

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

ERIKA KROGH

A ADOLESCENTE E SUA CONSULTA GINECOLÓGICA

SÃO LUÍS

2008

ERIKA KROGH

A ADOLESCENTE E SUA CONSULTA GINECOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Antonio da
Silva

SÃO LUÍS

2008

ERIKA KROGH

A ADOLESCENTE E SUA CONSULTA GINECOLÓGICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em ____/____/____.

Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra Cristina de Andrade Monteiro
Centro Federal de Educação Tecnológica do Maranhão

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra Elba Gomide Mochel
Universidade Federal do Maranhão

A *Bernardo*, que me mostrou o verdadeiro sentido da existência humana e me dá força e inspiração em tudo que faço.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre guia meus passos e me ajuda a superar os obstáculos da vida.

Aos meus pais Hans e Regina, porto seguro para minhas fraquezas.

Ao meu marido Ronaldo, que sempre acreditou em meu potencial e compreendeu minhas ausências, sabendo que meu desejo era estar ao seu lado.

Às minhas irmãs Renata e Karin, que sempre me incentivaram a crescer em minha vida profissional e serviram de exemplo e admiração em minhas conquistas.

Ao Prof Dr Raimundo Antonio da Silva, pela sua paciência e dedicação.

À Profª Drª Érika Thomaz pela sua inestimável colaboração na parte estatística deste trabalho

À Profª Ms Marizélia Ribeiro, que me ajudou nos primeiros passos deste trabalho.

À Laodicéia pela dedicação, gentileza e competência na formatação deste trabalho

Às adolescentes do Adolescentro que gentilmente cederam um pouco de suas intimidades podendo assim contribuir para descoberta deste universo juvenil.

À grande amiga Adriana Rêgo, que num momento próximo de desistir foi quem me fez retomar meu trabalho e trocou suas horas de descanso me ajudando, sem esperar retribuições, somente demonstrando a pessoa maravilhosa que é.

À querida amiga Giovanna Cordeiro, companheira de todos os momentos, bons e ruins, que com nossa perfeita sintonia, conseguimos chegar ao final deste trabalho mais fortalecidas e amigas.

Aos grandes e inesquecíveis amigos que fiz ao longo deste trabalho, eternas fontes de inspiração.

Podemos escolher o que semear, mas
somos obrigados a colher aquilo que
plantamos.

(Provérbio Chinês)

RESUMO

Introdução: A consulta ginecológica na adolescência é geralmente cercada de ansiedade e desconhecimento para a adolescente. A falta de informação e o medo das novas descobertas fazem com que a adolescente proteja esta primeira consulta. **Objetivo:** Identificar motivações determinantes para a consulta ginecológica na adolescência. **Método:** Foram aplicados questionários, na forma de entrevista, em 45 adolescentes do sexo feminino, de 10 a 19 anos, para avaliar aspectos relacionados ao conhecimento e informação das adolescentes sobre o ginecologista e a consulta ginecológica no período de janeiro a maio de 2008. As participantes foram escolhidas aleatoriamente, dentre as frequentadoras do Adolescente – Vila Embratel. **Resultados:** A média de idade das adolescentes foi de 14,5 anos. A idade média que as pacientes buscaram atendimento ginecológico foi 12,9 anos. A menarca ocorreu entre 10 a 12 anos para a maior parte das adolescentes. Aproximadamente 78% das entrevistadas não iniciaram vida sexual e 55,6% conheciam a área em que atuava o ginecologista, sendo que somente 37,8% já compareceram a uma consulta ginecológica. A iniciativa de procurar atendimento ginecológico partiu das mães em 82,4% dos casos. O motivo de busca pelo ginecologista mais citado foi rotina ginecológica. Quanto as DST's e os métodos anticoncepcionais, as adolescentes que já foram a consulta, referiram conhecê-los em 100% e 70,6% respectivamente. **Conclusão:** Concluiu-se neste trabalho que a procura pela consulta ginecológica por iniciativa da adolescente ainda é muito baixa, sendo a mãe o fator determinante para essa busca. Quanto maior o nível de escolaridade, a renda familiar e o conhecimento das DST's, maior é a procura pelo atendimento ginecológico.

Palavras-chave: Adolescente. Consulta ginecológica. Ginecologista. Família.

ABSTRACT

Introduction: A gynecological appointment in adolescence is usually surrounded by anxiety and ignorance for an adolescent. The lack of information and fear of new discoveries make that the adolescent delayed this first consultation. **Objective:** To identify determinant motivations for a gynecological appointment in adolescence. **Method:** Questionnaires were applied in the form of interview, in 45 female adolescents from 10 to 19 years in order to evaluate aspects related to knowledge and information to adolescents about the gynecologist and a gynecological appointment in the period from January to May of 2008. The participants were chosen at random from among the participants of Adolescentro - Vila Embratel. **Results:** The average age of adolescents was 14.5 years. The average age that patients seek medical care was 12.9 years. The menarche occurred between 10 to 12 years for most teenagers. Approximately 78% of the interviewees did not start sex life and 55.6% knew the area in which the gynecologist served, whereas only 37.8% had attended a gynecological consultation. The initiative of seeking medical care comes from the mothers in 82.4% of cases. The most quoted reason for the search by the gynecologist was routine gynecological. As the DST's and contraceptive methods, the adolescents who had a consultation, said to meet them at 100% and 70.6% respectively. **Conclusion:** It was concluded in this work that the demand for consultation on the initiative of a teenager is still very low, being the mother the determining factor for this search. The higher the education level, the family income and the knowledge of STD's, the greater the demand for a gynecological appointment.

Key-words: Adolescent. Gynecological consultation. Gynecologist. Family.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das adolescentes segundo dados sócio-econômicos. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.....	31
Tabela 2.	Distribuição das adolescentes segundo dados clínicos. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.....	32
Tabela 3.	Distribuição das adolescentes avaliadas pelo ginecologista segundo informações acerca da consulta. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.....	33
Tabela 4.	Distribuição das adolescentes não avaliadas pelo ginecologista segundo informações acerca de atitudes e expectativas na primeira consulta. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.....	34
Tabela 5.	Distribuição das variáveis associadas à busca da consulta ginecológica pelas adolescentes. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.....	35
Tabela 6.	Distribuição das adolescentes avaliadas ou não pelo ginecologista acerca das DST's e Métodos Anticoncepcionais. São Luis, Maranhão, Brasil, 2008.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DST	- Doença Sexualmente Transmissível
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
UNICEF	- United Nations Children's Fund
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
ONG	- Organização Não Governamental
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HPV	- Papiloma Vírus Humano
MAC	- Métodos Anticoncepcionais
<i>DIU</i>	- Dispositivo Intra Uterino

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	MARCO TEÓRICO.....	16
2.1	Comportamento Sexual na Adolescência.....	16
2.2	A Consulta Ginecológica na Adolescência.....	18
2.3	Ética na Consulta Ginecológica na Adolescência.....	22
2.4	A Relação Médico Paciente no Atendimento Dirigido a Adolescente.....	24
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	Geral.....	28
3.2	Específicos.....	28
4	METODOLOGIA.....	29
5	RESULTADOS.....	31
6	DISCUSSÃO.....	37
7	CONCLUSÃO.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICE.....	49
	ANEXO.....	51

1 INTRODUÇÃO

A Adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano que a cada ano vem ganhando destaque nos estudos e pesquisas da área médica e social.

Por que esta mudança, se até pouco tempo a adolescência era uma fase “esquecida”, somente uma transição da infância para a fase adulta?

Os diversos marcos legais que definem a adolescência, ou o que é ser um adulto, aumenta ainda mais as dificuldades no atendimento à saúde dos adolescentes, pois impedem que se tenha clareza em relação a seus direitos e deveres. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência vai dos 10 aos 20 anos incompletos. Já no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ela inicia aos 12 e termina aos 18 anos. Pelo Código Civil Brasileiro atinge-se a maioridade aos 18 anos, entretanto é permitido votar a partir dos 16 anos (TAQUETTE e VILHENA, 2005).

Os critérios adotados neste trabalho foram os da Organização Mundial da Saúde que define como adolescente as pessoas com idade entre 10 e 20 anos incompletos, e é a definição adotada no Brasil, pelo Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde (BASTOS, 2004).

A adolescência é o período que marca a passagem da infância para a vida adulta, variável para cada sociedade, evidentemente (RAMOS, 2000). Assim essa fase engloba dois pontos de vista: um coloca em primeiro plano o desenvolvimento físico, biológico e instintivo e tem um caráter universal; e o outro considera a identidade, a integração social e o papel a desempenhar como fatores mais importantes, levando-se em conta o meio social e cultural (BARREIROS, 2005).

A verdade é que a adolescência é um período de muitas mudanças no corpo e na mente do indivíduo. É um momento novo, e o novo sempre traz medos e inseguranças, faz surgirem

dúvidas, vontades, rebeldia e ansiedades. Há grande preocupação com a inclusão social desse jovem e com a possibilidade de DST e gravidez não planejada (DIAS et al, 2005).

