

Isabel Bouzas

## Principais queixas ginecológicas na adolescência

Entre os vários motivos que levam uma adolescente ao consultório do ginecologista a grande maioria está relacionada com o desenvolvimento puberal e a sexualidade.

As dúvidas quanto a capacidade reprodutiva somam-se aos medos, às angústias e às inseguranças geradas pelas transformações que ocorrem na puberdade.

Os problemas ginecológicos são relativamente comuns na adolescência, contudo patologias graves são raras. Na **Tabela 1** encontramos as principais patologias.

Uma particularidade no atendimento das adolescentes é a necessidade de avaliar seu *status* sexual (seu grau de relacionamento com o parceiro). É freqüente a negação da atividade sexual, justificada pelo medo da repressão, do julgamento ou da delação aos seus familiares. Essa avaliação influenciará diretamente na investigação diagnóstica e na conduta, devendo, portanto, ser realizada na ausência dos familiares e com total garantia de sigilo médico.

As principais queixas ginecológicas são referentes a irregularidades menstruais, corrimento vaginal, cólica menstrual e alterações mamárias.

**Tabela 1**  
PRINCIPAIS PATOLOGIAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS DA ADOLESCÊNCIA

Abuso sexual	Gravidez e aborto
Alterações mamárias	Hiperandrogenismo
Anomalias uterinas congênitas	Problemas urológicos
Disgenesia gonadal	Puberdade atrasada
Distúrbios alimentares	Puberdade precoce
Distúrbios menstruais	SOP
Doença inflamatória pélvica	Traumas genitais
Dor pélvica crônica	Tumores ginecológicos
DSTs	Vulvovaginites
Endometrioses	

DSTs: doenças sexualmente transmissíveis; SOP: síndrome dos ovários policísticos

Muitas adolescentes vêm à consulta em busca de orientação sexual e contraceptiva, mas têm dificuldade em verbalizar sua necessidade por medo, vergonha ou timidez. Com freqüência ocultam o real motivo com outras queixas como cólicas, sangramentos, mastalgias, corrimento, etc.

### CORRIMENTO VAGINAL

O corrimento vaginal na adolescência pode ser fisiológico. Na puberdade, a ação estrogênica estimula a atividade secretora das glândulas endocervicais, a transudação dos capilares da parede vaginal e a descamação do epitélio, aumentando dessa forma o conteúdo vaginal, o qual se exterioriza na forma de secreção mucóide branca leitosa ou transparente, que se torna amarelada após ressecamento na roupa, surgindo de seis meses a um ano antes da menarca. As adolescentes relatam ter o corrimento há muito tempo (meses, anos), de cor amarelada ou marrom pardo, com cheiro ruim. Negam dor, prurido e ardência. O diagnóstico é clínico e a conduta será a explicação da origem do corrimento e a orientação quanto a higiene e vestuário (evitar roupas sintéticas e muito justas). Nos casos em que as adolescentes e os familiares estiverem muito angustiados, e apenas a orientação não for suficiente para tranquilizá-los, realizamos a citologia vaginal para comprovação da normalidade. Os corrimentos patológicos estão relacionados com as vulvovaginites específicas e inespecíficas, sendo que na adolescência as específicas são as mais comuns, principalmente nas pacientes com atividade sexual. As vulvovaginites mais comuns na adolescência são: candidíase, vaginose bacteriana, gonorréia e infecção por clamídia.

*Ginecologista e obstetra do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA); professora do curso de pós-graduação da área de Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ).*

O início cada vez mais precoce da atividade sexual aumenta a probabilidade de maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e ao vírus da imunodeficiência humana (HIV).

A sintomatologia das DSTs no sexo feminino não é característica, mas variável. O corrimento vaginal é um dos sintomas mais freqüentes, portanto toda paciente com atividade sexual que apresentar secreção vaginal com características patológicas, acompanhada ou não de outra sintomatologia, deve ser investigada para DST e orientada em relação à prevenção.

