

# Saúde da Adolescente

*Manual de Orientação*



Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

---

## DIRETORIA

**Presidente**

Edmund Chada Baracat

**Vice-Presidente Região Norte**

Rosival de Jesus Nassar de Souza

**Vice-Presidente Região Nordeste**

Geraldez Tomaz

**Vice-Presidente Região Centro-Oeste**

Gerson Pereira Lopes

**Vice-Presidente Região Sul**

Cesar Pereira Lima

**Vice-Presidente Região Sudeste**

Sérgio Pereira da Cunha

**Secretário Executivo**

Jacob Arkader

**Vice-Secretário Executivo**

Francisco Alberto Régio de Oliveira

**Tesoureiro Executivo**

Roberto Messod Benzecry

**Tesoureiro Adjunto**

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

---

## Comissão de Educação Continuada

Edmund Chada Baracat

Sérgio Pereira da Cunha

Hildoberto Carneiro de Oliveira

**Patrocínio:**

Ministério da Saúde



# Saúde da Adolescente

*Manual de Orientação*



Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

---

## Editores

Laudelino de Oliveira Ramos  
Gerson Pereira Lopes

---

## Autores

Afonso Celso Pinto Nazário	Liliane Diefenthaler Herter
Albertina Duarte Takiuti	Luciane Maria Oliveira Brito
Álvaro da Cunha Bastos	Luis Cavalcanti de Albuquerque Neto
Anna Lydia Pinho do Amaral	Mara Solange Carvalho Diegoli
Carlos Alberto Diegoli	Maria Célia Mendes
Carlos Augusto Alencar Júnior	Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli	Maristela Carbol Patta
Edmund Chada Baracat	Marta Edna Holanda Diógenes Yazlle
Gerson Pereira Lopes	Marta Francis Benevides Rehme
Geraldo Rodrigues de Lima	Raimundo Antonio da Silva
Guilbert Ernesto de Freitas Nobre	Ricardo Cristiano Leal da Rocha
Jão Luiz Pinto e Silva	Roberto Zamith
Jão Tadeu Leite dos Reis	Romualda Castro do Rego Barros
José Alcione Macedo Almeida	Sérgio Mancini Nicolau
José Correa Barbosa	Zenilda Vieira Bruno
José Luiz de Oliveira Camargo	Zuleide Aparecida Félix Cabral
Laudelino de Oliveira Ramos	



---

## Apresentação

---

Uma das mudanças mais expressivas que se faz necessária no início deste século, é o da humanização no atendimento médico-paciente, em particular, de adolescentes, que representam 23,4% da população total.

Com a iniciação sexual cada vez mais precoce e, não raro, sob condições sociais bastante desfavoráveis, a sexualidade é vivenciada muitas vezes, com gravidez precoce, DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), abortamentos, e agravos decorrentes de complicações na gravidez, parto e puerpério, entre outras.

Segundo o IBGE, o número de adolescentes menores que 15 anos que engravidaram aumentou em 391% entre 1976 e 1994. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 mostrou que 18% das adolescentes de 15 a 19 anos já tiveram pelo menos 1 filho ou estão grávidas. Dados da Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ) ligadas ao Ministério da Saúde, demonstram que o percentual de partos em adolescentes entre 10 e 19 anos, proporcionalmente a todos os partos realizados pela rede hospitalar do SUS no país, aumentou de 22,34% em 1993 para 26,96% em 1999. O aumento insiste quando avaliamos grupos de adolescentes de faixa etária distintos: entre gestantes de 10 a 14 anos a incidência cresceu de 0,93% em 1993 para 1,22% em 1999 e entre gestantes de 15 a 19 anos aumentou de 21,41% em 1993 para 25,74% em 1999.

Os dados dizem respeito a gravidezes que chegaram até o final, sendo provavelmente maior o número de adolescentes que engravidaram mas abortaram, espontaneamente ou não. No Brasil os números são imprecisos, mas estima-se que exista uma provável relação de 1 aborto para cada 4,3 nascimentos com potenciais conseqüências na fertilidade pelo aumento da incidência de gravidez ectópica, obstruções tubárias e histerectomia pós-aborto infectado. Segundo o Ministério da Saúde, as complicações de parto e puerpério foram responsáveis por 4,5% dos óbitos em adolescentes entre 15 e

19 anos (dados de 1991) e a associação de parto normal, causas obstétricas e aborto, responsável por 70% de todas as internações em adolescentes pelo SUS (dados de 1996).

Esta constatação tem levado instituições nas áreas de saúde a desenvolverem programas destinados a profissionais que trabalham com adolescentes, com a finalidade de promover conhecimentos e habilidades necessárias para uma ação efetiva de caráter educativo, preventivo e curativo.

Foi com este objetivo que a FEBRASGO, em parceria com o Ministério da Saúde, propõe o projeto “AdoleSER com saúde: Compromisso da FEBRASGO”.

Este manual visa a proporcionar conhecimentos e habilidades nos assuntos relacionados à saúde da adolescente de maneira a sensibilizar, capacitar e aprimorar o tocoginecologista.

## **A DIRETORIA**

## Prólogo

---

A atenção médica da mulher nas várias fases da vida se faz de maneira diversa em decorrência do estado de desenvolvimento físico dos órgãos genitais e do grau de maturidade psíquica. Assim a adolescência (que inclui a puberdade) caracteriza-se por um período em que os caracteres sexuais secundários apresentam seu maior desenvolvimento, adaptando a jovem à procriação. A conhecida antecipação da maturidade física não foi acompanhada pelo correspondente desenvolvimento psíquico, resultando um indivíduo fisicamente apto a reprodução mas ainda imaturo psiquicamente.

O presente Manual tem como objetivo trazer informações sintéticas, objetivas e práticas para os ginecologistas generalistas que desejam conhecer melhor esta especial fase da vida da mulher:  
A ADOLESCÊNCIA

**Laudelino de Oliveira Ramos**  
Presidente da Comissão Nacional de  
Ginecologia Infanto-Puberal  
da FEBRASGO





---

## ÍNDICE

---

Abordagem Clínica da Adolescente.....	11
Desenvolvimento Puberal Anormal.....	16
Disfunção Menstrual.....	30
Vulvovaginites.....	36
Anticoncepção: métodos.....	42
Anticoncepção: Aspectos Éticos .....	53
Gravidez na Adolescência .....	58
Assistência Pré-Natal.....	68
Aleitamento.....	79
Sexualidade na Adolescência.....	88
Orientações sobre Sexo Seguro na Adolescência .....	97



## ABORDAGEM CLÍNICA DA ADOLESCENTE

O primeiro contato com a adolescente deverá ser realizado pela anamnese, quando se apresentam os motivos mais frequentes de consulta naquela faixa etária, que são apresentados a seguir.

- Distúrbios menstruais, manifestados na primeira fase da adolescência, a partir da menarca, durante os dois ou três primeiros anos da idade ginecológica. Os ciclos menstruais podem, então, ser caracterizados por hipermenorragia ou metrorragia, sintomas da hemorragia uterina disfuncional. Torna-se necessário fazer diagnóstico diferencial com discrasias sanguíneas, por meio de hemograma, TS, TC e contagem de plaquetas. A curetagem uterina é desnecessária, porque o carcinoma do endométrio não deve ser cogitado na adolescência.

Podem ocorrer, também, ciclos hipooligomenorréicos e amenorréia, na adolescência. Nessas eventualidades, se as menstruações são largamente espaçadas, é válida a hipótese de ovários policísticos, cabendo a realização de alguns exames complementares, para a confirmação ultra-sonografia pélvica, dosagem de gonadotropinas, estradiol, progesterona e androgênios.

No caso de haver amenorréia, é preciso assinalar se a falta da menstruação é primária ou secundária. Na primeira hipótese, lembrar de algumas possibilidades diagnósticas: hipogonadismo-hipogonadotrópico e agenesia útero-vaginal.

Em face da amenorréia secundária, lembrar da possibilidade de ser gravidez.

Em pacientes com retardo da menarca, associado a dor pélvica cíclica, pensar em criptomenorréia decorrente de obstrução mülleriana: imperfuração himenal, ou septo vaginal imperfurado.

A dismenorréia é freqüentemente de causa funcional, mas também pode decorrer de causas orgânicas, como as inflamações pélvicas e a endometriose. Nos últimos anos, têm-se diagnosticado muitos casos de endometriose na adolescência. Exames indicados para confirmar essa hipótese diagnóstica são a determinação do nível de CA 125 e a videolaparoscopia.

- Alterações do desenvolvimento mamário. Deve-se considerar que o crescimento das mamas completa-se, em geral, em torno dos 15 anos de idade. Podem ser observadas mamas hipotróficas, com desenvolvimento desigual, supranumerárias e hipertroficadas. O diagnóstico definitivo dessas malformações deve ser firmado ao final do período de puberdade. Nódulos mamários na puberdade correspondem, no geral, a fibroadenomas. Nos casos de patologia mamária, o exame indicado é a ultra-sonografia, devendo-se empregar a mamografia somente em casos específicos, pois a hiperdensidade do parênquima mamário torna o exame ineficiente.

- Estatura. Constitui preocupação para os pais da adolescente o fato de a menina não crescer o esperado por eles, fazendo supor que não atingirá uma altura mínima semelhante à média observada em adolescentes da mesma idade. Neste particular, devem ser levados em conta fatores individuais, familiares e genéticos. O RX de mãos e punhos é exame complemen-

tar de importância para a avaliação da idade óssea. Cabe, também, o exame funcional da tireóide.

- Início precoce da vida sexual. É problema que causa, atualmente, grande preocupação em todo o mundo. As adolescentes, nos primeiros anos que sucedem a menarca, não apresentam amadurecimento psíquico para enfrentar a prática sexual e não sabem adotar as medidas de proteção necessárias. Assim, o início precoce da vida sexual propicia contaminação por agentes causadores das doenças sexualmente transmissíveis, inclusive pelo vírus da AIDS. Outra consequência é a gravidez indesejada, muito frequente nos dias de hoje. A educação sexual é de comprovada utilidade para prevenir os episódios referidos. Diante de casos de vida sexual ativa na adolescência é, também, importante a detecção da neoplasia intra-epitelial cervical, encontrando-se indicados os seguintes exames: colpocitologia oncológica e colposcopia. Em casos especiais; PCR, hibridização, biópsia e conização do colo, são recomendáveis.

- Procura de orientação contraceptiva. É considerável, na atualidade, a consulta de adolescentes que querem se proteger da gravidez. Os métodos anticoncepcionais devem ser oferecidos à consulente, cuidando-se de informá-las sobre as vantagens e as desvantagens de cada um deles. É importante acentuar, nas recomendações a serem apresentadas, que os métodos comportamentais, ou naturais, apresentam alto nível de falhas e que os mais seguros são os hormonais (orais e injetáveis) e o DIU.

Completada a anamnese, deve-se proceder ao exame físico geral. Neste particular, serão anotados a altura e o peso das pacientes. O acentuado emagrecimento, que pode caracterizar a anorexia nervosa, e a obesidade, devem ser tratados

sem demora. No exame físico geral, deve-se observar a pilificação (hirsutismo) e a eventual presença de acne e seborréia, quase sempre indicativos de ação androgênica aumentada.

Segue-se o exame ginecológico. O exame das mamas é a primeira parte deste tempo propedêutico. A inspeção e a palpação permitem detectar as malformações já referidas, bem como surpreender a presença de algum nódulo (fibroadenoma).

A seguir, pratica-se a inspeção do abdome, principalmente da região infraumbilical, onde se projetam os órgãos genitais internos, se aumentados de volume por formações tumorais.

O próximo tempo propedêutico é o exame dos órgãos genitais externos, cabendo a inspeção das formações labiais, vestibulares e do clitóris.

Quanto ao exame dos órgãos genitais internos, dispõe-se do toque vaginal, nos casos de hímen roto. Para as pacientes de hímen íntegro, achamos deva ser dispensado o toque retal, porque a ultra-sonografia e, eventualmente, a ressonância magnética substituem-no com vantagem, para avaliar a forma e a posição do útero e dos anexos. O toque retal, porém, tem sua indicação em casos raros de carcinoma invasivo do colo do útero, para estadiar a neoplasia, avaliando a infiltração dos paramétrios. Igualmente serve em casos de endometriose, haja vista o possível comprometimento do septo reto-uterino e dos ligamentos útero-sacrais, nesta doença.

Em pacientes que apresentem quadro clínico indicativo de puberdade tardia, deve-se distinguir a forma de Turner, com baixa estatura e várias malformações (estigmas turnerianos), e a forma pura, com estatura normal e sem malformações. A ultra-

sonografia pélvica, que revelará as gônadas “em fita”, a determinação da cromatina sexual e do cariótipo são importantes para confirmar o diagnóstico.

Em casos de ambigüidade genital, quase sempre indicadores de estados intersexuais, igualmente se deve lançar mão da cromatina sexual, do cariótipo, da ultra-sonografia pélvica e, eventualmente, da biópsia gonadal.

No atendimento às adolescentes cabe, ainda, enfatizar a importância do relacionamento médico-paciente. Cumpre lembrar que a adolescência é período de transição para a idade adulta, no qual predomina a instabilidade emocional. Assim, a adolescente necessita de muita atenção do médico, que precisa demonstrar interesse em ouvi-la. Muitas vezes a adolescente vem desacompanhada, à consulta. Esta atitude quase sempre revela que a jovem não conta com o apoio dos pais - principalmente da mãe - no dia-a-dia familiar. Nessa circunstância, a adolescente espera do médico orientação e conselhos para que possa enfrentar seus problemas de vida.

## DESENVOLVIMENTO PUBERAL ANORMAL

Puberdade é a fase da vida na qual ocorre o desenvolvimento das características sexuais secundárias principalmente mamas, pêlos, bem como alterações significativas do crescimento e aspecto somático. O início da puberdade ocorre entre 8 e 13 anos. Em 80% dos casos, o fenômeno inicial é o desenvolvimento das mamas seguido pelo estirão puberal, crescimento dos pêlos pudendos e axilares e finalmente a menarca.

### PUBERDADE PRECOCE

Caracteriza-se puberdade precoce como sendo o desenvolvimento das características sexuais secundárias antes dos 8 anos de idade, o que se dá em apenas 1 - 3% das meninas.

Ela pode ser classificada em:

- Puberdade precoce central (PPC).
- Puberdade precoce periférica (PPP) isossexual ou heterossexual.
- Telarca precoce.
- Pubarca precoce.

### FISIOPATOLOGIA

*Puberdade precoce central*

1- Idiopática.



2-tumores do SNC: tumores não-secretantes e tumores secretantes de GnRH.

3-outras lesões do SNC não-tumorais: anomalia congênita (hidrocefalia, síndrome da sela túrcica vazia, etc); síndrome de Arnold - Chiari; encefalite; hidrocefalia, sarcoidose, tuberculose, síndrome pós-cirúrgica, síndrome pós-traumática, síndrome pós-encefálica, abscesso cerebral, epilepsia, retardo mental, síndrome de Silver, neurofibromatose, glioma óptico, cisto do terceiro ventrículo, malformações vasculares.

*Puberdade precoce periférica*

1- Administração exógena de estrogênios e androgênios.

2- Distúrbios da supra-renal: defeitos enzimáticos (deficiência da 21-hidroxilase; deficiência da 11-hidroxilase; deficiência da 3-β-hidroxidesidrogenase) e tumores de supra-renal.

3- Causa ovariana: cisto folicular, carcinomas, cistoadenomas, gonadoblastomas, tumores das células da granulosa, tumores de células lipóídicas, tecomas, síndrome de McCune- Albright.

*Etiologia desconhecida*

- telarca precoce, pubarca precoce.

## QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico caracteriza-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos. Outras manifestações clínicas podem estar presentes, tais como: alterações do comportamento, convulsões, alteração da visão, dor abdominal. Ao exame físico pode-se observar desenvolvimento do parênquima mamário e/ou dos pêlos púbicos e/ou axilares, tumoração pélvica ou abdominal e manchas.

## DIAGNÓSTICO

### *1- Anamnese*

- antecedentes familiares: idade em que a mãe menstruou, casos semelhantes na família.
- antecedentes pessoais: deve-se iniciar com o pré-natal. Questionar sobre a presença de infecções intra-uterinas, medicações e hormônios administrados durante a gravidez, tipo de parto, tempo do período expulsivo, índice de Apgar, e o tempo que permaneceu internado. Desenvolvimento neuropsicomotor e escolar; presença de intercorrências clínicas, cirúrgicas e infecciosas, início do desenvolvimento sexual secundário, seqüência observada e ocorrência da menarca.

