

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DE UM GRUPO DE MULHERES BRASILEIRAS COM SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER: RESULTADOS DE UMA ANÁLISE TRANSVERSAL<sup>1</sup>

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF BRAZILIAN WOMEN WITH MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER SYNDROME: FINDINGS FROM A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE MUJERES BRASILEÑAS CON EL SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER: RESULTADOS DE UN ANÁLISIS TRANSVERSAL

Lídia Silveira dos Santos<sup>2</sup>  Juliana Schulze Burti<sup>3</sup>  Hellen Vivianni Veloso Corrêa<sup>4</sup> 

**Resumo:** A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH) é uma condição congênita rara que afeta aproximadamente 1 em cada 5.000 pessoas com cariótipo 46, XX, caracterizada pela ausência parcial ou total do útero e da vagina. Dada a escassez de estudos com essa população e o número ainda limitado de profissionais especializados em saúde sexual e reprodutiva que atendem esse público, este estudo buscou investigar as histórias clínicas das participantes e analisar quais características sociodemográficas possivelmente impactaram no manejo clínico-diagnóstico da condição. A amostra foi composta por 34 pessoas que tiveram acesso ao diagnóstico em diferentes regiões do país e buscaram informação em saúde junto ao Instituto Roki, uma organização independente e sem fins lucrativos que promove educação em saúde, facilitação do encontro de pessoas com o mesmo diagnóstico e assistência no manejo terapêutico da SMRKH. Elas responderam a um questionário on-line elaborado pelas pesquisadoras, o qual inquiriu sobre características sociodemográficas, histórias clínicas e relacionamentos amorosos. Como principais achados, verificou-se que o diagnóstico na adolescência foi mais frequente, as participantes da região sudeste e sul acessaram uma maior variedade de especialidades em saúde, a maior parte das participantes realizou procedimentos para criação de canal vaginal, e o acompanhamento fisioterapêutico durante esse processo possivelmente reduziu a necessidade de intervenção cirúrgica, enquanto o suporte psicossocial potencialmente favoreceu a adaptação ao diagnóstico e suas implicações.

**Palavras-chave:** Doenças Congênitas; Malformações Genitais; Sistema Reprodutivo; Saúde Sexual; Saúde da Mulher; Serviços de Saúde.

**Abstract:** Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKHS) is a rare congenital condition affecting approximately 1 in 5,000 individuals with a 46, XX karyotype, characterized by partial or complete absence of the uterus and vaginal canal. Given the scarcity of studies on this population and the limited number of professionals specialized in sexual and reproductive health who provide care for these patients, this study aimed to investigate participant's clinical histories and analyze sociodemographic characteristics that may influence the clinical-diagnostic management of the condition. The sample consisted of 34 individuals diagnosed with MRKH in different regions of Brazil and sought health information through Instituto Roki, an independent, nonprofit organization that promotes health education, peer support, and assistance in the therapeutic management of MRKHS. Participants completed an online questionnaire developed by the researchers addressing sociodemographic characteristics, clinical histories, and romantic relationships. The main findings reveals that diagnosis during adolescence was most frequent, participants from the Southeast and South regions accessed a greater variety of health specialties, most underwent procedures to create neovagina, physiotherapeutic



<sup>1</sup>Artigo produzido com base na dissertação de mestrado "Dinâmica entre função sexual, satisfação sexual e satisfação nos relacionamentos românticos de mulheres com síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser", do Programa de Neurociência e Comportamento da Universidade Federal do Pará.  
<sup>2</sup>Mestre em Neurociência e Comportamento. Universidade Federal do Pará. Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. Programa de Pós-graduação em Neurociência e Comportamento (discente). Belém, Brasil. [lidia.santos@ntpc.ufpa.br](mailto:lidia.santos@ntpc.ufpa.br)  
<sup>3</sup>Doutora em Psicologia Social (PUC-SP), Mestre em Ciências da Saúde (UNIFESP), docente e vice-coordenadora do curso de Fisioterapia, Departamento de teoria e Métodos em Fisioterapia e Fonoaudiologia da PUC-SP. São Paulo, Brasil. [juschulze@gmail.com](mailto:juschulze@gmail.com)  
<sup>4</sup>Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento (Professor Adjunto A). Belém, Brasil. [vivianniveloso@yahoo.com.br](mailto:vivianniveloso@yahoo.com.br)

follow-up during this process likely reduced the need for surgical intervention, and psychosocial support potentially facilitated adaptation to the diagnosis and its implications.

**Keywords:** Congenital abnormalities; Sexual health; Women's health; Reproductive health services.

**Resumen:** El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH) es una condición congénita rara que afecta aproximadamente a 1 de cada 5.000 personas con cariótipo 46, XX, caracterizada por la ausencia parcial o total del útero y el canal vaginal. Ante la escasez de estudios con esta población y el número aún limitado de profesionales especializados en salud sexual y reproductiva que la atienden, este estudio tuvo como objetivo investigar las historias clínicas de las participantes y analizar qué características sociodemográficas podrían influir en el manejo clínico-diagnóstico de la condición. La muestra estuvo compuesta por 34 personas que accedieron al diagnóstico en diferentes regiones de Brasil y buscaron información en salud, el encuentro entre personas con el mismo diagnóstico y la asistencia en el manejo terapéutico del SMRKH. Las participantes respondieron a un cuestionario en línea elaborado por las investigadoras que indaga sobre características sociodemográficas, historias clínicas y relaciones amorosas. Los principales hallazgos mostraron que el diagnóstico en la adolescencia fue el más frecuente, que las participantes de las regiones Sudeste y Sur accedieron a una mayor variedad de especialidades en salud, que la mayoría se sometió a procedimientos para la creación de un neovagina, que el acompañamiento fisioterapéutico durante este proceso posiblemente redujo la necesidad de intervención quirúrgica, y que el apoyo psicosocial favoreció potencialmente la adaptación al diagnóstico y sus implicaciones.