Segundo o censo realizado em 2002, o Brasil tem aproximadamente 35 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos. A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) mostrou que, em 1993, 22,34% das adolescentes estavam grávidas, e esse número aumentou para 26,96% em 1999. Isso significa, indiretamente, que o número de adolescentes que se relacionam sem o uso de preservativo também aumentou. O fato desse grupo não utilizar preservativo torna muito grande as chances de adquirirem uma ou mais DST's (DIAS et al., 2005).

As mudanças que ocorrem na adolescência se centram, sobretudo, na conscientização e expressão da sexualidade e da individualidade. Há grande necessidade de educação, conselho e orientação em relação à saúde reprodutiva e a outros itens médicos que afetam a fronteira com a maturidade. Apesar dos legados e elevados riscos de saúde, as adolescentes consultam menos os médicos do que qualquer outro grupo etário (HALBE, 2000).

Os adolescentes que procuram o serviço de saúde freqüentemente se deparam com obstáculos de exigências legais de consentimento parental, falta de confidencialidade, incapacidade de pagar, horários e locais inconvenientes, e incapacidade de cumprir a prescrição ou o seguimento, questões que devem ser resolvidas para otimizar o atendimento dos adolescentes (HALBE, 2000).

Maldonado e Canella (2003) referem que, segundo o Código de Ética Médica, é direito da adolescente ser atendida sem a presença de familiares, tendo o conteúdo de sua consulta sob sigilo, salvo em situações em que coloca sua própria vida ou a de terceiros em risco. Pais e familiares só poderão ser informados sobre o conteúdo das consultas com o exposto consentimento dos adolescentes, vistos como capazes de assumir a responsabilidade por suas

ações. Confiança, respeito e sigilo formam o tripé da relação entre o profissional de saúde e a adolescente.

No entanto, a participação da família no atendimento ao adolescente poderá ser incentivada pelo profissional. Cabe a ele conversar sobre a importância de abrir canais de comunicação com os familiares em decisões importantes da vida dos adolescentes que o procuram (MALDONADO e CANELLA, 2003).

Devemos sempre lembrar que mesmo mulheres que nunca tiveram relações sexuais podem ser portadoras de disfunções hormonais, de infecções, de processos inflamatórios e até mesmo de tumores. Por isso, recomenda-se que **toda mulher** cujas menstruações se iniciaram há dois anos ou mais consulte periodicamente um médico, independentemente de estarem ou não tendo relações sexuais (VELOSO, 2002).

No entanto, apesar do conhecimento divulgado sobre a importância da consulta ginecológica, a minha vida acadêmica como ginecologista infanto juvenil, durante a minha prática médica, tenho observado que a expectativa das adolescentes quanto à consulta ginecológica é algo que intranquiliza as clientes. A sala de espera é o melhor local para isto ser observado, pois é onde podemos ver as expressões nos rostos de ansiedade, medo, curiosidade e desconfiança. Assim como também é de grande valia o relato das mães sobre a dificuldade em convencê-las a vir a consulta e a permitir o exame ginecológico.

Como profissional desta área, tendo uma melhor compreensão dos sentimentos e expectativas da clientela atendida poderemos oferecer um melhor atendimento e atrair cada vez mais estas adolescentes aos consultórios sem que seja um momento traumático e sim de respostas as suas inquietudes.

Espera-se, com as reflexões apresentadas, contribuir para a constante (re)construção do conhecimento científico sobre o tema ginecologia na adolescência, bem como sugerir

estratégias para implantação de práticas acadêmicas mais em consonância com a realidade social.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Comportamento Sexual na Adolescência

A sexualidade dos adolescentes está em franco processo de desenvolvimento, com as modificações físicas próprias desse período, aliadas ao descobrimento do corpo adulto, às imensas mudanças psicológicas, enfim, uma verdadeira revolução hormonal, regida por um modelo estético de jovialidade que atinge seu apogeu nessa fase da vida. Também terão as primeiras impressões de independência que a vida adulta traz, irão experimentar a capacidade de tomar decisões sozinhos e contestar o modelo de vida dos pais, fatos que influenciarão a decisão do momento da primeira relação sexual (BARREIROS et al., 2005).

As adolescentes hoje alcançam a maturidade sexual mais cedo que suas mães. Por outro lado, a idade do casamento foi postergada, ficando um espaço de tempo maior entre a vida adulta sexual e a social (BARREIROS et al., 2005).

No comportamento sexual dos adolescentes ficamos então diante da discrepância entre maturidade física e desenvolvimento psíquico. Apesar de aos 10-12 anos poderem conceber, ainda são imaturos do ponto de vista cognitivo, incapazes de perceber plenamente as conseqüências futuras de uma gestação. Também estão ainda despreparados no que diz respeito à profissionalização, uma vez que estão em fase de formação educacional (BARREIROS et al., 2005).

A taxa de fecundidade entre os 15 e 19 anos vem aumentando, bem como na faixa dos 10 a 14 anos, inclusive o número de partos nessa faixa vem crescendo, contrapondo-se às demais faixas etárias, que revelam taxas decrescentes de fecundidade (NETO, 2003).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde mostram que, em 1994, 20,8% dos partos ocorreram em adolescentes, enquanto que, em 2000, esse número foi de 26%. Além disso,

17,5% das gestantes nessa faixa etária afirmam que queriam ficar grávidas. Finalmente, 11,5% das mesmas tiveram repetição da gravidez durante o primeiro ano pós parto (BARREIROS et al., 2005).

Em estudo da UNICEF (2000) sobre o comportamento sexual de adolescentes brasileiros, em entrevista com 5.280 pessoas, 51 % relataram utilizar condom masculino, 33% das adolescentes já haviam tido relações sexuais e destas, 16% engravidaram, mas 29% não levaram a gestação adiante. Treze por cento já tinham um filho e, deste total, 49% eram de gestações não planejadas e não desejadas (NETO, 2003).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, feita pelo Cebrap (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) em 2006, mostra que as brasileiras estão fazendo sexo e tendo filhos cada vez mais novas. Em 1996, em edição anterior da pesquisa, 11,5% das meninas entre 15 a 19 anos, disseram ter tido sua primeira relação aos 15 anos. Já em 2006 esse número subiu para 32,6%.As conseqüências desse início precoce da vida sexual se refletem nos números de gravidez. A idade mediana da mulher na época do nascimento do primeiro filho caiu, nesses dez anos, de 22,4 anos para 21. O índice de meninas de 15 anos com filho subiu de 3% para 5,8% entre 1996 e 2006 (PINHO e WESTIN, 2006).

A adolescente se encontra em uma etapa de transição com significativas modificações biológicas, e tentando, de forma progressiva, ter sua identidade, autonomia, independência, vocação e conduta social responsável que lhe permita participar do meio adulto (MAGALHÃES e ANDRADE, 1998).

Nessa perspectiva, a adolescente ou seu responsável têm dúvidas sobre a escolha correta do tipo de médico, já que consideram que são grandes demais para o pediatra e demasiadamente jovens para o ginecologista. Como resultado, freqüentemente seus problemas permanecem sem serem resolvidos até o momento do matrimônio (SOBERON-ACEVEDO, 1973).

O autor segue afirmando que até poucos anos antes da década de 70, poucas adolescentes eram vistas pelo ginecologista, porém cada vez mais as mães levam suas filhas ao especialista para tratamento de desordens genitais. Não há dúvidas que há resistência para que ocorra o exame pélvico; talvez o principal obstáculo seja a tendência anormal de seus pais a impedir a observação dos genitais de suas filhas, pensando em sua virgindade como algo sagrado, que não deve ser mexido antes do matrimônio (SOBERON-ACEVEDO, 1973).

2.2 A Consulta Ginecológica na Adolescência

Na adolescência, o exame ginecológico tem algumas características. O relacionamento do médico com a paciente adolescente apresenta algumas dificuldades. Muitas vezes a consulta ginecológica é de iniciativa dos pais, com a esperança de obterem do médico informações quanto ao comportamento sexual da filha e, outras vezes, na expectativa de que a consulta possa suprir uma carência do diálogo na área da sexualidade. Não será incomum que, diante de tais objetivos, a paciente passe a adotar, para com o ginecologista, uma postura de agressividade, identificando-o como cúmplice dos pais. Caberá ao médico desfazer para a paciente quaisquer dúvidas a respeito, deixando-a ciente dos aspectos éticos envolvidos na consulta, tais como sigilo, discrição e anonimato. Aos familiares será informado o mesmo, inclusive destacando o fato de não serem fornecidas informações quanto a atividade sexual da paciente (ROQUETTE e CABRAL, 1988).

A postura do ginecologista diante da paciente adolescente será de suma importância, pois, comumente, uma atitude de liberalismo do médico poderá servir de motivo para algumas adolescentes assumirem ações precipitadas. Ao contrário, a repressão por parte do médico a certas idéias e desejos revelados pela adolescente poderá resultar num esfriamento e sentimento de medo na relação médico-paciente. Parece que a melhor maneira de abordar a

paciente adolescente será através da franqueza e da sinceridade, não adotando fraseado artificial e nem postura diferente do habitual. A rebeldia e agressividade comuns na adolescência devem ser entendidas pelo médico como um fato aceitável (ROQUETTE e CABRAL, 1988).