### *2- Exame físico*

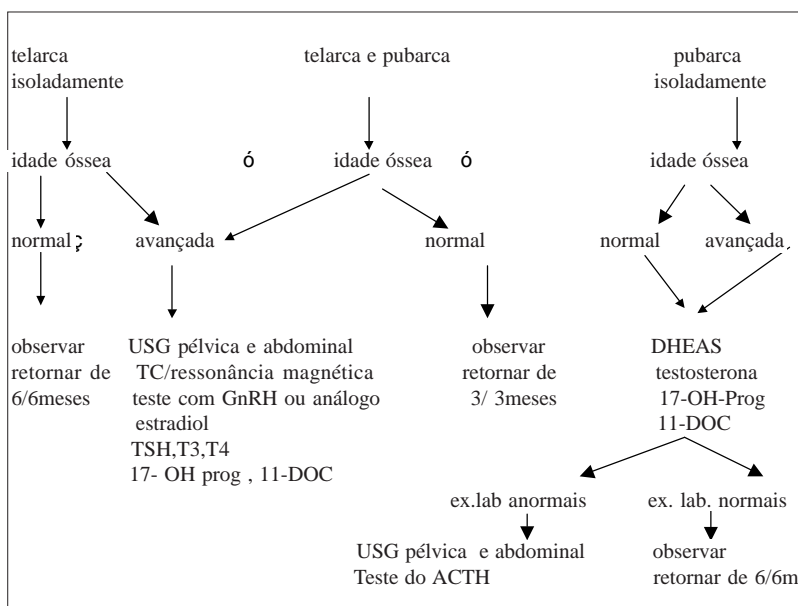
- peso e altura, que devem ser anotados em gráficos próprios e observados se estão dentro dos limites de normalidade para a idade,
- aspecto geral: presença de estigmas, distribuição da gordura, presença de obesidade ou desnutrição, hirsutismo ou acne,
- desenvolvimento das mamas: a presença do broto mamário, simetria, e classificação segundo os critérios de Tanner,
- pêlos púbicos, características e classificação, também segundo os critérios de Tanner,
- pêlos axilares,
- palpação da tireóide e do abdome para identificar a presença de tumores.

### *3- Exames subsidiários*

- dosagens hormonais: estrogênios, FSH, LH, TSH, T3 e T4, androstenediona, sulfato de deidroepiandrosterona, testosterona, 17- hidroxiprogesterona,

- raio X de mãos e punhos para avaliar idade óssea,
- ultra-sonografia da pelve para avaliar o tamanho do útero, espessura do endométrio, tamanho dos ovários e presença de cistos,
- raio X de crânio para verificar a sela túrcica,
- tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética do crânio e abdômen, e pelve,
- avaliação neurológica, quando necessário,
- teste do GnRH e da cortrosina,
- outros exames: eletroencefalograma, sorologia para toxoplasmose, tuberculose, etc.

Breyer et al. propõem o seguinte esquema diagnóstico:



## TRATAMENTO

O tratamento da puberdade precoce visa:  
1-supressão do eixo hipotálamo/hipófise/gonadal.

2-regressão dos caracteres sexuais secundários, incluindo a parada das menstruações.

3-desaceleração do avanço da idade óssea em conjunto com a retomada de velocidade de crescimento normal, com o objetivo de assegurar estatura adequada na vida adulta.

4-resolução dos problemas psicossociais associados ao desenvolvimento puberal precoce.

5- remoção do fator etiopatogênico

A abordagem terapêutica da puberdade precoce deve se basear nos seguintes itens:

#### *1-Fator etiológico*

A determinação do fator etiológico é fundamental para o sucesso da terapêutica. Na grande maioria dos casos, o tratamento deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar. A extirpação dos tumores deve ser feita sempre que possível, embora, em alguns casos tumores intracranianos (como prolactinomas ou hamartomas), dependendo da localização e tamanho, possam ser tratados clinicamente. O diagnóstico das disfunções da tireóide e orientação terapêutica são obrigatórios para a correção da puberdade precoce.

A utilização inadequada de hormônios, ou para corrigir outras entidades patológicas, como coalescência de ninfas ou pela ingestão de carnes que contenham esteróides, pode ser responsabilizada por muitos casos de telarca e/ou pubarca precoce.

As alterações da supra-renal podem ser acompanhadas de hirsutismo, acne, hipertensão, cujo tratamento consiste, na maioria das vezes de terapia com corticóide. As lesões neurológicas, causadas por agentes infecciosos, como toxoplasmose, tuberculose, devem ser tratadas com quimioterápicos específicos.

## *2- Bloqueio das gonadotropinas*

Importante salientar que o bloqueio das gonadotropinas somente deve ser feito após a comprovação de que a puberdade precoce é de origem central (PPC), devido a um aumento da produção das gonadotropinas. O diagnóstico é feito pelo teste de estimulação das gonadotropinas.

Medicamentos utilizados na puberdade precoce:

a- agonistas do GnRH (GnRH- $\alpha$ ) - úteis apenas para puberdade precoce central.

Os análogos utilizados sob a forma de depósito, para o tratamento da puberdade precoce central, são administrados nas dosagens de 0,06 a 0,6 mg/kg/dose/IM ou subcutânea. No Brasil, existem atualmente à disposição os seguintes medicamentos: leuprolida (Lupron Depot) 3,75 mg, goserelina (Zoladex) 3,6 mg e triptorelina (Neodecapeptyl ) 3,75 mg. Estudos desmonstram que a administração do análogo melhora na altura resultante na fase adulta, de 3 a 5 cm acima da altura prevista.

Importante salientar que:

1- O tratamento com doses intermitentes e inadequadas de análogos do GnRH, pode levar a progressão do quadro, pela atividade agonista dos mesmos. Nos primeiros 2 meses do tratamento, as pacientes com PPC podem ter aumento do desenvolvimento mamário, maturação óssea, e ocasionalmente sangramento menstrual (geralmente secundário à queda do estrogênio). Por isto, é aconselhável a inibição prévia da estimulação ovariana com progestagênios.

2- Os análogos são ineficazes no tratamento da PP de origem periférica.

A interrupção do tratamento geralmente ocorre quan-

do a idade óssea atinge 12 anos ou a idade cronológica ao redor de 10 anos, embora alguns autores prefiram manter o tratamento por período de tempo mais prolongado.

Efeitos colaterais: reação anafilática, reações máculo-papulares, urticaria e abscessos. Como os análogos podem causar redução da massa óssea ainda não está claro qual a implicação de tratamento com análogos a longo prazo sobre a densidade óssea das crianças.

#### **b-Acetato de medroxiprogesterona (AMP)**

Atua bloqueando a secreção de gonadotropinas, por meio de dois mecanismos: feedback negativo em nível hipotalâmico/hipofisário, e pela diminuição dos estrogênios. O AMP também reduz os receptores estrogênicos, e portanto diminui a resposta fisiológica a este hormônio. As doses utilizadas são: 10 a 30 mg/dia /via oral ou 100 a 200 mg/semanal ou quinzenal/IM. Embora haja redução no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, e bloqueio da menstruação, não se demonstrou uma ação sobre a estatura final. Raramente têm sido descritos efeitos glicocorticóides.

#### **c-Acetato de ciproterona**

O acetato de ciproterona (ACP) é um derivado da progesterona, que tem ação antiandrogênica, atividade antigonadotrópica e inibe diretamente a esteroidogênese adrenal e ovariana. Possui ação efetiva na regressão dos caracteres sexuais secundários; entretanto os seus efeitos sobre a estatura permanecem controversos. Embora alguns trabalhos tenham demonstrado a ação benéfica do tratamento sobre o crescimento linear e a maturação óssea, a análise estatística não tem confirmado ação sig-

nificativa. O ACP pode ser usado de 50 a 100 mg/m<sup>2</sup>/dia, via oral em duas doses diárias. Ele atua inibindo a resposta do LH e GnRH, e pela redução dos receptores para o estrogênio, resultando em redução da telarca e supressão da menstruação, regressão da pilosidade axilar. Eventualmente podem ocorrer efeitos glicocorticóides (aumento do peso, acne), sonolência e eosinofilia vaginal. Embora rara, pode haver supressão da atividade da supra-renal, quando administrado a longo prazo. Por isto a retirada do ACP deve ser feito de forma descontínua e progressiva.

#### d-Danazol

Derivado da  $\alpha$ -etiniltestosterona, de ação antigonadotrópica, com atividade androgênica e ação antiestrogênica. A dose recomendada é de 100 a 300 mg/VO, diariamente. Os efeitos colaterais observados são crescimento de pêlos e aumento do peso.

### CASOS ESPECIAIS

#### *Telarca precoce isolada*

A telarca precoce quando ocorre nos primeiros anos de vida, geralmente é um fato isolado, não merecendo tratamento, desde que não apresente alteração na idade óssea.

#### *Pubarca precoce isolada*

Geralmente aparece em meninas com idade entre 6 e 7 anos, sem desenvolvimento das mamas e não necessita de tratamento se os exames da supra-renal estiverem normais.

### PUBERDADE TARDIA

Define-se puberdade tardia como sendo a ausência dos caracteres sexuais secundários após 14 anos. A ausência da me-

narca após os 16 anos é denominada amenorréia primária.

A puberdade tardia pode ser dividida em 2 grupos:

- hipogonadismo hipergonadotrópico (comprometimento primário do ovário):

- hipogonadismo hipogonadotrópico (comprometimento secundário do ovário).

#### *Hipogonadismo hipergonadotrófico*

O hipogonadismo hipergonadotrófico ocorre quando há comprometimento da produção hormonal pelos ovários. Nestes casos os níveis hormonais de estrogênio e progesterona são baixos, e as dosagens do LH e principalmente do FSH encontram-se aumentadas.

Pertencem a este grupo:

- disgenesia gonadal (disgenesia gonadal pura ou síndrome de Turner);

- falência ovariana secundária a irradiação, quimioterapia ou cirurgia;

- ooforite autoimune;

- síndrome da resistência ovariana às gonadotrofinas (síndrome de Savage);

- deficiência de 17- $\alpha$ -hidroxilase ou deficiência da aromatase;

- outras: miotonia distrófica, sarcoidose, ooforite gonocócica, infiltração ovariana por tuberculose ou mucopolissacaridose, etc.

#### *Hipogonadismo hipogonadotrópico*

Hipogonadismo hipogonadotrópico é o termo utilizado para pacientes com níveis de gonadotrofinas baixos ou nor-



mais e ausência no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e amenorréia.

*1- causa constitucional ou familiar;*

*2- alterações no eixo hipotálamo-hipofisário: tumores do sistema nervoso central (SNC), doenças inflamatórias ou infecciosas que acometem o SNC, síndrome de Kallmann, amenorréia da atleta, pan-hipopituitarismo, etc.*

*3- doenças que acometem o estado geral e nutritivo: desnutrição, anorexia nervosa, doença de Crohn, síndrome da imunodeficiência adquirida, insuficiência renal e hepática, etc.*

O quadro clínico caracteriza-se pela ausência dos caracteres sexuais secundários após os 14 anos. Ao exame físico observa-se ausência de desenvolvimento do parênquima mamário e/ou dos pêlos púbicos e/ou axilares.

## DIAGNÓSTICO

### *1- Anamnese*

- antecedentes familiares: idade em que a mãe menstruou, casos semelhantes na família, endocrinopatias, neuropatias ou tumores nos antecedentes familiares.

- antecedentes pessoais: desenvolvimento neuropsicomotor e escolar, presença de intercorrências infecciosas, cirúrgicas ou clínicas (hipotireoidismo ou hipoglicemia), anomalias congênitas, linfedema (síndrome de Turner) uso de medicamentos ou quimioterápicos, irradiação para tratamento de doenças malignas. Interrogar sobre dor abdominal, diarreia, cefaléias, sintomas neurológicos, olfato, mudanças no peso, distúrbios alimentares, atividade sexual, medicações, estresse emocional, drogadição, esportes competitivos, hirsutismo, etc.

## 2- Exame físico

- peso e altura, que devem ser anotados em gráficos próprios e observados se estão dentro dos limites de normalidade para a idade;

- aspecto geral: presença de estigmas, distribuição da gordura, presença de obesidade ou desnutrição, hirsutismo ou acne;

- palpação da tiróide;

- palpação das mamas: avaliar a ausência do broto mamário, simetria e se presente classificar segundo os critérios de Tanner;

- pêlos axilares;

- palpação do abdomen;

- inspeção da genitália externa; avaliar o crescimento dos pêlos púbicos, características e classificação, também segundo os critérios de Tanner; efeito estrogênico, clitoromegalia, e orifício himenal

- em adolescentes que já iniciaram a atividade sexual deve-se realizar o exame de toque e especular. Em meninas virgens postergamos o exame de toque retal e solicitamos o exame de USG pélvica, para não traumatizar.

## 3- Exames subsidiários

-cariótipo e cariograma;

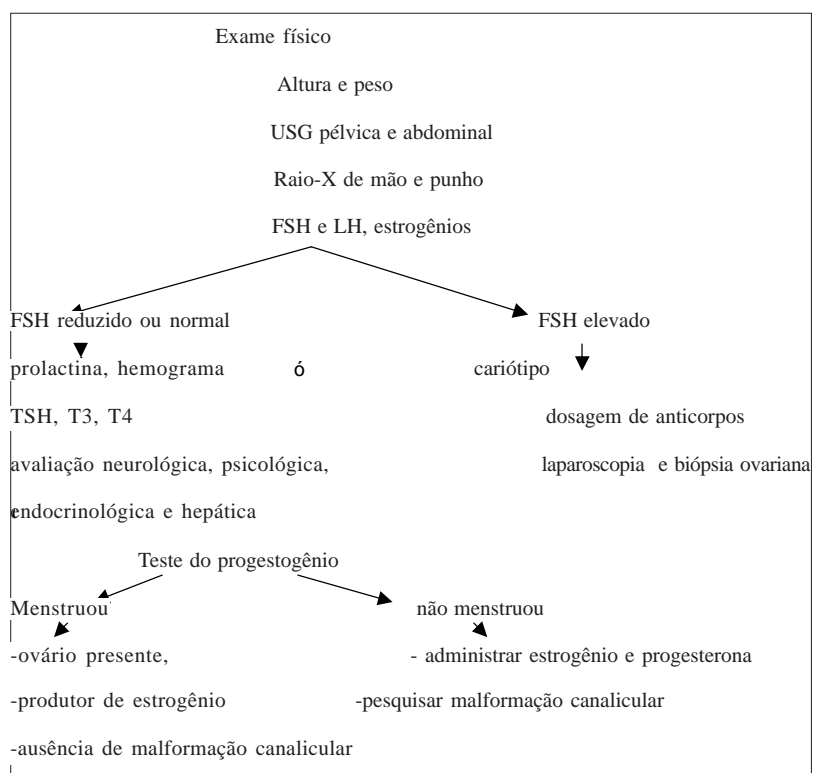
-dosagens hormonais: FSH e LH, estrogênios totais, prolactina, testosterona, SDHEA, 17-hidroxiprogesterona, androstenodiona, TSH, T3, T4;

-USG pélvica (para avaliar útero e ovários) e abdominal (para avaliar aparelho urinário, supra renal ou tumores);

- raio X de crânio, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética de crânio e abdomen;

- raio X de mão e punho esquerdo para avaliar idade óssea;
- teste da estimulação da hipófise com GnRH;
- teste de estimulação da supra-renal com ACTH;
- avaliação neurológica, quando necessário;
- outros exames: sorologia para tuberculose, HIV, avaliação hepática e renal, etc.

### ESQUEMA DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA:



## TRATAMENTO

1- Correção da doença de base, especialmente em pacientes com tumores do SNC, anorexia nervosa, desnutrição, hiperplasia da supra-renal, etc.

### 2- Terapia de reposição hormonal

Os objetivos da reposição hormonal são: induzir um desenvolvimento mamário e menstruação, aumentar a velocidade de crescimento, e promover adequada massa óssea.

A idade para se iniciar a terapia de reposição hormonal deve se basear nos seguintes parâmetros: na massa óssea, no fechamento da epífise dos ossos longos e nas repercussões psicológicas da ausência dos caracteres sexuais secundários na menina.

- em pacientes com útero intacto, a terapia de reposição hormonal (TRH) requer o uso do estrogênio e de progesterona;

- na ausência de desenvolvimento mamário deve-se iniciar a TRH com baixas doses de estrogênio, tais como 0,3 mg de estrogênios conjugados por 6 a 12 meses, quando então se aumentam as dosagens do estrogênio para 0,625 mg ou 2 mg de  $\beta$ -estradiol até o desenvolvimento mamário se completar e após, quando então pode-se iniciar a administração de progestagênios, na dosagem de 5 ou 10 mg durante 10 a 14 dias do mês;

- esquema de manutenção da TRH: administração de 0,625 mg de estrogênios conjugados diariamente por 25 dias associado com 5 a 10 mg de acetato de medroxiprogesterona por 10 a 14 dias, ou 0,05 mg de estradiol transdérmico por 2 semanas e estrogênios associados com progesterona via transdérmica nas 2 semanas seguintes, ou ainda 0,05 mg de estradiol transdérmico continuamente e 5 a 10 mg de acetato de me-

droxiprogesterona, por via oral, durante 10 a 14 dias do mês.

3- apoio psicológico à família e à menina. Quando questionado sobre o futuro obstétrico ser cauteloso na resposta para não agravar o quadro psicológico.

