: P1- ausência de pelos pubianos. Pode haver uma leve penugem semelhante à observada na parede abdominal; P2- apare-

cimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente ao longo dos grandes lábios; P3- maior quantidade de pelos, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica; P4- pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas; P5- pilosidade pubiana igual a do adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna das coxas; P6- extensão dos pelos para cima da região púbica⁽⁶⁾.

Assim, o diagnóstico clínico de puberdade precoce considera os critérios de Tanner, sendo subsidiado por diversos exames laboratoriais como de esteróides sexuais, dosagem de gonadotrofinas com o resultado de hormônio luteinizante (LH), Gonadorelina (GnRH) e outras dosagens hormonais. Exames de imagem como Ultra-sonografia pélvica, Idade Óssea (IO), Idade Cronológica (IC) e Tomografia Computadorizada também são exames complementares para o diagnóstico⁽⁷⁾.

Estudo realizado, no Brasil, no período de 2000 a 2005, sobre casos de puberdade precoce mostrou que o diagnóstico mais frequente foi a puberdade precoce central. A idade de início, em cerca de 50% dos casos, ocorre entre os seis e sete anos, mas em 25% dos casos pode ocorrer entre dois e seis anos. Antes dos dois anos aparece em 18% dos casos. Em relação às etiopatogenias, a maioria dos casos de puberdade precoce central foi idiopática, apenas em uma criança a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano (HHO) foi secundária a hiperplasia adrenal congênita, forma não-clássica. Em relação à raça, apesar da negra apresentar predisposição para o desenvolvimento puberal mais precoce, preponderou a raça branca na casuística, devido à predominância deste grupo racial na população estudada, correspondente a 58 clientes com suspeita diagnóstica de puberdade precoce⁽⁸⁾.

Para o tratamento da puberdade precoce, são utilizadas drogas para o bloqueio puberal que são os análogos de Gonadorelina (GnRH), conhecidos desde os meados da década de 1980. Os mais utilizados no Brasil são: triptorelina, acetato de leuprolida e a goserelina. Estes bloqueiam a secreção hipofisária de gonadotrofinas, ocupando os receptores e evitando a ação estimuladora intermitente de

GnRH endógeno, uma substância neurohormonal produzida pelo hipotálamo e levada à hipófise pelo sistema porta-hipofisário que estimula a síntese e liberação de gonadotrofinas, hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo estimulante (FSH), visando retardar os efeitos causados por tal patologia. Dá-se preferência às formas de ação prolongada, que permitem injeções mensais, aumentando a aderência ao tratamento⁽⁹⁾.

A avaliação semestral da IO associada à dosagem de gonadotrofinas e esteróides sexuais 12 horas após a injeção mensal do análogo parece uma forma mais adequada de avaliação do tratamento⁽⁷⁾. Contudo, o uso dessas medicações traz efeitos como reversão completa do bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal; prevalência aumentada de ovários policísticos, a qual foi encontrada em meninas que usaram GnRH e hormônio do crescimento (GH) associados; fertilidade e gestação de acordo com a normalidade, após uso do hormônio. A Densidade Mineral Óssea (DMO) está frequentemente aumentada para a idade, por ocasião do diagnóstico de puberdade precoce, declinando durante o tratamento agonista ou não modificado. Não se percebe ganho de peso em crianças, embora a obesidade seja frequente em clientes com puberdade precoce⁽⁷⁾.

O tema escolhido tem como principal motivo a percepção das pesquisadoras deste estudo em relação a um considerável número de meninas com puberdade precoce em tratamento com o análogo do hormônio Gonadorelina (GnRH). Julgou-se relevante esta temática para o meio acadêmico, uma vez que permite definir atributos importantes para futuros estudos que envolvam este tema. Portanto, diante da experiência vivenciada, questiona-se: quais as manifestações puberais precoces que ocorreram com essas meninas que chamaram atenção dos responsáveis, tendo em vista serem ainda crianças? Os responsáveis têm ciência do que seja puberdade precoce?