**Palabras clave:** Anomalías congénitas; Salud sexual; Salud de la mujer; Servicios de salud reproductiva.

## Introdução

A síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH) é uma condição congênita que acomete 1:5000 pessoas com cariótipo 46,XX, fenótipo tipicamente feminino, caracterizada por atresia vaginal e hipoplasia ou agenesia do útero e tubas uterinas (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Pietzsch *et al.*, 2024). A etiologia da síndrome ainda não é completamente compreendida (Hentrich *et al.*, 2020; Pietzsch *et al.*, 2024), todavia, sabe-se que as malformações decorrem de uma falha no desenvolvimento dos ductos paramesonefricos, estruturas embrionárias das quais derivam os ovidutos, o útero e a porção superior do canal vaginal (Carlson, 2014; Domenice *et al.*, 2002).

O diagnóstico da síndrome geralmente ocorre na adolescência, devido ao quadro de amenorreia primária, associada ou não à dismenorreia, em adolescentes com desenvolvimento puberal compatível com a idade (Gutsche *et al.*, 2011; Herlin; Petersen; Brännström, 2020) ou no início da vida sexual, mediante queixas como dor ou dificuldade à penetração vaginal (Abreu; Linhares, 2022; Bean; Mazur; Robinson, 2009).

O exame ginecológico pode revelar a presença de uma fosseta vaginal sem comunicação com colo uterino (Weijenborg *et al.*, 2019). Os ovários presentes e funcionais determinam um ciclo ovariano nos níveis esteroidais hígidos e um desenvolvimento esperado dos caracteres sexuais secundários (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Pietzsch *et al.*, 2024). A ovulação também é um processo preservado e, portanto, as pessoas com a síndrome são férteis, apesar da inviabilidade anatômica da gestação (Brucker *et al.*, 2020; Georgopapadakos *et al.*, 2019; Herlin; Petersen; Brännström, 2020).

A confirmação diagnóstica envolve exames de imagem como a ultrassonografia e/ou a ressonância magnética nuclear, que permitem avaliar as alterações anatômicas e identificar possíveis malformações associadas. O diagnóstico diferencial é estabelecido por meio do exame de cariótipo (Gutsche *et al.*, 2011; Herlin; Petersen; Brännström, 2020).

Durante o processo de investigação diagnóstica é possível que outras malformações, além das características sobre o sistema reprodutor sejam identificadas. Dessa forma, a SMRKH pode ser classificada em dois tipos: o Tipo I, no qual as malformações são restritas ao sistema reprodutor e o Tipo II, no qual há as malformações extragenitais. Essas malformações associadas são identificadas com maior frequência sobre os rins (agenesia unilateral ou ectopia) e sistema esquelético (escoliose, fusão de vértebras) e, mais raramente, sobre os olhos, ouvidos e coração (Herlin *et al.*, 2020; Pietzsch *et al.*, 2024), de forma que o termo MURCS (acrônimo para *Müllerian, Renal and Cervicothoracic somite abnormalities*) (Oppelt *et al.*, 2007) tem

sido usado para os quadros que combinam alterações uterovaginais, renais e esqueléticas. Novas combinações, todavia, têm sido cada vez mais reportadas na literatura recente (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Pietzsch *et al.*, 2024; Yano *et al.*, 2022).

A confirmação diagnóstica costuma gerar grande impacto emocional, frequentemente acompanhado pelo surgimento de questões profundas relacionadas à identidade, à sexualidade e à maternidade (Hatim *et al.*, 2021; Weijenborg *et al.*, 2019). Quando não manejadas adequadamente, essas questões podem levar ao adoecimento psicológico (Bean; Mazur; Robinson, 2009), à evitação de atividade sexual com parceria (Bean; Mazur; Robinson, 2009; Dabaghi; Zandi; Ilkhani, 2019; Facchin *et al.*, 2021) e à dificuldade para estabelecer vínculos afetivo-românticos (Bargiel-Matusiewicz; Kroemeke, 2015; Weijenborg *et al.*, 2019).

Diante disso, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2018) recomenda uma abordagem multidisciplinar para o cuidado de pessoas com SMRKH, incluindo profissionais da psicologia, ginecologia, cirurgia ginecológica, fisioterapia pélvica, reprodução assistida (quando há desejo pela maternidade biológica), grupos de apoio por pares, e educação em saúde das parcerias românticas.

Apesar da importância de um acompanhamento integral, a maioria das pesquisas sobre a síndrome tem focado principalmente em aspectos cirúrgicos, impacto psicológico imediato e função sexual (Hatim *et al.*, 2021; Herlin; Petersen; Brännström, 2020). Com exceção de Weijenborg *et al.* (2019), poucos estudos abordam a adaptação de longo prazo após o diagnóstico, como a formação de vínculos amorosos, a satisfação sexual e a satisfação relacional, fatores relevantes para indicar uma boa adaptação diagnóstica, bem-estar emocional e qualidade de vida. Além disso, a maior parte dessas investigações provém de populações de países do norte global que vivenciam contextos de vida e saúde que, em vários aspectos, diferem de populações do sul global (Herlin; Petersen; Brännström, 2020).

Evidentemente, a sub-representação de populações do sul global nesses estudos não implica em afirmar que há uma menor ocorrência da síndrome entre essas populações. A pesquisa clínico-científica relacionada à SMRKH, assim como de outras doenças raras, encontra nesses locais níveis de limitação relacionados a determinantes sociais de exclusão aos serviços de saúde (Oliveira; Pereira, 2024; WHO, 2025), além de um direcionamento de fomento à pesquisa científico-tecnológico fortemente atrelado a problemas com maior potencial para investimento e retorno econômico (Oliveira; Viana, 2019).