#### 4- tratamentos complementares

-na síndrome de Turner e na disgenesia gonádica pura antes de iniciar a TRH deve-se pesquisar o cariótipo, e na presença do Y efetuar a ooforectomia bilateral, para evitar a transformação da gônada em um tumor maligno (geralmente da linha germinativa). Bagnolli propõe a retirada da gônada em fita independentemente de presença do Y. A administração do hormônio do crescimento antes da TRH é importante para que a paciente tenha um melhor prognóstico na estatura final;

- nas pacientes com hiperplasia da supra-renal é aconselhável iniciar o tratamento com o corticóide e somente depois avaliar a necessidade ou não de repor estrogênios e progestagênios;

- no hiperprolactinoma deve-se administrar bromocriptina, na dosagem de 2,5 a 7,5 mg, divididos em duas tomadas diárias. Em caso de gravidez a maioria dos autores retiram a medicação, mas alguns sugerem continuar com o medicamento durante toda a gestação;

- na anorexia nervosa deve ser feita a TRH associada à reposição calórica e à psicoterapia. Algumas pacientes necessitam de internação para repor as calorias e os eletrólitos necessários.

## DISFUNÇÃO MENSTRUAL

As perdas sangüíneas genitais que acometem a mulher podem ser fisiológicas e patológicas. A menstruação constitui o clássico exemplo de sangramento fisiológico; já o patológico, subdivide-se em orgânico e disfuncional.

A disfunção menstrual por anormalidades do ciclo decorre, em geral, de alterações morfológicas ou funcionais de um ou mais setores responsáveis pelo desencadeamento da menstruação.

Define-se como sangramento uterino disfuncional toda perda sangüínea de origem uterina, na ausência de gravidez ou de qualquer afecção orgânica do trato genital. Representaria, quase sempre, manifestação clínica de disfunção do eixo hipotalâmico-hipofisário-ovariano.

A sua caracterização é, por excelência, de exclusão. É, portanto, provisória e, muitas vezes, tem-se que reconsiderá-la ao se demonstrar alguma lesão orgânica genital responsável e não diagnosticada previamente.

Incide, preferencialmente, nos dois períodos extremos da vida da mulher, ou seja, na puberdade e no climatério, sendo responsável pela terça parte dos casos de hemorragia genital.

O sangramento disfuncional na adolescência é, em sua mais pura essência, de origem endometrial. O quadro histológico varia de acordo com o momento em que o tecido endometrial é estudado. No entanto, os padrões proliferativo e hiperplásico são os de mais freqüente registro; os estados proliferativo e hiperplásico traduzem ação estrogênica prolongada, sem o efeito opositor da progesterona.

Classifica-se o sangramento disfuncional em anovulatório e ovulatório. O primeiro é detectado em 80% a 90% dos casos.

O sangramento disfuncional pode ser ocasional ou crônico. É dito ocasional quando é esporádico, ocorrendo uma ou duas vezes apenas; não adquire importância clínica, a não ser que a perda sangüínea seja intensa. O sangramento crônico é aquele que se repete em pelo menos três ciclos consecutivos. É irregular em sua intensidade, duração e tempo de aparecimento, sendo totalmente imprevisível em relação às suas características.

Quanto à fisiopatologia do sangramento anovulatório, na adolescência, haveria, insuficiência do sistema hipotalâmico-hipofisário-ovariano em responder ao estímulo positivo de retrocontrole do estradiol.

É importante frisar que ciclos anovulatórios não se acompanham obrigatoriamente de sangramento do tipo disfuncional. Pelo contrário, as perdas sangüíneas podem ser regulares e cíclicas, dificultando o diagnóstico de anovulia.

O sangramento disfuncional da variedade ovulatória pode ser secundário a alterações da fase pré-ovulatória e pós-ovulatória ou de ambas.

O encurtamento de uma ou de ambas as fases leva a ciclos curtos, em geral menos de 20 dias (polimenorréia).

O sangramento periovulatório coincide com a ovulação, por vezes acompanhando-se de dor abdominal e de mucorréia cervical. Deve-se à deprivação estrogênica que acompanha os picos do LH e FSH. É, em geral, de pequena intensidade e não adquire importância clínica, salvo em casos de infertilidade, por prejudicar a qualidade do muco cervical.

Já o sangramento devido a alterações na fase pós-ovulatória pode ser ocasionado por distúrbios da ovulação ou até ciclo aluteal.

No ciclo aluteal ocorre ovulação, porém as células luteinizadas, não se sabe por que, não produzem progesterona. Em tais casos, entretanto, o sangramento disfuncional, não é obrigatório.

A insuficiência lútea decorre de crescimento folicular inadequado e ou de ovulação imperfeita. Assim, o corpo lúteo formado é também insuficiente. Pela menor produção de progesterona há preparo incompleto do endométrio, com ulterior encurtamento do intervalo menstrual e a fase lútea tendo menos de nove dias, (proio ou polimenorréia). O endométrio revela amadurecimento defasado em pelo menos dois dias.

Em síntese, a eficiente função do corpo lúteo depende de ovulação perfeita, ou seja, de adequado comportamento do FSH e LH na fase folicular e de LH na segunda fase do ciclo.

Em alguns casos, a ação contínua da progesterona, mas em quantidades insuficientes, causa descamação irregular do endométrio; pelo fato de alterar a liberação de prostaglandinas, prolonga a regeneração, da camada funcional. Com isso, o intervalo menstrual tende a aumentar. A descamação é lenta e o endométrio mostra-se com aspecto secretor ao lado de áreas proliferativas, fruto de estímulo estrogênico do ciclo subsequente. Esse quadro corresponde a clássica descamação irregular do endométrio após menstruações imperfeitas, descrito por Driessen, em 1944.

O quadro clínico caracteriza-se por desordem menstrual, expressão da disfunção endócrina presente.

No sangramento anovulatório, a perda sanguínea é imprevisível e irregular quanto à intensidade, duração e tempo de aparecimento (geralmente hipermenorréia ou metrorragia).

Os sangramentos ovulatórios advêm do encurtamento da fase folicular ou da fase lútea e caracterizam-se por apresenta-



rem intervalos mais curtos (proiomenorréia).

O diagnóstico do sangramento uterino disfuncional é eminentemente clínico, baseando-se sempre nos dados dos exames físico e ginecológico. O diagnóstico, inicialmente provisório, é feito por exclusão, por meio do exame pélvico, para eliminar causas orgânicas.

Na anamnese, além da caracterização do distúrbio menstrual, é importante inquirir sobre medicamentos eventualmente em uso, pois, não raro, o sangramento tem causa farmacogênica. Se perdas de sangue são referidas em outros locais do corpo, é provável haver moléstia hematológica, da qual a irregularidade menstrual pode ser o primeiro sintoma a ser investigado.

O exame físico geral e o exame ginecológico devem ser minuciosos, de forma a afastar eventuais causas orgânicas. Às vezes, em decorrência de reação da paciente ou da presença de exuberante panículo adiposo, torna-se necessário exame ginecológico sob narcose.

Para se chegar ao diagnóstico, em certos casos, há a necessidade de exames subsidiários, em especial exame hematológico, e coagulograma e ultra-sonografia.

Na puberdade, em geral, pode-se prescindir da histeroscopia e da curetagem uterina, uma vez que a hemorragia na adolescente traduz, quase sempre, disfunção hormonal (anovúlia). Deve-se sempre investigar possíveis discrasias sangüíneas.

A ministração de progestagênos isolados ou associados a estrogênios é de grande valia para o diagnóstico. Se persistirem as perdas sangüíneas por meio desse “teste da pílula”, deve-se suspeitar de lesão orgânica intracavitária.

Quanto à terapêutica, na puberdade, como as perdas sangüíneas são discretas ou de curta duração, opta-se pela con-

duta conservadora. Lembrar que na maioria das vezes os sangramentos são a expressão clínica de ciclos anovulatórios, que regridem espontaneamente. Indicam-se apenas medidas de ordem geral, tais como ministração de vitaminas, ferro e antiinflamatórios não-hormonais. Eventualmente há a necessidade de transfusão de sangue. Se o sangramento for abundante preconiza-se a hormonioterapia.

Destacam-se, entre os medicamentos hormonais, os estrogênios, os progestagênios e a associação estrogênio e progestagênio.

Os estrogênios (etinilestradiol, benzoato de estradiol, estrogênios conjugados) podem ser utilizados por via oral, intramuscular ou intravenosa.

Preconiza-se, na fase aguda do sangramento, o seguinte esquema terapêutico: inicialmente, ministram-se estrogênios conjugados, na dose de 25 a 50 mg, em intervalos de quatro a seis horas, por via intravenosa, durante no máximo 24 a 48 horas, a fim de coibir as perdas sangüíneas. Simultaneamente, acrescenta-se pílula anticoncepcional contendo 19 nor-esteróide (Linestrenol ou Norgestrel), na dose de dois comprimidos no dia, durante 10 dias. Deve-se assinalar que o sangramento que ocorre após a pausa da pílula é, no geral, de pequena quantidade e duração, acompanhado de cólicas intensas.

Nos casos extremos, em que a volemia está comprometida e o sangramento não é coibido com a terapêutica hormonal, recomenda-se curetagem uterina precedida ou não de histeroscopia. A curetagem uterina, além de suprimir o sangramento em 40% a 60% das vezes, permite a exclusão de eventual lesão orgânica intracavitária e o estudo histológico do endométrio. A curetagem, no entanto, constitui medida de exceção nas adolescentes.

O tratamento de manutenção inclui medidas de ordem geral, indispensáveis para corrigir desvios ponderais, repor as reservas de ferro e diagnosticar outras endocrinopatias. Não se deve omitir a psicoterapia superficial ou de apoio nos casos leves, e assistência psicológica ou psiquiátrica nos exemplos com graves perturbações da esfera psíquica.

Têm-se empregado também os inibidores da síntese das prostaglandinas, isto é, os antiinflamatórios não-hormonais.

As prostaglandinas atuam nos vasos endometriais e interferem na hemostasia. Os inibidores da síntese das prostaglandinas diminuem o fluxo sanguíneo menstrual, por alterar a relação entre a tromboxana A<sub>2</sub>, de ação vasoconstritora e agregante plaquetária, e a prostaciclina (PC12), de ação vasodilatadora e antiagregante plaquetária.

Por fim, em jovens pode-se, excepcionalmente, proceder à embolização temporária das artérias hipogástricas.

## VULVOVAGINITES

Os processos inflamatórios da vulva e da vagina na infância são muito comuns, representando 40% a 50% das consultas ginecológicas pediátricas. A etiologia é ampla. Na maioria das vezes, entretanto, as vulvovaginites na fase pré-puberal decorrem de agentes microbianos inespecíficos, podendo ser tratadas por medidas simples e corriqueiras. É importante salientar que, na infância, o conteúdo vaginal normal raramente se exterioriza, exceto no período neonatal e após a telarca. Na primeira eventualidade, a passagem transplacentária de estrogênios maternos estimula a atividade secretória das glândulas endocervicais fetais e a transudação dos capilares da parede vaginal, aumentando o conteúdo, que pode se exteriorizar como uma secreção mucóide, branca e sem odor. Com o declínio dos níveis de estrogênios no pós-parto, o fluxo gradualmente regride, desaparecendo, em geral, após seis semanas; a privação hormonal pode ainda desencadear sangramento endometrial, de natureza fisiológica. Logo após a telarca, por mecanismo análogo, o conteúdo vaginal aumenta em resposta à estimulação estrogênica, a qual intensifica a secreção endocervical, a transudação dos capilares das paredes vaginais e a descamação celular dos epitélios. A secreção é mucóide, branco-amarelada, não irritante e sem odor.

A genitália feminina na infância é suscetível à infecção, seja por fatores anatômicos e fisiológicos, seja por hábitos comportamentais. Destacam-se, entre os fatores predisponentes, higiene urinária e fecal inadequadas, a pequena distância entre a fúrcula vaginal e o ânus, a diminuta abertura himenal (que pode dificultar a drenagem de secreções genitais), o tecido adiposo e os pêlos da região púbica pouco desenvolvidos e a menor coaptação das formações labiais. Por outro lado, o principal mecanismo de defesa do trato genital feminino contra a ascensão de microrganismos, isto é, a autodepuração vaginal, encontra-se inoperante nesta época da vida. De fato, a autodepuração decorre da presença do lactobacilo ou bacilo de *Döderlein*, que apresenta várias propriedades bactericidas, das quais sobressaem a sua capacidade de produzir peróxido de hidrogênio e endopeptidases e de converter o glicogênio das células vaginais descamadas em ácido láctico, tornando o pH vaginal bastante ácido (em torno de 3,5 a 4,5) e com elevada capacidade bactericida. Na infância, a vagina encontra-se pouco desenvolvida pela falta de ação estrogênica e o pH situa-se em torno de 6,5 a 7,5, favorecendo pois a infecção. Outrosim, os mecanismos locais de imunidade podem estar prejudicados, diminuindo a capacidade de resistência do hospedeiro. Por fim, a obesidade, as doenças sistêmicas (como o diabetes *mellitus*), as dermatoses vulvares preexistentes, os estados de imunodepressão e a antibioticoterapia de largo espectro, alinham-se como fatores de risco potenciais na infância.

A etiologia é inespecífica em cerca de 70% dos casos. Decorre de higiene fecal e/ou urinária inadequadas, o que, por mecanismos pouco conhecidos, pode acarretar um desequilíbrio

na homeostase bacteriana. O ecossistema vaginal na infância é bastante complexo e vários agentes microbianos parecem ser constituintes normais, como os aeróbios (estafilococos e estreptococos, enterococos, *E. coli*, lactobacilos) e os anaeróbios (peptococos, peptoestreptococos, bacteróides, entre outros). Entretanto, em meninas com vulvovaginite, a proporção de determinado microrganismo parece ser mais intensa; assim, os anaeróbios são mais numerosos ao passo que os lactobacilos e os aeróbios são menos comuns em crianças sintomáticas. Por outro lado, a *C. albicans* foi isolada em apenas 3,2% entre meninas assintomáticas e em 25% nas sintomáticas. Em síntese, a criança com vulvovaginite apresenta maior população de anaeróbios e de cândida, associada ao decréscimo de aeróbios e lactobacilos. Os fatores desencadeantes deste desequilíbrio microbiológico e os mecanismos imunológicos locais do hospedeiro são, entretanto, pouco conhecidos.

A principal manifestação clínica é o corrimento genital, de aspecto físico variável. Com frequência há prurido e ardência vulvar, em particular quando a urina entra em contato com os tecidos irritados, levando a escoriação, maceração, hiperemia e edema da região. Disúria e polaciúria podem estar presentes; desta forma, o tratamento de infecção urinária na infância deve ser obrigatoriamente precedido do exame genital. Ao exame físico, evidências de abuso sexual podem, eventualmente, ser observadas, como arranhões, lacerações e mesmo rotura da membrana himenal. Com muito maior frequência, observam-se sinais de má higiene, como o acúmulo de secreções na região interlabial.

O diagnóstico alicerça-se na anamnese e no exame físico.

É importante salientar que crianças muito jovens não verbalizam os sintomas com clareza e as queixas podem ser apenas de irritabilidade ou a observação pelos pais de que a filha coça ou arranha a genitália ou senta com desconforto. Alguns aspectos clínicos podem sugerir a etiologia envolvida. Assim, corrimento fétido associa-se à flora anaeróbia; fluxo purulento pode ser decorrente de corpo estranho e o aspecto hemorrágico relaciona-se a neoplasias, a corpo estranho ou à infecção por *Shigella*; nesta última há, com relativa frequência, diarreia concomitante.

Na propedêutica subsidiária destacam-se o exame a fresco e a bacteriologia do conteúdo genital, a vaginoscopia (na suspeita de corpo estranho, em casos de sangramento ou na coleta de material para estudo microbiológico) e o exame protoparasitológico (pesquisa de oxiúros por swabe anal e vulvar).

O tratamento das vulvovaginites inespecíficas consiste em banhos de assento com soluções anti-sépticas, como o permanganato de potássio, na diluição de 1:30.000, três vezes ao dia, durante 15 minutos, por 14 dias. Como medidas coadjuvantes e profiláticas, preconiza-se a orientação da maneira adequada de se realizar as higiênes urinária e fecal (enxugando a região genital com papel higiênico da frente para trás). A limpeza íntima deve ser feita com sabonetes não-irritantes, como os glicerizados ou por algodão embebido em óleo vegetal. Evitam-se calças apertadas e calcinhas sintéticas, dando preferência às de algodão e o vestuário, em particular as roupas íntimas, deve ser lavado em separado. Aqui vale ressaltar que é possível, na infância, a contaminação secundária de alguns agentes sexualmente transmissíveis por meio de fômites, não se tratando propriamente de abuso sexual, como no caso da gonococcia. De fato, embora a *Neisseria gonorrhoeae* tenha afini-

dade patogênica pelo epitélio cilíndrico, pode infectar o epitélio pavimentoso vulvovaginal na infância, pois este se encontra bastante delgado nesta época. Por fim, as mãos da criança devem estar sempre limpas e as unhas limpas e bem cortadas, evitando-se desta forma, a inoculação secundária.

