

## Artigo Original/Original Article

### A primeira consulta de Ginecologia na adolescência

### The first gynaecologic office visit in adolescence

Helena Leite\*, Joana Belo\*\*, Adriana Cruz\*\*\*, Inês Marques\*\*\*, Nuno Pereira\*\*\*

*Serviço de Ginecologia  
Maternidade Bissaya Barreto – Coimbra*

#### ABSTRACT

The important role of the first gynaecologic office visit in adolescence is highlighted, considering its relevant contribution to health care, including primary prevention. The leading motives for visits are analysed and particular skills in adolescent communication and physical examination are described. The search and detection of multiple problems that go beyond the gynaecologic domain such as substance abuse, eating disorders and depressive symptoms, are a constant challenge. In this context, we advocate a multifaceted approach to encourage normal physical development and to assure the adequate promotion of adolescents' health.

**Key words:** Gynaecologic office visit / pubertal development/adolescents

A consulta de ginecologia de adolescentes assume um valor incontornável a nível da qualidade da saúde no global e da saúde reprodutiva em particular. A idade recomendada para a primeira consulta de ginecologia na adolescência, deverá situar-se entre os 13 e os 15 anos, tendo em conta que as alterações que surgem na puberdade, expressam um momento único para que se estabeleça uma plataforma de entendimento entre adolescente – pais/família – médico, que irá acarretar uma mais valia na promoção de um crescimento saudável<sup>1,2,3,4,5</sup>.

Os vários estádios de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, que foram sistematizados e representados por Tanner em 1969,

decorrem normalmente na adolescente entre os 9 e os 17 anos<sup>6,7</sup>. A telarca, em 80% dos casos, é o primeiro sinal da puberdade. Surge por volta dos 10 anos e tem uma duração média de 4,5 anos<sup>8</sup>. Em geral, dois anos após o início da telarca dá-se a menarca, cuja idade média é de 12,8 anos, nos países ocidentais<sup>5,6,8,9</sup>. Paralelamente à aceleração do crescimento estato-ponderal e à aquisição dos caracteres sexuais secundários verifica-se o desenvolvimento da maturação sexual, caracterizado pela afirmação da identidade sexual e exacerbação das expressões da sexualidade. Apesar de na maioria dos casos estas transformações fisiológicas não suscitarem qualquer problema, podem ocorrer alterações que motivem a necessidade de uma consulta de ginecologia. A primeira consulta de ginecologia afigura-se pois, como uma excelente

\*Assistente Graduada de Ginecologia

\*\* Assistente de Ginecologia e Obstetrícia

\*\*\*Interno de Ginecologia e Obstetrícia

oportunidade para se abordarem não só uma série de questões associadas ao desenvolvimento pubertário, mas também outros problemas que possam surgir durante a adolescência. De facto, o esclarecimento e o aconselhamento das adolescentes acerca do aparecimento dos caracteres sexuais secundários e da menarca e das suas implicações a nível da auto-imagem, da auto-estima e da sexualidade, são essenciais no sentido de facilitar a sua transição da infância para a vida adulta. Neste contexto e tendo em consideração a experiência da Consulta de Ginecologia de Adolescentes, a funcionar no Serviço de Ginecologia desde 1995, consideramos oportuno rever algumas questões inerentes ao desempenho e metodologia desenvolvida na execução da primeira consulta.

#### MOTIVOS DA CONSULTA

Num total de 1421 primeiras consultas de Ginecologia de Adolescentes, efectuadas entre Março de 1995 e Dezembro de 2005, verificámos que as principais queixas do foro ginecológico que motivaram a ida à consulta foram as alterações relacionadas com o ciclo menstrual mormente: ciclos menstruais irregulares, dismenorrea, hemorragias uterinas anormais e amenorrea. (Quadro I)

**Quadro I** Motivos da primeira consulta de Ginecologia de Adolescentes

Motivo da consulta	Nº de casos	%
Ciclos irregulares	228	16,0
Dismenorrea	149	10,5
HUA	90	6,3
Amenorrea	33	2,3
Leucorreia	52	3,7
Algias pélvicas	46	3,2
Quisto do ovário	34	2,4
Patologia vulvar	39	2,7
Patologia mamária	77	5,4
Hirsutismo	14	1,0
Desejo de contraceção	593	41,7
Outros	66	4,6
<b>Total</b>	<b>1421</b>	<b>100</b>