Takiuti (1991) ressalta que é de fundamental importância o envolvimento entre uma equipe multiprofissional, bem como a relação entre a equipe de saúde e a adolescente, para que possa ser preparada para a consulta ginecológica. Assim cabe à equipe de saúde a responsabilidade da preparação da adolescente para a consulta ginecológica, com a consciência de que a consulta e o exame ginecológico na adolescente diferem do realizado na mulher adulta, tanto no que diz respeito à anamnese, ao exame propriamente dito, ao tipo de instrumental utilizado e à relação com o profissional de saúde, pois em muitos casos, esta poderá ser a primeira vez que a adolescente irá expor suas mamas e seus órgãos genitais.

Com frequência, os adolescentes apresentam reações de medo e vergonha diante da necessidade de exame de seu corpo, em especial dos genitais. O medo liga-se à idéia de um exame doloroso, principalmente nas consultas ginecológicas: a tensão provocada resulta em contração da musculatura pélvica, dificultando o exame (MALDONADO e CANELLA, 2003).

Em geral, a orientação antecipatória é a forma de comunicação básica. É preciso reconhecer os sentimentos de vergonha ou medo diante de exames invasivos, explicando como são feitos e sua importância, ressaltando que tudo é executado para evitar dor e aliviar possíveis incômodos (MALDONADO e CANELLA, 2003).

Como toda consulta, a ginecológica tem dois momentos principais. Num primeiro momento, realiza-se a anamnese com o objetivo de conhecer o motivo principal da consulta e a história pessoal e familiar da adolescente, com enfoque na vida sexual e reprodutiva (DOMINGOS, 2003).

Conforme Reis (1991), o ginecologista deve ser capaz de dirigir a anamnese de acordo com a idade da adolescente, pois uma adolescente de 10 ou 12 anos certamente terá necessidades diferentes de uma adolescente de 17 anos. O autor ainda ressalta que, enquanto muitas pacientes jovens comparecem à consulta acompanhadas da mãe, pai ou ambos, as adolescentes mais velhas vêm sozinhas ou acompanhadas do namorado. Porém, mesmo na presença de um responsável, é importante que durante a abordagem do profissional de saúde, seja conferida à adolescente privacidade, pois muitas delas estão interessadas em conversar sobre as mudanças que permeiam a adolescência, mas se sentem envergonhadas.

Após obtenção da história e identificação dos problemas, a paciente deve receber uma explicação completa sobre o exame pélvico. A utilização de diagramas ou modelos plásticos de pelve é útil. Se a adolescente já usou absorventes internos ou é sexualmente ativa, ela considerará o primeiro exame mais fácil. Entretanto, um exame prévio desconfortável ou antecedente de agressão sexual pode tornar o exame mais desafiador. Ao explicar o primeiro exame, o médico deve ter conhecimento dos sentimentos da adolescente (EMANS et al., 2007).

Notou-se que as observações feitas por amigas sobre o exame pélvico geralmente eram negativas e relacionadas a dor, constrangimento, medo, ansiedade e desconforto físico e psicológico. Em contrapartida, informações das mães e de médicos em geral eram descrições de procedimentos e de sua importância. O estudo ressalta a necessidade dos médicos de discutir as sensações físicas associadas ao procedimento e sugerir métodos de controle cognitivo. Essa discussão pode incluir a utilização de imagens, uma explicação completa antes e durante o exame, um espelho ou uma distração. Cada paciente necessita atenção individualizada, e vestes e cobertas adequadas são importantes. Permitir à adolescente controlar o ritmo do exame é importante para diminuir suas apreensões (MILLSTEIN et al., 1984).

Segundo Muscari (1999), o primeiro exame ginecológico deixa uma impressão duradoura, o que interfere na realização dos exames subseqüentes. Portanto uma experiência positiva poderá encorajar jovens a retornarem anualmente, dando seguimento ao controle de sua saúde. Afinal, a procura espontânea pelos serviços de saúde para a realização da consulta ginecológica, por parte das adolescentes, pressupõe um atendimento humanizado que leve em conta o que pensam e o que sentem ao se submeterem a esse tipo de procedimento.

Veloso (2002) refere que o temor à consulta médica, e em especial, à ginecológica, é uma constante, principalmente no que diz respeito ao temor da “dor” no exame ginecológico e ao sigilo que eventualmente possa ser quebrado, entre adolescentes que exercem a sexualidade sem que seus familiares disso tomem conhecimento. O mesmo autor, ainda em 2002, reafirma que o exame ginecológico é cercado de tabus e preconceitos os mais diversos, a começar pela falsa informação de que apenas mulheres em vida sexual ativa devem a eles se submeter.

Segundo Lugones et al. (2000) é indiscutível a enorme importância que tem a criação de serviços de ginecologia infanto juvenil na atenção primária.

Concordando com os autores acima, Uribe et al. (1996) acham necessário que se continuem criando programas de atenção ginecológica para crianças e adolescentes, pois esta morbidade é maior do que realmente se pensa, pois na ocasião esta necessidade é suprida pelo pediatra. Ao fazer uma consulta especializada nesta época nos permite prevenir maiores complicações na idade adulta e ao mesmo tempo oferecer assessoria e educação a este grupo de alto risco (URIBE et al., 1996).

2.3 Ética na Consulta Ginecológica na Adolescência

Na adolescência, verifica-se uma incidência significativa de situações conflituosas em que normas estabelecidas se revelam insuficientes para responder com clareza às nossas interrogações éticas. Um serviço de saúde, por exemplo, pode ser procurado por um adolescente através de sua própria motivação, de seu responsável ou de ambos. Algumas vezes o adolescente não deseja revelar informações confidenciais na presença de seus pais (TAQUETTE e VILHENA, 2005).

Os princípios éticos no atendimento de adolescentes nos serviços de saúde se referem especialmente a privacidade, confidencialidade, sigilo e autonomia (FORTES e SACARDO, 1999). O respeito a esses preceitos encoraja rapazes e moças a procurarem ajuda, além de protegê-los da humilhação e da discriminação que podem resultar da revelação de dados confidenciais (NEINSTEIN, 1996).

No Brasil, o sigilo é regulamentado pelo artigo 103 do Código de Ética Médica. Em todas as situações em que se impõe sua quebra, como, por exemplo, em casos de risco à sua saúde ou de outrem, o paciente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude. Contudo são frequentes os conflitos de interesse entre o adolescente e seus responsáveis (OSELKA e TROSTER, 2000).

Art. 103 – “É vedado ao médico 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.”

Para lidar com situações conflituosas no atendimento de adolescentes não basta aos profissionais da saúde recorrer a códigos e leis. O campo da bioética se constitui instrumento útil para equacioná-las. O primeiro passo é o esclarecimento do problema em pauta, seus pressupostos, atores, tipos de conflitos. Em seguida, sua análise deve ser feita a partir de

referências e formulações éticas, como, por exemplo, normas jurídicas, deontológicas, morais, diretrizes e resoluções. Ao final escolhe-se a ação ética, respeitando-se *prima facie* esses princípios e leis (TAQUETTE e VILHENA, 2005).

A questão do sigilo e da confidencialidade na consulta é a que melhor explicita a particularidade dessa etapa da vida de grande crescimento e aquisição progressiva de habilidades. Como ter certeza de que o/a adolescente pode, sozinho, arcar com os cuidados da sua saúde? O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê expressamente que a condição de pessoa em desenvolvimento não retira da criança e do adolescente o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação. Recomenda-se à equipe profissional sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento de seus problemas, mas revelar ou não aos seus pais o conteúdo da consulta é uma decisão a ser tomada juntamente com o próprio (TAQUETTE e VILHENA, 2005).

Em relação a negligência, abandono e violência, o ECA passou a encarar os adolescentes como sujeitos de direitos, e não somente agentes passivos de proteção e cuidados. De acordo com essa lei, os profissionais que os atendem são obrigados a notificar ao Conselho Tutelar os casos de maus tratos. A autonomia do adolescente, ou seja, sua competência para o autocuidado, frequentemente é colocada em cheque. Muitos profissionais advogam que pacientes nessa faixa etária, no que tange as decisões sobre sua saúde, precisam passar pelo crivo de seus pais. Entretanto na prática, observa-se que nem sempre os atos dos adultos responsáveis incorrem em benefício para os menores. Se isso não fosse verdade não haveria leis para proteger os menores do pátrio poder. A partir dos 15 anos, em geral, os indivíduos são potencialmente autônomos (TAQUETTE e VILHENA, 2005).

2.4 A Relação Médico Paciente no Atendimento Dirigido ao Adolescente

Sabe-se que a atividade sexual vem se tornando mais precoce e normalmente as adolescentes só procuram algum método anticoncepcional após, em média, 1 ano de atividade sexual (NETO, 2003).