### > ALTERAÇÕES MAMÁRIAS

O desenvolvimento mamário na adolescência, principalmente nos dias atuais, em que a sociedade hipervaloriza o aspecto sexual, é um grande gerador de ansiedade: sua forma, seu tamanho, seu aspecto, etc. A mastalgia é sintomatologia comum, geralmente ocasionada pelo próprio desenvolvimento mamário e por alterações hormonais do ciclo menstrual. Cíclica, ocorre no período pré-menstrual, de forma bilateral, com predomínio nos quadrantes superiores externos, e, à palpação, podemos encontrar nodulações dolorosas transitórias. O aspecto mais importante no tratamento é a orientação quanto aos motivos da dor e a explicação que não se trata de câncer. Com isso conseguimos resolver cerca de 80% dos casos.

As dores inespecíficas podem ter causas extramamárias, como musculares, neuralgias, coluna vertebral, ou podem estar escondendo motivos reais como assimetrias, hipertrofias, hipotrofias ou simplesmente insatisfação com mamas consideradas feias. As mamas são assimétricas, pois têm origem embrionária diferente, com número de receptores hormonais variados. Na puberdade pode haver um desequilíbrio, com uma mama predominando sobre a outra, o que pode acarretar distúrbios emocionais, comportamentais e psicológicos. A conduta deve ser expectante, aguardando o final do desenvolvimento. Se a diferença persistir, deve-se indicar cirurgia. Nos casos de hipertrofia e hipotrofia, a conduta é semelhante. Muitas pacientes necessitarão de suporte psicológico e assistência durante esse período para prevenir comportamentos patológicos, erros posturais ou depressão.

Os tumores na adolescência são raros e geralmente benignos. O fibroadenoma é o mais comum e apresenta-se ao exame como um nódulo de consistência firme, elástico, móvel, com limites precisos. A conduta é a retirada cirúrgica.

### IRREGULARIDADE MENSTRUAL <

A menstruação, por ser fenômeno ligado à saúde reprodutiva da mulher, tem grande importância em sua vida. A menarca representa o início da capacidade reprodutiva feminina. Apesar de não existir completo amadurecimento físico, psíquico e emocional, fisiologicamente falando já se pode ser mãe. O ciclo menstrual é resultado da interação dinâmica do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano e do trato genital. Sua regularidade e o fluxo normal indicam boa função.

O ciclo menstrual pode ser dividido em três fases: folicular, ovulatória e lútea, e inclui o período entre o primeiro dia de sangramento e o primeiro dia do próximo sangramento. O sangramento pode durar até dez dias, e os intervalos variam de 21 a 40 dias. Na adolescência os ciclos pós-menarca, pela imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, podem ser irregulares nos primeiros anos.

As irregularidades menstruais podem ser classificadas quanto à periodicidade e ao fluxo menstrual. A menstruação é vista popularmente como uma coisa ruim, dolorosa, suja e incapacitante. Esse conceito deve ser modificado, associando-a à saúde e explicando de forma simples o seu significado. No atraso menstrual, mesmo em pacientes irregulares, deve-se descartar a possibilidade de gravidez. A incidência de gestação não-planejada nessa faixa etária é alta e independente do nível sociocultural. As irregularidades menstruais, principalmente associadas a sinais de hiperandrogenismo, podem ser manifestações precoces da síndrome dos ovários policísticos (SOP).

### SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

A SOP é uma das endocrinopatias mais comuns em mulheres em idade reprodutiva, com prevalência variável entre 5% e 10%, dependendo

da etnia, do tipo da população e da faixa etária. De fisiopatologia multifatorial e poligênica, as manifestações clínicas se iniciam na adolescência, no período pré-menarca.

