

ESCOLA  
CARREIRA  
FACULDADE  
NAMORO  
FESTAS  
1º EMPREGO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO



# Saúde do Adolescente

## QUESTÕES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA MÉDICOS



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS

# UNIDADE 2

## SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA

A adolescência é marcada por inúmeras mudanças e as alterações fisiológicas e anatômicas são bastante evidentes nessa fase do desenvolvimento do ser humano. No entanto, há outras transformações que vão influenciar sobremaneira a vida do adolescente: o despertar para a sexualidade faz parte de uma série de mudanças que englobam essa etapa e a equipe de saúde deve estar atenta a todas as modificações.

Nesta unidade, vamos estudar a sexualidade e como abordá-la e as principais questões sobre saúde reprodutiva.

A sexualidade, uma das características mais importantes do ser humano, está presente desde os primórdios da vida. Sensações sexuais estão presentes durante todo o desenvolvimento da criança, desde a amamentação até o início da puberdade, quando então há uma intensificação destas sensações. É com a chegada da puberdade, com o desenvolvimento físico, que o ser humano se torna apto a concretizar a sexualidade plena através do ato sexual propriamente dito, que permite tanto obter prazer erótico como procriar.

O aumento do interesse sexual coincide com o surgimento dos caracteres sexuais secundários. Este interesse é influenciado pelas profundas alterações hormonais deste período da vida e pelo contexto psicossocial. O prazer resultante do ato sexual diferencia o ser humano do restante dos animais. Ele é o único ser que, objetivamente, pode ter relação sexual só pelo prazer e não com finalidade reprodutiva (LEVIN, 1969; DOLTO, 1977) e na adolescência isso se torna evidente (SILBER, 1985).

Para Freud, a sexualidade pode ser entendida como uma carga energética que se distribui pelo corpo de maneiras distintas, conforme a idade: no primeiro ano de vida, na boca (fase oral); de 18 meses até 3 ou 4 anos, na região anal e perineal (fase anal); dos 3 aos 5 ou 6 anos, nos genitais (fase genital infantil); dos 6 ou 7 anos até a puberdade, na atividade muscular e intelectual (fase de latência). Na pré-adolescência, o sexo biológico, baseado em cromossomos, gônadas e hormônios já está determinado e a identidade de gênero, ou senso de masculinidade e feminilidade, está estabelecida. Com o início da puberdade, a energia sexual polarizada até então para regiões definidas, passa a se transformar juntamente com as mudanças físicas, caracterizando a etapa genital adulta (MINAS GERAIS, 2006).

A adolescência inicial distingue-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, pela curiosidade acerca dessas mudanças e pelas fantasias sexuais, que são comuns e que podem vir acompanhadas de sentimento de culpa. A prática masturbatória começa neste período e os jovens envolvem-se em muitas atividades não genitalizadas, como falar ao telefone ou bater papo na Internet com seus amigos. Na adolescência intermediária, completa-se a maturação física e a menstruação inicia-se nas meninas; a energia sexual está mais desenvolvida e ocorre maior ênfase ao contato físico. O comportamento sexual é de natureza exploratória, as relações casuais com o corpo são comuns e a negação das consequências da atividade sexual é uma atitude típica. O término do crescimento físico e da maturação genital acontece na adolescência final, onde o comportamento sexual torna-se mais expressivo e menos explorador, com relações íntimas mais desenvolvidas (BRASIL, 2008).

Por sua vez, Cordellini(2006) considera que alguns aspectos do comportamento sexual na adolescência merecem ser comentados:

**O ficar:** é um relacionamento que envolve toques, carícias, beijos, jogos de sedução e, eventualmente, o ato sexual, não implicando em um compromisso no decorrer do tempo entre os parceiros. Geralmente, o grau de intimidade depende do consentimento da menina, que atualmente também tem tomado a iniciativa. O “ficar” é uma maneira do adolescente treinar seu papel erótico como parte de uma fase exploratória. Entretanto, o que preocupa é que este “ficar” pode ser acompanhado de comportamentos de risco para gravidez e as DSTs quando associado à falta de conscientização e à onipotência, frequentes na adolescência.

**Os jogos sexuais:** geralmente acontecem entre 14 e 17 anos com adolescentes do mesmo sexo. É conhecida como a fase pubertária homossexual do desenvolvimento. O adolescente costuma visualizar o outro como um espelho. Danos psicológicos são verificados quando tais jogos são caracterizados por uma situação de abuso sexual homo ou heterossexual, por pressão do grupo ou de um adulto sobre o adolescente. Portanto, vale salientar que a ocorrência de eventuais relacionamentos homossexuais em um determinado período da adolescência não significa identificação homossexual. Esta orientação sexual, se real, será confirmada ao longo do tempo frente à permanência do interesse exclusivo pelo mesmo sexo.

**A masturbação:** é definida como uma procura solitária do prazer sexual, através da autoestimulação. Funciona, também, como uma forma de auto conhecimento. No início da adolescência, apresenta um caráter exploratório. À medida que vai amadurecendo, passa a haver a busca do orgasmo. Vale salientar que este é um ato normal, esperado, que exige privacidade. Quando tiver caráter exibicionista e/ou frequente, por um longo tempo, em detrimento do interesse de relações afetivas com outra pessoa, pode necessitar de uma avaliação global da situação vivida pelo adolescente. Deve-se alertar as meninas quando do uso de objetos masturbatórios na vagina, pelo risco de provocar uma ruptura do hímen de forma acidental ou infecções (CORDELLINI, 2006).

Vamos pensar na seguinte situação: Um adolescente pode procurar um serviço de saúde para esclarecer dúvidas em relação a seu corpo ou ao funcionamento de seus órgãos genitais. Porém, ele também pode procurar este serviço com queixas somáticas ou dificuldades de relacionamento em algum ambiente social que tem como pano de fundo um problema de natureza sexual. Portanto, em qualquer atendimento de um adolescente em um serviço de saúde a questão da sexualidade pode e deve ser abordada.

A orientação a ser dada pela equipe de saúde da família não pode ser preconceituosa e nem carregada de códigos morais ou religiosos. Devem ser utilizadas, de preferência, terminologias próprias e não gírias. É necessário orientar o adolescente e sua família sobre as transformações que ocorrem em seu corpo, sobre as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual propriamente dito e suas consequências e também sobre o abuso sexual.

Enfatizar que o ato sexual envolve duas pessoas, é de caráter íntimo e privado e que ambas têm que estar de acordo com o que está sendo feito e, portanto, prontas para assumir as responsabilidades advindas deste ato. No caso de adolescentes que já tenham atividade sexual genital ou estejam prestes a iniciá-la, estes devem ser orientados quanto à anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

## IMPORTANTE LEMBRAR!

Existem falhas no fornecimento de informações à mulher sobre o funcionamento do seu corpo, das questões envolvendo o exercício da sexualidade, sobre a reprodução e anticoncepção e onde buscá-las.