A iniquidade no acesso a serviços complexos de saúde no Brasil provavelmente também contribui para que mais dados e pesquisas sobre pessoas com SMRKH não estejam disponíveis. Considerando que o diagnóstico da síndrome depende do acesso a serviços especializados de média complexidade, é possível que pessoas com acesso prejudicado a tais serviços, sobretudo as de menor renda, permaneçam sem diagnóstico ou recebam diagnósticos equivocados, assim como ocorre com outras condições raras (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Oliveira; Pereira, 2024). Mesmo assim, considerando que a prevalência mundial da SMRKH é de 1:5000 estima-se que aproximadamente 20.909.66 pessoas tenham essa síndrome no Brasil (Agência Brasil, 2023), o que alerta para a necessidade de estratégias de ampliação da detecção, acompanhamento e produção de conhecimento sobre a SMRKH, que considerem os diferentes contextos brasileiros.

Diante da escassez de estudos que explorem as particularidades da população brasileira com SMRKH, buscamos acessar o perfil clínico e sociodemográfico de pessoas brasileiras com a síndrome, em diferentes regiões do país, que estivessem em relacionamentos amorosos de longo prazo. Essa amostra foi composta por pessoas que alcançaram o diagnóstico e buscaram informações em saúde juntamente ao Instituto Roki, uma organização independente, de atuação online e sem fins lucrativos que promove educação em saúde, facilitação de encontro de pessoas com o mesmo diagnóstico e assistência no manejo terapêutico da síndrome.

## Metodologia

Estudo de desenho observacional, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados coletados por meio de um questionário virtual autoaplicável, no período de agosto a dezembro de 2024.

## Participantes

A amostra foi composta por 34 pessoas que declararam ter recebido o diagnóstico médico da SMRKH, com idade igual ou superior a 18 anos, que estivessem em um relacionamento amoroso de pelo menos seis meses de duração no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão adotados foram o não preenchimento de dados ligados diretamente aos critérios de exclusão (idade e tempo de relacionamento), dados incompletos sobre o histórico clínico e solicitação de desligamento da pesquisa. Mediante esses critérios, todavia, nenhuma participante foi excluída.

## Aspectos Éticos

Esse estudo integra o projeto intitulado "Dinâmica entre função sexual, satisfação sexual e satisfação nos relacionamentos românticos de mulheres com síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser" aprovado pela Plataforma Brasil sob o CAAE: 79659124.6.0000.5172.

As participantes foram informadas sobre os objetivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios da pesquisa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado na primeira página do questionário virtual. O acesso às demais seções do instrumento foi permitido somente após a marcação da opção "Li e concordo com os termos acima", o que constituiu a anuência formal para participação. Após o aceite, uma versão do TCLE com a assinatura das pesquisadoras responsáveis foi disponibilizada para *download*.

A confidencialidade dos dados foi assegurada por meio da anonimização das respostas. Nenhuma informação que permitisse a identificação das participantes foi solicitada. Os dados coletados foram armazenados em local seguro, com acesso restrito às pesquisadoras responsáveis.

## Recrutamento

O Instituto Roky, organização sem fins lucrativos que fornece suporte a pessoas com SMRKH no Brasil compartilhou o convite à participação e o *link* do questionário em seus perfis oficiais no Instagram® e Facebook® e durante reuniões virtuais dos grupos terapêuticos. A pesquisadora principal também realizou divulgação por meio de seus perfis pessoais nas redes sociais (Instagram® e WhatsApp®), e o Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento da Universidade Federal do Pará divulgou o estudo por meio de seu perfil institucional no Instagram®.

## Instrumentos

Todos os instrumentos utilizados nessa análise foram elaborados pelas autoras, especificamente para os objetivos do estudo (apêndice) e seu desenvolvimento foi baseado em revisão da literatura científica nacional e internacional sobre a SMRKH. Os instrumentos foram testados previamente com o objetivo de identificar dificuldades de compreensão, redundâncias ou falhas na estrutura lógica das perguntas. A partir desse processo foram realizadas adequações linguísticas e estruturais antes da aplicação definitiva.

O questionário virtual foi composto pelos seguintes instrumentos: TCLE, questionário sociodemográfico e econômico, questionário de histórico clínico e questionário de caracterização do relacionamento. Nenhuma pergunta foi de resposta obrigatória, exceto o campo de aceite ao TCLE.

## Coleta e Análise de dados

As participantes foram recrutadas por amostragem por conveniência considerando a raridade da condição e a necessidade de contato voluntário com o Instituto Roki, dependente de acesso à internet, letramento em saúde e busca autônoma por informação. Os dados coletados foram exportados para o Microsoft Excel Office 2019®, organizados em tabelas e analisados no software Jamovi 2.6.13.

A análise estatística descritiva foi feita através do cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, bem como médias, desvios-padrão, medianas e intervalos interquartis para variáveis contínuas. A normalidade foi testada pelo Shapiro-Wilk, indicando ausência de distribuição normal para as variáveis principais ( $p < 0,03$ ). Dados ausentes foram tratados por exclusão automática, sem imputação. Todas as respostas também foram checadas individualmente, para assegurar cumprimento de critérios de exclusão.

As variáveis analisadas foram classificadas em exposição (presença da condição), fatores associados (idade, escolaridade, renda familiar, região de moradia, tempo e tipo de relacionamento) e modificadores de efeito (acompanhamento multidisciplinar). Considerando o desenho do estudo, a amostragem por conveniência e as condições específicas de recrutamento, optou-se por uma análise essencialmente descritiva, evitando modelagens que pudessem gerar associações enviesadas como análises multivariadas. No entanto, durante análise descritiva observou-se que a distribuição de serviços acessados pelas participantes variava expressivamente entre as regiões de moradia das participantes, o que direcionou a exploração da associação por meio do princípio de Pareto.