Na maioria dos casos, medidas singelas e de baixo custo, como as citadas, são suficientes. Contudo, não havendo melhora clínica apreciável, recomenda-se a terapia antimicrobiana com amoxicilina (Amoxil®, Hiconcil®) (20 a 40 mg/kg/dia, divididos em três doses). Quando a irritação vulvar é intensa, cremes com corticosteróides tópicos podem ser utilizados, como a hidrocortisona a 1%, (Berlison®, Stiefcortil®).

Havendo persistência dos sintomas após duas semanas de tratamento ou quando já de início o corrimento é abundante ou purulento, pode-se realizar exame bacteriológico do conteúdo genital, além da pesquisa de oxiúros e da vaginoscopia, individualizando a terapêutica para cada caso. Outrossim, nestas condições, a suspeita de abuso sexual deve ser descartada.

Por fim, o tratamento dos corrimentos específicos depende da etiologia envolvida. Assim, recomenda-se em:

**1- Vaginose:**

Metronidazol (Flagyl®)	30 mg/kg/dia, VO, 10 dias
Ampicilina (Binotal®, Ampicil®)	50 mg/kg/dia, VO, 10 dias

**2- Candidíase:**

Clotrimazol (Canesten®, Tricosten®)	Aplicação tópica
Miconazol (Gyno-Daktarin®)	(vulvar ou instilação vaginal)
Nistatina (Nistatina®, Micostatin®)	
Violeta de genciana 0,5%	
Ácido bórico	
Permanganato de potássio 1:20.000	



**3- Tricomoníase:**

Metronidazol (Flagyl®) 30 mg/kg/dia, VO, 10 dias

**4- Gonococcia:**

Probenecid 50 mg/kg (até 1g), VO

+

Amoxicilina (Blenoral®) 50 mg/kg (até 3 g), VO,  
dose única

Ou

Penicilina G procaína 100.000 U/kg (até 4.800.000 unida-  
des), IM, dose única

**5- Oxiuríase:**

Mebendazol (Pantelmin®, Vermirax®) 5 ml ou 1 cp (100 mg), VO,  
12/12 horas, três dias.  
Repetir após 21 dias

## ANTICONCEPÇÃO: MÉTODOS

### INTRODUÇÃO

A adolescência é o período da vida em que ocorre um importante desenvolvimento físico e psíquico, tornando o indivíduo apto à reprodução e perpetuação da espécie. É uma etapa de rápidas mudanças, tendo uma seqüência bem conhecida do desenvolvimento físico que sempre precede o psicológico. É, por assim dizer, o elo de ligação entre a infância e a idade adulta.

Como o desenvolvimento psíquico ocorre após o orgânico, a menina pode atingir a nubilidade, ou seja, ciclos ovulatórios que indicam a maturidade orgânica para a procriação, passando a apresentar um corpo de mulher jovem e fértil sem ainda ter a maturidade para administrá-lo.

Deve-se considerar ainda que a menarca ocorre cada vez mais cedo, tendo passado de 16,5 anos em 1850 para 12,5 anos em 1970 e o casamento torna-se cada vez mais tardio. Com isso, há uma distância muito grande entre a maturidade sexual e a vida adulta social. Aliado à grande oportunidade para manter relações sexuais, devido ao estilo de vida moderno e aos inúmeros estímulos ambientais, cada vez mais abundantes, a iniciação sexual tem se mostrado cada vez mais precoce. Naturalmente, a idade em que as adolescentes se tornam sexualmente ativas varia de um país para outro, conforme sua cultura e seus costumes locais.

Programas de educação sexual e facilidades para se ob-

ter assistência contraceptiva têm mudado o comportamento de adolescentes com mais de 15 anos com diminuição das taxas de gestação, porém, o grupo das menores de 15 anos continua sendo um desafio. Deve-se ressaltar a importância desses programas não apenas com relação à gravidez indesejada, mas também, com relação às doenças sexualmente transmissíveis (incluindo-se a síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS) e abortos provocados, com todos os riscos à vida que podem acarretar, que passam a incidir cada vez mais nesse grupo, paralelamente à atividade sexual cada vez mais precoce.

Para se reforçar a importância da intensificação desses programas e da importância do tema, deve-se considerar que mesmo nos locais onde se encontram disponíveis serviços especiais de atendimento aos adolescentes, a procura de um método contraceptivo leva em média um ano após a idade do primeiro coito, ao passo que a primeira gestação ocorre, em média, em 6 meses do início da atividade sexual.

## ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO

Idealmente um método anticoncepcional deve ter eficácia de 100%, ser inócuo, barato e reversível. No entanto, este método ideal ainda não existe. No caso particular da adolescente, não são apenas as qualidades do método que vão propiciar uma boa aderência. A motivação da usuária e a participação do parceiro são muito importantes, ainda mais que há uma tendência na adolescente em ser menos cuidadosa no uso do contraceptivo, pois em geral, ela pensa que a gravidez indesejada não vai ocorrer com ela, só ocorrendo com as outras.

Quando a adolescente procura o serviço médico para obter um método contraceptivo, ela deve ser tratada de maneira personalizada, investigando-se o seu grau de motivação, a

participação do parceiro e o grau de cuidados que terá com o método. Claro que outros parâmetros também são relevantes como número de parceiros, doenças já existentes e outros. Toda essa atenção deve ser dada pois é nessa faixa etária que há os maiores índices de falha e de descontinuidade e na escolha do método, é fundamental comparar riscos e benefícios para cada adolescente.

Deve-se sempre lembrar que para situações de “urgência” o condom é uma boa opção, já que a relação sexual não-programada (acidente sexual), embora ocorra em qualquer idade, é mais freqüente na adolescência; e que se houver rotura, ainda há a disponibilidade da pílula pós-coital.

## CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS

As pílulas anticoncepcionais são, sem sombra de dúvida, o método contraceptivo mais popular em todo o mundo, particularmente entre as adolescentes. A contracepção hormonal oral é um método bastante seguro e eficaz, se usado corretamente, além de a jovem não demonstrar ao parceiro que estava preparada para o relacionamento sexual, o que ocorreria se ela levasse condons na bolsa, por exemplo. No entanto, o uso inadequado com maior índice de falhas do método ocorre entre as adolescentes, sendo de 8% no primeiro ano em mulheres com menos de 22 anos e com baixa renda. Apenas 66% completam o primeiro ano de uso e 48% o segundo, o que demonstra a necessidade de se enfatizar o uso correto e o retorno periódico para novos exames.

A prescrição deve ser feita na ausência completa de contra-indicações absolutas, sempre levando-se em consideração a maturidade, a motivação e a freqüência de relações sexuais, pois

quando as relações são pouco freqüentes, outro método pode se mostrar mais interessante.

Inicialmente prefere-se começar com as pílulas de média dosagem (50 µg de etinilestradiol) que apresentam menor taxa de falhas e menor índice de sangramento intermenstrual, que são condições mais freqüentes nas adolescentes. Com essa dosagem um pouco maior tenta-se compensar o esquecimento de tomar uma ou mais pílulas ao ciclo, o que é mais comum nessa faixa etária. As pílulas de menor dosagem (20, 30 ou 35 µg de etinilestradiol) têm a vantagem de menor ocorrência de efeitos colaterais, mantendo-se a eficácia, desde que tomadas com regularidade e são reservadas para aquelas pacientes que apresentem efeitos adversos com a primeira escolha.

Desde que acompanhadas rotineiramente, não há necessidade de pausas para “descanso”. A incidência de amenorréia pós-pílula é a mesma de outras faixas etárias e está mais relacionada ao padrão menstrual anterior do que com o tempo de uso do método.

Já está provado que a pílula não interfere no amadurecimento do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, nem na soldadura das epífises ósseas. Meninas que receberam altas doses de estrogênios e progestagênios para evitar crescimento excessivo, tiveram o LH e o FSH e a resposta ao teste do GnRH normalizados em 2 a 5 meses da suspensão do tratamento. A inibição do crescimento pela soldadura das epífises ósseas só foi observado com altas doses de estrogênios e progestagênios (cerca de 10 vezes a dose das pílulas convencionais).

O risco de morte em adolescentes tomando pílula contraceptiva é praticamente nulo, não havendo referência na literatura de nenhum óbito atribuível à pílula em usuária com menos de 18 anos, estando os acidentes letais (infarto do

miocárdio, hemorragia subaracnóidea) associados à idade maior do que 35 anos. Não há relatos na literatura de complicações arteriais do uso dos contraceptivos hormonais em menores de 20 anos. Os acidentes venosos estão menos relacionados à idade, havendo, no entanto, apenas um caso de trombose venosa profunda em adolescente que tomava estrogênio em dose elevada para deter o crescimento e apresentou trauma de extremidade.

O risco da adolescente adquirir neoplasias em decorrência do uso do contraceptivo hormonal oral é praticamente inexistente. O carcinoma de mama não teve incidência aumentada pelo uso das pílulas, parecendo haver efeito protetor contra doenças benignas (doença fibrocística, fibroadenoma). O uso de pílula protege contra a neoplasia de endométrio por evitar o desenvolvimento da hiperplasia endometrial (lesão precursora) e protege contra o carcinoma de ovário pelo repouso ovulatório imposto aos ovários. Havia a sugestão de relação com aumento da incidência de carcinoma de colo, no entanto, recentes estudos demonstraram que essa aparente correlação não existe.

O aumento de peso pode ocorrer em decorrência do efeito anabolizante do progestagênio que aumenta o apetite e altera o metabolismo dos carboidratos, ao passo que os estrogênios fazem depositar gordura nas mamas e quadris, além da retenção hídrica.

As usuárias de pílula têm quatro vezes menos chance de desenvolver doença inflamatória pélvica do que usuárias de dispositivo intra-uterino e metade do risco daquelas sem nenhum método contraceptivo.

## INJETÁVEL MENSAL

Estão disponíveis no Brasil as associações do enantato

de estradiol (10 mg) com o acetofenida de dihidroxiprogesterona (150 mg) e do valerato de estradiol (5 mg) com enantato de noretisterona (noretindrona) (50 mg).

Apresenta como vantagem eficácia muito elevada, sem o risco de esquecimento que pode ocorrer com as pílulas, apresentando um mecanismo de ação semelhante às mesmas. A absorção independe do trato gastrointestinal. Tem como desvantagens, ciclos menstruais mais irregulares do que quando comparados à pílula e injeções repetidas, o que pode ser um problema, particularmente para a faixa etária em questão.

As principais indicações são: *a)* usuárias que não se lembram de tomar o contraceptivo oral; *b)* pacientes com alterações psiquiátricas ou institucionalizadas, não se podendo contar com sua colaboração; *c)* pacientes com náuseas e vômitos ao contraceptivo hormonal oral; *d)* síndrome de má-absorção, gastrectomizadas e *by-pass* intestinal; *e)* como alternativa ao anticoncepcional hormonal combinado oral.

## MINIPÍLULA

Encontram-se disponíveis as minipílulas com 0,35 mg de acetato de noretindrona e com 30 mcg de levonorgestrel. Devem ser tomadas continuamente, tendo poucos efeitos colaterais gerais (não-menstruais) e sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovário. A incidência de falhas é, no entanto, elevada, situando-se na faixa de 2,5 a 3,7 gestações por 100 mulheres-ano. Traz, como efeitos colaterais, irregularidades menstruais, principalmente sangramento intermédio e amenorréia. No caso do acetato de noretindrona, apenas 66,8% das pacientes apresentam ciclos de 25 dias e 1,4% de 21 a 24 dias. Modificações de peso são inexpressivas. Não parece haver efeito teratogênico sobre o feto se ocorre gravidez em vigência do seu uso. A inci-

dência de prenhez ectópica parece estar aumentada.

A doença cardíaca em adolescente pode se constituir em uma indicação para a minipílula, se deseja um certo grau de proteção e há contra-indicação ao contraceptivo hormonal combinado e ao dispositivo intra-uterino. A pílula de progestagênio não altera o perfil hemodinâmico, a coagulação sanguínea, o perfil lipídico, o metabolismo hepático e o metabolismo da glicose.

### INJETÁVEL TRIMESTRAL

São injeções de progestagênios aplicadas a cada 3 meses com ação contraceptiva. O acetato de depomedroxiprogesterona (ADMP) tem sido o mais utilizado, na dose trimestral de 150 mg intramuscular.

É um método altamente eficaz tendo indicação na adolescência para aquelas pacientes que não toleram outros métodos ou não os usam corretamente. Suas principais indicações são: anemia falciforme e lactação, podendo ser utilizado nas cardiopatas e nas pacientes psiquiátricas, institucionalizadas ou com retardo mental, cuja colaboração, exigida em outros métodos, pode não existir.

Trazem muitos benefícios: *a)* fácil administração e alta eficácia; *b)* longa duração; *c)* não inibem a lactação; *d)* diminuem a incidência da moléstia inflamatória pélvica por alteração do muco cervical; *e)* diminuem a ocorrência de candidíase vulvo-vaginal; *f)* previnem a anemia elevando o nível de hemoglobina (pela amenorréia induzida).

Como desvantagens encontram-se: *a)* alterações menstruais que ocorrem em cerca de 70% no primeiro ano, podendo acontecer amenorréia, *spotting* e sangramento intermenstrual, havendo retorno à normalidade menstrual após a suspensão em 50% até 6 meses e 85% em até um ano; *b)* injeções



periódicas; *c*) aumento do peso corpóreo de um a 5 quilos no primeiro ano, o que pode ser inadequado em uma fase tão delicada como a adolescência; *d*) elevação da glicemia e insulinemia; *e*) podem atrasar o retorno à fertilidade.

A descontinuidade deste método é muito elevada entre jovens pelas alterações menstruais freqüentes. Como não se conhece o seu efeito a longo prazo no eixo hipotálamo-hipofise, não se recomenda o seu uso nos dois primeiros anos que se seguem à menarca, embora esta contra-indicação seja relativa, já que o ADMP é utilizado no tratamento da puberdade precoce idiopática, havendo avanço normal da puberdade com a sua suspensão.

#### DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Pode ser usado naquelas adolescentes que já tiveram filhos ou aborto, não sendo um método atrativo para esta faixa etária de um modo geral. Adolescente com rebaixamento intelectual também são boas candidatas ao DIU, já que podem não colaborar com o uso de outros métodos que exijam participação ativa da usuária. Os DIUs atuais medicados são menores do que os não-medicados e podem ser utilizados mesmo em nulíparas, mas efeitos colaterais como cólicas, dismenorréia, hipermenorragia, reação vagal à inserção e expulsão ocorrem menos freqüentemente com a multiparidade. Assim, a adolescente (em geral nulípara) tem maior chance de rejeitar o método, apresentando taxas de descontinuidade variando de 26 a 81% em um ano, de acordo com vários autores.

Quanto menor a idade da usuária, maior o número de parceiros por ano, de acordo com vários trabalhos. Assim, nas adolescentes, principalmente naquelas de menor idade, é maior a chance de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Ao contrário dos métodos de barreira e dos contraceptivos

hormonais, o DIU diminui a resistência a microrganismos e isso acaba favorecendo a ocorrência de infecções em pacientes especialmente expostas, como o são as adolescentes em geral. Dessa forma, o DIU, que pode favorecer a ocorrência de doença inflamatória pélvica em qualquer idade, não está indicado para aquela adolescente que tem muitos parceiros ao ano ou se seu parceiro único tiver outras parceiras sexuais.

Atualmente têm-se utilizado os DIUs de cobre, principalmente o TCu-380A, o Multiload e o Nova T.

O DIU impede a gravidez uterina em 99% e a tubária em 95%, assim sendo, há a impressão de que o dispositivo aumenta a incidência de prenhez ectópica. Em todo caso, sempre se deve pensar em gestação ectópica na usuária de DIU com dor pélvica e atraso menstrual.

O DIU poderia ser utilizado em adolescentes que se mostraram incapazes de utilizar outros métodos e já ficaram grávidas alguma vez, necessitando de orientação e acompanhamento rigorosos. A adolescente casada ou com um só parceiro em relação mutuamente exclusiva, apresentando um risco mínimo de contrair doenças sexualmente transmissíveis não apresenta restrição ao uso do dispositivo, comportando-se como uma mulher mais velha e casada.

## MÉTODOS DE BARREIRA

São métodos que exigem motivação constante, interferem com a dinâmica do ato sexual e exigem, muitas vezes, a cooperação mútua. No entanto, com o advento da AIDS, esses métodos ganharam força, particularmente o condom. Há que se lembrar que as adolescentes, pela multiplicidade de parceiros, estão particularmente expostas a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à AIDS. Desta forma, se a motivação for grande, os métodos de barreira são uma boa opção.

### *Diafragma*

Para jovens amadurecidas e motivadas, a taxa de continuidade têm sido elevada, até 83% em um ano com índice de gravidez de 2,9 por 100 mulheres-ano. Adolescentes mais jovens não o utilizam por o considerarem volumoso, pela manipulação dos genitais e sua associação com baixo índice de proteção contra a gravidez.