O papel do ginecologista não é somente dedicar-se a idade reprodutiva da mulher, e sim, abarcar todo o seu processo biológico, integralmente desde a infância, adolescência, vida adulta, climatério e senectude, sendo as primeiras etapas as que oferecem maior probabilidade de prevenção e garantem melhores condições de vida nas próximas etapas (MAGALHÃES e ANDRADE, 1998).

Segundo Lugones et al. (2000), as adolescentes predominam nos consultórios de ginecologia infanto juvenil e o principal motivo que as fazem procurar a consulta é a solicitação de métodos anticoncepcionais (46,6%), seguido de leucorréia (29,5%), distúrbios menstruais (7,6%), condilomas (3,8%) e outros (12,3%).

Cerca de 50 a 60 % dos casos, as razões da consulta encontram-se ocultas. Nem sempre a queixa referida é o motivo real da consulta. Cabe ao profissional habilitado compreender a dificuldade que a adolescente tem em verbalizar suas dúvidas e inquietudes (MAGALHÃES e ANDRADE, 1998).

Embora os programas de atenção ao adolescente já estejam sendo implementados há quase três décadas, observam-se mudanças significativas no perfil de morbimortalidade neste grupo populacional, com aumento de problemas que poderiam ser evitados por medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos. Diante deste cenário, a alternativa viável e coerente é a modificação da ênfase dos serviços de saúde dirigidos a esta clientela. Os profissionais de saúde devem incluir medidas preventivas como componente fundamental de sua prática assistencial, em vez da atenção estritamente biológica e curativa. A consulta desta

clientela nos serviços de saúde deve ter como objetivo, além da prevenção de agravos, o diagnóstico, a monitorização, o tratamento e a reabilitação dos problemas da saúde. (GROSSMAN et al., 2004).

Independentemente da razão que faz que o adolescente procure o serviço de saúde, cada visita oferece ao profissional a oportunidade de detectar, refletir e auxiliar na resolução de outras questões distintas do motivo principal da consulta. A entrevista é um exercício de comunicação interpessoal que engloba a comunicação verbal e não verbal. Para muitos, além das palavras, deve-se estar atento a emoções, gestos, tom de voz e expressão facial do adolescente (GROSSMAN et al., 2004).

A acolhida nos serviços deve ser cordial e compreensiva, para que os adolescentes se sintam valorizados e à vontade. Uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastá-los, perdendo-se a adesão ao serviço. Pelas características próprias desta etapa do desenvolvimento, muitas vezes eles têm dificuldade em respeitar os horários e as datas de agendamento, determinando a construção de mecanismos de organização mais flexíveis. (GROSSMAN et al., 2004).

A relação médico paciente deve iniciar-se sobre a base da honestidade. O profissional tem por obrigação conquistar a confiança da jovem, escutar mais do que falar, mostrar habilidade para fazer perguntas e mostrar diálogo franco (MAGALHÃES e ANDRADE, 1998).

Para que possa ser sempre acompanhada e orientada em seu desenvolvimento, a menina deve ter seu próprio médico e ginecologista. Sendo que este profissional deve ter condições adequadas para atender uma adolescente. Deve ser especialista hábil em estabelecer um bom relacionamento médico paciente, capaz de obter a confiança da jovem e respeitar seus padrões de vida, mesmo quando estes forem contrários aos seus (MAGALHÃES e ANDRADE, 1998).

É importante abordar a questão da família e certificar a paciente do caráter confidencial da consulta, exceto em situações especiais, como risco à própria vida e abuso ou homicídio. Entretanto, deve-se encorajar a adolescente a discutir os seus problemas com os familiares (GUIA DE ADOLESCÊNCIA, 2000).

Um ponto importante a ser ressaltado na dinâmica da relação do adolescente com o profissional de saúde é a frequência com que são ativados intensos sentimentos transferenciais e contratransferenciais. Ao mesmo tempo em que o jovem busca no profissional um aliado e um protetor, também o teme como figura autoritária, crítica ou censuradora que irá reprovar e condenar muitas de suas atitudes, em especial aquelas ligadas à sexualidade, como os pais normalmente fazem. Essa maneira de ver poderá introduzir no relacionamento sentimentos de desconfiança, temor, provocando de desafio, hostilidade e rebeldia. A situação se complica quando o profissional, em sua contratransferência, assume o papel de crítico e censurador, tentando levar o adolescente para o bom caminho por meios de lições de moral ou conselhos que provocam bloqueios e irritação (MALDONADO e CANELLA, 2003).

O atendimento a adolescente pode ser realizado de duas maneiras: a adolescente acompanhada por familiares, que é a forma mais frequente e importante para se obter dados do passado da jovem; a adolescente sozinha ou com amigas, o que permite estabelecer, desde o início, uma relação de confiança entre o profissional e a adolescente. Quando a adolescente se apresenta acompanhada da mãe, às vezes, torna mais difícil o diálogo; devemos na medida do possível, afastar a acompanhante da sala; haverá um grande enriquecimento no relacionamento médico paciente, e o diálogo será mais verdadeiro (GUIA DE ADOLESCÊNCIA, 2000).

Ao exame físico, deveremos usar técnicas que atenuam a ansiedade da jovem. Deve-se evitar a exposição do corpo da adolescente, desnecessariamente, explicando a jovem as etapas do exame físico e enfatizando, sempre, seus aspectos de normalidade. Usar a descrição e não

fazer exclamações ou comentários durante o exame, assim como não forçar o exame genital, deixando para ser feito no momento propício, quando ela se sentir mais confiante e confortável (GUIA DE ADOLESCÊNCIA, 2000).

De acordo com a Associação Médica Americana (1997), as visitas de rotina de adolescentes e jovens e suas famílias aos serviços de saúde configuram como oportunidade para reforçar mensagens de promoção de saúde; identificar adolescentes e jovens que estejam sujeitos a comportamentos de risco ou que se encontrem em estágios iniciais de distúrbios físicos e/ou emocionais; promover imunização adequada; desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde. Todo adolescente deve ser esclarecido a respeito de seu crescimento físico e desenvolvimento psicossocial e sexual. Deve ser enfatizada a importância de se tornarem ativamente participante nas decisões pertinentes aos cuidados de sua saúde (GROSSMAN et al., 2004).

As consultas são momentos privilegiados para o aconselhamento de práticas sexuais responsáveis e seguras. O uso de preservativos deve ser enfatizado como prática indispensável na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez e de infecção pelo HIV. Esta é também uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas, de conversar sobre a importância do afeto e do prazer nas relações amorosas e para alertar sobre situações de risco e/ou abuso sexual. O bom senso determinará a melhor forma de relacionar as inúmeras questões referidas, não sendo obrigado esgotar todos os tópicos numa só consulta. (GROSSMAN et al., 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer a consulta ginecológica da adolescente.

3.2 Específicos

- Identificar os motivos de procura das adolescentes pela consulta ginecológica;
- Registrar de quem parte a iniciativa pela busca da primeira consulta ginecológica;
- Estimar a idade média em que as adolescentes buscaram a primeira consulta ginecológica;
- Avaliar o conhecimento básico das adolescentes sobre ginecologia, doenças sexualmente transmissíveis e métodos anticoncepcionais;
- Identificar variáveis associadas à busca da consulta ginecológica.

4 METODOLOGIA

É um estudo quantitativo descritivo.

A população escolhida foi de adolescentes, do sexo feminino com idade entre 10 a 19 anos completos, segundo os critérios da OMS.

As adolescentes foram escolhidas aleatoriamente, dentre as frequentadoras do Adolescentro - Vila Embratel, no período de janeiro a maio de 2008

O Adolescentro é um projeto de extensão da Universidade Federal do Maranhão, implantado no bairro Vila Embratel. Inaugurado em abril de 2005 e viabilizado através de uma parceria entre a UFMA, a ONG Plan Internacional e a Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão, o Adolescentro oferece cursos de idiomas e outras atividades voltadas para os meninos e meninas de um bairro, marcado pela carência de políticas públicas, peculiar a toda periferia de São Luís, tendo o objetivo de oferecer serviços que promovam o desenvolvimento biopsicossocial e educacional, focando, mais especificamente, a saúde sexual e reprodutiva, atividades vocacionais/profissionais e recreativas para adolescentes e jovens, principalmente, e estendendo-se aos familiares destes.

A cada semestre, em torno de 200 adolescentes são matriculados nos diversos cursos oferecidos pelo Adolescentro.

O bairro da Vila Embratel, segundo o IBGE 2000, tem uma população de 25.621 habitantes, sendo que destes, 26,8% são adolescentes na faixa dos 10 aos 19 anos.

Inicialmente foi realizado um projeto piloto com um questionário de questões abertas em que a pesquisadora entrevistava as adolescentes abordando o conhecimento das mesmas sobre a ginecologia e a consulta ginecológica, até as respostas começarem a ficar repetitivas e o tema se encontrar exaustado.

A partir destas entrevistas foi formulado um questionário com perguntas objetivas abordando o conhecimento das adolescentes sobre o ginecologista e a consulta ginecológica e aplicado na forma de entrevistas a 45 adolescentes do sexo feminino, com idade compreendida dos 10 aos 19 anos.