Desse modo, objetivou-se neste estudo avaliar as manifestações clínicas de puberdade precoce em meninas atendidas em um ambulatório especializado para tratamento desta patologia, relacionar as idades cronológicas e ósseas dessas meninas ao desenvolvimento puberal e investigar o conhecimento dos responsáveis acerca dessa patologia.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e documental com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva é um delineamento da realidade, pois descreve, registra, analisa e interpreta os processos atuais mediante comparação e contraste⁽¹⁰⁾. O estudo documental caracteriza-se como uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser realizadas no momento do acontecimento do fato ou fenômeno, ou posteriormente⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi realizada em um ambulatório especializado em puberdade precoce, localizado num Centro de Referência no tratamento de Diabetes e Hipertensão, na cidade de Fortaleza-CE-Brasil. Este ambulatório é composto de uma sala sob a responsabilidade da enfermeira-chefe, que juntamente com outras enfermeiras administram o Hormônio Gonadorelina (GnRH) prescrito pelo(a) médico(a).

A população atendida no referido serviço reúne em média 400 crianças por mês, sendo que, aproximadamente, 10% são do sexo masculino e 90% do feminino. Nos meninos, os casos são muito mais raros e, geralmente, relacionados a tumores no sistema nervoso central. Como o interesse das pesquisadoras foi investigar a puberdade precoce em crianças do sexo feminino, foram excluídos os meninos, restando 360 crianças do sexo feminino. A amostra foi aleatória simples⁽¹¹⁾, tendo como critérios de inclusão: meninas com idade entre 2 e 12 anos, em tratamento há no mínimo seis meses, e com concessão livre e esclarecida dos pais ou responsáveis. Os critérios de exclusão foram: meninas fora dessa faixa etária, em tratamento há menos de seis meses e meninas cujos pais ou responsáveis não aceitassem a participação no estudo. Portanto, a amostra constou de 82 crianças que contemplaram os critérios de inclusão.

A coleta de dados aconteceu no mês de março de 2008, por meio de uma entrevista semiestruturada, contemplando três etapas: dados sociodemográficos, contendo na primeira etapa as variáveis: idade, número de pessoas no lar, nível de escolaridade e renda familiar; no segundo momento os dados relacionados à puberdade precoce; e na terceira etapa a apresentação de uma questão norte-

adora para os pais ou responsáveis pelas crianças: você sabe o que é puberdade precoce? Para complementar os dados da entrevista, coletou-se dos prontuários, através de um formulário, os registros de puberdade precoce das crianças: telarca (desenvolvimento mamário), adrenarca (pelos pubianos, odor e pelos axilares) e a menarca (primeira menstruação).

De posse dos dados, esses foram digitados no Programa *Software Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 15.0. Os achados foram agrupados e analisados estatisticamente, com frequências absolutas e percentuais, e demonstrados em tabelas.

Em concordância com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde⁽¹²⁾, os dados foram coletados após assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsáveis e emissão do parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, sob o nº. 353/2007.

RESULTADOS

Refletir acerca da saúde de meninas com puberdade precoce significa entender, primeiramente, saúde como um conceito ampliado, e considerar que os serviços de saúde não são, tradicionalmente, espaços onde se encontram, majoritariamente, crianças que apresentam uma patologia como a puberdade precoce.

As crianças desta pesquisa residem com pais ou responsáveis que apresentam uma renda familiar de um a três salários mínimos, variando de três a seis pessoas no domicílio, e a escolaridade destes, em sua maioria, situa-se no ensino fundamental incompleto. Caracterizam-se como pessoas de baixo nível socioeconômico e educacional.

É necessário todo um planejamento voltado para o acolhimento com humanização no atendimento de crianças que apresentam essa patologia. Portanto, conhecer o nível socioeconômico e educacional destas é uma estratégia prioritária para programar abordagens educativas, estimulando a família a ser copartícipe das ações de saúde.

Em pesquisa sobre práticas de atenção à saúde no cotidiano de famílias de diferentes estruturas e classes sociais, ratificando outros estudos, reafirma que a mãe ou o responsável pela criança é o principal agente de cuidados

da saúde. Porém, lembra que a capacidade de cuidar é fortemente determinada pelos recursos disponíveis, tanto sociais como ligados ao desamparo institucional da população menos favorecida⁽¹³⁾.