Deve ser colocado entre 4 e 6 horas antes do coito programado, associado a espermaticida colocado até uma hora antes do coito. O diafragma deve ser retirado até 8 horas após o relacionamento.

### *Condom*

Se usado corretamente em todas as relações, independente de estar no período fértil ou não e com boa motivação, o condom se mostra com alta eficácia, principalmente se associado com espermaticidas.

É um método cujo uso deve ser estimulado pelo médico pois é de fácil aquisição, sem efeitos colaterais nem contra-indicações, altamente eficaz contra DSTs e, atualmente, o único método eficaz para a prevenção da contaminação pelo vírus da AIDS.

A limitação ao seu uso mais generalizado tem sido pela transferência da responsabilidade da contracepção para o rapaz. Como inconvenientes há a quebra no relacionamento para a colocação do preservativo, a diminuição da sensibilidade e a necessidade de sua aquisição em lugares públicos e de serem carregados consigo. Em tempos de AIDS, há a necessidade da adolescente levar o condom em sua bolsa e estimular o parceiro a utilizá-lo. Programas de distribuição gratuita de preservativos têm aumentado o seu uso.

Há pesquisas de novos materiais (plásticos) para se produzir preservativos mais resistentes, mais finos e que preservem mais a sensibilidade.

### *Espermaticidas*

São facilmente obtidos. Têm como vantagem a prevenção de certas DSTs, mas, se usados isoladamente, apresentam índice de falha proibitivo, devendo, portanto ser utilizados associados a métodos de barreira. O agente disponível no mercado é o nonoxinol-9, mas outros produtos estão em pesquisa.

## MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

São a tabela de Ogino-Knauss, a temperatura basal, o muco cervical e o método sintotérmico. São métodos desaconselháveis para adolescentes pela sua alta taxa de falha, também pela irregularidade menstrual comum às adolescentes, pela fato de muitas vezes a relação ocorrer de forma não programada, não se podendo escolher um período não fértil. Exigem grande motivação da usuária e conhecimento estreito do seu corpo, o que não é muito comum nesta faixa etária. Além disso, não protegem contra nenhum tipo de DST.

## **ANTICONCEPÇÃO: ASPECTOS ÉTICOS**

A adolescência é uma fase que acarreta importantes mudanças biopsicossociais e que determina especificidades emocionais e comportamentais que repercutem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, de ambos os sexos.

O elevado número de partos entre as adolescentes, o início cada vez mais precoce das relações sexuais e o aumento das DST/AIDS nessa faixa etária justificam a prestação de uma assistência adequada às necessidades da população na faixa etária de 10 a 19 anos.

Um serviço de orientação em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes deve estar preparado para entender e atender a essas especificidades, proporcionando aos e às adolescentes o direito a uma atenção eficaz e de qualidade.

A qualidade dessa atenção pressupõe, minimamente:

- Boa comunicação, com linguagem simples e sem julgamentos morais ou valorativos;
- Confidencialidade das informações;
- Privacidade no atendimento;
- Disponibilidade constante de insumos, levando-se em consideração a necessidade de dupla proteção;
- Facilidade de acesso aos serviços;
- Profissionais qualificados para a especificidade do atendimento;
- Ênfase na parte educativa, em grupo, com metodologia que

motive mudanças de atividade e de comportamento;

- Atendimento para ambos os sexos;
- Atenção especial às faixas etárias mais precoces (10 a 14), quando na unidade ou na região se registra aumento de gestação nesta faixa etária;
- A avaliação integral do e da adolescente incluirá a avaliação psicossocial, além do exame físico;
- Os/as adolescentes são o centro de interesse na entrevista. Os pais ou familiares só estarão presentes se ele ou ela permitir ou solicitar.

Recomenda-se, trabalhar ações educativas de prevenção nas unidades de saúde, escola, centro de lazer, centro esportivo ou cultural entre outros.

O atendimento de adolescentes e a prescrição de anti-concepcionais têm gerado muita polêmica quanto aos seus aspectos éticos e legais. A Constituição Federal em seu artigo 226 parágrafo 7º diz que: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. O artigo 227 também trata do assunto estabelecendo que: “É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

A lei no. 8080 define que a saúde é um direito funda-

mental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nos artigos 7º e 11º garante o direito a proteção à vida e a saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas e define que deve ser assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente através do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sabendo que a atividade sexual desprotegida pode comprometer a saúde dos adolescentes, fica claro o nosso papel diante das ações de prevenção, ou seja, a realização de atividades educativas e a prescrição/ distribuição de camisinhas e demais contraceptivos. Por outro lado, a necessidade de garantirmos na consulta um momento de privacidade para o adolescente sem a presença dos responsáveis que é fundamental para a abordagem de questões referentes à sexualidade.

Além do ECA, o Código de Ética Médica resguarda o direito ao sigilo, como mostram os capítulos abaixo:

### *Capítulo I: Princípios Fundamentais*

- *Art. 1º* - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.
- *Art. 8º* - O médico não pode, em qualquer circunstância, ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficácia de seu trabalho.
- *Art. 11º* - O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempe-

nho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

### *Capítulo IX – Segredo Médico*

É vedado ao médico:

- Art. 102 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.
- Art. 103 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Assim endossamos as recomendações do Departamento de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo relacionadas a seguir:

- Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expreso consentimento do adolescente.
- A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas.
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o aten-



dimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.

- Em todas as situações em que se caracteriza a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

Os adolescentes podem utilizar qualquer método anticoncepcional desde que não apresentem alguma das condições clínicas que contra-indiquem seu uso, conforme critérios de elegibilidade descritos para cada método.

## GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem se observado no Brasil um significativo aumento da fecundidade no grupo de 15 a 19 anos. Este fenômeno não é tipicamente brasileiro, ou de países em desenvolvimento, tendo sido detectado, simultaneamente, em países europeus e também nos Estados Unidos. Em nosso país, o fenômeno tem acontecido de modo diversificado, sendo mais marcado em algumas regiões e alguns grupos sociais, principalmente os mais pobres e menos educados.

Em todo o mundo, na atualidade, está sendo presenciada a maior coorte de jovens que a história da humanidade conheceu, dividida no Brasil em 1996, de um total de 48,6 milhões de jovens, em 36,4% de pré-adolescentes (10-14 anos), 34,32% de jovens adolescentes (15 a 19 anos) e 29,54% de jovens adultos (20 a 24 anos).

Em 1998, o sistema SUS registrou aproximadamente 700 mil partos entre adolescentes, destacando-se 37 mil entre meninas de 10 a 14 anos de idade, 1,22% do total de partos. Estimando-se pelo Registro Civil, a este contingente poderia se adicionar ainda o equivalente a 16% dos partos que restaram fora da contabilidade SUS, o que totalizaria ao redor de 850 mil nascimentos nesta faixa etária, conformação fantástica da magnitude do problema.

### ETIOLOGIA

São muitas as causas relacionadas à frequência da gravi-

dez na adolescência. Entre aquelas consideradas mais discutidas na literatura estão: maturação sexual precoce, início da vida sexual mais cedo, pouco conhecimento e uso de métodos contraceptivos, retardo da idade ao casamento, fragilidade da tutela familiar e processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida.

Existe bem difundido na maioria dos países, o conhecimento da chamada tendência secular de menarca mais precoce, com redução de mais ou menos seis meses de seu aparecimento a cada geração, com estabilização ao redor de 12 anos nos países do primeiro mundo. Também é conhecido o fato de que o início da ciclicidade menstrual, coincide com a desaceleração do crescimento e conformação corpórea avançada, tornando a menina adulta, apta a iniciação sexual e a procriação.

Embora biologicamente formada, as adolescentes, em grande parte das sociedades ocidentais, têm como tarefas (objetivos) principais a participação no processo formal de educação, e conseqüente melhora de oportunidade profissional no mercado de trabalho. Na maior parte das vezes, tendem a adiar a decisão do momento do casamento para idades mais tardias, quando então, deveriam (poderiam) iniciar sua vida sexual efetiva. O estacionamento neste período socialmente ampliado, combinado ao forte componente de estímulo sexual veiculado pela mídia, são fatores que favorecem a iniciação sexual mais precoce e determinam suas conseqüências. São dados da Bmfam publicados em 1997, que em 1996, entre nossos jovens, 11,5 aos 15, 42,5 aos 18, e 61,1 % aos 20 anos já haviam iniciado vida sexual.

A sanção social negativa ao exercício da sexualidade antes do casamento, no contexto de que sexualidade e repro-

dução deveriam estar indissoluvelmente unidas, é barreira de acesso a informação, educação e preparação, para o exercício da sexualidade de modo prazeroso e responsável, o que situa o problema da gravidez na adolescência na maneira como os adultos, a escola, a família e outros entes sociais, o interpretam e o manejam.

### CONSEQÜÊNCIAS MÉDICAS

- *Idade materna*: tem sido informado que as conseqüências médicas são maiores, quanto mais nova é a adolescente que engravida. Não existem evidências, entretanto, de que a idade materna de modo isolado, mesmo nas faixas mais inferiores, determine aumento de risco obstétrico. Hipertensão gestacional, prematuridade, baixo peso ao nascer, descritos com frequência como associados a gestantes muito jovens, estariam relacionadas na realidade a condições psicossociais adversas.

- *Idade ginecológica*: o intervalo entre a menarca e a primeira gravidez mais curto, também considerado variável que comprometeria o prognóstico obstétrico, tem sido rechaçado em trabalhos mais modernos, quando se controlam variáveis confundidoras.

- *Controle Pré-natal*: este é um dos elementos-chave, na resolução dos problemas habitualmente relacionados aos resultados negativos obstétricos e perinatais. As adolescentes em geral são captadas mais tardiamente e são menos assíduas a este tipo de assistência, fatos que se agravam em faixas de idade mais precoces. A gravidez inadvertida e indesejada, a ambivalência do momento, a dificuldade de revelar sua presença para seu parceiro e familiares, são condições referidas para a insuficiência de cuidados pré-natais.

- *Paridade*: a repetição da gravidez em adolescentes, talvez seja um dos mais graves problemas a afetar o desempenho gestacional no período. Seria lícito esperar, que a experiência de uma gravidez anterior estimularia a gestante a procurar se proteger no futuro, ou por buscar um acompanhamento mais precoce quando se sabe grávida, o que paradoxalmente não costuma acontecer. A repetição da gravidez em geral não respeita adequado intervalo intergestacional para a recuperação de sua saúde, impondo sobrecarga física e emocional a um organismo em fase de desenvolvimento pondoestatural, ainda não completamente encerrado. Os recém-nascidos serão os mais prejudicados nestas circunstâncias, por condições intra-uterinas desfavoráveis, que repercutem sobre seu peso final e duração da gravidez.

- *Fatores socioeconômicos e culturais*: a escolaridade, a presença de um companheiro, o apoio da família, durante a gestação e após os parto, os hábitos de vida, como fumo, álcool, drogas são fatores a ser identificados, se possível resolvidos, e que irão influenciar decisivamente sobre os resultados maternos e perinatais.

## CONSEQUÊNCIAS GESTACIONAIS

- *Hipertensão*: a incidência entre adolescentes é muito variada, encontrando-se números entre 10 e 31%. Quando se controlam os fatores confundidores (assistência pré-natal, correção de hábitos de vida e nutricionais, paridade, etc.) as cifras são as mais baixas, não diferentes de idades superiores. As situações mais graves, como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, são o apanágio do controle pré-natal insuficiente ou ausente, ou de outros fatores intervenientes e agravantes.

- *Anemias*: a literatura informa que a gravidez em si, não seria responsável por estas situações encontradas entre adolescentes, mas sua condição de associação a pobreza, a desnutrição crônica, a falta de cuidados higiênicos e de saúde. A multiparidade em adolescentes parece ser um fator decisivo para esta complicação. Não está todavia resolvido, se há desvantagem implícita na coincidência dos períodos de crescimento e desenvolvimento, da mãe e do feto, para a geração de anemias.

- *Infecções*: não existem referências especiais sobre a maior ocorrência de infecções entre grávidas neste grupo etário. Entre nós, estudos controlados, não mostraram infecções urinárias com maior frequência, como se apregoa.

- *Ruptura Prematura de Membranas (RPM)*: os dados são contraditórios, mas aparentemente não existem razões para atribuir à adolescência, maior risco para esta intercorrência. Alguns autores encontraram taxas menores de RPM, que em idades mais avançadas.

- *Mortalidade Materna*: admite-se que a gravidez aumente o risco de mortalidade materna em extremos da vida reprodutiva. As cifras internacionais mostram-se mais altas entre mães com menos de 20 anos, particularmente em comparação aquelas na faixa entre 20 e 30 anos, período de melhores resultados gestacionais e perinatais de toda a idade reprodutiva feminina. Após os 35 anos as cifras voltam a se elevar, principalmente próximas do período perimenopausal.

## COMPLICAÇÕES DO PARTO

### 1. *Distócias Ósseas e Funcionais*

Sempre se considerou que um dos problemas das adolescentes durante o parto seria sua bacia, incompletamente de-

seenvolvida, que propiciaria dificuldades na passagem do feto. Estudos modernos, bem controlados, têm demonstrado claramente que esta hipótese não se sustenta, e que embora medidas seriadas com imagens ultra-sonográficas e radiológicas, demonstrem algum crescimento da pélvis após a menarca, quando deste evento, já estão presentes as condições necessárias para um parto transpélvico sem dificuldades. Do mesmo modo, não se podem comprovar alterações especiais da contratilidade uterina, e a ocorrência de partos mais prolongados não se relaciona a distócias funcionais, mas a coincidência da estréia anatômica e a primiparidade comuns entre adolescentes.

### *2. Apresentação Fetal*

Já se considerou no passado, que entre adolescentes, predominavam ao momento do parto apresentações e posições anômalas, definidas por condições desfavoráveis a uma adequada acomodação na bacia imatura, conceito definitivamente abandonado.

### *3. Partos Operatórios*

O maior número de operações cesarianas entre adolescentes tem sido justificado por diversos pontos de vista. Um deles, apoia-se na ocorrência de maior incidência de doenças maternas intercorrentes ou próprias da gravidez, o que constatamos não se comprova. Outro vem suportado em distócias de parto, que tampouco puderam ser demonstradas. Finalmente, alguns obstetras utilizam argumentos baseados na imaturidade emocional das pacientes, dificuldade real que temos contornado com adequada preparação pré-natal e uma boa assistência ao parto. Nossos números e os da maioria da pesquisadores nacionais, têm ao contrário, demonstrado até, taxas de cesárea mais baixas que as de mulheres adultas. É importante que se

lembre, que estas jovens mulheres, devem ter estes procedimentos judiciosamente indicados e realizados, considerando-se o risco de ter antes mesmo de completar 20 anos, seu futuro obstétrico prejudicado ou comprometido.

Em nosso Serviço o número de fórceps entre adolescentes primíparas é bastante significativo, uma vez que a analgesia peridural é utilizada com frequência nestas pacientes e o procedimento de alívio materno-fetal faz parte da filosofia do atendimento.

### **PROGRAMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE ADOLESCENTE**

O principal aspecto a ser considerado para o atendimento à gestante adolescente é baseado no enfoque biopsicossocial de suas necessidades. Recomenda-se que a assistência pré-natal tenha caráter multidisciplinar, com a formação de equipe multiprofissional, treinada e sensibilizada, de preferência constituída de médico obstetra, enfermeira, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta, cuja finalidade deverá ser a de preparar a adolescente para o desenvolvimento da gravidez, para o parto e maternidade (incluindo enfaticamente a amamentação natural). Caberá a equipe, além de oferecer os cuidados pré-natais rotineiros, estabelecer vínculos da adolescente com o Serviço, oferecer apoio psicossocial, e orientações sobre a gravidez, o parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento, anticoncepção e outros temas, por meio de intervenções educativas continuadas. Sempre que possível, deve-se estimular a participação do parceiro durante as consultas e também, preferencialmente no momento do parto.

As consultas pré-natais para adolescentes em nosso Serviço, são preferencialmente realizadas por médicos treinados, em posições superiores na equipe assistencial, pois estas clientes ne-



cessitam de um atendimento mais seguro e profissional, em face das circunstâncias especialmente complicadas que cercam a ocorrência destas gestações.

O parto deverá ser realizado em concordância com as normas da Obstetrícia moderna, considerando sempre a importância da humanização do atendimento em todas as instâncias de contato da paciente com a instituição. A facilitação do acesso do marido ou parceiro e ou familiares próximos durante a parturição, são elementos decisivos para o melhor prognóstico e andamento do parto, além de estar garantida pelo Estatuto da criança e do adolescente. A utilização ampliada de procedimentos analgésicos e anestésicos, aliada ao apoio continuado da equipe atendente, e a participação de acompanhantes, dão mais conforto e segurança à paciente, que se sente mais confiante e obtém resultados melhores no desenlace do processo.