Foram excluídas 10 adolescentes gestantes por estarem com o foco de atenção voltado para a obstetrícia. Dezenove adolescentes recusaram participar da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e as participantes do estudo e seu responsável assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme apêndice 2.

Os questionários foram digitados em planilha do software Epi-Info 2007 versão 3.4.3, realizando-se análise estatística descritiva, registrando-se a distribuição absoluta e percentual das variáveis investigadas. Além disso, aplicou-se teste estatístico exato de Fisher para avaliar diferenças estatisticamente significantes entre as características das adolescentes nos grupos que já foram e que não foram ainda à consulta ginecológica.

5 RESULTADOS

A população estudada foi composta de 45 adolescentes, freqüentadoras do Adolescente. A média de idade das adolescentes foi de 14,5 anos variando de 10 a 19 anos.

A idade média em que as adolescentes buscaram a primeira consulta ginecológica foi estimada em 12,9 anos, variando de 07 a 19 anos.

Avaliando os dados sócio-econômicos observou-se que 16 adolescentes tinham entre 16 a 18 anos (35,6%), seguido de 14 que tinham de 13 a 15 anos (31,1%). Quanto à escolaridade, 23 cursavam o ensino fundamental (51,1%) enquanto 22 cursavam o ensino médio (48,9). Em relação à renda familiar 16 referiram ter renda de um salário mínimo, correspondendo a 35,6% da população estudada. Quanto à cor da pele, 26 se consideravam da cor branca (59,1%), enquanto 04 se declararam da cor preta (9,1%) conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das adolescentes segundo dados sócio-econômicos. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.

Variáveis	n	%
Idade		
10 a 12 anos	12	26,7
13 a 15 anos	14	31,1
16 a 18 anos	16	35,6
Maior que 18	03	6,6
Escolaridade		
Ensino fundamental	23	51,1
Ensino médio	22	48,9
Renda familiar		
Não sabe referir	10	22,2
Menor que um salário mínimo	05	11,1
Um Salário mínimo	16	35,6
Dois ou mais salários mínimos	14	31,1
Cor da pele		
Branca	26	57,8
Preta	04	8,9
Parda	12	26,6
Não declarada	03	6,7

Em relação à idade da menarca, 11 adolescentes ainda não haviam tido menarca (24,5%), enquanto 18 referiram ter menstruado entre 10 a 12 anos (40%). Quando questionadas a respeito da iniciação sexual, 35 adolescentes relataram não ter iniciado vida sexual (77,8%).

Segundo o conhecimento das adolescentes acerca da atuação do ginecologista, 25 adolescentes referiram conhecer (55,6%), enquanto 19 não sabiam definir em que área o ginecologista atuava (42,2%). Das 45 adolescentes entrevistadas, 17 afirmaram já ter realizado uma consulta ginecológica (37,8%) enquanto 28 afirmaram nunca ter ido ao ginecologista (62,2%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das adolescentes segundo dados clínicos. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.

VARIÁVEIS	n	%
Idade da menarca		
10 a 12 anos	18	40,0
> 12 anos	16	35,6
Não se aplica	11	24,4
Coitarca		
Sim	10	22,2
Não	35	77,8
Atuação do Ginecologista		
Conhece	25	55,6
Não conhece	19	42,2
Não declarado	01	2,2
Consulta ao ginecologista		
Sim	17	37,8
Não	28	62,2

Das adolescentes que referiram já ter ido a uma consulta ginecológica, 10 tinham entre 10 a 14 anos no momento da consulta (58,8%). Quando perguntado qual o motivo que as levou à consulta, 05 referiram rotina ginecológica (29,5%) seguido de cólicas menstruais (17,6%) e fluxo genital (17,6%). Três (03) adolescentes não souberam referir o motivo que as levou à consulta (17,6%). Em relação à consulta ginecológica, 14 adolescentes referiram que a iniciativa de procurar o ginecologista partiu da mãe e 15 delas foram à consulta

acompanhadas pela mãe (88,2%), assim como 13 adolescentes relataram ter preferência por profissional do sexo feminino (76,5%). Quando interrogadas se foram examinadas na consulta, 11 referiram ter sido examinada (64,7%). Em relação às orientações recebidas na consulta sobre DST's e anticoncepção, somente 03 receberam informações sobre DST's (17,6%) e 04 receberam orientações sobre anticoncepção (23,5%), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das adolescentes avaliadas pelo ginecologista segundo informações acerca da consulta. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.

VARIÁVEIS	n	%
Idade na consulta		
Menor que 10 anos	02	11,8
10 a 14 anos	10	58,8
Maior que 14 anos	05	29,4
Motivo		
Anticoncepção	01	5,9
Cólicas menstruais	03	17,6
Fluxo genital	03	17,6
Irregularidade menstrual	02	11,8
Rotina	05	29,5
Não sabe referir	03	17,6
Iniciativa		
Pessoal	03	17,6
Mãe	14	82,4
Acompanhada		
Sim	15	88,2
Não	02	11,8
Profissional		
Médico	03	17,6
Médica	13	76,5
Não declarado	01	5,9
Examinada na consulta		
Sim	11	64,5
Não	06	35,5
Orientação sobre DST's		
Sim	03	17,6
Não	13	76,5
Não declarado	01	5,9
Orientação sobre anticoncepção		
Sim	04	23,5
Não	10	58,8
Não declarado	03	17,6

Quando avaliamos as adolescentes que nunca foram ao ginecologista, 22 referiram ter vontade de ir (78,6%), sendo que 17 adolescentes não teriam um motivo para procurá-lo (60,7%). Se gostariam de ir acompanhadas à consulta, 24 responderam que sim, correspondendo a 85,7% das adolescentes, sendo a mãe a acompanhante de escolha em 87,5% dos casos. Quanto ao profissional de preferência, 26 prefeririam um profissional do sexo feminino (92,9%), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das adolescentes não avaliadas pelo ginecologista segundo informações acerca de atitudes e expectativas na primeira consulta. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.

VARIÁVEIS	n	%
Vontade de ir ao ginecologista		
Sim	22	78,6
Não	06	21,4
Motivo		
Sim	10	35,7
Não	17	60,7
Não declarado	01	3,6
Acompanhada		
Sim	24	85,7
Não	03	10,7
Não declarado	01	3,6
Acompanhante		
Mãe	21	87,5
Irmã	02	8,3
Pai ou Mãe	01	4,2
Profissional de preferência		
Médica	26	92,9
Independe	02	7,1

Na Tabela 5 vamos demonstrar as diferenças entre as adolescentes que foram à consulta ginecológica e as que nunca freqüentaram o ginecologista.

A maioria das adolescentes que já foi ao ginecologista teve menarca entre os 10 a 12 anos o que corresponde a 70,6 %. No grupo das adolescentes que nunca foram ao ginecologista, em torno de 42,8% das meninas, a menarca ocorreu acima dos 12 anos. Em relação à iniciação sexual, das 17 adolescentes que já se consultaram com o ginecologista, 13

ainda não iniciaram vida sexual, o que corresponde a 76,5%, e nas adolescentes que nunca freqüentaram, 06 já haviam iniciado vida sexual, ou seja, 21,4% delas.

Quando questionadas sobre as DST's, todas as adolescentes que já foram ao ginecologista referiram conhecer pelo menos uma DST. Já as adolescentes do grupo que nunca freqüentaram o ginecologista somente 21 delas sabiam o que eram as DST's (75%).

Quanto aos métodos anticoncepcionais, 12 adolescentes que já foram à consulta ginecológica tinham algum conhecimento sobre eles (70,6%). Nas adolescentes que ainda não freqüentaram o ginecologista, 21 delas tinham algum conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, o que corresponde a 75% delas.

Tabela 5. Distribuição das variáveis associadas à busca da consulta ginecológica pelas adolescentes. São Luís, Maranhão, Brasil, 2008.

VARIÁVEIS	CONSULTA AO GINECOLOGISTA				p-valor*
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Idade					
10 a 12 anos	04	23,6	08	28,6	0,281
13 a 15 anos	03	17,6	11	39,2	
16 a 18 anos	08	47,1	08	28,6	
Maior que 18 anos	02	11,7	01	3,6	
Idade da Menarca (anos)					
10 a 12	12	70,6	06	21,4	0,020
>12	04	23,5	12	42,8	
Não se aplica	01	5,9	10	35,8	
Coitarca					
Sim	04	23,5	06	21,4	1,00
Não	13	76,5	22	78,6	
Renda Familiar					
Não sabe referir	01	5,8	09	32,1	0,003
Menor que um salário mínimo	03	17,6	02	7,1	
Um salário mínimo	03	17,6	13	46,5	
Dois ou mais salários mínimo	10	58,8	04	14,3	
Escolaridade					
Ensino Fundamental	05	29,4	18	64,3	0,033
Ensino Médio	12	70,6	10	35,7	
Conhece DST's					
Sim	17	100	21	75,0	0,034
Não	-	-	07	25,0	
Conhece métodos anticoncepcionais					
Sim	12	70,6	21	75,0	0,743
Não	05	29,4	07	25,0	

*p-valor para teste Exato de Fisher ($\alpha = 0,05$).

