

Artigo Original/Original Article

Consulta de Ginecologia de adolescentes - experiência de uma maternidade

Adolescent gynecology outpatient clinic – a maternity hospital experience

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

*Serviço de Ginecologia
Maternidade Bissaya Barreto – Coimbra*

ABSTRACT

Objective: To evaluate the epidemiological and clinical features of the adolescents in our Gynecology Outpatient Clinic, as well as its impact on the promotion of health care quality.

Material and methods: Retrospective analysis of 1421 computerized clinical files, evaluating the following parameters: age at the first office visit, origin, level of education, profession, reason for first office visit, associated chronic pathology, gynecologic/obstetric history, age at first sexual intercourse, contraception and Pap smears results.

Results: The majority of the teenage girls have their first office visit after 15 years old and the average age is 17. With regard to level of education we observed that 67% are Primary / High School students and 32% are University students. The main reasons for office visit were desire of contraception, irregular menstrual cycles and dysmenorrhea. Fifty three percent of the 761 adolescents that already had initiated contraception used double protection (condom and pill).

Conclusions: Late age at the first gynecology visit, usually after the first sexual intercourse; the leading reason for first office visit is desire for contraception; a meaningful number of girls associate use of condom with oral contraceptive, suggesting a high level of responsibility.

Key words: adolescent, gynaecology office visit.

INTRODUÇÃO

A acessibilidade, por parte das adolescentes, a uma consulta de Ginecologia é actualmente uma realidade, com benefícios demonstráveis na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A Consulta de Ginecologia de

Adolescentes da Maternidade Bissaya Barreto (MBB), fundada em Março de 1995, efectua em média 750 consultas/ano, das quais 20% são primeiras consultas (Fig.1). Realiza-se bissemanalmente, durante o período da tarde, permitindo uma maior privacidade e disponibilidade. Interrelaciona-se com outros serviços, nomeadamente de Obstetrícia, Serviço Social e Psicologia, cuja resposta atempada e eficaz tem contribuído para assegurar um bom nível

*Assistente Graduada de Ginecologia

**Assistente de Ginecologia e Obstetrícia

***Interno de Ginecologia e Obstetrícia

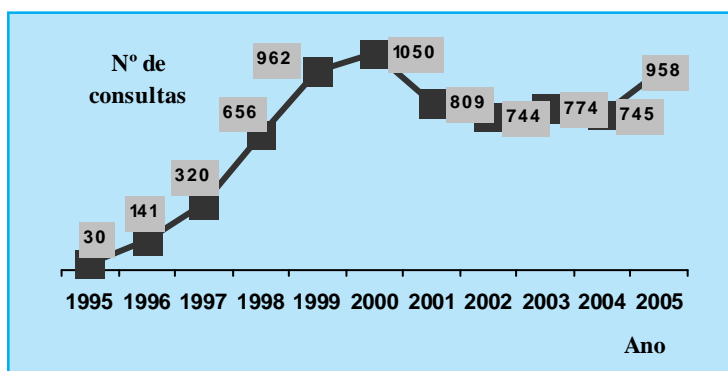


Fig. 1 Consultas de Ginecologia de Adolescentes/Ano

de atendimento. As adolescentes podem recorrer à consulta por iniciativa própria ou serem referenciadas pela urgência da M.B.B., pelo Hospital Pediátrico de Coimbra ou pelos Centros de Saúde. A vigilância das adolescentes é efectuada com periodicidade semestral, excepto nas situações que carecem de controlo a curto prazo.

OBJECTIVOS

O objectivo primordial desta análise foi avaliar as características epidemiológicas e clínicas das adolescentes que frequentam a consulta. Pretendeu-se, ainda, demonstrar o papel preponderante que a consulta de ginecologia desempenha na melhoria da qualidade de saúde das adolescentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se à análise retrospectiva de 1421 processos informatizados, correspondentes à totalidade de primeiras consultas de Ginecologia de Adolescentes, realizadas entre Março de 1995 e Dezembro de 2005. A população avaliada englobou todas as adolescentes que recorreram à consulta por iniciativa própria ou que foram referenciadas por diversos Serviços de Saúde, com idades compreendidas entre os 11 e os 20 anos. Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade da primeira consulta, motivo de consulta, patologia crónica associada, antecedentes ginecológicos/obstétricos, patologia ginecológica, início da actividade sexual, contraceção e resultados das citologias morfológicas do colo.