No puerpério, é fundamental a atenção ao estímulo ao aleitamento natural, preferencialmente em regime de alojamento conjunto, oportunizando a mãe ações que aumentem sua segurança no trato com a criança, e reforcem seus laços de afetividade na relação mãe-bebê. No instante da alta hospitalar, enfatizar a necessidade de um retorno de controle ao fim do período puerperal, na qual poderão ser iniciados os procedimentos de orientação para uma adequada contracepção futura.

## CONCLUSÕES

- As adolescentes, de um modo geral, têm evolução durante a gravidez e parto satisfatória, nada diferente daquela das faixas etárias superiores.

- Muitos dos resultados obstétricos desfavoráveis atribuídos à condição de adolescentes, devem-se à coincidência da adolescência e nuliparidade.

- As condições sociais desfavoráveis que cercam a gravidez na adolescência, são as principais causas que determinam resultados maternos e perinatais adversos, comparativamente à gestantes com mais idade.

### RECOMENDAÇÕES

- Serviços especiais para atendimento da adolescente grávida
- Assistência multiprofissional
- Profissionais motivados
- Assistência revista continuamente
- Integração institucional ao programa
- Divulgação permanente à comunidade onde está o serviço
- Estímulo à participação familiar
- Resguardo do segredo médico-paciente
- Renovação e atualização de leis e costumes
- Educação sexual

### ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

Os aspectos legais e éticos do atendimento das adolescentes grávidas, estão relacionados à privacidade, confidencialidade, sigilo médico, respeito à autonomia e capacidade de julgamento do cliente.

De modo geral, a insegurança, o receio, e mesmo a ambigüidade que observamos entre profissionais e instituições envolvidos neste tipo de atendimento, devem-se a inexistência de normas técnicas apropriadas, códigos e leis pertinentes ao momento atual, o que possibilitaria a diminuição das dúvidas sobre o amparo legal dos diferentes procedimentos.

Desde a antigüidade, os menores têm sido considerados imaturos e incapazes de tomar suas próprias decisões, transferidas (apropriadas) para seus pais, familiares, tutores ou

outros adultos. O conceito de “menor adulto” está sendo cada vez mais aceito e defendido. A avaliação da capacidade do adolescente e do risco são, entretanto, de responsabilidade do médico. Nesta ótica, quando for o caso, o consentimento informado deverá ser concedido pelo próprio adolescente, ampliado para os pais e responsáveis apenas em situações especiais (risco de vida, prejuízo da consciência para decisão, etc.). A responsabilidade do adolescente deverá ser constantemente avaliada.

A confidencialidade é definida como um acordo entre o médico, ou profissional de saúde, e o jovem, em que os assuntos tratados durante a consulta não poderão ser passadas a seus pais ou outrem sem o consentimento expresso do paciente. Apoiar-se em regras de ética médica, mediante princípios morais e de autonomia, originados dos conceitos hipocráticos. Lembrar que a verbal é mais fácil de manter que a escrita e que além disso, aplica-se a todos os membros da equipe atendente.

## ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

### INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência deve ser considerada como um problema de saúde pública, pelas repercussões por ela provocadas e pelo crescente incremento em sua incidência. No Brasil, a taxa de gravidez entre jovens varia muito entre os serviços, mas estima-se que aproximadamente 20 a 25% das gestantes sejam adolescentes.

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 1993 e 1996, ocorreu um aumento do número de partos realizados entre adolescentes. Entre as jovens com 10 a 14 anos o número de partos cresceu de 26505 para 31911, enquanto que, na faixa etária dos 15 aos 19 anos, aumentou de 611608 para 675839 partos.

A análise dos fatores responsáveis por este incremento mostra-nos a complexidade do problema, com a existência de uma grande “rede multicausal” que tornam as adolescentes especialmente vulneráveis à gravidez. Dentre estes, citaremos apenas alguns: diminuição na idade média da menarca, iniciação sexual cada vez mais precoce, dificuldade de diálogo com a família, especialmente os pais, despreparo das escolas para lidar com a sexualidade e a prevenção da gravidez, o pensamento mágico de que nunca a gravidez irá ocorrer com a própria adolescente, a desinformação sobre os métodos anticonceptivos, o desconhecimento de seu manuseio e/ou a falta de acesso a estes, deficiência dos serviços de saúde, especialmente os públicos, no atendimento às adolescentes e a perspectiva de um “pro-

jeto de vida” por meio da gravidez (ser mãe e dona de casa).

### ASPECTOS BIOPSIICOS SOCIAIS

Das alterações biopsicossociais que ocorrem na gravidez, principalmente nessa fase da vida, talvez a que sofra menor impacto, pelo menos após os 16 anos, seja a biológica. O aspecto psicológico é dos mais complexos. Ela ainda não completou seu amadurecimento psicológico, razão pela qual ainda está cheia de dúvidas, angústias e receios da vida em geral e da gravidez em particular (Silva, 1987).

Segundo Pedro Luiz P. Aleixo, “tornar-se mãe adolescente é vencer uma outra crise de crescimento e, na situação de mãe solteira, a adolescente supera duas crises simultâneas: aquela inerente às dificuldades psicológicas acentuadas de sua condição de adolescente e aquela pelo seu estado de gestação *marginal*. Resta-lhe apenas, para sua maior afirmação, que a sociedade não lhe imponha restrições à continuação de sua vida normal com o filho. O trabalho de parto, dentro desta linha de raciocínio, não deverá apresentar dificuldades psicológicas particulares e será o epílogo daquela dupla realização”.

A atitude da mãe adolescente em face da maternidade e da criança será influenciada pelo momento vital que está atravessando e, por ser uma adolescente, necessitará muito da ajuda de uma equipe de saúde, por meio de uma abordagem interdisciplinar durante todo o processo.

Na maioria dos casos, o pai que acompanha a mãe adolescente é também um adolescente que deverá ser orientado e também ter um atendimento especial. Se a menina não está preparada para ser mãe, muito menos o está o menino para ser pai. Daí a importância, mais uma vez, da equipe de saúde para estimular o compromisso com a situação, partindo do trabalho

com a mãe adolescente e com sua família, ou possibilitando-lhe a elaboração de uma separação que não tenha características de rompimento.

A equipe responsável terá que trabalhar também o abandono escolar, a formação profissional e o ambiente familiar. Fatores que têm grande peso na aceitabilidade da gravidez.

A tensão emocional pré-natal pode funcionar fisiológica e psicologicamente como fator de risco; o risco médico isoladamente não é suficiente para comprometer o resultado gestacional.

## DIFICULDADES INICIAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Tradicionalmente se tem associado a maternidade na adolescência com um risco maior de complicações, na gestação e no parto. No entanto, já existem informações disponíveis suficientes que demonstram que os resultados são similares aos de mulheres maduras. O que realmente aumenta a incidência de alterações é a falta de controle pré-natal, costumeira neste grupo etário. Além disso, deve-se ressaltar as implicações psicossociais acarretadas à jovem, especialmente no crescimento de seu filho e em suas possibilidades de desenvolvimento pessoal.

A assistência pré-natal, precocemente iniciada e regularmente mantida, é fator essencial para a adequada evolução do binômio mãe-filho. Os resultados maternos e neonatais serão tanto melhores quanto maior for o número de consultas, mais amplo o acesso aos serviços e mais qualificados os profissionais envolvidos.

Atender adolescentes representa um desafio às habilidades do médico. Várias razões existem para justificar tal afirmativa, dentre elas: a diferença de comportamento entre um e outro adolescente e a variabilidade de conduta do mesmo jo-

vem nas diferentes etapas da adolescência.

Diante de um caso de gravidez o médico tem duas alternativas: ou assume a orientação ou encaminha a um especialista treinado ou a uma equipe multidisciplinar que inclua obstetra, psicólogo, enfermeira e assistente social (o ideal). No caso de assumir a orientação, precisam-se seguir alguns princípios fundamentais:

- Tentar incluir o parceiro, quando este aceitar, demonstrar desejo ou interesse;
- Persuadir a adolescente a incluir seus pais ou responsáveis na discussão do problema;
- Ajudar de maneira eficiente na decisão, sem influir por seus preconceitos;
- Não esquecer que a adolescente tem direito ao segredo profissional – nenhuma informação pode ser dada a alguém, mesmo aos pais, sem a permissão da paciente.

Quando a jovem se “vê” grávida ela enfrenta quatro alternativas:

- Continua a gravidez, une-se com o pai da criança e cria o filho;
- Continua a gravidez e cria a criança, permanecendo solteira;
- Continua a gravidez e dá a criança para adoção;
- Busca alguma forma de abortar.

O profissional responsável pelo atendimento dos jovens precisa ter bem claro que a gravidez é desagradável para a maioria, devastadora para algumas e mais ou menos reparável para poucas.

Teoricamente o pré-natal adequado seria aquele iniciado no primeiro trimestre e com um mínimo de cinco consultas, idealmente oito. Alcançar estes objetivos, na adolescente, pode ser nossa primeira dificuldade.

O primeiro motivo é o atraso no início do acompanha-

mento pré-natal, fato comum entre as adolescentes. As principais causas são negligência, inaceitabilidade da gravidez (“isso não pode estar acontecendo comigo”) ou ocultação proposital por medo da rejeição familiar. É freqüente, também, a jovem tentar esconder os sintomas sugestivos da gestação e negar, mesmo quando existem sinais evidentes de gravidez. Em virtude de tudo isso, é comum o início do pré-natal no segundo trimestre gestacional, quando já não é mais possível ocultar a gravidez ou quando todas as tentativas de terminar com a gestação falharam.

O retorno às consultas também pode ser difícil, seja por questões sociais e/ou econômicas, seja pela falta de confiança no serviço ou no médico pré-natalista.

É fundamental reduzir as barreiras existentes entre o médico e a adolescente, inspirando confiança à esta e permitindo adequado tratamento e aconselhamento. O pré-natalista deverá ter, portanto, a capacidade de realizar o exame clínico apropriado, respeitando o medo com que a paciente enfrenta este momento inicial. É essencial saber ouvir sem julgar, não ter idéias preconcebidas e dedicar tempo suficiente à adolescente e ao seu parceiro (freqüentemente esquecido!).

É importante, ainda, que o médico adote, com profissionalismo, atitude fraterna e humanitária, aliviando ansiedades, medos e mitos existentes. Logicamente essas atitudes estarão casadas à firmeza necessária para o cumprimento das medidas implementadas no pré-natal. Em relação aos familiares é o momento de enfatizar que a adolescente precisa de compreensão. Não é mais o momento para repreensões ou castigos.

Ainda entre os problemas que poderão comprometer a assistência pré-natal, especificamente ligados à baixa idade das pacientes, devemos destacar: depressão pelo estado gestacional



inoportuno, depressão pelo abandono da família ou do parceiro, imaturidade física nas mais jovens, imaturidade psicológica e desnutrição ou insuficiente ganho de peso.

### PRÉ-NATAL

O pré-natal, individual ou em grupo, deve ser realizado em instituição de saúde que disponha de equipe multiprofissional e multidisciplinar para o atendimento da adolescente. Na realidade, o que garante o sucesso da assistência prestada é a qualidade desta equipe, a participação ativa da gestante e de seus familiares, especialmente o pai da criança, e o apoio dos órgãos assistenciais, principalmente governamentais.

O atendimento deverá ser realizado em local e horário específicos para as gestantes adolescentes. A crítica ou os comentários à gestação, de grávidas de maior idade, poderão inibir as adolescentes, dificultando seu retorno. O encontro de outras grávidas jovens, em situação semelhante à sua, poderá torná-la mais confiante e segura.

O profissional de saúde que primeiro recebe a gestante tem papel fundamental na adesão ao pré-natal. Costuma-se afirmar, com certa propriedade, que a primeira impressão é a que fica. Portanto, este profissional deverá estar devidamente preparado para lidar com as jovens adolescentes.

Na primeira consulta, obrigatoriamente realizada por obstetra, deveremos:

- Colher cuidadosa anamnese, iniciando com os antecedentes familiares (destaque para hipertensão, diabetes, tiroidopatias, gemelaridade), pessoais (não esquecer o uso de drogas, o tabagismo, o consumo de álcool, as viroses, os abusos sexuais e a violência física) e os obstétricos (lembrar os abortamentos, es-

pecialmente provocados, os partos prévios, principalmente prematuros, os natimortos ou neomortos e os recém-nascidos de baixo peso).

- Definir a data da última menstruação e, se possível, da concepção, para auxiliar-nos na determinação da idade gestacional (lembrar as irregularidades menstruais e a utilização inadequada dos métodos anticoncepcionais nesta faixa etária).

- Realizar exame físico completo, mensurar peso, altura e pressão arterial.

- Examinar as mamas, com especial atenção para a região mamilar (preparação para amamentação).

- Mensurar, quando possível, a altura do fundo uterino e auscultar os batimentos cardíacos fetais após a 10<sup>a</sup>/12<sup>a</sup> semana gestacional.

- Realizar exame especular para avaliação do colo uterino e coleta da secreção cérvico-vaginal para exames citológico e bacteriológico (havendo suspeita de infecções específicas, culturas do conteúdo poderão ser realizadas).

- Quando necessário realizar toque vaginal.

- Avaliar o estado nutricional e os hábitos alimentares da gestante.

- Os exames laboratoriais deverão ser solicitados, também, na consulta inicial: hemograma completo, glicemia de jejum, tipagem sanguínea, VDRL/FTA-ABS, sorologia para rubéola, toxoplasmose e hepatite do tipo B, ELISA anti-HIV tipos I e II, sumário de urina com urinocultura, citologia cérvico-vaginal.

- O exame ultra-sonográfico deve ser solicitado o mais precocemente possível quando existe alguma intercorrência ou quando há necessidade de definição precisa da idade gestacional. Consideramos essencial um exame ultra-sonográfico por volta da 20<sup>a</sup> a 22<sup>a</sup> semana gestacional. Nesta época, a definição

da idade gestacional ainda é relativamente precisa (erro de aproximadamente uma semana) e a anatomia fetal é avaliada com excelente qualidade, permitindo o diagnóstico da maioria das anomalias congênitas em mãos experimentadas.

Além dos exames citados, outros serão solicitados de acordo com a necessidade de cada caso.

Neste primeiro contato esclarecimentos são absolutamente necessários. A orientação dietética, o esclarecimento sobre os exercícios físicos, os cuidados higiênicos e informações sobre hábitos de vida saudáveis deverão ser fornecidos. A prescrição de medicamentos para o tratamento das intercorrências mais freqüentes será efetuada. Quando a consulta inicial ocorrer já no segundo trimestre, ou ao alcançar o término do terceiro mês, o obstetra prescreverá suplemento de vitaminas e minerais, especialmente sulfato ferroso e ácido fólico, visando a profilaxia e o tratamento da anemia ferropriva e megaloblástica.

As consultas subseqüentes serão realizadas a cada mês, até a 32ª semana gestacional, quinzenalmente, entre a 32ª e 36ª semana, e semanais, no termo. Caso complicações clínicas, obstétricas (especialmente a doença hipertensiva específica da gravidez) e/ou psicossociais (extrema pobreza, baixa auto-estima, abandono do parceiro e/ou da família, depressão, etc.) o justifiquem, retornos mais amiúdes serão realizados. Nestas ocasiões, será rotineira a anamnese sobre as queixas anteriores, investigação de novas intercorrências, a confirmação do uso das medicações prescritas, especialmente suplementos vitamínicos e minerais, o seguimento das medidas previamente recomendadas e a indagação da percepção da movimentação fetal.

Devemos orientar, a cada retorno, sobre o preparo dos mamilos, especialmente após a 26ª semana. Caso haja ganho insuficiente ou excessivo de peso, novas orientações dietéticas e

sobre os hábitos de vida deverão ser recomendadas. A vacinação antitetânica deverá ser prescrita nas não imunizadas ou naquelas que precisem reforçar sua vacinação prévia (última dose há mais de cinco anos).

No exame físico obstétrico, mensurar peso e pressão arterial, determinar a altura do fundo uterino, auscultar os batimentos cardíacos fetais, definir situação, posição e apresentação fetais (quando possível) e verificar a presença de edemas.

Em relação aos exames laboratoriais devemos repetir hemoglobina, hematócrito, VDRL e sumário de urina, se possível com urinocultura, a cada trimestre. Se as sorologias iniciais para rubéola e toxoplasmose foram negativas, deverão ser, também, reavaliadas. Nas pacientes consideradas de risco, repetir, ainda, a sorologia para hepatite B e o teste anti-HIV.

Realizamos o teste simplificado de tolerância à glicose, com a ingestão de 50 gramas de dextrosol e avaliação uma hora após, por volta da 28ª semana gestacional. Resultados acima de 140 mg/dl obrigarão à realização da curva glicêmica de três horas, com ingestão de 100 gramas de dextrosol. Neste exame, dois resultados alterados definirão o diagnóstico do diabetes.

Em pacientes Rh negativas, independente do passado obstétrico e da tipagem sanguínea do suposto pai, realizaremos o teste de Coombs indireto.