Quando interrogadas a respeito das DST's, as mais citadas entre as adolescentes que já consultaram com o ginecologista foram a AIDS (100%), Gonorréia (41,2%) e a Sífilis (41,2%). Em relação às adolescentes que nunca foram ao ginecologista, a AIDS também foi a mais citada, em 75% das respostas, seguida da Sífilis (17,8%) e Gonorréia (14,3%).

Quanto aos métodos anticoncepcionais conhecidos, o anticoncepcional oral foi citado por 12 adolescentes que já freqüentaram o ginecologista (70,5%) e o preservativo por 11 delas (64,7%), sendo que no grupo das adolescentes que nunca foram ao ginecologista, 20 meninas citaram o preservativo (71,4%), seguido de 11 que citaram o anticoncepcional oral (39,3%), conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição das adolescentes avaliadas ou não pelo ginecologista acerca das DST's e métodos anticoncepcionais. São Luis, Maranhão, Brasil, 2008.

VARIÁVEIS	CONSULTA AO GINECOLOGISTA			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
DST's citadas				
AIDS	17	100	21	75,0
Gonorréia	07	41,2	04	14,3
Sífilis	07	41,2	05	17,8
HPV	03	17,7	01	3,6
Cancro	02	11,8	-	-
Herpes	02	11,8	-	-
Métodos anticoncepcionais citados				
Anticoncepcional oral	12	70,5	11	39,3
Preservativo	11	64,7	20	71,4
Anticoncepcional injetável	06	35,3	07	25,0
Pílula de emergência	-	-	01	3,6
Tabelinha	01	5,8	02	7,2
DIU	03	17,6	-	-

6 DISCUSSÃO

Analisando-se os resultados obtidos, observa-se que a idade média das adolescentes do grupo de estudo foi 14,5 anos. Quando consideramos a idade média da população de adolescentes estudada, por ocasião da menarca, que segundo Sedenho (1984), é um expressivo indicador de crescimento e maturação feminina humana, por seu conteúdo biológico, social e psíquico, observou-se que a maioria das adolescentes teve a menarca em torno dos 13 anos. Schor (1984), em um estudo sobre “Adolescência e Anticoncepção” observou na população estudada, que a menarca se deu a partir dos 13 anos, indicando, assim, a necessidade de um maior conhecimento e conscientização quanto às conseqüências do exercício da sexualidade, por parte desta população específica que ingressa na puberdade.

Historicamente, a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma tendência de queda (TANNER, 1962; COLLI, 1985), diminuindo cerca de 4 meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos (SANTOS JUNIOR, 1999).

Neste trabalho, verificou-se que as adolescentes buscaram a primeira consulta ginecológica entre os 10 e 14 anos, com a média estimada em 12,9 anos. Já a menarca ocorreu na maioria entre os 10 a 12 anos. A idade da menarca foi um dado significativo para motivar a busca à consulta ginecológica ($p= 0,020$).

As mulheres entrevistadas, em um estudo sobre “Percepções acerca da Consulta Ginecológica”, entendem a importância desse momento e é consenso que a primeira consulta deve ocorrer quando a mulher ainda é uma adolescente. Muitas mulheres acreditam que a primeira consulta deve estar vinculada à primeira menstruação, já que este é um momento onde o corpo da mulher passa por grandes transformações. O início da vida sexual também foi apontado como um momento adequado para que a primeira consulta ginecológica aconteça, já que a informação, neste momento, é de extrema importância. A consulta ginecológica, nesta

ocasião, foi apontada como um importante instrumento para que uma gravidez precoce não aconteça (TORRES, 2007).

Em um estudo sobre o “Perfil das pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública” observou-se que a maioria das adolescentes atendidas tinha idade compreendida dos 08 aos 14 anos, sendo que a raça parda foi a predominante, em 72%, seguidos da raça branca, em 15% das adolescentes (MACHADO, 2006).

Neste presente estudo a raça predominante foi a raça branca, seguida da parda.

Observa-se que as adolescentes referiram rotina, em 29,5%, como o principal motivo para busca pelo ginecologista, seguido de cólicas menstruais (17,6%) e fluxo genital (17,6%).

Sabe-se que as queixas relatadas pelas pacientes adolescentes em uma consulta ginecológica nem sempre são as queixas reais, ou seja, nem sempre o motivo relatado é o que a motivou a procurar o atendimento, em muitas vezes o motivo está oculto (MAGALHÃES e ANDRADE, 1998).

Souza (2006) observou que a média de idade das adolescentes atendidas em um ambulatório de ginecologia infanto pueral foi de 14,9 anos, e que o principal motivo de procura foi a gestação, em 35,3% dos casos, seguido de fluxo vaginal (13,3%), rotina (13,2%) e distúrbios da menstruação (12%).

Machado (2006) verificou que as principais queixas ginecológicas das adolescentes que procuraram atendimento em ambulatório especializado foi corrimento (33%), seguido de cólicas menstruais (24%), assintomáticas (22%), irregularidade menstrual (9%).

Em 82,4% das adolescentes entrevistadas, a mãe que tomou a iniciativa de procurar o atendimento ginecológico.

Cardozo et al. (2002) estudando o comportamento sexual de adolescentes do sexo feminino em Salvador, Bahia, relataram que a mãe é a principal interlocutora quando o assunto é sexualidade.

Adolescentes quando indagados sobre a fonte de informação referente à vivência sexual e reprodutiva, fato marcante no desenvolvimento psico-sexual do adolescente, a “mãe” aparece como a fonte mais frequente: 31,5%. Os(as) “amigos(as)” seriam a segunda opção (19%) para este tipo de informação e as “publicações” ocupam o terceiro lugar (14%) na disputa pela informação aos adolescentes.

A reagregação dos dados segundo o sexo revela que 53% das adolescentes apontam a “mãe” como a fonte de informação sobre a menstruação (RENA,1996).

Em relação ao conhecimento sobre a atuação do ginecologista, 55,6% das adolescentes entrevistadas sabiam em que área o ginecologista atuava, mas 42,2% delas não tinham conhecimento da especialidade, o que denota a necessidade de divulgação e orientação dessa especialidade médica a essas adolescentes.

Barreiros et al. (2005), interrogando adolescentes a respeito às fontes de informação a que os jovens têm acesso para orientações sobre métodos anticoncepcionais, a grande maioria respondeu que as tinha recebido dos amigos (70,6%), televisão (33,1%), escola (35,3%), pais (17,6%). Apenas 0,58% dos entrevistados referiram que tinham essas informações através de médicos.

As adolescentes, quando indagadas se tinham alguma preferência quanto ao sexo do profissional, a maioria referiu preferência por profissional do sexo feminino.

No estudo “Exame Ginecológico na Perspectiva das Usuárias de um Serviço de Saúde” quando buscaram conhecer as sugestões que essas mulheres tinham sobre o exame ginecológico foi sugerido preferência por examinador do sexo feminino. Esta preferência aparece com uma possível conotação de cumplicidade entre seres assemelhados, portadores

de uma mesma anatomia e talvez com as mesmas vivências de ocultamento do corpo, ou seja, de quem se pode esperar compreensão (CARVALHO e FUREGATO, 2001).

Sabe-se que a idade da primeira relação sexual está cada vez mais precoce (DIAS et al., 2005). A frequência de atividade sexual em meninas com idade média de 15,5 anos foi de 42% (MONTEIRO et al., 2006). Ao buscar dados sobre coitarca neste trabalho, encontramos que 77,8% das adolescentes não haviam iniciado vida sexual, dado que se opõe fortemente aos dados da literatura atual. Sendo que ao compararmos os grupos que foram e que não foram ao ginecologista, a variável coitarca não se mostrou como fator relevante para a busca da consulta ginecológica.

É possível ter ocorrido algum viés de informação em relação o comportamento sexual, uma vez que o questionamento sobre vida sexual é um assunto de natureza íntima e pode causar constrangimento e desconfiança quanto ao sigilo das informações coletadas (MARTINS et al., 2006).

O nível de escolaridade das adolescentes teve valor significativo em relação à busca da consulta ginecológica ($p= 0,033$). As adolescentes que estavam no ensino médio buscaram mais a consulta ginecológica.

Relacionando-se escolaridade e nível de conhecimento Schor (1990), observou que as adolescentes relataram conhecer pelo menos um método anticoncepcional; o nível de conhecimento aumentou diretamente à medida que aumentaram os anos de escolaridade.

Quando avaliamos o nível sócio econômico observou que a maioria das adolescentes tinha renda familiar em torno de 1 salário mínimo e que estas foi uma variável significativa em relação à procura pelo ginecologista. Adolescentes com renda familiar maior procuram mais a consulta ginecológica do que as com renda inferior.