- Os ciclos menstruais irregulares constituem a queixa mais frequente que motiva a ida à consulta. Na maior parte dos casos tratam-se de ciclos menstruais que ocorrem com uma periodicidade irregular, em que o fluxo menstrual não difere, quanto à duração e quantidade, de uma menstruação normal. Os ciclos menstruais irregulares podem perdurar por cerca de seis anos após a menarca<sup>3</sup>. Para uma melhor caracterização deste tipo de alterações solicita-se à adolescente que efectue o *calendário menstrual* e tem-se verificado que a vigilância e a tranquilização são suficientes na maioria dos casos.
- A dismenorrea é sem dúvida a queixa do foro ginecológico mais comum e constitui o terceiro motivo mais frequente da nossa consulta de Ginecologia de Adolescentes. Habitualmente do tipo primária, pode estar associada a náuseas, vómitos, cefaleias, diarreia, fadiga e irritabilidade em 50% dos casos<sup>3</sup>. A abordagem terapêutica destes casos consiste na administração de anti-inflamatórios não esteróides, tais como ibuprofeno, naproxeno e ácido mefenâmico, que deverão ser tomados o mais precocemente possível, preconizando-se uma dose que poderá ir até ao equivalente a 600 mg de ibuprofeno oral, quatro vezes por dia<sup>3</sup>. Na ausência de resposta à terapêutica ou se é necessária contraceção utiliza-se a pílula.
- As hemorragias uterinas anormais (HUA) têm uma causa disfuncional em cerca de 90% das situações e estão associadas à anovulação. Para além destas, em que não há uma causa orgânica subjacente, podem ocorrer HUA devido a complicações relacionadas com gravidez, infecções ou mais raramente patologia tumoral do tracto genital, ou serem iatrogenicas. Outras prováveis causas orgânicas que devem ser excluídas são as coagulopatias, nomeadamente a doença de Von Willebrand e a Púrpura Trombocitopenica Idiopática, que requerem acompanhamento pela hematologia. O tratamento efectuado nos casos de hemorragia uterina disfuncional, que recorreram à consulta de Ginecologia de Adolescentes, consistiu na administração de estroprogestativo combinado

em 58%, progestativo cíclico em 25% e estroprogestativo sequencial em 17% dos casos.

- Embora menos frequente a amenorreia, primária ou secundária, constitui um importante motivo de consulta de ginecologia, associada a uma grande fonte de angústia quer para as adolescentes, quer para os pais. São várias as causas de amenorreia primária, que vão desde as alterações cromossómicas, até às malformações congénitas e ao atraso pubertário constitucional. Nestas situações terá de haver um acompanhamento sistematizado, para definição das etapas diagnósticas e das terapêuticas a instituir. No que se refere à amenorreia secundária a gravidez é um dos diagnósticos possíveis devendo excluir-se esta hipótese. O síndrome do ovário poliquístico é outra das etiologias relevantes a considerar nesta faixa etária<sup>1</sup>. Raramente detectam-se distúrbios do comportamento alimentar, como a anorexia nervosa. Estes casos são orientados para a consulta de pedopsiquiatria, atendendo à necessidade do seu acompanhamento por uma equipa multidisciplinar.

As leucorreias e as algias pélvicas são queixas ginecológicas relativamente comuns, correspondendo a 3,7% e a 3,2% respectivamente, dos motivos de primeira consulta de Ginecologia de Adolescentes. A detecção ecográfica de quistos dos ovários foi constatada em 34 adolescentes (2,4%). Raramente surgem casos de patologia tumoral ginecológica, cuja detecção implica um esclarecimento diagnóstico e uma orientação terapêutica atempada e eficaz, tendo em conta uma intervenção conservadora, sempre que possível, no sentido de preservar a fertilidade futura. 39 adolescentes (2,7%) recorreram à consulta por patologia vulvar nomeadamente hipertrofia dos pequenos lábios, úlceras e condilomas. Os nódulos mamários, assim como outros problemas a nível da mama, nomeadamente a assimetria e a hipertrofia mamária, constituíram motivo de consulta em 77 (5,4%) adolescentes. Para além destes problemas específicos ocorrem outros relacionados com as transformações pubertárias, nomeadamente o acne e o hirsutismo cujo impacto a nível psicológico não deve ser descurado.

Por último destaca-se o desejo de contraceção, que é o motivo que leva a maior percentagem de adolescentes (41,7%) a recorrerem à consulta.