Além da avaliação ecográfica do primeiro trimestre (quando necessária) e da que preconizamos por volta da 20ª a 22ª semana, costumamos realizar outros exames por volta do final do segundo trimestre e próximo ao parto. A análise com Doppler será solicitada somente se intercorrências, especialmente a hipertensão e o retardo de crescimento intra-uterino, justificarem sua realização.

Avaliamos a vitalidade fetal prioritariamente com a per-

cepção materna dos movimentos fetais. No termo, ou se alterações aconselharem seu uso previamente, utilizamos a cardiocografia anteparto. Em casos de exames duvidosos complementamos a avaliação com o perfil biofísico fetal.

O atendimento em grupo, sob orientação, no transcorrer do pré-natal, deve ser incentivado por favorecer a troca de experiências, especialmente em relação à gestação, o parto e o puerpério. Deve-se fazer a adolescente conhecer as modificações anatômicas e funcionais da gravidez, o mecanismo do parto e do nascimento. Técnicas dinâmicas, que proporcionem a participação ativa das gestantes, deverão ter prioridade. Deve-se usar linguagem de fácil entendimento e deixar que os temas sejam de interesse das gestantes e, se possível, escolhidos pelas mesmas. Os parceiros e/ou familiares serão estimulados a participar das reuniões.

Aulas educacionais com os adolescentes sobre a segurança e a atenção aos seus futuros filhos deverão ser realizadas. Deve-se ensiná-los a manter a amamentação, de preferência exclusiva, a se preocupar com a vacinação das crianças, a reconhecer precocemente os sinais e sintomas das infecções, a prevenir os acidentes e intoxicações domésticas e a reconhecer as alterações que devem levar os pais a procurarem atendimento médico. Informações sobre o desenvolvimento da criança, principalmente no primeiro ano, serão, também, de extremo valor.

No final da gravidez, a paciente será encaminhada para a maternidade de referência levando consigo o cartão da gestante, no qual estará registrado a evolução gestacional durante o pré-natal. A maternidade ideal seria aquela com profissionais sensibilizados para o atendimento a adolescentes. No hospital, após o parto, todas as informações inerentes à parturição e ao

recém-nascido deverão, também, ser anotadas para que a jovem mãe possa levar de volta à instituição de saúde onde foi feito o pré-natal.

O tratamento no trabalho de parto e na parturição da paciente adolescente não deve ser influenciado por sua idade. Seus problemas obstétricos não diferem daqueles de mulheres maduras. As indicações e contra-indicações à indução do parto ou à via de parto são as mesmas para uma mulher de 15 ou de 35 anos. Os princípios obstétricos, não a idade da paciente, devem ditar a conduta neste momento.

## ALEITAMENTO

### INTRODUÇÃO

É fato incontestável a elevação significativa na incidência de gravidez na adolescência não apenas no Brasil, como no mundo, o que vem preocupando sobremaneira os profissionais de saúde e a sociedade, destacando-se como um problema de Saúde Pública.

Com esse pensamento consideramos de fundamental importância a abordagem sobre este tema neste grupo etário.

O aleitamento materno é o melhor alimento para o recém-nascido, pois contém os elementos nutritivos adequados para o seu crescimento e desenvolvimento.

O ato de amamentar é um comportamento aprendido socialmente; portanto, deve ser ensinado tanto para a mãe como para o seu filho. Na pedagogia do aleitar e amamentar, a equipe de saúde deverá estar capacitada para a promoção do aleitamento materno. Neste aspecto, registramos a Declaração Conjunta da OMS/UNICEF (1989) – Dez passos para um feliz aleitamento materno:

1. Disponibilizar uma política por escrito, relativa ao aleitamento natural que sistematicamente seja dada a conhecer a todo o pessoal de atendimento de saúde.

2. Capacitar a todo o pessoal de saúde de maneira que esteja em condições de colocar em prática essa política.

3. Informar a todas as gestantes sobre os benefícios que oferece o aleitamento materno, e a maneira de colocá-lo em prática.

4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento durante a meia hora seguinte ao parto.

5. Mostrar às mães como se deve dar de mamar à criança e como manter o aleitamento, inclusive se precisam separar-se de seus filhos.

6. Proporcionar aos recém-nascidos somente leite materno, sem nenhum outro alimento ou bebida, a menos que estejam indicados pelo médico.

7. Facilitar a convivência das mães e recém-nascidos durante as 24 horas do dia (alojamento conjunto).

8. Incentivar o aleitamento natural sob livre demanda.

9. Não dar às crianças alimentadas no peito, bicos ou chupetas artificiais.

10. Incentivar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento materno e, procurar que as mães entrem em contato com eles, quando saírem do hospital ou clínica.

A gravidez na adolescência merece cuidados especiais pela equipe de saúde que deve estar capacitada, habilitada e perfeitamente sintonizada com esta população, haja vista tratar-se de um grupo em processo de crescimento e desenvolvimento em que os problemas sociais, emocionais e de saúde, podem transformar-se em complicadores. Tendo em vista esses fatores de risco – psicológicos, socioculturais e de saúde, devem-se buscar estratégias apropriadas para que, ao se prestar assistência à adolescente grávida, fale-se sobre o aleitamento materno, examinem-se as mamas, no pré-natal; após o parto faça-se o início precoce do aleitamento, ou seja, durante os primeiros 30 minutos, incentive-se o alojamento conjunto, ações educativas de apoio ao aleitamento materno exclusivo; após a alta hospitalar, reforçar as informações, orientar para a busca de referências tanto nos serviços de saúde, quanto nos grupos da comunidade para a manutenção do aleitamento materno.

O incentivo ao aleitamento materno deve ser evidencia-



do para a mãe adolescente pelo seus benefícios tanto para o bebê quanto para ela.

Nesses benefícios enfatizar a proteção feita pelo colostro, o primeiro leite, equivale a uma “primeira vacina” posto que é rico em anticorpos principalmente contra as infecções intestinais, doenças respiratórias e a gripe provocada pelo *Haemophilus influenzae* tipo B.

Outros benefícios que devem ser ressaltados: fortalecimento do vínculo mãe/filho, crescimento e desenvolvimento adequados, risco de morbimortalidade diminuído, reforço do sistema imunológico.

Para a mãe devemos ressaltar: a diminuição do sangramento, proteção contra ao câncer de mama e ovários, retorno da silhueta com maior rapidez.

Para a família/comunidade: o leite materno é um investimento financeiro, pois repercute positivamente na economia doméstica e retarda a volta da fertilidade, se a exclusividade se mantém até o sexto mês de vida do bebê.

Este artigo apresenta a importância do aleitamento natural para o crescimento e desenvolvimento da criança, a saúde da mãe, a saúde reprodutiva e da comunidade. Faz-se uma abordagem sintética da anatomia da mama e fisiologia da lactação, enfatizando a composição do leite materno. Ressalta-se a importância do exame das mamas bem como chama-se atenção para o uso das drogas durante a amamentação, finaliza-se com a ênfase da pega do mamilo pelo bebê ou seja, técnica de amamentação que conduzirá a uma boa alimentação natural do mesmo.

## NOÇÕES DE ANATOMIA

As mamas são glândulas localizadas na face anterior do tórax, distribuindo-se da 2<sup>a</sup> ou 3<sup>a</sup> costela, superiormente, até a

6ª ou 7ª costela, inferiormente; medialmente, vai da borda lateral do esterno à linha axilar anterior ou média, lateralmente. Descansa posteriormente sobre a fáscia dos músculos grande peitoral, serrátil anterior, oblíquo externo e bainha anterior do reto abdominal. Coberta por pele, apresenta no centro uma área circular pigmentada, denominada aréola, tendo uma elevação cilíndrica, na porção central designada de mamilo ou papila.

A aréola é rodeada por glândulas sudoríparas e sebáceas; abrigando no seu interior glândulas sudoríparas modificadas que se hipertrofiaram na gravidez constituindo os tubérculos de Montgomery, que produzem uma substância que atua lubrificando a mama.

Existe bastante suprimento sanguíneo para a mama. Sua irrigação provém principalmente da artéria torácica interna; a principal drenagem venosa é feita pela veia axilar, ao passo que os linfonodos axilares são responsáveis pela maior parte da drenagem linfática, cerca de 75%. Recebe inervação dos ramos cutâneos dos nervos espinais torácicos.

## ESTRUTURA DA MAMA E FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO

A mama é constituída por lobulos que terminam em ductos lactíferos abrindo-se na papila. Abaixo da aréola, estes ductos dilatam-se formando os seios lactíferos, nos quais o leite produzido pelos alvéolos é armazenado.

A estrutura da mama é variável dependendo da idade, gravidez e lactação.

A mama sofre modificações bastante acentuadas durante o ciclo gravídico-puerperal.

O início da produção do leite – *lactogênese* – depende

da interação de diversos hormônios, sendo atribuído a brusca queda da barreira metabólica a *lactopoiese*, isto é, a manutenção da lactação.

## LACTAÇÃO

Tudo se inicia com a sucção que estimula os nervos da papila e aréola e, por meio desses impulsos aferentes provocam, na neuro-hipófise, a secreção de ocitocina que, por sua vez, estimula a contração dos mioepiteliócitos para ejeção láctea.

Sem o estímulo da sucção a lactação cessa e o tecido retorna ao “repouso”.

### *Composição do leite materno:*

O leite humano é constituído de proteínas, gorduras, carboidratos, sais minerais e vitaminas, tendo a água como veículo.

O pH do leite humano é de 7,1, com variações entre 6,7 a 7,4.

Os nutrientes apresentam os seguintes valores [g/litro]:

Lactose :  $72,0 \pm 2,5$

Proteína :  $10,5 \pm 2,0$

Gordura :  $39,0 \pm 4,0$

Convém ressaltar que o leite do início contém mais água, lactose e sais, e o leite do final tem mais gordura, conseqüentemente mais calorias.

## EXAME DAS MAMAS

As mamas sofrem variações de forma a depender da idade, época do desenvolvimento puberal (estágio de Tanner), adiposidade, número de gravidezes.

Deve ser explicada à adolescente a necessidade do exame minucioso das mamas e as modificações pelas quais elas vão

passar no decorrer do ciclo gravídico-puerperal. Suas etapas são: inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das regiões axilares, supra e infraclaviculares e região da mama interna.

Nesta ocasião, deve-se incentivar o aleitamento materno e já explicar os dez passos para o sucesso do mesmo. Outro enfoque deve ser dado a intercorrências clínicas por acaso surgidas durante o ciclo gravídico-puerperal e também o cuidado com suas mamas para o aleitamento.

### **A AMENORRÉIA DE LACTAÇÃO COMO MÉTODO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR - LAM**

Caso a mãe amamente exclusivamente com leite de peito, freqüentemente, inclusive durante a noite, nas primeiras oito semanas, funciona como um método contraceptivo, sendo designado de amenorréia lactacional – LAM, explicado pela inibição da função ovariana pelas elevadas taxas de prolactina (PRL).

É indicada para espaçar as gravidezes durante os primeiros 6 meses após o parto.

As mães de bebês menores de seis meses ao fazerem uso exclusivo do leite materno, enfatizando as mamadas noturnas, terão a proteção de 98% contra nova gravidez.

Após os seis meses, já com a introdução de novos alimentos, na perspectiva do cardápio da família, podem continuar amamentando, posto que o uso de anticoncepcionais orais, no caso da minipílula, garantirá o espaçamento das gestações por dois anos.

### **AMAMENTAÇÃO E USO DE DROGAS**

Admite-se que qualquer droga ou substância química ad-

ministrada à mãe pode cruzar a placenta em proporções distintas e esse transporte via placenta para o feto e de substâncias do feto para a mãe ocorre em torno da 5ª semana de vida intra-uterina.

É desconhecida a passagem de muitas drogas para o leite materno e as citações como “não há dados disponíveis” surgem na literatura mundial”.

Para melhor compreensão, dividimos em 3 grupos o uso destas drogas durante a amamentação:

*Grupo A* – uso contra-indicado durante a lactação, sendo necessário suspender a amamentação temporária ou definitivamente. Ex: sais de ouro, anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, tamoxifeno, andrógenos, bromocriptina, cabergolina, misoprostol, estrógenos em doses elevadas, amiodarona, antineoplásicos, citotóxicos, imunossupressores e outros.

*Grupo B* – uso criterioso durante a lactação, podendo ser usados em doses ocasionais/habituais, contudo monitorar a criança para efeitos indesejáveis. Ex: fenilbutazona, indometacina, cloranfenicol, sulfametoxazol, clindamicina, antivirais, antimicóticos, antimaláricos, antidepressivos, alguns anticonvulsivantes, antipsicóticos, hipoglicemiantes orais, corticosteróides em doses elevadas/uso prolongado, antitussígenos, omeprazol.

*Grupo C* – uso sem problemas durante a lactação, sendo potencialmente seguro em doses habituais. Ex: diclofenaco, piroxicam, paracetamol, dipirona, penicilina, ampicilina, cefalosporinas, anti-helmínticos, benzodiazepínicos, anticoncepcionais, adrenalina, insulina, tiroxina, antiácidos, broncodilatores orais e inalados, heparina, betabloqueadores, digitálicos, anti-hipertensivos.

## RELAÇÃO ADOLESCENTE E EQUIPE DE SAÚDE - O PAPEL DO PRÉ-NATAL

O pré-natal deve ser iniciado o mais precoce possível, de preferência em serviços que disponham de atendimento especializado para adolescentes, pois o fluxograma e a rotina de atendimento já orientam de modo mais específico este grupo etário.

As entrevistas com a equipe de saúde, devem mostrar transparência, apoio, carinho e atenção, considerando-se que a maioria dos adolescentes possui problemas de ordem psicossocial, necessitando de entender o relacionamento como uma forma de diálogo e de parceria.

Assim sendo, a equipe interdisciplinar responsável pela abordagem deste grupo deve envidar todas as estratégias possíveis para garantir a adesão dos adolescentes quanto ao conhecimento, funcionamento e potencialidade do corpo, na perspectiva da responsabilidade individual e social do cidadão. Nesse processo, o estabelecimento de uma relação respeitosa, tolerante e afável é o passaporte necessário para que a auto-estima do adolescente seja estimulada.

A técnica corretamente ensinada e aplicada é o caminho para a obtenção de sucesso na amamentação. Fundamentalmente recomenda-se que a mãe coloque-se em posições que lhes sejam confortáveis, estando sentada ou deitada, permitindo ao recém-nascido acesso fácil e seguro às mamas, com uma pega do mamilo adequada, incluindo a aréola para que haja uma sucção competente. Nesse processo o contato pele a pele é essencial no aprimoramento do vínculo afetivo mãe-filho.

Com a pega correta, a amamentação evolui prazerosamente, esvaziando a primeira mama, antes de levá-lo à outra. Recomenda-se a sua alternância.

O reforço positivo da amamentação, pela equipe de saúde, por meio do seu papel pedagógico, reforçando, solucionando problemas, dirimindo dúvidas, entusiasmando a jovem mãe, afagando a sua auto-estima e enfim, buscando conscientizá-la da maternidade e paternidade responsáveis.

## SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Apesar da evidente melhoria na abertura dos(as) adolescentes com a sua família, ou com seu médico, com os quais se fala com mais liberdade sobre sexualidade, esse quadro ainda não é a regra e pesquisas demonstram ainda muito desconhecimento neste campo.

Por outro lado, o(a) adolescente confunde ainda sexualidade com genitalidade. A sexualidade não se limita aos órgãos genitais e ao ato sexual. É uma situação que já se inicia com o nascimento e irá abranger o corpo inteiro. Sexualidade é um processo de aprendizagem e, infelizmente, a estrutura social e cultural repercute na maioria das vezes de maneira negativa sobre a pessoa de modo a torná-la disfuncional. Cada vez é mais freqüente a demanda de adolescentes em consultórios buscando ajuda em uma “problemática sexual”, tipo “impotência”, ejaculação precoce e dificuldade de orgasmo nas mulheres.

Estudos recentes demonstram que quando o(a) adolescente vivencia uma sexualidade em que a insatisfação predomina, seja por medo de falha erétil ou por não controlar a ejaculação suficientemente, ou quando o orgasmo não acontece pelo coito; ele(a) tem uma tendência a não se preocupar com aspectos de prevenção. A este respeito, o uso do álcool e o relacionamento longo entre os namorados tendem também para o não cuidado preventivo.



Observa-se aumento de gravidezes não-programadas e abortos em adolescentes, assim como a crescente contaminação pelo HIV visto, a maioria dos doentes de AIDS pertencem a faixa de adultos jovens (25 a 35 anos), tendo provavelmente se contaminado na adolescência.

O argumento que alguns médicos usam, de que a orientação contraceptiva estimula a atividade sexual, não encontra amparo na prática. E a relutância em não orientar uma adolescente na contracepção não desestimula a liberdade sexual. Outros argumentos evocados à não-prescrição de contraceptivos dizem respeito a aspectos de ordem legal, moral e ética, e dão também ênfase às dificuldades e efeitos colaterais dos métodos para esta faixa etária. A essência do problema está bem descrita na frase de Rezende e Nahoum: “O médico não deve, nem pode, ser mero executor de leis, a basto contraditórias. Não se harmonizam contexto legal, preceito religioso, código de deontologia, ciência e consciência.”