Marques (2006) verificou no que diz respeito à condição sócio-econômica como fator de influência no conhecimento e prevenção das DST, dos entrevistados que responderam a

esta questão, 60% acham que a condição sócio-econômica influencia no conhecimento e prevenção das DST, enquanto 37% acham que não influencia.

Atualmente é difícil encontrarmos adolescentes que não tenha conhecimento de pelo menos uma DST. No entanto observou-se que as adolescentes que já haviam freqüentado o ginecologista tinham um conhecimento maior a respeito das DST's em relação as que nunca foram. Quando avaliado o conhecimento das DST's como fator de busca pela consulta ginecológica, ele se mostrou relevante ($p=0,034$). Demonstra que quando a adolescente tem noção dos riscos de adquirir uma DST ela procura ajuda de um profissional para orientá-la, enquanto as adolescentes que não tem conhecimento ficam mais expostas aos riscos de adquiri-las.

Quando as adolescentes foram indagadas sobre o conhecimento a respeito das DST, a mais citada foi a AIDS, seguida de gonorréia e sífilis. Doenças como HPV, Herpes e Cancro mole foram pouco citadas demonstrando parco conhecimento das adolescentes em relação a patologias de fácil transmissão sexual.

Romero et al. (2007) concorda afirmando que a AIDS foi a DST mais citada pelas adolescentes, o que mostra a eficácia das campanhas de saúde junto à população.

Resultados semelhantes foram encontrados por Sousa et al. (2006), em que 81% das adolescentes tinham conhecimento sobre DST. A AIDS foi citada como DST por 80% das adolescentes, seguida de gonorréia (57,14%), sífilis (50,79%) e HPV (22,2%). Herpes, tricomoníase, vaginose e clamídia não foram citados.

Esse desconhecimento das adolescentes pelas DST's torna-se preocupante quando Dias et al. (2005) mostra em um "ESTUDO COMPARATIVO: PERFIL DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NUMA CLÍNICA DE DST NOS ANOS DE 1995 E 2003" que em 1995, 15% das adolescentes estava com diagnóstico de HPV e em 2003 esse número subiu para 47%.

Quanto ao conhecimento dos métodos anticoncepcionais, não houve diferença significativa entre as adolescentes que foram e as que nunca foram ao ginecologista. Quando perguntado, quais os métodos conhecidos por elas, o grupo das adolescentes que já haviam ido ao ginecologista citou a pílula anticoncepcional em sua maioria, e já no grupo das adolescentes que nunca foram ao ginecologista, a camisinha foi o método citado com mais frequência. A contracepção de emergência foi citada somente por uma adolescente.

Uma pesquisa em seis escolas de diferentes níveis socioeconômicos, com 128 estudantes de ambos os sexos, entre 11 e 19 anos selecionados ao acaso, revelou que 81,7% conheciam alguns métodos anticoncepcionais, sendo o preservativo e a pílula os mais citados (BRUNO, 1997).

Lescano (2001) investigando 173 adolescentes na Maternidade do Hospital de Apoio de Sullana, no Peru constatou que 91,9% delas revelaram algum conhecimento das opções anticonceptivas existentes, sendo a pílula, a contracepção hormonal injetável, o DIU e o preservativo masculino os métodos mais citados.

Schor (1990) observou que o conhecimento sobre métodos anticoncepcionais foi influenciado diretamente pela variável idade: adolescentes de 13 e 14 anos informaram não conhecer nenhum método anticoncepcional (0,0%), enquanto as de 19 anos (76,0%) foram as que demonstraram maior conhecimento. Estes dados parecem indicar que é apenas nas idades finais que as adolescentes estudadas se encontraram mais receptivas à incorporação de mudanças biopsicossociais, em especial às que se referem à sua sexualidade e a de seu grupo.

Os resultados deste estudo revelam que a população de adolescentes ainda carece de informações a respeito de cuidados com sua saúde. É necessário que políticas públicas se voltem para a medicina preventiva do adolescente, com trabalho de educação sexual nas escolas.

Barreiros (2005) afirma que a educação sexual aumentou o conhecimento sobre sexualidade e controle da natalidade. Embora virtualmente nenhum programa educacional tenha mostrado influencia no comportamento sexual das adolescentes, o uso de contracepção poderia ser estimulado quando se integravam orientações sobre desejo sexual nesses programas.

Acredita-se que as atividades de planejamento familiar, dentro de um programa de saúde da mulher, com boa motivação e organização, não sofreriam resistência por parte das adolescentes, visto que uma parcela das adolescentes estudadas mostrou-se bastante receptiva a aprender e a mudar seu comportamento nesta área específica (SCHOR, 1990).

Lugones (2000) refere ser indiscutível a enorme importância que tem a criação das consultas de ginecologia infanto juvenil na atenção primária.

Concordando com a OMS que diz: “A promoção da saúde dos adolescentes é um dos importantes investimentos de longo prazo que uma sociedade pode fazer” (DIAS, 2005).

Cada vez mais a Adolescência vem se tornando tema recorrente nas pesquisas e trabalhos, o que demonstra a importância de trabalhos como esse que abordam a promoção da saúde das adolescentes. É um trabalho original do estado do Maranhão, demonstrando a importância da consulta ginecológica de rotina para as adolescentes.

Tivemos como limitações do estudo a metodologia deficiente e uma amostra pequena de adolescentes.

7 CONCLUSÃO

Os principais motivos de procura das adolescentes pela consulta ginecológica foram rotina ginecológica, cólicas menstruais e fluxo genital

A iniciativa de buscar a primeira consulta ginecológica partiu da mãe das adolescentes, na maioria das vezes.

A idade média em que as adolescentes buscaram a primeira consulta ginecológica foi estimada em 12,9 anos.

A maioria das adolescentes conhecia a área de atuação do ginecologista.

As adolescentes que já haviam ido a uma consulta ginecológica demonstraram maior conhecimento em relação as DST's. Em relação aos métodos anticoncepcionais não houve diferença entre as adolescentes que já foram e as que nunca foram ao ginecologista.

As variáveis que foram significantes em relação à busca pela consulta ginecologia foram: Idade da menarca, Conhecimento sobre DST's, Escolaridade e Renda familiar.

REFERÊNCIAS

- BARREIROS, F.A., GUAZZELLI, C.A.F., MORON, A.F. Conhecimento básico de adolescentes escolarizados sobre métodos anticoncepcionais. **Adolescência e Saúde**, 2005; 2(1); 11-16
- BASTOS, A.C. Adolescência hoje – o que mudou. **Jornal da SOGIA**, Jan/Fev/Mar, 2004
- Bongiovanni A.M. **Ginecologia de la adolescente**. Buenos Aires: El Ateneo, 1986
- BOUZAS, I., PACHECO, A., EISENSTEIN, E. Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência. **Adolescência e Saúde**, junho, 2004
- BRUNO Z.V.; SOUSA, M.A.; TEIXEIRA, L.G.M.; SILVA, R.B.; SILVA, R.B.; GUANABARA, E.M.; OLIVEIRA, F.C. Sexualidade e anticoncepção na adolescência: conhecimento e atitude. **Reprod Clin**. 1997; 12: 137-40.
- CARDOZO, Déa M; FREITAS, Isabel Carmem; FONTOURA, Maria do Socorro Heitz. Comportamento sexual de adolescentes do gênero feminino de estratos sociais distintos em Salvador, Bahia, Brasil / Female adolescents' sexual behavior in two socially distinct groups in Salvador, Bahia, Brazil. **Rev. Paul. Pediatr**; 20(3):122-128, jun. 2002. tab.
- CARVALHO, M. L. O.; FUREGATO, A. R. F. - Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista/index.htm>. Acessado em 20.12.2008
- CEBRAP- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – Resolução do CFM n. 1246/88 de 08 de janeiro de 1988
- COLLI A. S. Maduración sexual de los adolescentes de São Paulo. In: Organización Panamericana de la Salud. **La salud del adolescentes y el joven en las Americas**. Washington, 1985. (OPAS Publicación científica, 489).
- DIAS, A.P.V., SANTOS, D.D.G., FERREIRA, D.C., PASSOS, M.R.L., ARZE, W.N.C. Estudo comparativo: perfil dos adolescentes atendidos numa clínica de DST nos anos de 1995 e 2003. **Adolescência e Saúde**, 2005; 2(2); 15-24
- DOMINGOS, S. R. F. **A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes**: uma análise compreensiva. Universidade Federal de Minas Gerais/ Escola de Enfermagem/Mestre. Belo Horizonte, 2003.
- EMANS, S.J.H., LAUFER, M.R., GOLDSTEIN, D.P. **Ginecologia na Infância e Adolescência**. São Paulo: Roca, 2007.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – Lei 8069 de 13 de julho de 1990
- FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

FORTES P.A.C.F., SACARDO D.P. Ética na assistência à saúde do adolescente e do jovem. In: Ministério da Saúde, organizador. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 1999. Pags 147-61.

GROSSMAN, E.; RUZANY, M.H; TAQUETTE, S.R. A Consulta do Adolescente. **Adolescência e Saúde**. Março, 2004.