O que verificamos na nossa realidade são jovens atingindo o período fértil sem conhecimentos básicos sobre o corpo e seu funcionamento, ficando difícil controlar adequadamente a sua fertilidade. A pobreza agrava a questão pela dificuldade de as adolescentes adquirirem os contraceptivos.

Campanhas veiculadas por todos os setores da saúde esclarecem sobre a importância da prevenção no que se refere à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis, mas, na maior parte das vezes, os métodos não se encontram disponíveis para dispensação, mesmo os dois mais importantes para os adolescentes: a pílula e a camisinha.

Os profissionais da saúde não podem ignorar que os adolescentes têm iniciado atividade sexual precoce, que usam incorretamente os métodos anticonceptivos e que o método contraceptivo de escolha na adolescência é o anticoncepcional oral (disponível nos serviços de saúde, mais seguro, poucos efeitos colaterais e dispensa colaboração do parceiro).

O grupo de parceiros masculinos tem preocupação maior da prevenção no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis e as moças com a gravidez. Não podemos deixar de envolver o adolescente masculino em todas as nossas propostas de prevenção a uma gravidez não planejada.

Cabe aqui a clássica pergunta ao rapaz: "Qual seria a sua responsabilidade numa relação sexual se soubesse que poderia ficar grávido?" Cabe também alertá-lo para as consequências legais, sociais e econômicas da questão.

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.1 A anticoncepção na Adolescência

A humanidade fez uso da anticoncepção desde os tempos mais remotos. Entretanto, foi a partir de 1946 que os métodos anticoncepcionais espalharam-se pelo mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos na década de 60. Apesar da política pública de saúde, na última década, ter destacado a saúde reprodutiva, anticoncepção e prevenção de DST, ainda existem no mundo cerca de 500 milhões de pessoas sem acesso a uma anticoncepção efetiva (MINAS GERAIS, 2006).

O início desta atividade sexual também acontece de forma prematura e geralmente sem proteção anticoncepcional ou feita de maneira irregular e incorreta.

Uma pesquisa realizada pela UNESCO, divulgada em março de 2004 e envolvendo 16.400 adolescentes das capitais brasileiras, mostra a seguinte realidade: primeira relação sexual entre meninos aos 14,5 anos e entre meninas aos 15,5 anos; métodos anticoncepcionais utilizados, camisinha em 61% dos casos, pílula em 24% dos casos, mas 11% dos entrevistados nunca utilizaram nenhum método; 1 em cada 10 estudantes engravida antes dos 15 anos (MINAS GERAIS, 2006).

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.1 A Anticoncepção na Adolescência

Os adolescentes não utilizam métodos anticoncepcionais ou o fazem de maneira inadequada, devido a vários fatores:

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Baixo nível socioeconômico e cultural;
- Não participação do parceiro e dificuldade de negociar com ele o uso da camisinha;
- Sentimento de invulnerabilidade e pensamento mágico (nada vai acontecer comigo);
- Caráter esporádico e não planejado das relações sexuais;
- Medo que se descubra a sua atividade sexual;
- Medo do exame ginecológico;
- Preocupação com a autoimagem (que irão engordar, adquirir celulite, etc.);
- Nãoconscientização da possibilidade de uma gestação;
- Alto custo dos métodos anticoncepcionais;
- Desejo não revelado de testar a sua fertilidade.

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos contraceptivos

Métodos Hormonais Combinados (ESTROGÊNIO + PROGESTERONA)

- **Anticoncepcional combinado oral (pílula combinada)**

O anticoncepcional combinado oral (ACO) ou “pílula”, como comumente é chamado, é o anticoncepcional mais conhecido e talvez por isso seja a demanda inicial da maioria das adolescentes.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
Alta eficácia se usado corretamente.	Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.
Utilização independente da atividade sexual, não requerendo qualquer ação no momento da relação.	Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior.
Regularização do ciclo menstrual.	Existência de contraindicações absolutas e relativas.
Diminuição da frequência e intensidade da dismenorreia.	Ocorrência não rara de efeitos colaterais menores.
Proteção contra anemia por diminuir o volume e o tempo de sangramento menstrual.	Risco muito baixo de complicações sérias, como trombozes venosas profundas.

# 2.3

## Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos contraceptivos

VANTAGENS	DESVANTAGENS
Proteção contra cistos foliculares, tumores benignos de mama e ovário, câncer ovariano e de endométrio e câncer colorretal.	Necessidade de motivação para uso correto.
	Eficácia dependente da tomada diária.
Efeitos positivos sobre a densidade óssea.	Custo elevado das apresentações com baixíssima dosagem de etinilestradiol.
Possibilidade de aumentar o prazer sexual por diminuir o temor de gravidez.	Contraindicações:
Permite períodos de amenorreia (se tomada de pílulas ativas ininterruptamente).	a) Contraindicações absolutas
Retorno imediato da fertilidade após parada do uso.	Fenômenos tromboembólicos, acidente vascular cerebral e oclusão coronariana, atuais ou pregressos.
Pode ser usado desde a adolescência até a menopausa sem necessidade de pausas para "descanso".	Certeza ou suspeita de câncer de mama ou de outras neoplasias hormônio-dependentes;
	Hepatopatia aguda ou crônica.
	Tumores de fígado malignos ou benignos.
	Icterícia colestática relacionada à gravidez ou secundária ao uso de ACO.

# 2.3

## Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos contraceptivos

Anticoncepcional combinado oral (pílula combinada)

#### DESVANTAGENS

Hipertensão arterial (níveis maiores que 140 x 90mmHg) e/ou com doença vascular.

Cardiopatia isquêmica ou doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana).

Enxaqueca com sintomas neurológicos focais.

Diabetes com evidência de nefropatia, retinopatia, neuropatia, doença vascular ou com mais de 20 anos de evolução.

Lúpus eritematoso sistêmico juvenil.

Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (15 ou mais cigarros/dia).

Menos de 21 dias pós-parto (a coagulação sanguínea e a fibrinólise normalizam-se em torno de 3 semanas pós-parto).

Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.

Sangramento vaginal anormal de etiologia não diagnosticada.

Gravidez.

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

Algumas situações devem ser consideradas durante a prescrição do contraceptivo, sempre avaliando a relação risco/benefício:

- idade ginecológica inferior a 2 anos;
- fatores de risco para tromboembolismo;
- existência de outras doenças crônicas;
- uso de drogas que interagem com o ACO diminuindo sua eficácia, quando se mostra necessário o uso concomitante de método de barreira ou, preferencialmente, utilização de um método não hormonal:
  1. Rifampicina;
  2. Anticonvulsivantes (hidantoína, fenobarbital, carbamazepina, primidona);
  3. Griseofulvina;
  4. Alguns retrovirais inibidores das proteases;
  5. Produtos fitoterápicos à base de hypericumperforatum (erva de São João).