### Disponibilidade dos dados

Os dados brutos utilizados neste estudo estão hospedados no repositório Open Science Framework (OSF) e podem ser acessados publicamente por meio do seguinte identificador: [https://osf.io/c6ft7/?view\\_only=aae702c9104344019f21d3af4d8a1d4f](https://osf.io/c6ft7/?view_only=aae702c9104344019f21d3af4d8a1d4f).

### Resultados

Participaram deste estudo 34 pessoas com diagnóstico da SMRKH. As participantes tinham entre 21 e 64 anos (média de 37,5 anos ( $\pm 11,5$ ); mediana de 33,5 anos) e a maior parte se autodeclarou branca (70,6%). Predominaram níveis de escolaridade mais altos (ensino superior completo ou em andamento = 20,6%; pós-graduação = 44,1%). A renda familiar variou entre 3 e 6 ou mais salários mínimos (76,4%) e a média salarial estimada foi de 3,28 salários mínimos. As participantes residiam em todas as regiões do país, com maior concentração das regiões Sudeste (50%) e Nordeste (20,6%). Quanto à religião, 76,4% das participantes se declararam religiosas, sendo a afiliação mais comum o cristianismo (53,2%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos, econômicos e religiosos de um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH\* ( $n = 34$ )

	N	% do Total
<b>Faixa Etária</b>		
21 – 30	12	35.3
31 – 40	9	26.4
41 – 50	6	17.6
51 – 64	7	20.6
<b>Raça autodeclarada</b>		
Branca	24	70.6
Parda	8	23.5
Preta	2	5.9
<b>Religião</b>		
Cristã	17	53.2
Não professa religião	6	18.8
Mais de uma influência religiosa	4	12.5
Espírita	2	6.3
Matriz Asiática	2	6.3
Matriz Africana	1	3.1
<b>Região de Moradia</b>		
Sudeste	17	50

Nordeste	7	20.6
Sul	6	17.6
Centro-Oeste	3	8.8
Norte	1	2.9
<b>Escolaridade</b>		
Pós-graduação	15	44.1
Ensino Superior Completo	7	20.6
Ensino Médio Completo	12	35.3
<b>Renda Familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	3	9.1
Entre 1 e 2 salários mínimos	4	12.1
Entre 3 e 4 salários mínimos	7	21.2
Entre 5 e 6 salários mínimos	6	18.2
Mais de 6 salários mínimos	13	39.4

\*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Fonte: dos autores.

Todas as mulheres estavam em relacionamentos afetivo-sexuais de no mínimo seis meses, conforme critério de inclusão, e a duração média desses relacionamentos foi de  $9.65 \pm 10.61$  anos (mín.: 0,5 anos – máx.: 40 anos). A maior parte dos relacionamentos era composto de uniões estáveis/casamento (50%), de natureza heterossexual (91.2%) e monogâmica (97.1%), em coabitação com a parceria (55.9%) (Tabela 2).

A maior parte das mulheres (79.4%) não tinham filhos biológicos, adotados ou enteados (filhos de seus parceiros amorosos). Entre as que tinham, a filiação por adoção foi a principal forma de parentalidade. Nenhum filho biológico foi registrado nessa amostra (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características relacionadas aos relacionamentos amorosos de um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH\* ( $n = 34$ )

	<i>N</i>	% do Total
<b>Orientação sexual da participante</b>		
Heterossexual exclusiva	30	88.2
Heterossexual predominante	1	2.9
Bissexual	2	5.9
Homossexual exclusiva	1	2.9
<b>Estrutura de relacionamento</b>		
Monogâmico	33	97.1
Poligâmico	1	2.9
<b>Identidade de gênero da parceria</b>		
Homem	31	91.2
Mulher	3	8.8
<b>Tipo de relacionamento</b>		
“Não oficial” ou “Ficando”	4	11.8
Namoro ou relacionamento sério	10	29.4
Noivado	3	8.8
Casamento ou união estável	17	50
<b>Situação de coabitação da participante</b>		
Sozinha	8	23.5
Com a parceria amorosa	19	55.9
Com os pais ou outros familiares	6	17.6
Amigos ou moradia coletiva	1	2.9
<b>Filhos</b>		
Adotivos	6	17.6
Enteados	1	2.9

\*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Fonte: dos autores.

Quanto ao tipo da SMRKH, 52,9% (n = 18) foram classificadas como do tipo I, 23,5% (n = 8) como do tipo II, e as demais declararam desconhecer o tipo de SMRKH que tinham. O diagnóstico foi recebido principalmente na adolescência (70,6%). Os profissionais mais frequentemente responsáveis pelo diagnóstico foram ginecologistas (97%), porém uma participante relatou ter recebido o diagnóstico com auxílio do endocrinologista (Tabela 3).

O acompanhamento multiprofissional formal, envolvendo dois ou mais profissionais de diferentes áreas, foi indicado por 64,7% participantes, sendo conduzida principalmente por psicólogos (35,3%), fisioterapeutas pélvicos/ginecológicos (20,6%) e cirurgiões ginecológicos (20,6%). A inserção em grupos de apoio de outras pessoas com a mesma condição (grupo de apoio terapêutico por pares) foi relatada como parte da trajetória de cuidados por 79,4% das participantes (Tabela 3).