Sua definição tem sido amplamente discutida, sendo que em 2003 o consenso de Rotterdam propôs que para o diagnóstico de SOP, uma síndrome de disfunção ovariana, é necessária primeiramente a exclusão de outras causas de hiperandrogenismo e irregularidades menstruais como síndrome de Cushing, neoplasias secretoras de andrógenos, hipotireoidismo, hiperprolactinemia e formas não-clássicas das hiperplasias adrenais congênitas, requerendo ainda a existência de pelo menos dois entre os seguintes critérios: a) oligo ou anovulação (cujas manifestações clínicas são oligo ou amenorréia, sangramento vaginal disfuncional e infertilidade); b) níveis elevados de androgênios circulantes (hiperandrogenemia) e/ou manifestações clínicas do excesso androgênico (hiperandrogenismo caracterizado por hirsutismo, acne e alopecia); c) ovários com morfologia policística (presença de 12 ou mais folículos medindo entre 2 e 9mm de diâmetro e/ou volume ovariano acima de 10cm<sup>3</sup>) à ultra-sonografia.

A fisiopatologia da SOP continua sendo estudada, e as atenções estão voltadas para defeitos primários do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, para a função ovariana e para a secreção e a ação da insulina. A resistência insulínica (RI) associada a hiperinsulinemia compensatória pode ser a chave da fisiopatologia da SOP. Vários estudos utilizando *clamps* euglicêmicos, teste oral de tolerância à glicose (TOTG) ou teste intravenoso de tolerância à glicose modificado demonstraram a presença de RI e hiperinsulinemia nas pacientes com SOP magras e obesas, sendo que essas últimas apresentam maior RI quando comparadas com as magras.

Em nível central, a insulina parece estar envolvida na secreção anormal de hormônio luteinizante (LH), e em nível periférico promove aumento da secreção ovariana de androgênios através da elevação da expressão do gene CYP17 e da atividade do citocromo P450c17, tendo ação sinérgica com o LH, tanto diretamente como através do estímulo da secreção do fator de crescimento semelhante à insulina 1 (IGF-1). A insulina diminui a síntese hepática de proteína ligadora do fator insulina-símile (IGFBP-1) e da

globulina ligadora dos hormônios sexuais (SHBG), aumentando os níveis de androgênios livres.

Recentemente foi proposta a existência de uma hipersensibilidade das células da teca ovariana à ação da insulina, defeito esse intrínseco e não-secundário ao estímulo crônico pelo LH, e que pode ocorrer na ausência de RI global ou de hiperinsulinemia.

A presença de obesidade em cerca de 50% ou mais das pacientes com SOP é outro achado que reforça a associação entre RI e hiperandrogenismo, embora a RI na SOP seja fator independente da obesidade, essa, sim, certamente um fator agravante. A obesidade andróide, causada pelo acúmulo de gordura abdominal visceral e subcutânea, é o padrão mais freqüente nessas pacientes e o que mais se correlaciona com RI.

As manifestações clínicas da SOP são variáveis, refletindo os níveis de disfunção metabólica. Na adolescência a SOP apresenta sintomas como irregularidade menstrual, acne e hirsutismo, isolados ou em associação. Os sinais precoces podem ser confundidos com as alterações normais do desenvolvimento puberal, perdendo-se a oportunidade de diagnóstico. A irregularidade menstrual na adolescência é considerada uma alteração fisiológica decorrente da imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, sendo explicada pela ausência do *feedback* positivo do estradiol sobre a secreção do LH e resultando em ciclos anovulatórios, sendo que esse *feedback* só se desenvolverá anos após a menarca.

Estudos realizados por Van Hoff *et al.* demonstraram que a presença de oligomenorréia nos primeiros anos pós-menarca se correlaciona com a permanência da irregularidade, e que os ciclos regulares também não se modificaram com a idade ginecológica, ou seja, aquelas com ciclos regulares ao final da adolescência tinham esse mesmo padrão desde a menarca. Alguns autores consideram que a irregularidade menstrual pode representar um sinal precoce ou preditivo da SOP. Não existem ainda critérios bem estabelecidos para o diagnóstico precoce, mas sua importância se justifica pelos seguintes fatos: a RI e a hiperinsulinemia são fatores importantes na patogenia da SOP e da síndrome metabólica (SM). A SM ocorre em 43% das pacientes com SOP e a sua presença em adolescentes com SOP faz com que elas apresentem risco sete vezes maior de