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

#### Apresentações comerciais

Os anticoncepcionais orais combinados utilizados na adolescência são os ditos de baixa dosagem, ou seja, com a concentração do componente estrogênico variando entre 15 e 35µg. Os progestágenos utilizados são vários e deles dependem muitas das características dos ACO. Na adolescência, de modo geral, opta-se pelas apresentações monofásicas (mesma dosagem de esteróides em todas as pílulas) por não se perceber vantagens nas bifásicas ou nas trifásicas. Algumas apresentações comerciais de anticoncepcionais combinados, do tipo monofásico, existentes no mercado, estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Anticoncepcionais orais utilizados na adolescência.

ESTROGÊNIO/DOSE	PROGESTERONA/DOSE
Etinilestradiol 35µg	Acetato de ciproterona 2mg
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 0,15mg
	Desogestrel 0,15mg
	Gestodene 0,075mg
Etinilestradiol 20µg	Drospirenona 3mg
	Desogestrel 0,15mg
	Gestodene 0,075mg
Etinilestradiol 15µg	Gestodene 0,060mg

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

## LEMBRE-SE!

Antes de prescrever o método contraceptivo, considere o exame físico completo e os testes laboratoriais rotineiros. Leia mais sobre procedimentos para início do uso do método contraceptivo em “Manual de atenção à saúde do adolescente”, publicado em 2006 pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Ou acesse:

<[http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual\\_do\\_Adolescente.pf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pf)>

### Efeitos colaterais

Os efeitos colaterais mais comuns que podem aparecer com o uso de anticoncepcionais (geralmente transitórios e que desaparecem além dos três primeiros meses de uso) são:

- **Náuseas** (podem ser minimizadas com a tomada da pílula à noite ou após uma refeição; a persistência dos sintomas após a terceira cartela pode indicar necessidade de troca do ACO);

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

- **Sangramentos irregulares e spottings**(mais frequentes entre as usuárias dos ACO de muito baixa dosagem de estrógeno, principalmente nos primeiros ciclos). Se, após a 3ª cartela, houver persistência de sangramento nos primeiros 10 dias do ciclo, a adolescente deve ter uma deficiência relativa de estrógeno, devendo-se trocar para uma apresentação com dosagem maior. Devem-se afastar outras causas comuns de sangramento irregular como a tomada da pílula em horário inadequado, presença de vômitos ou diarreia, interações medicamentosas, etc;
- **Cefaleia leve** (minimizada pelo uso de antiinflamatório não esteróide);
- **Hipersensibilidade mamária;**
- **Alterações do humor;**
- **Tromboembolismo** (SÃO PAULO, 2006).

Embora seja uma complicação muito rara dos ACO de baixa dosagem, orienta-se quanto às situações clínicas que sugiram tal problema, quando, então, a adolescente deverá parar de tomar a pílula e procurar imediatamente atendimento médico: dor abdominal intensa; dor torácica intensa com tosse e dificuldade respiratória; cefaleia muito intensa; importante dor na perna e perda ou borramento de visão(SÃO PAULO, 2006)

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

## IMPORTANTE!

Adolescentes a serem submetidas a cirurgias nos membros inferiores e/ou que necessitem de imobilização pós-operatória não deverão fazer uso de ACO pelo risco aumentado de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

### **Anticoncepcional combinado injetável**

Os anticoncepcionais injetáveis combinados são de uso mensal, intramuscular e possuem as mesmas contraindicações e semelhantes efeitos colaterais da pílula combinada de uso oral. Estão disponíveis no mercado as apresentações com enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg e acetato de medroxiprogesterona 25mg + cipionato de estradiol 5mg.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
Aplicação a cada 30 dias: opção interessante para as jovens que apresentam dificuldade para aderir ao uso diário da pílula;	Necessidade de avaliação médica prévia e seguimento posterior;
Alta eficácia, pois não demanda uso diário;	Existência de contraindicações (mesmas do ACO)

# 2.3

## Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

VANTAGENS	DESvantagens
Privacidade.	Não rara a ocorrência de efeitos colaterais menores e risco baixo de complicações sérias (à semelhança do ACO);
Diminuição da incidência de efeitos gastrintestinais como náuseas e vômitos.	Não protege contra DST/Aids, necessitando do uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino), para cumprir o critério de dupla proteção.

#### **Anticoncepcional combinado transdérmico (adesivo)**

É um adesivo de cor bege, medindo 20cm<sup>2</sup> que libera, via transdérmica, diariamente, 20mcg de etinilestradiol e 150mcg de norelgestromim, com efeitos colaterais, indicações e contraindicações semelhantes às apresentações combinadas orais. Mais informações sobre sua indicação, vantagens e desvantagens, acesse:

[http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual\\_do\\_Adolescente.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf)

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

#### **Anticoncepcional contendo apenas progestagênio**

- Uso oral:
  - As pílulas contendo apenas progestágeno, ao contrário do ACO, são tomadas ininterruptamente, sem pausa entre as cartelas (tanto as com 28 quanto aquelas com 35 comprimidos). Estão indicadas nas mulheres com contraindicações ao componente estrogênico, existindo 2 opções no mercado:
  - Minipílula ou pílula progestínica: contendo progestágeno em baixa dosagem (metade a um décimo da quantidade de progestagênio contido nos ACO):
    - Noretisterona 0,35mg: 35 pílulas ativas;
    - Levonorgestrel 0,030mg: 35 pílulas ativas;
    - Linstrenol 0,5mg: 28 pílulas ativas.
  - Anticoncepcional oral com média dosagem de progestagênio: contendo 75mg de desogestrel em cada comprimido. Com uma quantidade maior de progestágeno, apresenta, teoricamente, uma eficácia superior à minipílula.

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.2 Métodos Contraceptivos

#### **Anticoncepcional contendo apenas progestagênio**

- Uso injetável:
  - O uso intramuscular de 150mg de depoacetato de medroxiprogesterona, trimestralmente, é uma opção eficaz e interessante para mulheres que apresentem contra-indicações ao uso de estrógeno, mas seu efeito negativo sobre a densidade óssea restringe o uso prolongado na adolescência.

### 2.3.3 Implantes Subdérmicos

São cápsulas de material plástico, contendo progestágeno (Desogestrel), que são implantadas sob a pele do braço não dominante, através de pequeno procedimento cirúrgico e que liberam o hormônio continuamente para a corrente sanguínea.

### 2.3.4 Dispositivos Contraceptivos Intrauterinos

O dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre) e o sistema intrauterino de levonorgestrel são contraceptivos eficazes, mas não protegem contra DST e suas contra-indicações relativas limitam seu uso na adolescência.