## ABORDAGEM DA ADOLESCENTE

O estabelecimento de uma relação de confiança e de respeito, isenta de juízos de valor e a garantia do direito à confidencialidade e à privacidade são práticas de valor incontestável. A fácil acessibilidade e o direito à contraceção estão alicerçados em legislação conhecida por todos os profissionais que lidam com as adolescentes (Quadro II).

### Quadro II Acesso às consultas para jovens<sup>10</sup>

*Lei n° 3/84 de 24 de Março no art. 5°*

“É assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros métodos de planeamento familiar”

*Portaria n° 52/85 de 26 de Janeiro*

Acesso aos centros de atendimento para jovens “sem quaisquer restrições”, de “todos os jovens em idade fértil”.

Salientam-se ainda outros dois problemas de direito:

- *...o facto dos menores de qualquer idade poderem prestar consentimento para todos os actos de assistência médica que se revistam de pequena importância e os menores que tenham catorze anos e possuam o discernimento suficiente, são capazes de formar uma decisão sobre as intervenções médicas sobre a sua pessoa,*
- *...deve ainda reconhecer-se que a intervenção do médico, autorizada pela vontade autónoma do menor com mais de catorze anos, tem de ser acompanhada pelas garantias gerais da confidencialidade pela protecção do segredo médico, mesmo relativamente aos pais<sup>11</sup>.*

Para criar um ambiente que permita às adolescentes sentirem-se confortáveis e para que levantem questões, deverão existir, quer na sala de espera, quer no

gabinete de consulta panfletos, posters e livretos que contenham informações sobre determinados tópicos tais como – violência sexual, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e contracepção<sup>12</sup>.

### ● Anamnese

O diálogo médico/adolescente deverá ter em consideração não só a idade mas também a sua maturidade cognitiva. A abordagem, consoante os diferentes escalões etários, permite estabelecer uma relação de confiança, fundamental para a promoção da adesão à consulta<sup>12,13</sup>. Por outro lado a entrevista com a adolescente tendo em conta o seu nível de compreensão é um pré-requisito para uma comunicação efectiva baseada na clarificação e na reflexão. Adoptar uma atitude de “explicar” e “sugerir”, “sem moralizar” é sem dúvida a forma mais indicada de encorajar a adolescente a expôr as suas dúvidas e preocupações.

A maior parte da consulta deverá ser passada com a adolescente sozinha, particularmente na fase média e avançada da adolescência. Naturalmente que isso não invalida que a história clínica deva ser também colhida através dos pais da adolescente, como é consensual<sup>4,12,13</sup>. Considera-se mais prudente iniciar o questionário com aspectos não intimidantes ou constrangedores e partir lentamente para tópicos mais sensíveis.

Na nossa consulta temos como ferramenta básica um inquérito que é preenchido pela adolescente previamente à entrada no gabinete da consulta e que abrange várias áreas tais como: hábitos alimentares, consumos nocivos, relações com a família, amigos, escola, sexualidade e sintomas depressivos. De forma a pôr a adolescente mais confortável durante a consulta deve perguntar-se sobre as suas actividades no grupo e na escola, com base nas respostas preenchidas no inquérito. A história de abuso de substâncias tóxicas deve ser pesquisada de uma forma indirecta através de perguntas relativas aos consumos dos amigos<sup>13</sup>. Neste âmbito, salienta-se a forte correlação que se tem constatado entre o baixo aproveitamento escolar, a prática de comportamentos de alto risco e a baixa auto-estima<sup>14,15</sup>.

Embora as questões sobre o comportamento sexual devam ser efectuadas de uma forma neutra, não assumindo atitudes paternalistas, o ginecologista não se deverá esquecer da sua relevante contribuição, sob o ponto de vista educativo. Quando se discute sexualidade é importante a abordagem indirecta do tipo: “*tens neste momento alguém especial na tua vida?*” Se a jovem admite que é sexualmente activa questões directas devem incluir: antecedentes de tratamento de ISTs, sintomas de infecção (disúria, dor abdominal, leucorreia, ardor vulvar, lesões genitais), tipo e uso efectivo de contracepção.