Tabela 1 – Distribuição das meninas segundo a faixa etária em um ambulatório especializado em puberdade precoce. Fortaleza-CE, 2008. N=82.

Faixas etárias	Quantidade	%
2-4	1	1,21
5-7	9	10,97
8-9	53	64,63
10-12	19	23,17
Total	82	100

Da amostra estudada, a maioria tinha entre oito e nove anos, 53 (64,63%), seguida de nove (10,97%) crianças com cinco e sete anos de idade, ressaltando-se que já se encontravam em tratamento há pelo menos seis meses.

Tabela 2 – Distribuição do motivo da procura pelos responsáveis das meninas ao ambulatório especializado em puberdade precoce em Fortaleza-CE, 2008. N=82

Manifestações clínicas	Quantidade	%
Telarca	42	51,21
Odor Axilar	18	21,96
Pubarca	13	15,86
Pelos axilares	5	6,09
Acne	3	3,66
Menarca	1	1,22
Total	82	100

O principal motivo da procura dos responsáveis pelo serviço foi o desenvolvimento da telarca, 42 (51,21%), seguido de odor axilar, 18 (21,96%), e da pubarca, com 13 (15,86%) das meninas.

Tabela 3 – Distribuição da menarca das mães das meninas com puberdade precoce registradas nos prontuários de um ambulatório especializado em Fortaleza-CE, 2008. N=82

Idade da menarca da mãe(em anos)	Quantidade	%
Sem registro	6	7,31
9 -10	9	10,97
11-12	33	40,25
Acima de 13	34	41,47
Total	82	100

Em relação à menarca das mães das meninas com puberdade precoce, compreende-se que nove (10,97%) mães tiveram a menarca entre 9-10 anos, seguida da faixa etária entre 11-12 anos, com 33 (40,25%) e acima dos 13 anos de idade, 34 (41,47%).

Tabela 4 – Distribuição do conhecimento dos responsáveis das crianças acerca da patologia puberdade precoce em um ambulatório especializado em Fortaleza-CE, 2008. N=82

Respostas dos responsáveis	Quantidade	%
Não sei	7	8,53
Criança deixa de ser criança mais cedo	40	48,88
Hormônios em maior quantidade na criança	14	17,03
Menstruação antes do tempo	13	15,85
Pelos e seios mais cedo	08	9,71
Total	82	100

As respostas dos pais ou responsáveis sobre a pergunta “Você sabe o que é puberdade precoce?”, evidenciaram que sete (8,53%) não possuíam nenhuma opinião formada sobre tal assunto; 40 (48,88%) afirmaram que a puberdade precoce é quando a criança deixa a infância mais cedo; e 14 (17,03%) referiram a maior quantidade de hormônios na criança.

Tabela 5 – Distribuição do tempo de diferença entre a idade óssea “versus” idade cronológica (IO x IC) registrados nos impressos do ambulatório especializado em Fortaleza-CE, 2008. N=82

Tempo de diferença entre IC X IO	Quantidade	%
Sem registro	6	7,32
< 1 ano	10	12,20
1 ano ou +	21	25,60
2 anos ou +	27	32,93
Acima de 3 anos	18	21,95
Total	82	100

Fonte: Prontuários das meninas atendidas no Ambulatório Especializado.

O tempo de diferença entre a Idade Óssea (IO) e a Idade Cronológica (IC) tem maior incidência no intervalo de dois anos ou mais, em 27 (32,93%) dos dados. Em seguida, 21 (25,60%) tem-se o intervalo de um ano ou mais de tempo de diferença entre as idades.

DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que a maioria das crianças tinha entre oito e nove anos. A incidência de puberdade

precoce ocorreu entre cinco e nove anos de idade. Ressalta-se que as crianças deste estudo já estavam em tratamento há no mínimo seis meses. Assim, o estudo corrobora com a afirmação de que a diferença que ocorre na criança com puberdade precoce, distúrbio predominantemente feminino, é a ocorrência dos primeiros sinais de maturação sexual antes dos oito anos de idade⁽³⁾. A idade de início, em cerca de 50% dos casos, ocorre aos 6-7 anos, mas em 25% dos casos pode ocorrer entre dois e seis anos. Antes dos dois anos aparece em 18% dos casos⁽⁸⁾.