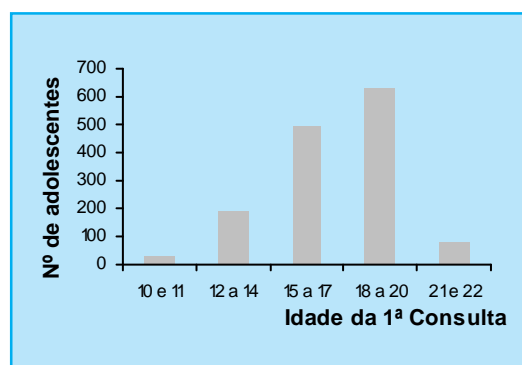


Fig. 2 Idade da 1ª consulta.

RESULTADOS

A análise dos 1421 processos clínicos informatizados revela que a grande maioria, 1072 (75%) das adolescentes recorre pela primeira vez à consulta após os 15 anos e que a idade média da primeira consulta é de $17,5 \pm 2,42$ anos (Fig. 2).

No que se refere ao local de proveniência constata-se que 605 (42,5%) provêm de Coimbra. Os outros

Quadro I Local de proveniência das adolescentes

Coimbra	605
Condeixa	37
Soure	28
Penela	25
Miranda do Corvo	22
Mealhada	18
Souselas	17
Lousã	16
Pombal	14
Figueiró dos Vinhos	14

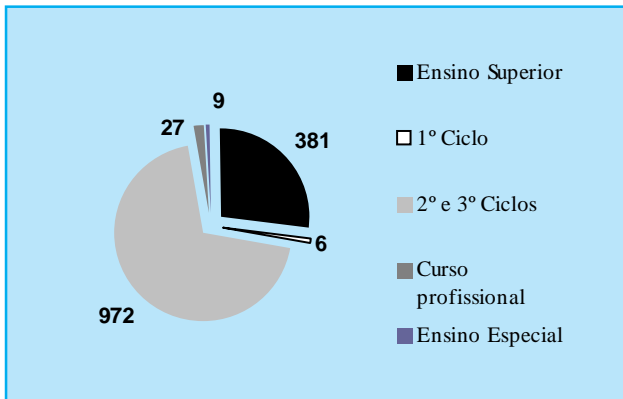


Fig. 3 Nível de escolaridade

locais de proveniência mais frequentes são, por ordem decrescente, os concelhos de Condeixa, Soure, Penela e Miranda do Corvo (Quadro I). Quanto ao nível de escolaridade verifica-se que a maior parte, 987 (70%), frequenta o ensino básico, 381 (27%) o ensino superior e 27 (2%) efectua um curso profissional (Fig.3). Entre as 56 (4%) adolescentes que trabalham, as profissões mais comuns são operária fabril e empregada de balcão.

Os principais motivos da consulta foram desejo de contraceção 593 (41,7%), ciclos irregulares 228 (16%), dismenorrea 149 (10,5%) e hemorragias uterinas anormais (HUA) 90 (6,3%) – Fig. 4.

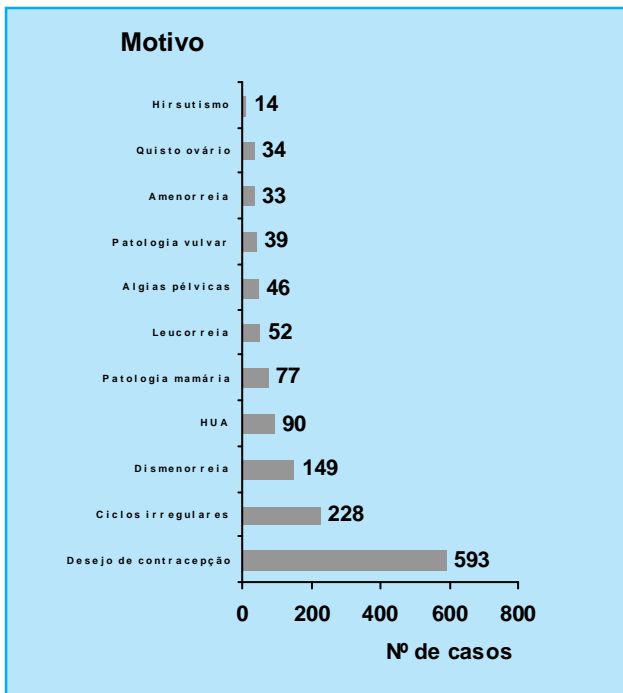


Fig. 4 Motivo da consulta

Quadro II Patologia associada

Asma/bronquite	73
Rinite/sinusite	31
Doenças cardiovasculares	24
Diabetes	14
Obesidade	28
Doenças hematológicas	31
Patologia hepática	14
Gastrite	7
Doença celíaca	5
Infecções do tracto urinário	24
Patologia renal	21
Patologia osteoarticular	29
Distúrbios alimentares	12
Deficiência cognitivo-motora	36
Epilepsia	27
Espinha bífida	5

Constatou-se que 570 (40,1%) das adolescentes tinham patologia associada, salientando-se as patologias mais frequentes (Quadro II).