**LEIA MAIS:**

[http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmateri  
al/Manual\\_do\\_Adolescente.pf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmateri<br/>al/Manual_do_Adolescente.pf)

**2.3.5 Métodos de Barreira****Preservativo masculino**

Ótima opção contraceptiva, o preservativo masculino, se utilizado adequadamente, pode atingir uma eficácia de 97-98%. Essa eficácia, no entanto, está diretamente relacionada à orientação fornecida ao casal, uma vez que a falha resulta, na maioria das vezes, do uso incorreto. Frequentes causas da falência do método:

Armazenamento inadequado do preservativo (calor e umidade danificam o látex);

Uso de preservativos fora da validade e/ou sem selo de qualidade (selo do Inmetro);

Uso de lubrificantes à base de óleo;

### 2.3.5 Métodos de Barreira

Erros na colocação do preservativo: colocá-lo após contato genital (coito interrompido para colocação do preservativo, por exemplo); não desenrolá-lo até a base do pênis; não retirar o ar de sua extremidade;

Danos no preservativo de causa mecânica (unhas, joias ou bijuterias cortantes, piercings, dentes, etc.;

Não retirada do pênis, ainda ereto, da vagina, imediatamente após ejaculação, segurando o preservativo pela base (causa de extravasamento do sêmen).

Assim, como usar, em que momento do ato sexual colocar, como retirar, data de validade, etc., são questões que devem ser abordadas, mesmo quando o adolescente diz já saber “tudo sobre camisinha” (SÃO PAULO, 2006).

#### **Preservativo feminino**

É um dispositivo de poliuretano com cerca de 16cm de comprimento e 8cm de largura que traz dois anéis flexíveis em suas extremidades (o anel interno fixa-se sobre o colo do útero, nos moldes do diafragma, e o externo nos pequenos lábios); já vem lubrificado com espermicida e, assim como o preservativo masculino, não é reutilizável.

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.5 Métodos de Barreira

## Saiba Mais

sobre os métodos de barreira.

Acesse:

[http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual\\_do\\_Adolescente.pf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pf)

### 2.3.6 Métodos Comportamentais

No quadro abaixo você irá encontrar os métodos e suas características:

MÉTODO	CARACTERÍSTICAS
COITO INTERROMPIDO	É um método falho mesmo entre adultos, mais ineficaz entre adolescentes, ainda sem controle e conhecimento adequados da dinâmica sexual. Dada à frequência com que é utilizado nessa faixa etária, é importante que se faça, durante a orientação anticoncepcional, discussão detalhada sobre suas desvantagens.
CALENDÁRIO ("tabelinha")	A "tabelinha" exige registro dos últimos 6 ciclos menstruais, pelo menos, para cálculo do início e fim da abstinência. A frequente irregularidade menstrual entre adolescentes, combinado com o não registro dos ciclos menstruais por parte das jovens, a vivência temporal característica desta faixa etária ("aqui e agora"), a frequência da atividade sexual (uma questão de oportunidade), assim como várias outras características das vivências sexuais dos jovens dificultam e até mesmo inviabilizam a utilização desse método.

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.7 Contracepção de Emergência

A contracepção de emergência (CE) é definida como a utilização de drogas (progestágeno isolado ou associado ao estrógeno em altas doses) para evitar a gravidez após uma atividade sexual desprotegida.

O Quadro 2 mostra os contraceptivos de emergência aprovados pelo Ministério da Saúde, bem como sua eficácia e algumas das apresentações comerciais.

Quadro 2 - Contracepção de emergência.

Tipo de contracepção de emergência	Taxa de gravidez* segundo o tempo ocorrido entre o "acidente" e a tomada do CE	Apresentação	Administração via oral
Pílula anticoncepcional combinada (Método de Yuzpe)	< 24h: 2,0	Comprimido com 50 µg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel	2 comprimidos a cada 12 horas (2 doses; total: 4 comprimidos)
	25 - 48h: 4,1 49 - 72h: 4,7	Comprimido com 30µg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel	4 comprimidos a cada 12 horas (2 doses; total: 8 comprimidos)
Pílula contendo apenas progestágeno	< 24h: 0,4	Comprimido com 0,75 mg de levonorgestrel	2 comprimidos (dose única)
	25 - 48h: 1,2 49 - 72h: 2,7	Comprimido com 1,5 mg de levonorgestrel	1 comprimido (dose única)

Fonte: SÃO PAULO, 2006.

\*O risco de engravidar em uma única relação sexual desprotegida é de 8,0 gravidezes por 100 mulheres/ano.

### 2.3.7 Contracepção de Emergência

## FIQUE SABENDO!

A ação anticoncepcional desses métodos só é garantida se a droga for administrada até 120 horas após a relação sexual desprotegida, mas sua eficácia depende do tempo decorrido entre o "acidente contraceptivo" e a tomada da medicação - quanto mais precoce for a ingestão da medicação, maior a eficácia - o ideal é que ela seja ingerida nas primeiras 12 a 24 horas após o "acidente". Os efeitos colaterais são leves e transitórios, presentes nos 2 dias após; são eles: náuseas, vômitos, fadiga, aumento de sensibilidade mamária; sangramento irregular; retenção líquida e cefaleia.

Utilizar, preferencialmente, as pílulas contendo apenas progestagênio (e não o método de Yuzpe), pois apresentam menos efeitos colaterais, como náuseas e vômitos, e são mais eficazes; possuem uma formulação específica para esse fim e são passíveis de serem administradas em dose única (o que facilita a adesão e uso correto). Caso ocorram vômitos dentro de 2 horas da ingestão do CE, deve-se repetir a dose o mais rápido possível; se os vômitos persistirem, uma outra dose de CE pode ser feita via vaginal.

Apresenta baixa eficácia e com efeitos colaterais quando utilizada como método anticoncepcional rotineiro e frequente. Não existem contraindicações para sua utilização; mesmo nas mulheres que não podem receber anticoncepcionais combinados (doença hepática, tromboembolismo, etc).

## 2.3.7 Contracepção de Emergência

## FIQUE SABENDO!

Não é teratogênico. A CE não protege contra DST/Aids e nem contra outra gravidez no ciclo. O próximo ciclo pode ser antecipado ou retardado, devendo-se pensar na possibilidade de gravidez caso a menstruação não ocorra dentro de três semanas.

Provavelmente o uso repetido é mais seguro do que uma gravidez indesejada e/ou um aborto, não se devendo, portanto, negar a prescrição da CE somente porque a adolescente fez uso desta recentemente, ainda que no mesmo ciclo menstrual. Após a utilização do CE, um anticoncepcional de rotina mais eficaz deve ser iniciado ou continuado:

- Métodos de barreira: podem ser utilizados imediatamente;

- Contraceptivos hormonais orais, adesivos ou anéis vaginais. Podem ser utilizados de duas maneiras:

- a) Iniciar ou reiniciar no dia seguinte à tomada do CE, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo pelos próximos 7 dias;

- b) Esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo durante todo o período de espera.