**Tabela 3** - Dados da história clínica de um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH\* (n= 34)

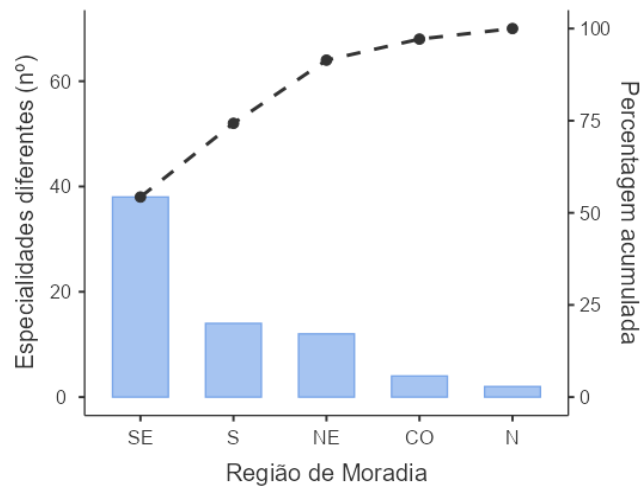
	N	% do Total
Momento diagnóstico		
Adolescência	24	70.6
Vida Adulta	10	29.4
Classificação da SMRKH*		
Tipo I	18	52.9
Tipo II	8	23.5
Não informado	8	23.5
Especialidades de assistência em saúde utilizados		
Ginecologia	33	97.05
Psicologia	12	35.3
Cirurgia ginecológica	7	20.6
Fisioterapia	7	20.6
Grupos de apoio terapêutico de pares	27	79.4
Práticas Integrativas e Complementares	3	8.8
Sexologia	1	2.9
Endocrinologia	1	2.9

\*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

**Fonte:** dos autores.

Observou-se que mulheres residentes na região Sudeste acessaram uma maior variedade de serviços especializados, enquanto as participantes da região Norte e Nordeste acessaram menos serviços. Todavia, o número de participantes da região Sudeste também foi superior a de todas as demais regiões, o que conforme ilustra a Figura 1, pode contribuir para a curva acumulativa de acesso a uma maior variabilidade de serviços nessa região, mas também sugere desigualdade na distribuição desses serviços entre as regiões brasileiras.

**Figura 1** - Diversidade de serviços especializados em saúde acessados por um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, em relação à região de moradia



Na análise de serviços acessados, notou-se que participantes do Norte e Nordeste não acessaram o serviço de Fisioterapia Pélvica e que o acompanhamento psicológico não foi acessado por participantes das regiões Norte e Centro-oeste e teve apenas uma representante na região Nordeste. O acesso à cirurgia ginecológica foi proporcionalmente menor entre participantes do Centro-oeste (0%), Nordeste (0,2%) e Sul (0,3%).

A dilatação vaginal foi uma proposta de manejo terapêutico realizada por 70,58% das participantes. Dentre estas, 21% utilizaram o método conservador, a dilatação vaginal progressiva (DVP) ou Método de Frank, que utiliza dilatadores vaginais rígidos com proporções progressivas em comprimento e diâmetro, conforme o canal vaginal ganha profundidade. A DVP foi realizada de duas formas: com orientação médica, mas sem acompanhamento durante o processo de dilatação ou com acompanhamento direto de fisioterapeuta. Dentre as participantes que realizaram DVP com auxílio fisioterapêutico, nenhuma relatou ter feito também a cirurgia de neovaginoplastia. Dentre as que realizaram a DVP de forma autônoma, 12,5% realizaram, também, a neovaginoplastia sugerindo que o acompanhamento fisioterapêutico pode ter contribuído para evitação de manejo cirúrgico. Entre as três participantes submetidas exclusivamente à neovaginoplastia, todas tinham 40 anos ou mais, o que sob uma análise retrospectiva, sugere que procedimentos não-invasivos possivelmente não eram adotados como primeira linha de tratamento num passado recente. Dados sobre a técnica cirúrgica utilizada não foram coletados (Tabela 4).

**Tabela 4** – Processos de criação de canal vaginal adotados por um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH\* ( $n= 24$ )

	N (omisso)	% do Total
Dilatação Vaginal Progressiva (DVP)	21	87.5
De forma autônoma	16	66.6
Com assistência fisioterapêutica	5	20.8
Neovaginoplastia	3	12.5
DVP e Neovaginoplastia	2	8.3

\*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

**Fonte:** dos autores.

A proporção de dados ausentes foi baixa (menos de 10%) para todas as variáveis, sendo de 5,88% para a variável religião e 2,9% para a variável renda familiar, não comprometendo a descrição geral da amostra. Esses dados ausentes foram ignorados automaticamente pelo *software* durante as análises descritivas, con-

forme previsto na metodologia. Nenhuma participante foi excluída da amostra com base nos critérios estabelecidos.

## Discussão

A pesquisa sobre a SMRKH tem avançado significativamente nas últimas duas décadas (Herlin; Petersen; Brännström, 2020), especialmente no que tange à compreensão de sua etiologia (Hentrich *et al.*, 2020; ORPHANET, 2015; Pietzsch *et al.*, 2024), ao desenvolvimento de técnicas mais eficazes para construção do canal vaginal (ACOG, 2018; Baby *et al.* 2024; Manrique *et al.*, 2019; Zhu *et al.*, 2013) e às implicações psicossociais e relacionais que influenciam a adaptação ao diagnóstico (Bargiel-Matusiewicz; Kroemeke, 2015; Bean; Mazur; Robinson, 2009; Facchin *et al.*, 2021).

Esse corpo literário, porém, não reúne representação equiparada de populações do sul global (Herlin; Petersen; Brännström, 2020). A raridade da síndrome e a necessidade de um diagnóstico preciso que envolve serviços de média complexidade em saúde, possivelmente são fatores que contribuem para essa sub-representação. A necessidade de investigação em diferentes parcelas populacionais, todavia, é imperativa para compreender o processo clínico-diagnóstico da condição, bem como dos fatores contextuais/culturais que constituem facilitadores ou barreiras nesse processo. Assim, compreendemos que ao buscar informações sobre a população brasileira, contribuimos para diminuir essa diferença, ao mesmo tempo que reconhecemos que a dificuldade na obtenção da amostra introduziu um viés de representatividade dessa população.