As estatísticas por outro lado demonstram que a maioria dos(as) adolescentes quando procuram o médico já apresentam atividade sexual completa, apesar de não terem uma compreensão adequada do seu corpo e acesso às informações das formas de evitar a fecundação.

Acredita-se que anualmente um milhão de jovens na faixa de 15 a 25 anos são atingidos pelas doenças sexualmente transmissíveis (DST) e que um número significativo destes fica estéril, como conseqüência da referida doença. Imagine uma pessoa (adolescente) que está iniciando sua vida sexual plena e se vê portador de uma doença inflamatória pélvica, adquirida por uma prática sexual. Sem dúvida, é de se esperar, no seu desenvolvimento sexual, sentimentos de insegurança, perda de auto-estima e outras conseqüências negativas.

Neste capítulo propomos discutir alguns aspectos deste tema vastíssimo, profundo e complexo que é o da sexualidade na adolescência, dando ênfase aos problemas sexuais tipo: disfunções sexuais, parafilias ou desvios sexuais, distúrbios de identidade sexual, homossexualidade entre outros.

## DISFUNÇÕES SEXUAIS NA ADOLESCÊNCIA

Quando uma pessoa se vê diante de um bloqueio de natureza orgânica e/ou psicogênica, existe a possibilidade dela desenvolver interrupção em uma das três fases que compõem o ciclo da resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo).

Neste caso, o transtorno sexual é denominado disfunção sexual, que constitui a situação clínica mais freqüentemente enfrentada pelo médico. De uma maneira simplista, podemos classificar as disfunções sexuais em:

- Disfunções do desejo
- Disfunções da excitação
- Disfunções do orgasmo
- Dispareunia e vaginismo

As disfunções sexuais na adolescência têm origem na maioria das vezes, tanto na falta de uma educação sexual que substitua os mitos e tabus, quanto na exigência social do desempenho sexual que transforma o sexo em um jogo competitivo com regras e juizes. São problemas basicamente de fundo psicossocial que aparecem quando não se concretiza a fantasia social estabelecida para a intimidade sexual.

O outro motivo de problemas sexuais nessa faixa etária é a ênfase no coito ou no orgasmo como componentes principais da relação sexual. Esta postura ofusca o prazer do jogo erótico das preliminares além de gerar ansiedade, medo e sentimento de culpa.

Entre adolescentes masculinos, a principal queixa é de disfunção eretiva (“impotência”) que pode ser primária - desde a iniciação sexual ou secundária - depois de algum tempo. Dentre as principais causas de “impotência” podemos citar os mitos do “pênis pequeno” e da “máquina masculina” (tipo “homem não falha”) associados ao temor do desempenho. Problemas psicológicos mais profundos, advindos de conflitos no desenvolvimento psicosssexual infantil podem também fazer parte da etiologia da disfunção erétil.

Aconselhamento sexual, visando redução da ansiedade, melhoria da comunicação, mudança de foco na relação (brincar e prazer, ao invés de ereção e coito) e compreensão das distorções cognitivas que estão na base do problema; levam a resultados, na maioria das vezes, satisfatórios. Atualmente, podemos também, se necessário utilizar de medicações facilitadoras da ereção, tais como: sildenafil ou fentolamina, por um determinado tempo.

A “ejaculação precoce” pode ser considerada fisiológica na adolescência já que estes estão em aprendizagem no que concerne à sua iniciação sexual. Outros aspectos além da aprendizagem facilitam a ausência de controle ejaculatório por parte do adolescente, como a novidade de parceira que pode ser frequente pela prática da monogamia seriada (namoros a curto intervalo de tempo), o espaçamento das relações sexuais e locais impróprios na realização do sexo (automóvel, casa da namorada, escada, etc.) onde a privacidade não existe e tensão é grande.

Perdas transitórias do apetite sexual podem ocorrer devido à experiências frustrantes mal elaboradas, como a perda de ereção ou a precocidade ejaculatória.

Entre adolescentes femininas, a ausência ou perda do

desejo sexual é mais comum do que entre rapazes, podendo resultar de ortodoxia religiosa e repressão sexual, história de estupro, incesto ou pedofilia e desconhecimento do corpo erótico. Inapetência sexual transitória pode resultar de uma falha mal elaborada, como acontece quando existe a obsessão de se ter orgasmo e este não acontece.

A adolescente, por sua fisiologia endócrina, apresentaria uma grande facilidade em atingir a fase de excitação (transudação vaginal). Dificuldade em atingir a fase de excitação poderia levar a quadros de dispareunia (dor coital). O problema de lubrificação vaginal nessa faixa etária normalmente se dá por estado emocional negativo (grande tensão, por exemplo) ou por jogos sexuais inadequados (em locais impróprios ou grande rapidez nas carícias) ou por causa orgânica, principalmente vulvovaginites, que podem resultar em dispareunia (dor no coito) prejudicando a excitação.

A anorgasmia é a maior queixa entre as adolescentes e sua principal causa é a desinformação ou ansiedade. Mitos como “orgasmo clitoriano e vaginal”, o “orgasmo tem que ser pelo coito” e o “orgasmo deve ser simultâneo” criam a ansiedade necessária para impedir o orgasmo.

Infelizmente, deparamos com meninas de 13 a 18 anos, com história de relação sexual plena há apenas 3 ou 4 meses, queixando-se de ausência de orgasmo, ou quando tem orgasmo necessitam da manipulação do clitóris, o que na opinião delas é errado e insatisfatório. Este relato, que poderia fazer parte de um conceito “normal” em sexologia, por ignorância (que reforça os mitos) vem carregado de deterioração da autoestima, ansiedade e dificuldades nos relacionamentos.

Existem problemas sexuais que na verdade têm raízes psicológicas profundas na sua origem, porém na maioria dos

casos os problemas sexuais entre adolescentes se devem a causas psicológicas superficiais ou educacionais. Os problemas orgânicos são raros, principalmente devido a condição da juventude.

### DESVIOS SEXUAIS

Com uma frequência bem menor, o clínico abordará um outro tipo de transtorno sexual, denominado parafilias, também conhecidas como desvios sexuais ou perversões.

Nos desvios sexuais pressupõe-se a necessidade, pelo indivíduo, de um objeto ou de objetivos inaceitáveis socialmente para a sua satisfação sexual. Em outras palavras, para obter prazer sexual a pessoa parafílica imagina ou realiza atos inusitados ou extravagantes, de modo quase exclusivo.

A questão dos desvios sexuais entre os adolescentes deve ser olhada diferentemente dos adultos. Em geral, essas experiências são transitórias e passageiras. É lógico que podemos detectar nesta etapa da vida desvios como: sadomasoquismo, fetichismo, travestismo, exibicionismo, e outros já bem caracterizados e não apenas “experiências” parafílicas.

### DISTÚRBIOS DE IDENTIDADE SEXUAL

Os distúrbios de identidade sexual dizem respeito ao transexualismo (incompatibilidade entre a anatomia genital e a identidade sexual). O indivíduo possui corpo masculino, porém *sente-se* feminino (transexual de homem a mulher); ou possui genitália feminina, porém percebe-se como homem (transexual de mulher a homem). É mais freqüente o atendimento nos centros especializados de homens com síndrome transexual. Em geral esses transtornos aparecem na infância (ainda não podem ser chamados nesta fase de transexualismo)

ou podem vir apresentar-se ao médico na adolescência ou idade adulta. Essas pessoas podem ser assexuadas, homossexuais ou heterossexuais, no que diz respeito ao seu padrão sexual principal. É apropriado afirmar que, no presente, não existe teoria alguma que explique, suficientemente, a gênese do transexualismo (Bianco, 1993).

Bianco considera como indispensável a observação dos seguintes critérios para o diagnóstico dessa patologia:

- Sensação persistente de inconformidade com os genitais que possui.
- Desejo de eliminar seus genitais e substituí-los por aqueles do sexo oposto.
- Vontade de viver como um membro do sexo oposto.
- Ausência de enfermidades orgânicas e/ou transtornos psiquiátricos (síndrome mental - orgânica e/ou síndrome funcional psicótica).

## HOMOSSEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

O relacionamento com pessoas do mesmo sexo, não obrigatoriamente genital, constitui o que chamamos de comportamento homossexual. Por outro lado a homossexualidade existe quando o desejo sexual é predominante ou quase exclusivo pelo mesmo sexo. Não implica, entretanto, em uma obrigatória conduta homossexual.

Em 1974, a Academia Americana de Psiquiatria deixou de considerar a homossexualidade um distúrbio mental, colocando-a como uma forma alternativa de expressão sexual. Posteriormente, outras entidades médicas de outros países seguiram o mesmo caminho.

A homossexualidade resistiu também a todos os modelos que tentam explicar isoladamente a sua etiologia. Genética,

endócrina, psicológica e/ou ambiente, não explicam individualmente todos os casos de homoerotismo. O que se nota é uma preocupação muito grande de se descobrir a causa para poder evitá-la. Temos porém que aprender a lidar e conviver com esta dúvida.

A homossexualidade é um “problema” bastante freqüente no grupo de idade a que nos referimos e faz parte do nosso trabalhos clínico.

Neste particular (adolescência), algumas colocações devem ser feitas:

1. Diferentemente da masturbação, das carícias amorosas e do coito, a atividade homossexual tende a ser esporádica e passageira.

2. Podem ser consideradas como “normais”, fazendo parte da transição da bissexualidade infantil para a heterossexualidade adulta.

3. Estão presentes nesta fase, com mais freqüência que na vida adulta (talvez por menor policiamento), as fantasias, atração e desejo por pessoa do mesmo sexo.

4. A necessidade de se estabelecer para os adolescentes um papel rígido, masculino ou feminino, não é satisfatória.

5. Não é verdadeiro que o homossexual masculino seja afeminado e a homossexual feminina seja masculinizada.

6. Uma orientação sexual predominantemente homoerótica na adolescência nem sempre significa homossexualidade adulta.

7. Existe uma homossexualidade, geralmente transitória, chamada de circunstancial, em jovens submetidos a prisões, internatos, etc.

8. O adolescente homossexual, ao contrário do que se pensa, pode ser tão feliz como os heterossexuais, dependendo do que estes fizerem com ele.

9. Existe um grupo de pessoas que procuram ajuda porque temem se tornar homossexuais (pseudo-homossexuais).

Não é raro que a homossexualidade às vezes só esteja na cabeça dos pais. Nestes casos, os adolescentes nos relatam os ganhos na manutenção da suspeita de serem homossexuais, porque assim os pais se fazem presentes; ou porque tendo papel afeminado (rapazes) ou masculinizado (moças) os pais associam a condição ser homossexual o que não é verdade.



## **ORIENTAÇÕES SOBRE SEXO SEGURO NA ADOLESCÊNCIA**

### **INTRODUÇÃO**

Os adolescentes, atualmente, têm iniciado a atividade sexual cada vez mais precoce, o que tem contribuído para aumentar a incidência de gravidez nesta fase da vida e também, tem permitido o contato desses jovens com as doenças sexualmente transmissíveis (DST), o que é motivo de preocupação dos profissionais da saúde e da educação.

Na grande maioria das vezes, os adolescentes desconhecem as formas seguras de prevenir essas situações, e mais ainda os aspectos importantes das manifestações de sua sexualidade.

É notório o desinteresse por grande parte desses jovens em buscar esclarecimentos sobre o tema, em vista de uma característica própria deste grupo, que é acreditar que com eles nada acontece. Os adolescentes, geralmente, procuram orientações, mas frequentemente esbarram em dificuldades para encontrá-las.

Baseada nessas considerações, ações educativas são propostas, o que implica na capacitação de pessoas para transmitir informações objetivas e corretas sobre as formas de prevenção de gravidez e DST, além de noções sobre o desenvolvimento e comportamento sexual do indivíduo.

### **PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Indicar um método contraceptivo na adolescência não é tarefa fácil, pois cada caso deve ser analisado individualmen-

te. Além disso, existem fatores sociais, médicos, psicológicos e éticos que geram muita controvérsia.

A grande dificuldade na utilização dos métodos anticoncepcionais pelos adolescentes vem da falta de informações adequadas e precisas sobre os mesmos. A orientação na escola, em geral, é escassa e menos ainda no ambiente familiar, apesar de haver atualmente, literatura expressiva sobre o tema. O acesso aos métodos anticoncepcionais é limitado por desconhecimento e fatores econômicos.

Para se indicar um método contraceptivo, primeiramente, é necessário uma anamnese minuciosa, exame clínico geral, ginecológico e, em alguns casos, exames complementares. Em seguida, devem-se apresentar todos os métodos disponíveis e indicados para o uso na adolescência, com suas vantagens e desvantagens, individualizando cada caso.

A anticoncepção hormonal constitui no método de escolha na adolescência, principalmente os anticoncepcionais orais de baixa dosagem; podem ser usados ainda os injetáveis, e ocasionalmente a anticoncepção de emergência.

Os métodos de barreira também são indicados, porém deve ser ressaltado o cuidado com a sua adequada utilização, afim de que sua eficácia não seja comprometida. Destaca-se a importância do uso do preservativo, mesmo na vigência de outro método, podendo ainda ser associado ao espermicida.

É desaconselhável o uso do dispositivo intra-uterino na adolescente nulípara. No entanto, naquelas que já tiveram filhos é uma boa opção, caso a relação conjugal seja monogâmica.

Os métodos comportamentais não são bem indicados nesta fase da vida, devido às constantes variações que ocorrem no ciclos menstruais, e também por exigirem mudança de atitudes. Além do que, a atividade sexual dos jovens nem sempre é programada, o que pode dificultar a utilização destes métodos.

A laqueadura tubárea e vasectomia são métodos con-

tra-indicados na adolescência, não existem condições especiais.

## PREVENÇÃO DE DST NA ADOLESCÊNCIA

Com o crescente número de casos de DST no mundo atual, decorrente da falta de conhecimento e cuidados de prevenção, torna imperativo o fornecimento de orientações aos adolescentes, quanto ao risco de transmissão dessas doenças, principalmente da Aids.

É importante enfatizar que estas doenças são, na grande maioria das vezes, transmitidas pelo ato sexual. O tipo de prática sexual, as características e o número de parceiros são fatores ligados ao aumento de risco de contrair infecção. Por isso, os adolescentes devem ser orientados quanto a necessidade de conhecer o parceiro, evitando aqueles que apresentam fatores de risco para a infecção pelo HIV, além de incentivá-los ao relacionamento sexual com parceiro único.

Outra forma de contágio é o contato com parceiros viciados em drogas injetáveis, devendo ser evitado o compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas. A transfusão sanguínea, também, é considerada uma forma de transmissão dessas doenças, mas atualmente, o controle tem sido bastante rigoroso.

Uma das medidas preventivas recomendadas é o uso rotineiro e correto de preservativo. Deve ser enfatizado a forma de utilização do condom, com orientação quanto ao modo de colocação e retirada. O preservativo deve ser de material de excelente qualidade e de preferência lubrificados. Deve-se evitar lubrificantes que possam danificar o látex ou irritar e lesar a parede vaginal predispondo a infecção.

Outra forma de prevenção contra as DST são as orientações quanto às práticas sexuais, as quais podem ser classificadas como de alto, médio e baixo risco. São consideradas práticas sexuais de alto risco aquelas que acarretam irritações, fissuras e até lacerações de tecidos, facilitando a penetração de microrga-

nismos e causando infecção. Dentre estas práticas podemos citar: sexo anal, erotismo braquiorretal, duchas retais ou enemas, utilização de corpos estranhos e anilíngus. Estas práticas sexuais tornam-se de médio risco quando associadas ao uso de preservativo. As práticas de baixo risco são aquelas de contato vaginal, anal, oro-vaginal e oro-anal, associadas a algum tipo de barreira como o condom ou o papel-filme, que deve ser usado tanto no contato oro-vaginal quanto no oro-anal.

É importante informar os adolescentes sobre o beijo, o qual faz parte das manifestações da sexualidade, o que sendo praticado com suavidade diminui o risco de lesões na mucosa e, conseqüentemente, de contaminação.

#### PLANEJAMENTO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS

Os adolescentes poderiam receber estas orientações em locais do seu convívio tais como: escola, grupos de jovens, áreas de recreação, grupos de orientação em postos de saúde e em qualquer lugar onde eles possam se encontrar. Essas ações educativas podem ser feitas por pessoas treinadas e capacitadas, que promoveriam discussão, reflexão e conscientização, com o objetivo de determinar mudanças de comportamentos. O treinamento desses indivíduos deve ser feito por uma equipe multidisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Todas estas medidas preconizadas não asseguram resultados totalmente efetivos, porém são tentativas que buscam diminuir o número de gestações e DST na adolescência, e procuram melhorar as relações sexuais humanas.