- Contraceptivos injetáveis; implantes e dispositivos intrauterinos: esperar o próximo ciclo menstrual para iniciar o método, mantendo-se abstinente ou utilizando preservativo durante esse período (SÃO PAULO, 2006).

### 2.3.8 Contracepção na Adolescente Portadora de Doença Crônica

A escolha de um método anticoncepcional adequado para as pacientes portadoras de doenças crônicas deve ser sempre precedida por uma revisão bibliográfica cuidadosa e consiste em decisão que deve ser tomada conjuntamente pelo médico que atende a adolescente, pelo ginecologista e pela própria cliente.

Encontra-se disponível na Internet, o consenso da OMS "Critérios de Elegibilidade Médica para Uso dos Métodos Anticoncepcionais": ([www.reprolatina.net/siteportugues/html/refbibliog/criterios2004pdf/criterios\\_medicos2004integral.pdf](http://www.reprolatina.net/siteportugues/html/refbibliog/criterios2004pdf/criterios_medicos2004integral.pdf)), atualizado em 2004, cujo objetivo é "prover o profissional com informações que lhe permitam pesar os riscos de uma gravidez contra os riscos do método contraceptivo, em cada situação em particular. Ainda, pacientes portadoras de doenças crônicas frequentemente utilizam várias medicações diferentes e as interações entre o método contraceptivo e os medicamentos utilizados devem ser consideradas.

Independente da situação clínica, o preservativo (masculino ou feminino) deve ser sempre indicado, associado a outros métodos ou não, com o intuito de prevenir DST/Aids. A possibilidade de falhas quando do uso desse método isolado deve ser considerada, particularmente nos casos onde uma gravidez determinaria repercussões importantes na evolução da doença ou até risco de morte. No caso de acidente com o preservativo indicar, se necessário, o mais precocemente possível, o contraceptivo de emergência, o qual não possui contra-indicações.

## 2.3

# Saúde Reprodutiva e Agravos Relacionados

### 2.3.9 Métodos Cirúrgicos

## IMPORTANTE!

A laqueadura tubária e a vasectomia não devem ser utilizadas na adolescência por serem métodos irreversíveis, a não ser em situações especialíssimas, com forte razão médica e apoio legal.

### 2.3.10 O Teste Imunológico de Gravidez Negativo

Em geral, apenas 36% das adolescentes que fazem o teste de gravidez estão grávidas, as restantes, cujo teste deu negativo, constituem um grupo de risco para gravidez não planejada, pois 60% delas engravidam em 18 meses (SÃO PAULO, 2006). O momento da entrega do exame se constitui em uma oportunidade excelente para prevenção, fazendo com que esta adolescente assuma sua vida sexual de forma responsável.

Abordar com prioridade adolescentes que fizeram o exame de gravidez e tiveram o resultado negativo, uma vez que constituem um grupo de risco para gravidez precoce não planejada.

## 2.4

# Consequências das Transformações da Adolescência

A adolescência traz consigo mudanças e essas alterações podem acarretar várias consequências, seguindo as questões da saúde reprodutiva, mesmo que a equipe de saúde conduza da melhor forma o adolescente para que esteja ciente do que esse período pode acarretar em sua vida a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis ainda estão muito presentes e são considerados os principais problemas encontrados pelas equipes de saúde.

Vamos estudar e refletir algumas questões essenciais sobre como contornar as situações em que os problemas já estão instalados.

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher que se caracteriza por modificações físicas, psíquicas e sociais num curto espaço de tempo. Ao engravidar e se tornar mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos. Já a adolescência constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais.

Em poucos anos, a menina transforma-se em mulher, exigindo com isso uma definição de sua nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva. As causas dessas instabilidades afetivas são múltiplas:

# 2.4

## Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

Consequências orgânicas para a mãe: anemia, menor ganho de peso, hipertensão gestacional. Doenças sexualmente transmissíveis, maior morbimortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos e maior número de partos prematuros;

Em relação ao RN, pode-se destacar o aumento do número de natimortos e mortes prematuras, RN BPN, morte súbita nos primeiros seis meses de vida e internações e acidentes na infância;

Algumas consequências sociais e psicológicas podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas: ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com manutenção do ciclo de pobreza, falta de apoio e/ou isolamento social e familiar, maior risco de separação conjugal, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual.

#### **O Pré-natal**

Uma vez que a adolescente fica grávida, o planejamento do cuidado com essa futura mãe exige, de início, a avaliação adequada do risco gestacional, abrangendo os aspectos clínico-obstétricos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2008).

## 2.4

# Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

Algumas alterações patológicas, como anemia e Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DEHG), podem levar à prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer (BPN). Essas situações estão associadas à morbimortalidade materna e perinatal, sendo de natureza multifatorial, com contribuição importante das condições socioeconômicas. Todas elas podem ser modificadas pela melhoria da qualidade da assistência pré-natal, que irá interferir de forma positiva na qualidade da assistência ao parto e puerpério. Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação. A anamnese é parte importante no diagnóstico precoce da gestação em adolescentes, por permitir a construção de um perfil do comportamento sexual e do grau de risco. Segundo o Ministério da Saúde, podem-se dividir os sinais e sintomas da gravidez em:

O exame clínico através do toque bimanual pode mostrar indícios da gestação antes mesmo de completado o segundo mês. O diagnóstico de certeza só pode ser firmado com a auscultados batimentos cardíofetais pelo sonar Doppler por volta da décima semana. Ao confirmar a gravidez e prever a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e dar o apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos.

# 2.4

## Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

É fundamental ressaltar que na presença de uma assistência pré-natal adequada, alguns estudos não têm encontrado diferenças clínicas e obstétricas significativas entre as adolescentes gestantes e as grávidas de outras faixas etárias. Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início e baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.

O pré-natal da gestante adolescente deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, não se limitando somente a questões biológicas, devendo ser priorizada a captação precoce e a prevenção de outras gestações. A adolescente grávida deve iniciar seu pré-natal o mais precocemente possível e ser orientada para prevenção de nova gestação. As gestações na faixa etária abaixo de 16 anos são consideradas potencialmente de risco, portanto, devem ser encaminhadas para o pré-natal em Serviço de Referência (BRASIL, 2008).