desenvolver doenças cardiovasculares. As pacientes com SOP têm cinco a dez vezes mais probabilidade de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) do que aquelas sem SOP. As alterações dermatológicas da SOP, como acne, hirsutismo, acantose *nigricans* e alopecia, bem como o ganho ponderal, têm efeito deletério na auto-imagem e na auto-estima das adolescentes, podendo gerar comportamentos patológicos perpetuáveis na vida adulta. Enfim, a SOP está associada a sérios problemas de saúde como DM2, cardiopatias, hipertensão, câncer endometrial, neoplasias ovarianas, subfertilidade e infertilidade. Seu diagnóstico precoce pode prevenir ou pelo menos minimizar os efeitos deletérios, através de tratamento e orientação quanto a hábitos de vida como prática de exercícios físicos regulares e dieta saudável. Na adolescência o indivíduo está buscando a sua identidade física, emocional, psicológica e social, o que torna essa faixa etária ideal para implementarmos ações preventivas que se refletirão na vida adulta.

## ➤ CÓLICA MENSTRUAL

A cólica menstrual pode causar dor, geralmente no abdome inferior, relacionada com o fluxo menstrual, irradiando-se para região lombar e coxa. Pode variar de leve a intensa e é o principal sintoma da dismenorréia (em grego, *menstruação dolorosa*), síndrome que pode vir acompanhada de náuseas, vômitos, diarreia e cefaléia. A dismenorréia pode ser primária (não-associada a outras patologias) ou secundária (associada a outras patologias). A primária é muito comum, sendo umas das principais causas de falta escolar. Inicia-se seis a 12 meses após a menarca, coincidindo com os ciclos ovulatórios. A sua fisiopatologia não é totalmente entendida, existindo várias teorias. O fator mais importante parece ser o nível aumentado de prostaglandinas liberadas em resposta à atividade ovariana, o que exacerba as contrações uterinas causando hipóxia, isquemia e aumentando o quadro de dor. O tratamento inicia-se pela explicação da causa da dismenorréia e pela tranquilização em relação à saúde reprodutiva e à intensidade da dor. O componente psicológico pode aumentar a sinto-

matologia, portanto o seu suporte é fundamental.

Em relação à terapêutica, iniciamos com analgésicos (geralmente as pacientes já os usam, o que nos serve como dado para avaliarmos a intensidade da dor), antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs) (devem ser iniciados um dia antes do início do fluxo menstrual, ou no primeiro sinal de dor, e mantidos por um a três dias) e contraceptivos. Para as pacientes com atividade sexual ou aquelas que estejam em vias de iniciá-la, a contracepção pode ser o tratamento de escolha pela dupla ação.

A dismenorréia secundária é mais rara, principalmente na primeira fase da adolescência (Tabela 2). A dor pode se iniciar com a menarca ou muitos anos após, ter início súbito e estar acompanhada de outros sintomas como febre, corrimento, dispareunia, aumento ou irregularidade do fluxo menstrual. Seu tratamento está relacionado com a causa básica.

**Tabela 2**  
PRINCIPAIS CAUSAS DE DISMENORRÉIA SECUNDÁRIA

Doença inflamatória pélvica
Malformação uterina
Tumor anexial
Compressão vascular por tumor
Endometriose
Estenose cervical
Retroversão uterina
Tuberculose uterina

## ORIENTAÇÃO SEXUAL E CONTRACEPÇÃO

A sexualidade é um processo evolutivo que se inicia no nascimento, mas é na adolescência que o indivíduo passa a ter consciência dela e a percebê-la. Devemos lembrar que seu conceito é muito amplo, não se restringindo apenas ao ato sexual ou à saúde reprodutiva, mas considerando todos os fatores do relacionamento humano, a idéia que o indivíduo tem de si e do meio que vive, exercendo papel fundamental em todas as etapas da vida.