O principal motivo da procura dos responsáveis pelo serviço foi o desenvolvimento da telarca, seguido de odor axilar e pubarca. As mudanças corporais da puberdade na menina fazem parte de um processo biológico que começa no cérebro e não nos órgãos sexuais – vulva. O hipotálamo estimula a glândula hipófise, enviando mensagens químicas para a liberação de hormônios sexuais femininos e masculinos⁽¹⁴⁾. Nas meninas, o início das modificações sexuais externas da puberdade obedece à ordem seguinte: telarca, adrenarca e menarca, sendo que em aproximadamente 80% das vezes o fenômeno inicial é a telarca e nos 20% restantes o aparecimento dos pelos pubianos⁽¹⁵⁾.

Já em relação aos antecedentes maternos com puberdade precoce das crianças desta pesquisa, observou-se que, em sua maioria, não foram encontrados registros no contexto destas meninas, embora em seis prontuários não se verificou informação desta natureza. A herança genética pode estar implicada na maioria dos casos de puberdade precoce central de causas não-diagnosticáveis e a história familiar é de extrema importância na anamnese das meninas que manifestam o distúrbio.

Dados de uma pesquisa brasileira publicada no jornal britânico *New England* por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) revelou, pela primeira vez, evidências da associação de um defeito em um gene com a puberdade precoce central. Depois de estudar o DNA do sangue de 53 crianças com esta alteração, os pesquisadores identificaram uma mutação no gene GPR54 (*G protein-coupled receptor gene*) em uma menina. O GPR54 é um receptor que quando ativado por uma proteína denominada kisspeptina é responsável por regular a secreção de hormônios que desencadeiam a puberdade. O artigo é resultado de cinco anos de pesquisa,

que buscou demonstrar a suspeita de mutações genéticas causadoras da PP⁽¹⁶⁾. Assim, essa pesquisa evidencia que a mutação identificada age como ativador do receptor, por isso a criança apresenta dosagem maior de hormônios em uma idade que não era a esperada⁽¹⁶⁾. Esse é provavelmente o primeiro gene identificado entre vários outros que possivelmente estão implicados no início da puberdade e, portanto, representam potenciais causas desse problema.

Sobre o acompanhante da menina ao ambulatório para o tratamento da puberdade precoce, a pesquisa evidenciou que a mãe era a principal responsável pelo acompanhamento da criança ao ambulatório especializado, seguido do pai e avós. A família não deve ser vista como mera expectadora do processo terapêutico, mas como participante ativa. Portanto, os profissionais devem conhecer suas potencialidades para a solução de problemas e aprender a compartilhar os saberes, caminhos para o acolhimento dialogado⁽¹⁷⁾.

Assim, torna-se imprescindível a interação entre a família e os profissionais que assistem a criança, buscando meios para compreendê-la diante das angústias durante o tratamento. Para a construção de práticas educativas que abordem aspectos culturais, subjetivos e objetivos, é fundamental considerar que essas meninas estão inseridas em uma dinâmica em que múltiplos fatores interagem. Realizar ponderações e dar novos direcionamentos a essas práticas educativas em saúde é contribuir, realmente, para o resgate da cidadania dessas jovens e para sua emancipação. Não se pode trabalhar apenas sob um enfoque técnico, cabe aos profissionais vinculá-lo às histórias de vida, valores e cultura. A enfermagem, como prática social, integra-se às práticas dos demais profissionais de saúde, tendo a necessidade de si inserir diante da construção de um trabalho interdisciplinar, contribuindo com sua especificidade.

Sobre o conhecimento dos responsáveis acerca de puberdade precoce, observou-se que não compreendem a real significância do termo, ou seja, não têm conhecimento do que pode incentivar uma criança a desenvolver puberdade precoce, embora conheçam os sinais, os quais são visíveis, necessitando de maiores esclarecimentos por parte dos profissionais, acerca dessa alteração na criança. A presença da família no acompanhamento ao tratamento pode minimizar sofrimento psíquico à criança e reação ao

tratamento, tendo em vista que muitas demonstram medo de usar o hormônio, pois é administrado por via intramuscular profunda na região glútea. Dessa forma, a participação do familiar constitui ponto fundamental, facilitando o êxito na terapêutica e promovendo melhor forma de controle social na qualidade do atendimento.