Dentre as orientações para o atendimento à adolescente, listam-se:

Diminuição da idade da menarca

Iniciação sexual cada vez mais precoce

Falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos;

Baixo acesso aos serviços de saúde;

Não utilização de métodos por receio que seus pais descubram que está tendo relações sexuais;

# 2.4

## Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

Busca de confirma o da fertilidade

Pensamento mágico (isto nunca vai acontecer comigo);

Presença de um desejo, consciente ou não, de engravidar;

Ocorrência da gesta o na adolescência em familiares e pessoas próximas como modelos sociais;

Histórico e presença de conflitos familiares;

Abuso de drogas;

Faltas regulares às aulas e reprova es escolares, expectativas e perspectivas educacionais e profissionais ausentes ou baixas;

Falta de uma comunica o aberta entre pais e filhos;

As consequências ter o maior ou menor gravidade de acordo com a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores socioecon micos e culturais;

Consequências orgânicas para a mãe: anemia, menor ganho de peso, hipertensão gestacional. Doenças sexualmente transmissíveis, maior morbimortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos e maior número de partos prematuros;

Em rela o ao RN, pode-se destacar o aumento do número de natimortos e mortes prematuras, RN BPN, morte súbita nos primeiros seis meses de vida e internaq es e acidentes na infância;

# 2.4

## Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

Algumas consequências sociais e psicológicas podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas: ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com manutenção do ciclo de pobreza, falta de apoio e/ou isolamento social e familiar, maior risco de separação conjugal, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual.

#### O Pré-natal

Uma vez que a adolescente fica grávida, o planejamento do cuidado com essa futura mãe exige, de início, a avaliação adequada do risco gestacional, abrangendo os aspectos clínico-obstétricos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2008).

##### presunção

compreendem alterações de ordem geral. Em função do estado gravídico, podem ser encontradas manifestações neurovegetativas, como náuseas, vômitos, sialorreia, vertigem, polaciúria, nictúria, alterações pigmentares, pigmentação acentuada da aréola mamária, aumento de volume abdominal.

##### probabilidade

alterações associadas ao aparelho genital, fruto principalmente da embebição gravídica local, e parte principal do diagnóstico clínico. São eles amenorreia, distúrbios menstruais, aumento do volume e modificações na forma do útero, sinais mamários como mastodínia, aumento de volume e da vascularização.

##### certeza

identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico no sangue, que se pode positivar em torno de 15 dias após a nidação. Este é mais sensível que o teste imunológico realizado na urina, que só é positivo após 10 a 14 dias de atraso menstrual. Com a ultrassonografia (USG) pélvica, pode-se diagnosticar o saco gestacional na quinta semana de gestação. A imagem do embrião aparecerá entre a sétima e a oitava semana, junto com os batimentos cardíacos fetais. Através da USG transvaginal, o saco gestacional pode ser identificado com 32 dias de gestação e o embrião, entre a quinta e a sexta semana.

## 2.4

# Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

Algumas alterações patológicas, como anemia e Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DEHG), podem levar à prematuridade e ao Baixo Peso ao Nascer (BPN). Essas situações estão associadas à morbimortalidade materna e perinatal, sendo de natureza multifatorial, com contribuição importante das condições socioeconômicas. Todas elas podem ser modificadas pela melhoria da qualidade da assistência pré-natal, que irá interferir de forma positiva na qualidade da assistência ao parto e puerpério. Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação. A anamnese é parte importante no diagnóstico precoce da gestação em adolescentes, por permitir a construção de um perfil do comportamento sexual e do grau de risco. Segundo o Ministério da Saúde, podem-se dividir os sinais e sintomas da gravidez em:

O exame clínico através do toque bimanual pode mostrar indícios da gestação antes mesmo de completado o segundo mês. O diagnóstico de certeza só pode ser firmado com a ausculta dos batimentos cardíofetais pelo sonar Doppler por volta da décima semana. Ao confirmar a gravidez e prever a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e dar o apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos.

# 2.4

## Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

É fundamental ressaltar que na presença de uma assistência pré-natal adequada, alguns estudos não têm encontrado diferenças clínicas e obstétricas significativas entre as adolescentes gestantes e as grávidas de outras faixas etárias. Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início e baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.

O pré-natal da gestante adolescente deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, não se limitando somente a questões biológicas, devendo ser priorizada a captação precoce e a prevenção de outras gestações. A adolescente grávida deve iniciar seu pré-natal o mais precocemente possível e ser orientada para prevenção de nova gestação. As gestações na faixa etária abaixo de 16 anos são consideradas potencialmente de risco, portanto, devem ser encaminhadas para o pré-natal em Serviço de Referência (BRASIL, 2008).

Dentre as orientações para o atendimento à adolescente, listam-se:

Realizar o pré-natal de baixo risco (gestante com 16 anos ou mais), definindo preferencialmente um dia da semana para o atendimento de adolescentes.

Incentivar a participação do pai da criança durante o pré-natal (consultas, exames, grupos, visita à maternidade).

Incluir as gestantes e pais adolescentes no programa do adolescente.

# 2.4

## Consequências das Transformações da Adolescência

### 2.4.1 A Gestação na Adolescência

Desenvolver, se possível, um grupo específico para adolescentes gestantes e seus parceiros na Unidade de Saúde ou inserir na programac o das oficinas de gestante um encontro dirigido exclusivamente a essa popula o, de preferência no dia do pré-natal, dando ênfase às questões próprias dessa faixa etária.

Esclarecer a família sobre as repercussões psicossomáticas da gravidez e seus riscos para que possam melhor compreender e apoiar durante esse período.

Enfatizar cuidados com a saúde reprodutiva durante o pré-natal, prevenindo uma segunda gravidez.

Preparar a adolescente para o parto, o puerpério e os cuidados com o filho. Disto depende a diminuic o da mortalidade infantil em filhos de mães adolescentes.

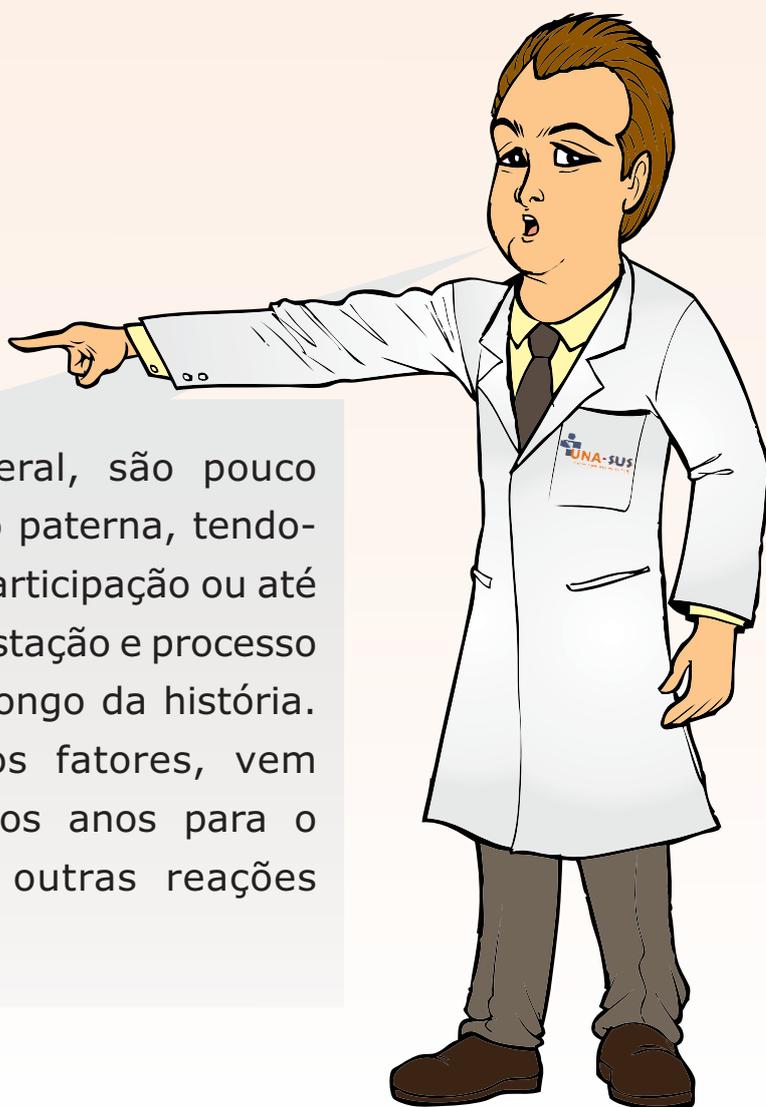
#### **Papel do médico frente ao diagnóstico da gravidez**