Sendo a sexualidade, com suas características polêmicas, de fundamental importância para o desenvolvimento da maturação física, social e psicológica, torna-se um dos principais fatores na criação de situações de risco para os adolescentes, como gestação não-planejada, DSTs, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), comportamentos sexuais patológicos, problemas relacionados com a imagem corporal e abuso sexual. Os profissionais da área de saúde ligados aos adolescentes devem estar capacitados para orientá-los sobre temas relacionados com sexualidade, ato sexual, desejo, prazer, saúde reprodutiva, entre outros. Nas consultas, deve-se abrir um canal para que o adolescente se sinta seguro e estimulado a expor dúvidas, questionamentos e opções. A postura do profissional não pode ser preconceituosa e/ou julgadora. Sua função é passar informações que possam ser utilizadas quando forem necessárias e fazer o diagnóstico das situações de risco.

Nesse contexto, a anticoncepção na adolescência difere de planejamento familiar, pois representa a prevenção da gravidez não-planejada e dos riscos relacionados com a sexualidade; trata-se de um trabalho complexo que exige a associação entre orientação e assistência dos setores da sociedade (família, escola, saúde e governo). A incidência de gestação nessa faixa etária continua aumentando, principalmente abaixo dos 15 anos, apesar da difusão do conhecimento teórico. As estatísticas demonstram a não-utilização ou o uso incorreto de algum método, principalmente nas primeiras relações sexuais. Fatores intrínsecos característicos dessa faixa etária explicam tal comportamento (como o sentimento mágico de que isso não vai acontecer comigo ou a necessidade inconsciente de testar, saber que pode ser mãe) e dificultam o trabalho preventivo, sendo necessária a atuação visando à mudança de comportamento.

Encontramos familiares e profissionais das áreas de saúde e educação com conceitos errados de que a orientação sexual ou a prescrição de um método contraceptivo pode servir de incentivo ou passaporte para os adolescentes iniciarem a atividade sexual. A assistência à saúde reprodutiva e a orientação sexual têm sido motivo de vários questionamentos, principalmente em relação aos aspectos éticos e legais, podendo levar a inseguranças e dificuldades por parte de alguns profissionais. A Constituição Federal (CF) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

garantem o planejamento familiar a todo cidadão, visando a uma paternidade responsável. É dever da família e do Estado assegurar à criança e aos adolescentes o direito à vida e à saúde, e o sigilo médico está garantido aos adolescentes.

Atualmente, na orientação contraceptiva, devemos passar o conceito da dupla proteção. A prescrição do *condom* é obrigatória em qualquer associação. Na decisão do método contraceptivo a ser utilizado devem ser levadas em consideração as características específicas da adolescência e dos contextos social e familiar. A aceitação do método é fundamental para o sucesso da contracepção e está diretamente relacionada com orientação correta, grau de confiabilidade, motivação para o uso e adaptação emocional e psicológica da paciente.

Por vezes um excelente método que não foi escolhido e orientado corretamente pode ser *queimado* e prejudicar todo o trabalho contraceptivo. Devemos sempre lembrar que é na adolescência que o ser humano está formando sua personalidade, fazendo suas escolhas, e uma experiência negativa pode influenciar seu comportamento em relação à saúde no futuro.

Os métodos comportamentais como o coito interrompido e a tabela, que são muito utilizados entre os adolescentes de forma incorreta, não estão indicados para essa faixa etária pelo alto índice de falha e pela necessidade de autocontrole e de conhecimento do corpo. Esses métodos devem ser desestimulados, mas, ainda assim, é essencial que seja ensinada a forma correta de utilizá-los.

Os métodos hormonais estão disponíveis sob diversas formas de apresentação, combinações e esquemas terapêuticos.

O anticoncepcional hormonal oral (ACHO), a *pílula*, é um dos medicamentos mais estudados na terapêutica médica e, quando corretamente utilizado, é um método reversível, eficaz e seguro. Conceitos populares como “pílula dá câncer, engorda, causa infertilidade”, etc. trazidos pelas adolescentes são fatores importantes para o uso e a sua interrupção nessa faixa etária. A explicação sobre o histórico dos ACHO, sua formulação, as dosagens atuais (microdosagens), seu modo de ação e suas vantagens são decisivos para conseguir a adesão da adolescente ao uso continuado do método.