Relativamente aos antecedentes ginecológicos verificámos que a idade da menarca ocorreu em média aos $12,14 \pm 1,39$ anos (Fig.5). No total das 1421 adolescentes, 826 (56,1%) referiam já ter iniciado actividade sexual; a idade média do seu início foi de $17,07 \pm 1,75$ anos (Fig. 6). Em relação às 761 adolescentes que utilizavam métodos contraceptivos salienta-se que 54% efectuavam a dupla protecção (*gravidez e IST*), associando o uso do preservativo à pílula (Fig. 7); uma minoria, correspondente a apenas 9 casos (1%), referia a utilização isolada do preservativo como método contraceptivo. O implante subcutâneo foi aplicado em 9 adolescentes, o que

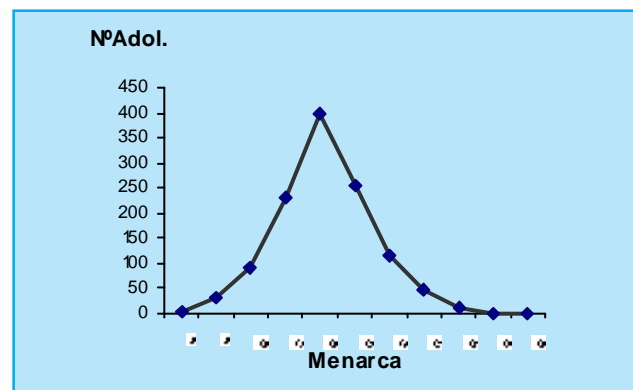


Fig. 5 Idade da menarca

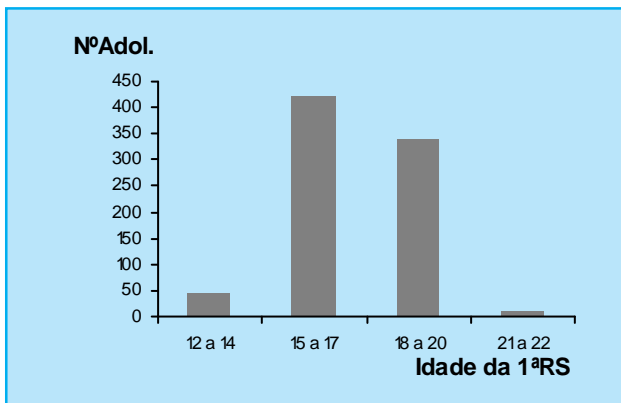


Fig. 6 Idade da primeira relação sexual

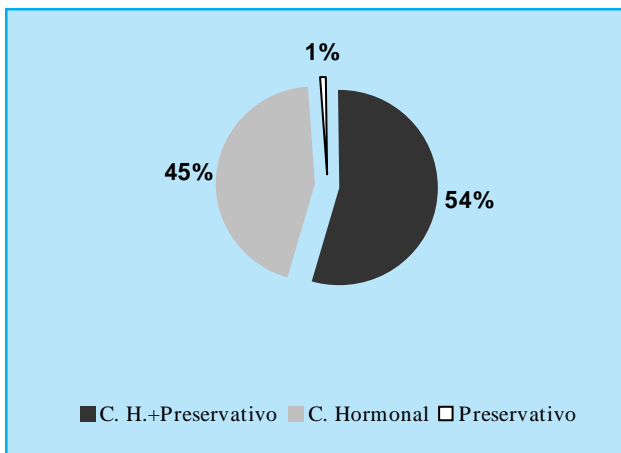


Fig. 7 Método contraceptivo

corresponde a 1% das que efectuavam contracepção. Em 37 adolescentes, 2,6% do total da amostra, havia história prévia de gravidez: 18 adolescentes GI/P0, 17 GI/PI, 1 G2/P0 e 1 G2/P2. A maioria foi referenciada à consulta pelo Serviço de Obstetrícia da Maternidade. Os resultados das citologias morfológicas do colo, efectuadas em 545 adolescentes (38% do total da amostra), foram por ordem decrescente: normal em 339 (62%), inflamação em 197 (36%), LSIL em 8 (1,5%) e ASCUS em 1 (0,1%).