GUIA DE ADOLESCÊNCIA – Sociedade Brasileira de Pediatria, Ministério da Saúde, 2000

HALBE, H.W., HALBE, A.F.P., RAMOS, L.O. A Saúde da Adolescente. **Revista Brasileira de Medicina**, 2000; out. n.1 – Ciber Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LESCANO EL. **Adolescência e anticoncepção**: um estudo de adolescentes atendidas na Maternidade do Hospital de Apoio, Sullana, Peru [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.

LUGONES B., MIGUEL, P. G., JOSÉ y CALZADA, M. A. Experiencias de la consulta de Ginecología Infanto-Juvenil. **Rev. Cubana Med Gen Integr**. Ene-feb. 2000, v.16, n.1, p.98-100. ISSN 0864-2125

MACHADO, M.S.C., MARQUES, F.G.S., ANDRADE, M.V.R.F., PHILETO, A.V.G.C. **Perfil das pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública**. Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública – Clínicas Interligadas do Centro Médico de Brotas. Tema livre apresentado no IX Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e Adolescência. Salvador, Bahia – 03 a 06 de maio de 2006

MAGALHÃES M.L.C, ANDRADE H.H.S.M. **Ginecologia Infanto-Juvenil**, Rio de Janeiro, Medsi,1998

MALDONADO, M.T, CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003

MARQUES, E. S.; MENDES, D. A.; TORNIS, N. H. M.; LOPES, C. L. R.; BARBOSA, M. A. O Conhecimento dos escolares adolescentes sobre doenças sexualmente Transmissíveis/AIDS **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.1, p.58-62, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_07.htm. Acessado em 20 dez. 2008.

MARTINS, L.B.M.; COSTA-PAIVA, L.; OSIS, M.J.D.; SOUSA, M.H.; NETO, A.M.P.; TADINI, V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Rev Saúde Pública**, 2006; (40)1: 57-64. <http://www.fsp.usp/rsp>. Acessado em 20 dez. 2008

MILLSTEIN, S.G., ADLER, N.E., IRWIN, C.E. Sources of anxiety about pelvic examinations among adolescent females. **J. Adolesc. Health Care**, 1984;5:105

MONTEIRO, D.L.M.; FERNANDES, S.; AGUIAR, A.; SIQUEIRA, C.; VIEIRA, F. **Intervalo entre a iniciação sexual e a gravidez na adolescência**. Ministério da Saúde/

Hospital Geral de Jacarepaguá (MS/HGJ) – Rio de Janeiro/RJ Tema livre apresentado no IX Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e Adolescência. Salvador, Bahia – 3 a 6 de maio de 2006.

MUSCARI, M. E. Adolescent Health: The first gynecologic exam. **AJN**, v.99, n.1, p.66-67, jan. 1999.

NEINSTEIN L.S. Understanding legal aspects of care. In: Neinstein LS, organizador. **Adolescent health care: a practical guide**. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p.150-5.

NETO, J. A. Comportamento sexual na adolescência. **Jornal da SOGIA**, 2003, n.6, p.8-10.

OSELKA G., TROSTER E.J. Aspectos éticos no atendimento médico do adolescente. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** 2000; 46: 306-7.

PINHO, A., WESTIN, R. **33% das mulheres afirmam ter feito sexo aos 15 anos**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0407200801.htm>. Acessado em 20 dez. 2008.

RAMOS, L.O. Anticoncepção na adolescência. In: Halbe, H.W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Editora Roca; 2000. p.896-902.

REIS, J.T.L. dos. Exame ginecológico da adolescente. In: MAAKAROUN, M. de F.; SOUZA, R.P.; CRUZ, A.R. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p.315-320.

RENA, L.C.C.B. **Projeto Adolescer**: “concepção de sexualidade dos adolescentes no interior de Goiás: consequências para o processo de reprodução humana” Goiás - 1992/1995. Instituto de Psicologia – PUCMG – Betim-MG, 1996.

ROMERO, K.T; MEDEIROS, E.H.G.R.; VITALLE, M. S.A S.; WEHBA, J. O. Conhecimento das Adolescentes sobre Questões Relacionadas ao Sexo. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** 2007; 53(1): 14-9.

ROQUETTE, A.L.B.,CABRAL, A.C.V. Semiologia Ginecológica na Adolescência. **Femina**. 1988 16(11) p.977-8, 983.

SANTOS JUNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência vulnerabilidade à maternidade. Fonte: In. SCHOR, Néia; MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa; BRANCO, Viviane Castelo. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, ago. 1999. p.223-9.

SCHOR, N. **Aborto como questão de saúde pública: estudo da demanda de mulheres que recorreram ao Hospital por complicações do aborto**. São Paulo, 1984. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

SCHOR, N., LOPEZ A., F. Adolescência e anticoncepção. I — Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev. Saúde Pública**, S. Paulo, 24: 506-11, 1990.

SEDENHO, N. e SOUZA FREITAS, J. A. Fatores que influenciam a ocorrência da menarca. **J. bras. Ginec.**,94: 303-8, 1984.

SOBERÓN-ACEVEDO. La actitud de la adolescente por temor, ignorancia o mala información ante la consulta ginecológica. **Gac Med Mex.** 1973, 5(106), p.349-352.

SOUSA, J. G.; COSTA, M.H.A.; RAMOS, V.P.; VÉRAS, D.S.; FURTADO, Í.S.; RAMOS, V.P.; RIBEIRO, M.R.C. Conhecimento sobre Dst/Aids dos adolescentes residentes na Vila Embratel (São Luís/Ma). Universidade Federal do Maranhão. **Anais do V Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS.** Belo Horizonte, 04 a 07/11/2006

SOUZA, A.I., FERREIRA, A.L.C.G., CERQUEIRA, J.M.C., PITUBA, M.C. **Perfil das pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia Infanto Puberal de um Hospital Escola (2001-2003).** Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Recife/PE. Tema livre apresentado no IX Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia da Infância e Adolescência. Salvador, Bahia – 03 a 06 de maio de 2006.

TAKIUTI, A.D. Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente: uma proposta de trabalho. In: MAAKAROUN, M. de F.; SOUZA, R.P.; CRUZ, A.R. **Tratado de adolescência:** um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p.31-47.

TANNER, J. M. **Growth at adolescence.** 2nd ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

TAQUETTE, S.R., VILHENA, M.M. Aspectos éticos e legais no atendimento à saúde de adolescentes. **Adolescência e Saúde**, 2005; 2(2); 10-14.

TORRES, M.E.A. **Perfis e percepções acerca da consulta ginecológica em Belo Horizonte no início do século XXI** . Belo Horizonte, MG .UFMG/Cedeplar 2007.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

URIBE, O.; LÉON, R. Las niñas y adolescentes. **Rev. Colomb. Obstet.Ginecol.** 1996, 47(3), p.163-7.

VELOSO, C. H. **Falando sério sobre drogas.** Disponível em: <http://www.falandoseriosobredrogas.com.br>. Acessado em 11 jun. 2008.

APÊNDICE

MODELO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Idade:

Escolaridade:

Renda Familiar:

Menarca:

Coitarca:

Cor da pele: () branca () preta () parda () indígena () amarela

Você sabe de que o médico ginecologista cuida? () sim () não De quê ?

Você já foi ao ginecologista: () sim () não

1. Resposta “sim”

1.1 Tinha quantos anos? _____

1.2 Qual foi o motivo da consulta? _____

1.3 A iniciativa de ir partiu de quem? _____

1.4 Foi acompanhada ou sozinha à consulta? _____ Com quem? _____

1.5 Era médico ou médica? _____

1.6 Foi examinada na consulta? () sim () não

1.7 Você sabe o que são as DST's? () sim () não Cite as que sabe:

1.8 Foi conversado sobre DST's na consulta? () sim () não

1.9 Já teve alguma DST? () sim () não Qual? _____

1.10 Você sabe o que são métodos anticoncepcionais() sim () não Cite os que sabe:

1.11 Foi conversado sobre MAC na consulta () sim () não

1.12 Usa algum MAC? () sim () não Qual? _____

2. Resposta “não”

2.1 Já teve vontade de ir? ()sim () não

2.2 No momento, tem algum motivo que te levaria? () sim () não Qual?

2.3 Iria sozinha ou acompanhada? _____ Por quem? _____

2.4 Preferiria médico ou médica? _____

2.5 Você sabe o que são as DST's? () sim () não Cite as que sabe:

2.6 Já teve alguma DST? () sim () não Qual? _____

2.7 Você sabe o que são métodos anticoncepcionais() sim () não Cite os que sabe:

2.8 Usa algum MAC? () sim () não Qual? _____

ANEXO

Krogh, Erika

A adolescente e sua consulta ginecológica/Erika Krogh. – São Luís; UFMA, 2008.

52f.

Orientador: Raimundo Antonio da Silva

Dissertação (Mestrado) Saúde Materno Infantil, Universidade Federal do Maranhão, 2008.

1. Ginecologia. Adolescente. I. Silva, Raimundo Antonio da II. Título.

CDU 618.2(043)