Quando você suspeitar de uma gravidez não planejada, procure saber quais são as expectativas e os sentimentos da adolescente em rela o   sua possível gesta o. Frente ao diagnóstico positivo, considere a capacidade da adolescente compreender e avaliar as implica es da gesta o e, se possível, deve ser comunicado privadamente   jovem ou ao casal. Não deve esquecer-se da possibilidade de abuso sexual ou incesto, principalmente nas adolescentes mais jovens ou naquelas com deficiência mental.

Frente à gravidez indesejada, a pressão dos familiares, do parceiro e as incertezas decorrentes da nova realidade, algumas adolescentes acabam optando pelo aborto, colocando-se frequentemente em risco quanto a complicações clínicas, infertilidade e risco de vida. Algumas pesquisas têm apontado que a ocorrência de aborto tem sido mais frequente entre os estratos sociais médios e altos, diferentemente dos estratos sociais baixos nos quais a gestação tende a ser concluída (MINAS GERAIS, 2006).



Os adolescentes, em geral, são pouco preparados para a função paterna, tendo-se em vista a sua pouca participação ou até exclusão do período da gestação e processo de criação dos filhos ao longo da história. Isso, associado a outros fatores, vem contribuindo ao longo dos anos para o isolamento, negação e outras reações defensivas dos mesmos.



## LEMBRE-SE!

É necessário que haja espaço para eles assumirem esse novo papel que é ser pai. Assim, a participação do pai da criança é desejável e muito importante, principalmente no pré-natal e durante o primeiro ano de vida do bebê, para a construção de vínculos e de responsabilidades conjuntas, além de ser favorável para a evolução da gravidez, parto, puerpério e lactação.

O Ministério da Saúde preconiza a abordagem das DST através do manejo clínico sintomatológico de quatro síndromes e suas possibilidades etiológicas, propondo intervenção imediata com os recursos disponíveis, na primeira consulta (BRASIL, 2008). Em caso de suspeita de uma DST, o adolescente deve procurar um serviço de saúde para que o diagnóstico e o tratamento adequado sejam realizados o mais rápido possível, evitando assim futuras complicações e também a transmissão da doença, caso ela seja confirmada. Recomendações:

Exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outras DST.

Orientação para a realização do teste anti-HIV (conforme orientações do manual da Coordenadoria de DST/Aids).

Estímulo para adesão ao tratamento e ao exercício da sexualidade com segurança.

Convocação, tratamento e orientação dos parceiros sexuais.

Notificação dos casos.

As DST/Aids na adolescência são consideradas doenças-sentinela por alertar para: abuso sexual, exploração sexual e descuido do adolescente em relação à sua saúde reprodutiva (BRASIL, 2008).

## 2.7.1 O Manejo Clínico Sindrômico das DST – Síndrome Doença

Fique atento aos sinais, eles podem indicar diversas doenças:



### ÚLCERA GENITAL

Pode indicar: sífilis primária, cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo e donovanose.



### CORRIMENTO URETRAL

Pode indicar: uretrite gonocócica e não-gonocócica.



### CORRIMENTO VAGINAL

Pode indicar: gardnerella vaginalis, vaginose, vulvovaginite, trichomoníase e cândida.



### DOR PÉLVICA

Pode indicar: cervicite gonocócica e não-gonocócica, doença inflamatória pélvica.

## 2.7

# As Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

### 2.7.1 O Manejo Clínico Sindrômico das DST – Síndrome Doença

## FIQUE ATENTO!

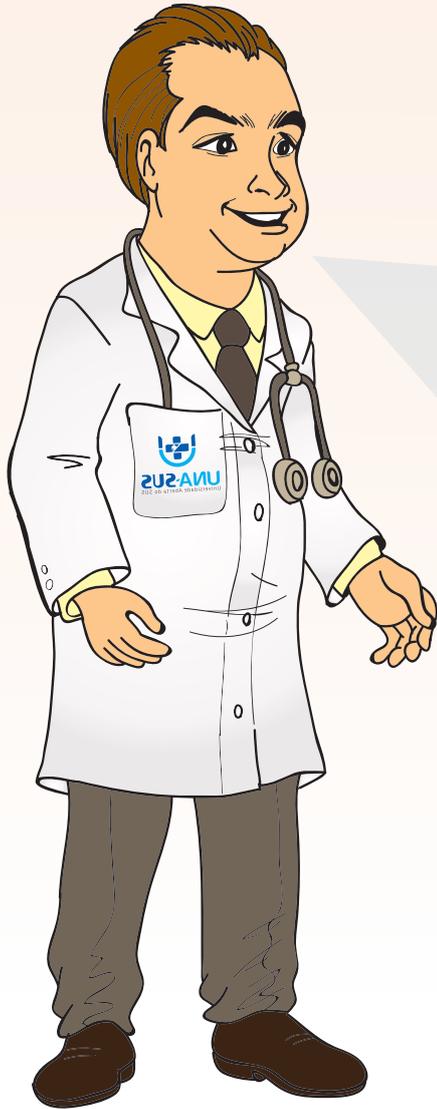
Como falamos acima, esses sinais e sintomas podem ser **sugestivos** de alguns agravos. Lembre que nem todo corrimento vaginal é indicativo de doenças sexualmente transmissíveis!