DISCUSSÃO

A idade média das adolescentes que recorrem pela primeira vez à consulta é de $17,5 \pm 2,42$ anos, divergindo bastante da idade recomendada pelo *American College of Gynaecology and Obstetrics (ACOG)*, que a situa entre os 13 e os 15 anos^{1,2,3,4}.

Ao analisarmos as características epidemiológicas das adolescentes que frequentam a consulta verificamos que 65 (42,5%) é proveniente de Coimbra, existindo um considerável número de estudantes do ensino superior 381 (27%). Devido a este facto são admitidas excepcionalmente na consulta de Gine-

cologia de Adolescentes jovens com 21 e 22 anos, um total de 78 (5,4%), tendo em consideração que muitas das estudantes universitárias estão desinseridas do seu contexto sócio-familiar e por vezes mais expostas a situações de risco.

O principal motivo de consulta foi o desejo de contracepção. As queixas que motivaram a ida à consulta foram, por ordem decrescente: os ciclos irregulares, a dismenorreia e as hemorragias uterinas anormais. Em 569 adolescentes (40,1%) havia patologia crónica associada, o que está relacionado com o envio de adolescentes do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Apesar de não existirem muitos estudos sobre a idade da primeira relação sexual, é consensual que em média ocorre por volta dos 16 anos⁵, nos países ocidentais. Na nossa consulta de Ginecologia de Adolescentes, num total de 1421 adolescentes, 826 (58,1%) referiam já ter iniciado actividade sexual, sendo a idade média de início $17,07 \pm 1,75$ anos. 121 adolescentes (18%) tiveram a primeira relação sexual antes dos 16 anos e 293 (21%) antes dos 17.

O início precoce da actividade sexual pode acarretar uma série de riscos, nomeadamente o de gravidez. Na adolescência as suas implicações são fundamentalmente de índole psicológica, socio-económica e educativa^{5,6,7,8}. Na nossa consulta verificámos que das 37 (2,6%) adolescentes que tinham antecedentes de gravidez 29,7% tinha deixado de estudar, pelo menos temporariamente. Outras das possíveis consequências do início precoce da actividade sexual são as infecções sexualmente transmissíveis^{6,7,9}. As adolescentes têm uma maior vulnerabilidade a este tipo de infecções, relacionada quer com factores biológicos (fragilidade da mucosa cervical e carácter pouco sintomático das doenças) quer com factores psicossociais^{7,9}. Estes integram, para além da imaturidade cognitiva, a falta de esclarecimento e informação. Neste contexto salienta-se o papel funda-

mental a desempenhar pelo ginecologista, não apenas no âmbito da detecção e tratamento deste tipo de infecções, mas também a nível da prevenção e da educação. Ao equacionarmos o problema da escolha do método contraceptivo na adolescência, necessitamos de avaliar não só o risco de gravidez, mas também as outras consequências relacionadas com o início precoce da actividade sexual. Advoga-se pois a dupla contraceção, preservativo associado à pílula, como o método de eleição a adoptar pelas adolescentes¹⁰. Em relação às 761 adolescentes que utilizavam métodos contraceptivos verificou-se que 54% efectuavam a dupla protecção, o que indicia um considerável nível de responsabilização por parte dos jovens. Do total das 826 adolescentes que referiam já ter iniciado relações sexuais 65 (8%) não desejava efectuar contraceção, visto não manterem actividade sexual, aquando da primeira consulta de Ginecologia de Adolescentes.

Um dos problemas associados à contraceção na adolescência é a possível falha do método, relacionada com a falta de adesão^{11,12}. Fornecer instruções simples e objectivas sobre a sua toma, informar sobre os possíveis efeitos secundários, bem como a ênfase dos benefícios não contraceptivos da pílula, são medidas a ter em conta para melhorar a adesão à contraceção. Nas adolescentes mais jovens, e sempre que se suspeite que o risco de esquecimento possa ser frequente, deverá optar-se pela contraceção de longa duração, nomeadamente sob a forma de implante subcutâneo. Apesar do baixo número de adolescentes que tem optado por este método na nossa consulta (9 casos), tem-se verificado um bom nível de tolerância por parte das suas utilizadoras.