Salienta-se a importância da pesquisa sistemática de determinados sintomas tais como: desconforto com a aparência, baixa auto-estima, baixo aproveitamento ou desinteresse escolar, baixa energia, sensação de tristeza, perda de apetite e perturbações do sono que podem indiciar uma depressão. Neste contexto sempre que se detecte algum sentimento que sugira depressão, ou mesmo comportamentos suicidários, o médico deverá solicitar a ajuda da família e de outros profissionais de saúde, já que estas queixas requerem referência imediata. A detecção ou a suspeita de abuso físico ou sexual implicam, sob o ponto de vista legal, uma quebra na confidencialidade e uma justificada intervenção. A eficiente articulação com o Serviço Social, Consulta de Psicologia e de Pedopsiquiatria permite a resolução atempada e oportuna destes casos.

### ● Exame físico

O exame inicia-se com o registo da tensão arterial, altura e peso. A promoção de hábitos dietéticos saudáveis e a detecção precoce de perturbações do comportamento alimentar e de obesidade são preocupações *major* na saúde dos adolescentes. As alterações ponderais relacionadas ou não com a toma de estroprogestativos, constituem uma fonte de angústia por vezes com repercussões a nível da auto-estima. As adolescentes que apresentam: sentimentos inapropriados em relação ao ganho ponderal, utilização de medidas extremas para perder peso,  $IMC \leq 5$  ou uma perda superior a 10 a 15% do peso prévio, devem ser avaliadas em relação à possibilidade de um distúrbio do comportamento alimentar e referidas à consulta de especialidade<sup>1,13</sup>.

Salienta-se a importância do exame mamário, momento extremamente importante para sensibilizar a adolescente para a prática regular da palpação mamária. O aspecto educativo deverá igualmente ser levado em conta aquando da observação ginecológica, procurando-se inteirá-la dos diferentes passos do exame, sob o ponto de vista anatómico.

A idade de realização do primeiro exame pélvico deverá ser individualizada estando, de certa forma, condicionada aos dados da anamnese. A sua realização está particularmente indicada quando há dor pélvica, suspeita de infecção ou de gravidez, bem como nos casos de dismenorrea progressiva e de amenorrea primária. Não nos podemos esquecer que o primeiro exame pélvico é um acontecimento que pode impressionar a jovem em relação aos cuidados de saúde futuros. O seu sucesso depende da libertação da ansiedade da doente e da promoção de um exame atraumático. A sua execução é recomendável mas não imprescindível para o início da contraceção, podendo ser diferido para uma consulta de *follow-up*. Nas adolescentes sexualmente activas deve considerar-se o rastreio de gonorreia, clamídia, hepatite B e C, sífilis e HIV<sup>13</sup>.

### DA INFORMAÇÃO À PREVENÇÃO

No que se refere às questões relacionadas com a sexualidade e tendo em consideração os problemas que podem advir do início precoce da actividade sexual, a grande aposta reside na prevenção, que deve abranger todas as adolescentes, a diferentes níveis, desde aquelas que ainda não iniciaram relações sexuais até àquelas que já ficaram grávidas. Neste contexto é um dado adquirido que o fornecimento de informação sobre a contraceção e as ISTs é essencial para implementar nas adolescentes a assertividade e a capacidade para negociar a tomada de decisões de uma forma responsável.

Salienta-se ainda que cabe ao ginecologista e aos profissionais de saúde, que lidam com as adolescentes, ajudá-las a crescer de uma forma saudável, proporcionando-lhes informação para que se possam prevenir dos riscos. Esta informação deve estar integrada num programa mais vasto de educação para a saúde que

deverá englobar a motivação para a prática de exercício físico regular e a promoção de uma dieta saudável. Manter uma ingestão diária adequada de cálcio de 800 a 1300 mg, constitui uma medida particularmente importante, uma vez que vários estudos têm demonstrado que, na maioria das mulheres, o pico de massa óssea total é atingido aos 20 anos<sup>16,17,18,19</sup>. A sensibilização para os efeitos nocivos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas, tem revelado um manifesto interesse, traduzindo-se na maior parte das vezes na adopção e perpetuação de comportamentos saudáveis.

### CONCLUSÕES

As alterações que caracterizam o desenvolvimento pubertário constituem uma excelente oportunidade para sensibilizar a adolescente para os cuidados a ter com a saúde e para que se possa estabelecer uma relação de empatia entre adolescente/pais/ginecologista. O ginecologista é sem dúvida um interlocutor privilegiado com um papel a desempenhar na promoção de um crescimento saudável da adolescente, não só dando resposta atempada a uma série de problemas que possam surgir e que são motivo de consulta de Ginecologia, mas também na prevenção de comportamentos que possam comprometer a saúde e a fertilidade futura.