Devemos dar preferência aos ACHOs de menor dosagem hormonal, que acarretam menos efeitos colaterais, e prevenir as adolescentes de que nos primeiros meses de uso podem ocorrer escapes sangüíneos, os quais não estão relacionados com a eficácia do método.

Existem diversas situações clínicas que contraindicam o uso dos ACHOs e que devem ser consideradas. Mas devemos sempre lembrar que as adolescentes não se encontram na faixa etária de risco da grande maioria dessas situações clínicas, e que a morbidade da gestação é maior que a do uso dos ACHOs.

A ação dos ACHOs não interfere no amadurecimento do eixo hipófise-ovariano nem acelera as soldaduras das epífises ósseas.

Nos últimos anos a anticoncepção de emergência, ou *pílula do dia seguinte*, tornou-se popular, sendo um método hormonal usado após relação sexual sem proteção. Seu mecanismo de ação interfere em uma ou mais fases do processo reprodutivo, dependendo da fase do ciclo em que é utilizado, não surtindo efeito quando o ovo já sofreu nidação.

Os métodos mais usados são: Yuzpe (usado desde 1970): consiste no uso de duas doses de 100µg de etinilestradiol + 0,5mg de levonorgestrel com intervalos de 12h até 72h pós relação. Progestagenos: consiste no uso de duas doses de 0,75mg de levonorgestrel em intervalos de 12h ou 1 dose de 1,5mg de levonorgestrel até 72h pós-relação.

A contracepção de emergência associada aos métodos usados seria, teoricamente, de excelente ajuda, mas temos que nos questionar se a sua divulgação não acarretará o aumento do descaso no uso de outros métodos. Ela deve ser orientada, facilitada e divulgada entre os adolescentes, mas sempre enfatizando o caráter de urgência, uma vez que não tem a mesma eficácia nem os mesmos riscos dos métodos utilizados de forma rotineira.

## CONCLUSÃO

As alterações hormonais que ocorrem na puberdade são responsáveis pelas transformações físicas da adolescência, causando sinais e sintomas fisiológicos que, se não forem acompanhados e explicados, podem gerar comportamentos ou alterações emocionais que possivelmente influenciarão a vida adulta.

A maturação sexual, junto com a conscientização da sexualidade, que ocorre nessa fase, é um dos principais fatores que podem colocar adolescentes em situações de risco físico ou emocional. As questões relacionadas com a saúde reprodutiva ocupam lugar importante na vida das mulheres, gerando preocupações e ansiedades que já podem ser detectadas na adolescência e estão entre os principais motivos que levam uma adolescente à consulta médica. Os profissionais devem ter consciência da importância de lidar com essas questões de uma forma integrada e preventiva.

## REFERÊNCIAS

1. Assistência em Planejamento Familiar. Manual Técnico. Ministério da Saúde. 4 edição. 2002.
2. Avvad CK, Holewgerger R, Silva VCG, et al. Menstrual irregularity in first postmenarchal years: an early clinical sign of polycystic ovary syndrome in adolescence. *Gynecol Endocrinol* 2001; 15: 170.
3. Coates V et al. Medicina do adolescente. São Paulo: Savier. 2003.
4. Creighton S. Adolescent Gynaecology. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2005; 15: 183-90.
5. Eisestein E, Bouzas I, Pacheco A. Orientação contraceptiva na adolescência. *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. In: Ferreira JP, organizador. Porto Alegre: Artmed. 2005.
6. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de Ginecologia. 2000.
7. Homburg R, Lambalk C. Polycystic ovary syndrome in adolescence: a therapeutic conundrum. *Human Reproduction* 2004; 19(5): 1039-42.
8. World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning medical eligibility criteria for contraception use. 2th ed. 2000. WHO/RHR/002.
9. Silva RC, Pardini DP, Kater CE. Síndrome dos ovários policísticos, síndrome metabólica, risco cardiovascular e o papel dos agentes sensibilizadores da insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2006; 50(2):281-90.