Nesta pesquisa, constatou-se que a Idade Óssea (IO) foi maior do que a Idade Cronológica (IC). Contudo, esta avaliação, é apenas um apoio para verificar se a puberdade é ou não precoce. Se a IO estiver muito avançada, como no caso de uma criança de seis anos que apresenta um aspecto de oito, ainda há necessidade de serem realizados exames para se constatar a sua ocorrência⁽¹⁸⁾. Assim, neste estudo, a quantidade de solicitações de exames (n=243) excedeu o total da amostra (n=82), tendo em vista que, para algumas crianças, foi solicitado mais de um exame para diagnosticar a puberdade precoce. Verificou-se que o exame de dosagem de hormônios foi um dos mais solicitados, seguido de ultrasonografia pélvica, e posteriormente o raio X de punho.

Um dos grandes problemas da puberdade precoce central é o comprometimento estatural, portanto a IO tem sido o exame inicial, de imagem, para avaliar o grau de avanço que já houve. Muitas vezes, a percepção da presença de sinais puberais por parte dos familiares lhes dá a impressão de que o processo iniciou-se muito recentemente. O avanço importante de IO indica que, na verdade, o processo está presente há mais tempo⁽¹⁸⁾.

Em geral, os métodos de investigação por imagem são de pouca utilidade para o diagnóstico da puberdade, mas de grande importância na investigação da etiologia do processo. A ultra-sonografia pélvica e abdominal é um método simples, rápido e não invasivo na triagem inicial de cistos ou tumores gonadais e adrenais⁽¹⁸⁾. Em estudo realizado, autores afirmam o valor da ultra-sonografia como instrumento fidedigno na investigação da genitália interna feminina em pacientes com precocidade sexual. A significativa redução dos volumes uterino e ovariano, a diminuição do comprimento longitudinal do útero e a supressão do eco endometrial durante o tratamento refletem sua utilidade na monitorização do sucesso da terapia com análogo de GnRH em meninas com puberdade precoce central⁽¹⁹⁾.

A tomografia de alta resolução e especialmente a Ressonância Magnética (RM) têm papel fundamental na

avaliação etiológica da puberdade precoce GnRH dependente. A RM apresenta boa resolução para as regiões do sistema nervoso central (SNC), habitualmente envolvidas no mecanismo desencadeante da puberdade precoce central, como o hipotálamo, III e IV ventrículos e a região da pineal, podendo evidenciar anormalidades não visualizadas na tomografia convencional⁽²⁰⁾.

A puberdade precoce não é rara, acometendo cerca de um indivíduo a cada 10 mil⁽¹⁶⁾. Em termos estatísticos não é um problema raro. Todavia, embora as causas sejam desconhecidas, os tratamentos disponíveis hoje são muito efetivos. Contudo, ressalta-se que os fenômenos de modificações corporais e a entrada para a adolescência constituem uma situação potencialmente traumática, requerendo um amplo e intenso trabalho psíquico a respeito não só de características externas e capacidades corporais e suas progressivas transformações, como também no que concerne a suas sensações e afetos concomitantes, às representações, à modificação do esquema corporal, à genitalização e às expectativas relacionais no sentido de como a criança será vista e valorizada por seus pares e pelos adultos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre a vivência das pesquisadoras junto às meninas com puberdade precoce atendidas em um ambulatório especializado, percebeu-se que a faixa etária que compreende o surgimento dos caracteres sexuais secundários varia entre cinco e nove anos, e segundo os responsáveis pelas meninas, os caracteres que primeiramente surgiram foram telarca, odor axilar e pubarca, constituindo assim a mudança da composição corporal. Na maioria dos casos, foi constatado que a Idade Óssea sobrepunha a Idade Cronológica e que os antecedentes familiares não eram fortes indicadores de puberdade precoce.