Recomendamos, portanto, que o perfil de pessoas com SMRKH descritas nessa investigação seja entendido como o perfil das pessoas que conseguem alcançar o diagnóstico de SMRKH no Brasil e que as características descritas aqui, sejam percebidas como fatores contextuais que possivelmente contribuíram para o alcance do diagnóstico, manejo clínico adequado, melhor chance de adaptação ao quadro, prognóstico mais satisfatório e melhor qualidade de vida e saúde.

Por considerar essas limitações, as análises realizadas nesse estudo buscaram evitar modelos inferenciais que pudessem implicar em vieses de interpretação ou interpretações espúrias. Dessa forma, as interpretações dessa pesquisa buscam principalmente caracterizar a amostra estudada e fornecer as análises mais evidentes, como é o caso da diferença no acesso a variadas especialidades em saúde a depender da região de moradia das participantes.

Dito isso, observamos que, em consonância com o que é observado entre outras populações o diagnóstico da síndrome também ocorreu principalmente na adolescência entre o grupo estudado. Percebe-se, entretanto, que em países com maior desenvolvimento tecnológico e sistemas de saúde mais estruturados, esse diagnóstico tem ocorrido cada vez mais precocemente. Yano *et al.* (2022) por exemplo, demonstraram que meninas japonesas com a forma tipo II da síndrome receberam diagnóstico com média de 2,6 anos de idade, especialmente quando apresentavam malformações associadas. Esse contraste ilustra como a disponibilidade e chance de acesso a serviços complexos e especializados influenciam a idade com que a síndrome será diagnosticada e, potencialmente, as trajetórias de adaptação psicossocial das pacientes (Tsarna *et al.*, 2022; Weijenborg *et al.*, 2019).

Com relação ao manejo clínico, observamos que cerca 70% das participantes dessa amostra optaram pela criação do canal vaginal. Dentre elas, a maior parte utilizou o método conservador, a dilatação vaginal progressiva (DVP), em alternativa ou associadamente à cirurgia de neovaginoplastia. Entre as 21 pessoas que realizaram somente a DVP, 5 tiveram acompanhamento fisioterapêutico e 16 realizaram de forma autônoma. Entre as participantes que realizaram DVP supervisionada por fisioterapeutas não houve relato conjunto de abordagem cirúrgica para criação do canal vaginal, enquanto parte das que realizaram o procedimento de forma autônoma, também realizou a neovaginoplastia.

Esse padrão alinha-se às diretrizes do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2018) e reforça os achados de Baby *et al.*, (2024) que apontam a DVP como um método de boa efetividade para criação do canal vaginal e evitação de intervenções cirúrgicas futuras. Nesse sentido, Abreu & Linhares (2022) apontaram que a Fisioterapia especializada é importante não somente para a criação do canal, mas para o manejo dos sintomas associados, como dor ou desconforto à penetração vaginal. Edmonds *et al.*,

(2012) relataram, por exemplo, que 245 mulheres inglesas, acompanhadas em programas estruturados de dilatação tiveram, além de ganho no comprimento vaginal, melhora sobre a função sexual e achados semelhantes foram observados por Kruglyak *et al.*, (2021) com 64 adolescentes russas que, além de alcançarem um canal vaginal de comprimento satisfatório, relataram melhora sobre queixa de dor à penetração, melhor funcionamento sexual e até maior facilidade para realização de atividades físicas.

Além desses, estudos como os de HadaviBavili *et al.* (2023) e Weijenborg *et al.* (2019) destacaram que, mesmo após o tratamento, muitas mulheres com SMRKH continuam apresentando dificuldades sexuais, o que pode estar relacionado à ausência de acompanhamento especializado continuado. Permanece, portanto, a necessidade de aprofundar a compreensão sobre abordagens que enxerguem a experiência sexual de forma mais holística e favoreçam abordagens mais personalizadas e respeitosas, centradas nas necessidades individuais das pessoas.

Quanto às implicações psicossociais, estudos prévios já indicaram que a identidade feminina e a autoimagem corporal são dimensões especialmente afetadas pela SMRKH (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Tsarna *et al.*, 2022; Weijenborg *et al.*, 2019), podendo influenciar não apenas a saúde mental, mas também a qualidade dos relacionamentos íntimos. Nessa amostra, 79,4% das participantes relataram participação em grupos de apoio terapêutico de pares e, levando em consideração que entre os critérios de inclusão optamos por incluir somente participantes que estivessem em relacionamentos romântico-afetivos, é possível sugerir que o suporte psicossocial exerça um papel relevante na adaptação pessoal ao diagnóstico e na construção da confiança necessária para o engajamento em vínculos amorosos.

Outro dado que merece atenção nesta investigação diz respeito à parentalidade (presença de filhos). Ainda que apenas sete participantes da amostra tenham relatado ter filhos, o fato de o estudo ter recrutado mulheres em relacionamentos de longo prazo pode ter favorecido esse achado. A maternidade em mulheres com SMRKH ainda é cercada por desafios, que vão desde os aspectos biológicos até os sociais. Embora a maternidade biológica seja possível por meio de técnicas de reprodução assistida como fertilização *in vitro* com útero de substituição (Herlin; Petersen; Brännström, 2020) ou transplante uterino (Brucker *et al.*, 2020; Georgopapadakos *et al.*, 2019), parece fundamental considerar que limitações financeiras, logísticas e estruturais podem restringir definitivamente o acesso a essas opções. E, novamente, ampliar o debate sobre caminhos alternativos de parentalidade e oferecer suporte às decisões reprodutivas dessas mulheres, também perpassa pela possibilidade de capilarizar o acesso a esses serviços.