Ainda que apenas 9 (1%) adolescentes refiram utilizar o preservativo isoladamente, tem-se constatado que esta prática é frequente entre as adolescentes, principalmente nas primeiras relações. Atendendo ao risco de rotura, deverá ser sempre dada informação sobre a contraceção de emergência, em associação ao fornecimento de preservativos. Apesar da “pílula do dia seguinte” não constituir um método contraceptivo, é uma medida de recurso incontornável, com impacto certamente menos nocivo que o aborto, a nível físico, psicológico e económico^{13,14,15}.

No que se refere aos resultados das 545 citologias morfológicas do colo efectuadas na consulta de Ginecologia de Adolescentes constatou-se que foram normais em 339 (62%), revelaram inflamação em 197 (36%) e verificou-se uma baixa prevalência de LSIL, 8 casos (1,5%). Estes valores estão em concordância com os resultados referidos por outros estudos¹⁶.

CONCLUSÕES

A análise dos 1421 processos correspondentes às primeiras consultas de Ginecologia de Adolescentes permitiu verificar uma idade tardia da primeira consulta, sobreponível à idade do início da actividade sexual. Consequentemente, o principal motivo da consulta foi o desejo de contraceção e não o pedido de informação e esclarecimento no âmbito da sexualidade e saúde reprodutiva, antes do início da actividade sexual, como seria desejável. Contudo é de realçar o facto de 53% das adolescentes associarem o uso do preservativo à pílula, o que indicia um considerável nível de responsabilização por parte dos jovens.

Considerando fundamental a prossecução de programas de educação para a sexualidade e saúde reprodutiva no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, a Consulta de Ginecologia de Adolescentes tem efectuado diversas acções de formação na Região Centro. Neste contexto, têm sido ainda realizadas sessões de esclarecimento a nível das escolas, visando dar a conhecer a consulta à população alvo, sensibilizar para o início da contraceção antes da primeira relação sexual e incentivar a “dupla contraceção”, de forma a prevenir as IST's.

Reforça-se a importância da primeira consulta de Ginecologia, que deverá preferencialmente ocorrer numa fase precoce da Adolescência, no sentido de se poder perspectivar uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados às adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Hickey M, Balen . Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Hum Reprod Update* 2003; 9: 493-504
2. Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Prac & Res Clinl Obstet and Gynaecol* 2003; 17: 75-92
3. Hampton H. Examination of the adolescent patient. *Obste and*

- Gynecol Clinics of North Am 2000; 27: 1-18
4. Hillard PJA. Menstruation in young girls: a clinical perspective. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 655-62
 5. Carpenter SEK, Stein MB, Fagan PJ. Adolescent sexuality. In: *Pediatric and Adolescent Gynecology* (2th Edition). Lippincott Williams & Wilkins 2000: 354-63
 6. The adolescent obstetric-gynecologic patient. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 1991, 36: 247-52
 7. Senanayake JP, Faulkner KM. Unplanned teenage pregnancy. *Best Prac & Res Clin Obstet and Gynaecol* 2003;17: 117-29
 8. Bacon NJL. Adolescent sexuality and pregnancy. *Curr Opin in Obstet and Gynecol* 2000, 12:345-47
 9. Vermillion AST et al. Adolescents and sexually transmissible diseases. *Obst and Gynecol Clin of North Am* 2000; 27:163-79
 10. Polaneczky M. Adolescent contraception. *Curr Opin in Obstet and Gynecol* 1998;10:213-19
 11. Hewitt BG, Cromer B. Update on adolescent contraception. *Obstet and Gynecol Clin of North Am* 2000, 27: 143-62
 12. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Guidance – Contraceptive choices for young people. *J of Fam Plann and Reprod Health Care* 2004; 30: 237-51,
 13. Davis AR, Teal SB. Controversies in adolescent hormonal contraception. *Obstet and Gynecol Clin of North Am* 2003; 30: 392-406
 14. Gupta P, Hewitt G. Update on emergency contraception, *Reviews in Gynecological Practice* 2002; 2: 5-9
 15. Haggai DNP. Emergency contraception: the journey so far. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 339-45
 16. Mount S L , Papillo J. L. A Study of 10296 Pediatric and Adolescent Papanicolaou Smear Diagnoses in Northern New England. *Pediatrics* 1999; 103: 539-45
-