Em todas as avaliações das meninas pesquisadas, os exames mais solicitados foram os de dosagem de hormônios; raios X de pulso e ultrasonografia pélvica, e em alguns casos o exame de Ressonância Magnética e avaliação da glândula hipófise.

Entende-se com este estudo que para se obter um diagnóstico clínico preciso de puberdade precoce não se pode julgar apenas um resultado de exame favorável, e sim

um conjunto de exames que juntos podem caracterizar a puberdade como sendo precoce.

Quase sempre a família é a primeira a perceber a mudança corporal na criança. Por mais que possa parecer irrelevante, esta, ao observar que algo está diferente, mesmo que não saiba exatamente o que é, deve procurar orientação profissional. Assim, é necessário que a população conheça os sinais de puberdade precoce e o que significa essa alteração na criança, para que possa tratá-la adequadamente, proporcionando todo o apoio familiar necessário, uma vez que essas crianças podem sentir-se diferentes de seu grupo, podendo apresentar traumas, vergonha e isolamento social. Sugere-se, portanto, a formação de grupos educativos na instituição estudada, a fim de abordar a temática com os responsáveis para que compreendam o que é esta alteração e se sintam co-responsáveis no tratamento dessas crianças.

REFERÊNCIAS

1. Feijó RB, Costa MCO. Adolescência: problemas mais comuns. In: Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 313-27.
2. Suplicy M. Conversando sobre sexo. 2ªed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
3. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
4. Ballone GJ. Adolescência e puberdade. Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica. [citado 2009 jul 15]; Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc.html>.
5. Martani S. Uma viagem pela puberdade e adolescência. São Paulo: Aldeia Cultural; 2007.
6. Tanner JM. Growth at adolescence. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962.
7. Silva ACCS, Adan LFF. Crescimento em meninas e meninas com puberdade precoce. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;47(4):422-31.
8. Carvalho MN, Sá MFS, Silva ACJSR, Nascimento AD, Junqueira FRR, Reis RM Puberdade precoce: a experiência de um ambulatório de Ginecologia Infante-Puberal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(2):96-02.
9. Salerno M, Di Maio S, Gasparini N, Mariano A, Macchia V, Tenore A. Central precocious puberty: a single blood sample after gonadotropin-releasing hormone agonist administration in monitoring treatment. Horm Res. [periódico na internet]. 1998 [citado 2009 jul 24]; 50(4):205
11. Disponível em: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=23275&Ausgabe=225964&ProduktNr=224036&filename=23275.pdf>
10. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 5ªed. São Paulo: Atlas; 2003.
11. Crespo AA. Estatística fácil. 17ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
13. Oliveira MLS, Bastos ACS. Health care practices in family context: a comparative case study. Psicol Reflex Crít. [periódico na internet] 2000 [citado 2009 jul 24]; 13(1): 97-07. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722000000100012&lng=en&nrm=iso
14. Picolli MA. Criando nossos filhos: guia prático de educação, saúde e comportamento. Rio de Janeiro: Editora Klick; 2000.
15. Souza RFM, Posser ZBR, Sá AMPOA. Desenvolvimento puberal precoce em meninas. Rev Mom Perspec Saúde 2005;18(1):20-5.
16. Teles MG, Bianco SDC, Brito VN, Trarbach EB, Kuohung W, Xu S et al. A GPR54-activating mutation in a patient with Central Precoc Puberty 2008;358(7):709-15.
17. Moreno V. Enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde: visão sobre as famílias. Rev Rene. 2008;9(1):9-18.
18. Damiani D. Diagnóstico laboratorial da puberdade precoce. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002;46(1):85-90.
19. Lima ACRE, Montenegro Júnior RM, Feitosa FEL, Mota RMS, Alencar Júnior CA, Bruno ZV. Avaliação ultrassonográfica da genitália interna de meninas com puberdade precoce central idiopática antes e durante o tratamento com análogo de GnRH. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(7):410-15.
20. Monte O, Longui CA, Calliari LEP. Puberdade precoce: dilemas no diagnóstico e tratamento. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001;45(4):321-30.

RECEBIDO: 30/07/2009

ACEITO: 20/10/2009