Em relação ao acesso a serviços especializados (p. ex. Fisioterapia Pélvica, Psicologia, Sexologia), as participantes residia na região Sudeste, área com os mais altos índices de desenvolvimento humano do Brasil, proporcionalmente foram as mais favorecidas. Uma vez que a maior escolaridade e renda foram características comuns entre mulheres de todas as regiões do Brasil, esses dados parecem informar que residir em uma região onde esses serviços são mais comumente ofertados, pode ser um fator de grande peso, e denuncia que características socioeconômicas por si, tais como maior escolaridade e renda, não são suficientes para garantir o acesso aos serviços (Oliveira; Pereira, 2024; WHO, 2025).

A Figura 1 reforça essa interpretação ao demonstrar que o maior número de acessos a especialidades em saúde ocorreu entre participantes da região Sudeste, evidenciando que o local de residência da participante pode ter sido determinante para acessar à atenção especializada multiprofissional. Tal disparidade não apenas reflete um padrão nacional de iniquidade em saúde, como também sugere que, mesmo diante de um diagnóstico comum, as trajetórias clínicas e psicossociais das mulheres com SMRKH podem ser profundamente afetadas pelo contexto territorial (Ministério da Saúde, 2024).

## Conclusão

Embora os perfis clínicos e o manejo da SMRKH em mulheres brasileiras estejam alinhados com descrições apresentadas na literatura internacional, persistem desigualdades relevantes no acesso a serviços de maior complexidade em saúde. Mesmo estratos sociais com maior escolaridade e renda podem enfrentar barreiras no manejo clínico, pelo fato de habitarem regiões que não ofertam serviços mais especializados, mostrando que mesmo uma condição socioeconômica mais favorável pode não ser suficiente para acesso a

um fechamento diagnóstico e manejo clínico adequado.

Nossas interpretações sobre os resultados dessa investigação, todavia, consideram que as limitações estabelecidas pela dificuldade em recrutar participantes para esse estudo tenha capturado uma amostra que representa muito mais o perfil das mulheres que chegam a um diagnóstico e recebem um manejo adequado da síndrome que sobre o perfil clínico das pessoas com SMRKH em todo o Brasil. Dessa forma, mulheres com maior escolaridade e renda e que habitam regiões as quais oferecem maior infraestrutura e complexidade de serviços são aquelas com maior probabilidade de obter um tratamento mais robusto. Esse resultado sugere que ação sobre condições seletivas - estruturais regionais e socioeconômicas individuais – devem ser consideradas ao pensar estratégias na assistência de mulheres com a síndrome no país.

Também consideramos que futuros estudos com essa população se beneficiariam da investigação sobre as motivações das mulheres com SMRKH para criação do canal vaginal, na intenção de desenvolver abordagens clínicas mais éticas. Investigações sobre a importância do acompanhamento profissional durante o processo de dilatação vaginal progressiva também podem beneficiar a produção clínico-científica na área, uma vez que resultados mais satisfatórios a longo prazo podem estar associados a esse acompanhamento continuado. Pesquisas que explorem os desafios reprodutivos enfrentados por mulheres com a síndrome também parecem bem-vindas no que tange à viabilidade de diferentes caminhos para a parentalidade.

Sobre a condução desse estudo especificamente, consideramos que a escolha por participantes que estivessem em relacionamento amorosos estáveis permitiu iniciar a caracterização dos fatores relacionados ao manejo clínico que podem ser decisivos para uma melhor adaptação ao diagnóstico a longo prazo, melhor qualidade de vida e maior satisfação com o tratamento. A investigação futura desses aspectos poderá contribuir para uma compreensão mais abrangente sobre os determinantes da satisfação relacional, da qualidade de vida e da efetividade das intervenções em saúde voltadas à população com SMRKH.

Consideramos, finalmente, que as pesquisas com mulheres com SMRKH não devem negligenciar contextuais envolvidos no cuidado a essa população, pois isso contribuirá para práticas mais equitativas, sensíveis e fundamentadas em evidências.

## Agradecimentos

À Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará (FAPESPA). Ao Instituto Roky e toda sua equipe pela inestimável parceria na realização dessa pesquisa.

## Referências

- ABREU, F.M.C.; LINHARES, B.Q.H.S. A atuação da fisioterapia na síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. v. 8, n. 6, p. 803–810, jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i6.5842>. Acesso em: 13 nov. 2023
- ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, And Treatment. *Obstetrics & Gynecology*, v. 131, n. 1, p. e35–e42, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002458>. Acesso em: 15 fev. 2025
- AGÊNCIA BRASIL. *Censo 2022*: mulheres são maioria em todas as regiões pela primeira vez. Agência Brasil, 2023.
- BABY, A.; PALLAM, M.C.; HAYTER, M. Effectiveness of non-surgical interventions to improve health and well-being in women living with Mayer–Rokitansky–Kuster–Hauser syndrome: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 80, n. 6, p. 2167–2201, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15976>. Acesso em: 22 ago. 2024
- BARGIEL-MATUSIEWICZ, K.; KROEMEKE, A. Personality traits and coping styles in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Archives of Medical Science*, v. 6, p. 1244–1249, 2015. Disponível em: <http://www.termedia.pl/doi/10.5114/aoms.2015.56350>. Acesso em: 24 jan. 2024
- BEAN, E. J.; MAZUR, T.; ROBINSON, A. D. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: Sexuality, Psychological Effects, and Quality of Life. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 22, n. 6, p. 339–346,

2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2008.11.006>. Acesso em: 14 fev. 2024

BRUCKER, S.Y. *et al.* Living-Donor Uterus Transplantation: Pre-, Intra-, and Postoperative Parameters Relevant to Surgical Success, Pregnancy, and Obstetrics with Live Births. *Journal of Clinical Medicine*, v. 9, n. 8, p. 2485, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9082485>. Acesso em: 17 fev. 2025

CARLSON, B. M. Sistema Urogenital In: BRUCKER, S.Y. (org.) *Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento*. 5 ed. p. 376-407. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2014.