O desejo de contraceção, os ciclos menstruais irregulares, a dismenorrea e as hemorragias uterinas anormais foram os motivos mais frequentes que levaram a adolescente a recorrer à primeira Consulta de Ginecologia no nosso Serviço. A abordagem das adolescentes atendendo às especificidades desta faixa etária e dando particular ênfase aos aspectos psicossociais, à semelhança do que é praticado noutros centros, tem-se revelado uma metodologia eficaz com resultados benéficos<sup>5,12,13,20,21</sup>.

É importante não esquecer que as adolescentes que recorrem aos Serviços de Saúde esperam encontrar alguém em quem possam confiar. Para que os profissionais de saúde correspondam a essas expectativas, deverão estar familiarizados e aptos a abordarem de uma forma adequada e sensível determinado tipo de questões tais como: receio de



cancro e infertilidade futura, impacto da contraceção e ISTs, função sexual e abuso sexual. Pretende-se que a valorização dos novos sentimentos e experiências, o acompanhamento do desenvolvimento, a intervenção oportuna, tenham como corolário a melhoria da qualidade de vida da adolescente e a promoção da sua saúde, enquanto bem estar físico, psíquico e social.

### BIBLIOGRAFIA

1. Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update* 2003; 9: 493-504
2. American College of Obstetrics and Gynecology (1996) Guidelines for Women's Health Care, ACOG, Washington, DC
3. Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract & Res Clin Obstet and Gynaecol* 2003; 17: 75-92
4. Carpenter SEK, Rock JA. Gynecologic Examination of the Adolescent. In: *Pediatric and Adolescent Gynecology* ( 2<sup>th</sup> Edition). Lippincott Williams & Wilkins 2000;69-77
5. Hillard PJA. Menstruation in young girls: a clinical perspective. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 655-62
6. Speroff L. Abnormal Puberty and Growth Problems. In: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* (7<sup>th</sup> Edition). Lippincott Williams & Wilkins; 2005; 361-99
7. Torgal I. Manual de Ginecologia Vol IV - Fisiologia do ovário . Ediliber Editora 2004; 1-131
8. Lalwani S. Reindollar RH, Davis AJ: Normal onset of puberty have definitions of onset changed? *Obstet and Gynecol Clin of North Am*, 2003; 30: 279-86
9. The adolescent obstetric-gynecologic patient. *Int. J Gynaecol Obstet* 1991;36: 247-52
10. Diário da República "Educação sexual e planeamento familiar", Março de 1984; I Série- Número 71
11. Oliveira G. O acesso dos menores aos cuidados de saúde. In: *Temas de Direito da Medicina*, 2<sup>a</sup> ed., Coimbra Editora, 2005; 239-46
12. Burgis JT, Bacon JL: Communicating with adolescent gynecology patient. *Obstet and Gynecol Clin of North Am* 2003; 30: 251-60
13. Hampton H. Examination of the adolescent patient. *Obstet and Gynecol Clin of North Am* 2000; 27: 1-18
14. Brown JD, Witherspoon EM. The Mass Media and American Adolescents' Health. *J Adolesc Health* 2002; 31:153-170
15. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica* 2004; 4: 667-75
16. Lanou, AJ, Berkow SE, Barnard ND. Calcium, Dairy Products, and Bone Health in Children and Young Adults: A Reevaluation of the evidence. *Pediatrics* 2005;115:736-43
17. Zancheta JR, Plotkin H, Alvarez. Bone mass in children: normative values for the 20 year old population. *Bone* 1995; 16: 393-99
18. Lu PW, Briody JN, Ogle GD, Morley K, Humphries IRJ, Allen J, et al. Bone mineral density of total body, spine and femoral neck in children and young adults. A cross-sectional and longitudinal study. *J Bone Miner Res* 1994; 9: 1451-1458
19. Speroff, L. Menopause and the Perimenopausal Transition. In: *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, (7<sup>th</sup> Edition). Lippincott Williams & Wilkins; 2005:621- 88
20. Conard MJ: Sexual Function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet and Gynaecol* 2003; 17: 103-116
21. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Guidance – Contraceptive choices for young people. *J Fam Plann and Reprod Health Care* 2004; 30: 237-51