## Saiba Mais

Saiba mais sobre diagnóstico e tratamento das DSTs em:

<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas%20guia/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>

## O Adolescente Portador de HIV



Pais e educadores devem ser informados de que a criança, o adolescente, ou jovem portador do vírus HIV tem garantido por lei o direito à permanência na escola e à manutenção do sigilo acerca da sua condição. Devem também ser discutidas e implantadas nas escolas condutas de prevenção de caráter geral e não discriminatório. O adolescente soropositivo deve ser informado sobre os tratamentos existentes, as medidas preventivas contra as infecções oportunistas e a importância do uso de preservativos. As DST/Aids na adolescência são consideradas doenças sentinela por alertar para: Abuso sexual; Exploração sexual e Descuido do adolescente em relação à sua saúde reprodutiva (BRASIL, 2009).

A rotina do exame ginecológico em seus termos propedêuticos (mamas, abdômen, órgãos genitais externos e internos) não difere muito do praticado na mulher adulta. O exame físico nunca deve ser forçado, devendo, quando necessário, ser adiado. Os exames complementares dependerão essencialmente do diagnóstico clínico, quando serão solicitados exames específicos, muitas vezes em intercâmbio com outras especialidades como genética, endocrinologia, dermatologia, urologia, cirurgia geral e plástica. Dentre as causas mais frequentes de solicitação de consulta pela adolescente, listam-se:

Secreção vaginal com ou sem prurido e/ou dor;

Lesões dermatológicas na vulva; dor pélvica (dismenorreia, tumores, transtornos urinários);

hemorragia genital;

Mastalgia;

Gravidez;

Amenorreia;

Malformações;

Anomalias das mamas;

Retardo do desenvolvimento genital;

Traumatismos (SÃO PAULO, 2006).

# 2.9

## Exame Ginecológico

Complemente seus conhecimentos.

Acesse:

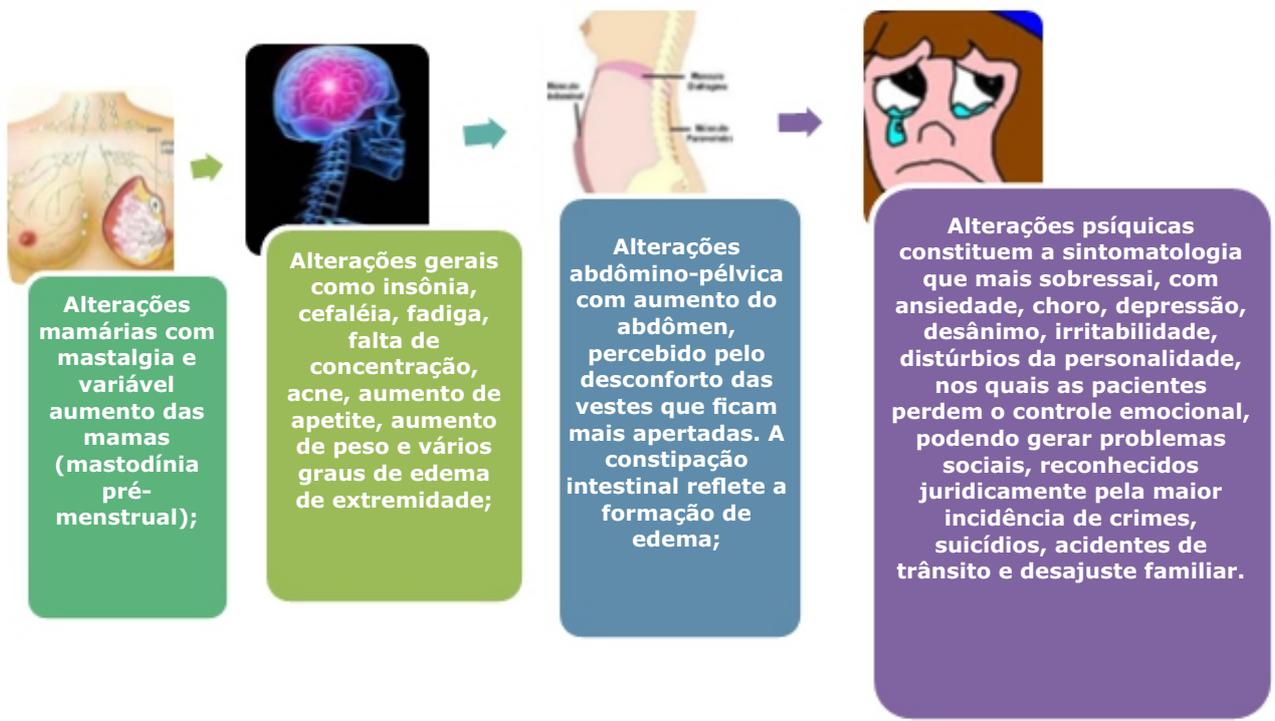
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescente\\_competencias\\_habilidades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf)

### 2.9.1 Dor Ovulatória (Mittelschmerz)

A dor ovulatória é caracterizada pela dor na época da ovulação, às vezes com cólica intensa, podendo ser acompanhada de secreção clara e eventualmente sanguínea, com duração de até 72 horas. Esta condição pode ser diagnosticada facilmente através da data da última menstruação e o início das dores, com característica cíclica. Através de ultrassonografia é possível visualizar a saída de líquido pela rotura do folículo ovariano. No tratamento o uso de analgésicos (ex: acetaminofen) ou anti-inflamatórios não hormonais são eficazes na maioria dos casos.

### 2.9.2 Síndrome Pré-menstrual

Síndrome ou tensão pré-menstrual entre as adolescentes registra incidência bem menor se comparada à mulher adulta, que tem ciclos frequentemente ovulatórios. Os sinais e sintomas são variados, ocorrendo na fase luteínica do ciclo, cerca de sete a 10 dias antes do início da menstruação. Observam-se alguns tipos de manifestações (BRASIL, 2008):



### 2.9.2 Síndrome Pré-menstrual

#### Indicações de tratamento

Os exercícios regulares devem ser estimulados (caminhadas, natação, vôlei etc.). O aconselhamento psicológico muitas vezes é necessário, principalmente quando ocorrem alterações emocionais. Os anticoncepcionais hormonais são efetivos nas adolescentes e costumam ser usados principalmente quando há necessidade de controle da natalidade. Devem-se optar pelos de baixa dosagem.

Nos casos em que a retenção hídrica é relatada pela paciente como principal problema, deve-se recorrer a tratamento com diuréticos, sete a dez dias antes da provável menstruação:- cloridrato de amiloridina e hidroclorotiazida, dose: um comp./manhã;- clortalidona - 12,5mg, 25mg ou 50mg, dose: um comp./manhã. Quando ocorrer associação com dismenorreia, prescrever inibidores das prostaglandinas:- ácido mefenâmico 500mg, dose: um comp., 3 a 4 x/dia.

Nas queixas de dor mamária, embora a eficácia não esteja comprovada, pode-se usar vitamina E 400mg ou ácido gama-linoleico, dose: um comp./dia/seis meses.