DABAGHI, S.; ZANDI, M.; ILKHANI, M. Sexual satisfaction in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome after surgical and non-surgical techniques: a systematic review. *International Urogynecology Journal*, v. 30, n. 3, p. 353–362, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3854-5>. Acesso em: 31. mai. 2023

DOMENICE, S. *et al.* Aspectos Moleculares da Determinação e Diferenciação Sexual. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 46, n. 4, p. 433–443, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302002000400015>. Acesso em: 08 nov. 2023

EDMONDS, D. K. *et al.* Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a review of 245 consecutive cases managed by a multidisciplinary approach with vaginal dilators. *Fertility and Sterility*, v. 97, n. 3, p. 686–690, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.12.038>. Acesso em: 12 mar. 2025

FACCHIN, F. *et al.* Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Health Psychology*, v. 26, n. 1, p. 26–39, 2021. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105319901308>. Acesso em: 03 ago. 2023

GEORGOPAPADAKOS, N. *et al.* Uterus Transplantation as a Therapy Method in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *Cureus*, v. 11, n. 12, p. e6333, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.6333>. Acesso em: 17 fev. 2025

GUTSCHE, R.M. *et al.* Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: relato de caso e revisão da literatura. *Radiologia Brasileira*, v. 44, n. 3, p. 192–194, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-39842011000300014>. Acesso em: 03 ago. 2023

HADAVIBAVILI, P.; İLÇİOĞLU, K.; HAMLACI BAŞKAYA, Y. Evaluation of sexual function outcomes in patients with Rokitansky Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 30, n. 9, p. 705–715, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2023.05.014>. Acesso em: 22 ago. 2024

HATIM, H. *et al.* The missing uterus, the missed diagnosis, and the missing care. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome in the lives of women in Malaysia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 34, n. 2, p. 161–167, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.009>. Acesso em: 22 ago. 2024

HENTRICH, T. *et al.* The Endometrial Transcription Landscape of MRKH Syndrome. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, v. 8, p. 572281, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fcell.2020.572281>. Acesso em: 03 ago. 2023

HERLIN, M.K.; PETERSEN, M.B.; BRÄNNSTRÖM, M. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a comprehensive update. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, v. 15, n. 1, p. 214, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01491-9>. Acesso em: 03. ago 2023

KRUGLYAK, D.A. *et al.* Possibilities of physiotherapy in Mayer–Rokitansky–Kuester–Hauser syndrome. *Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation*, v. 20, n. 1, p. 37–43, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17816/1681-3456-2021-20-1-37-43>. Acesso em: 12 mar. 2025

MANRIQUE, O.J. *et al.* Assessment of Pelvic Floor Anatomy for Male-to-Female Vaginoplasty and the Role of Physical Therapy on Functional and Patient-Reported Outcomes. *Annals of Plastic Surgery*, v. 82, n. 6, p. 661–666, jun. 2019. Disponível em: <https://journals.lww.com/00000637-201906000-00015>. Acesso em: 08 abr. 2024

OLIVEIRA, Robson Rocha De; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Expansão global dos ensaios clínicos: inovação e interação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. e00063518, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sd3CmGgQQdFRvRQWRK4HrHS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 RBSH 2026, 37, e1306, 1-13

mar. 2025.

OLIVEIRA, T. S.; PEREIRA, A. M. M. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p. e04932024, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063518>. Acesso em: 12 mar. 2025

OPPELT, P. *et al.* Female genital malformations and their associated abnormalities. *Fertility and Sterility*, v. 87, n. 2, p. 335–342, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17126338/>. Acesso em: 15 set. 2025

ORPHANET. *Mayer Rokitansky Küster Hauser syndrome*. 2023. Disponível em: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?lng=en&Expert=3109](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=en&Expert=3109). Acesso em: 9 nov. 2023.

PIETZSCH, M. *et al.* A Cohort of 469 Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser Syndrome Patients—Associated Malformations, Syndromes, and Heterogeneity of the Phenotype. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 2, p. 607, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm13020607>. Acesso em: 27 fev. 2024

TSARNA, E. *et al.* The impact of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser Syndrome on Psychology, Quality of Life, and Sexual Life of Patients: A Systematic Review. *Children*, v. 9, n. 4, p. 484, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children9040484>. Acesso em: 3 ago. 2023

WEIJENBORG, P. T. M. *et al.* Sexual functioning, sexual esteem, genital self-image and psychological and relational functioning in women with Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: a case–control study. *Human Reproduction*, v. 34, n. 9, p. 1661–1673, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/hum-rep/dez130>. Acesso em: 26 set. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social determinants of health*. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3). Acesso em: 15 set. 2025

YANO, K. *et al.* Clinical features of Mayer-Rokitansky-Küster-Häuser syndrome diagnosed at under 16 years old: results from a questionnaire survey conducted on all institutions of pediatric surgery and pediatric urology in Japan. *Pediatric Surgery International*, v. 38, n. 11, p. 1585–1589, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00383-022-05201-3>. Acesso em: 17 fev. 2025

ZHU, L. *et al.* Anatomic and Sexual Outcomes after Vaginoplasty Using Tissue-Engineered Biomaterial Graft in Patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: A New Minimally Invasive and Effective Surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 10, n. 6, p. 1652–1658, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jsm.12143>. Acesso em: 10 jun. 2023

Recebido em: 24/05/2025

Aprovado em: 17/11/2025