



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
FUNDADA EM 03/10/95

ANO 8 · Nº 2
ABR/MAI/JUN
2007

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



HIGHLIGHTS DO 15º CONGRESSO MUNDIAL DE GINECOLOGIA INFANTO-JUVENIL



15th World Congress
on Pediatric
and Adolescent
Gynecology

10th Latin American
Congress on
Pediatric and
Adolescent Gynecology

May 6-9, 2007
São Paulo Brazil
Transamérica Expo Center

www.sogia.com.br

- ▶ O TRAÇADO E O DISCURSO DO RELACIONAMENTO AMOROSO DAS ADOLESCENTES
- ▶ ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA – CONSIDERAÇÕES PARA A PRESCRIÇÃO



SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| EDITORIAL | 2 |
| ARTIGO ORIGINAL | |
| O traçado e o discurso do relacionamento amoroso das adolescentes | 3 |
| ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO | |
| Anticoncepção na adolescência – considerações para a prescrição | 10 |
| RELATO DE CASO | |
| Doença inflamatória pélvica em adolescente | 15 |
| NOTÍCIAS E AGENDA | 19 |

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR: José Alcione Macedo Almeida

EDITOR ASSOCIADO:

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL:

Albertina Duarte Takiuti (SP)
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)
Cremilda Costa de Figueiredo (BA)
Cristina Falbo Guazzelli (SP)
Denise Maia Monteiro (RJ)
Elaine da Silva Pires (RJ)
Fernando César de Oliveira Jr. (PR)
Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)
João Tadeu Leite dos Reis (MG)
Jorge Andalaft Neto (SP)
José Domingues dos Santos Jr. (DF)
José Luiz Camargo (PR)
Laudelino de Oliveira Ramos (SP)
Liliane D. Herter (RS)
Marcelino H. Poli (RS)
Márcia Sacramento Cunha (BA)
Marco Aurélio Galletta (SP)
Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)
Maria Virginia F Werneck (MG)
Marta Fancis B. Rehme (PR)
Romualda Castro do Rego Barros (PE)
Vicente Renato Bagnoli (SP)
Zuleide Cabral (MT)

DIRETORIA EXECUTIVA DA SOGIA-BR

Presidente

José Alcione Macedo Almeida

Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

Presidente Emérito

Álvaro da Cunha Bastos

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide F. Cabral

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53
Jardim América
CEP 05412-002 – São Paulo, SP
Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br

josealcione.almeida@yahoo.com.br



O SUCESSO DO 15º CONGRESSO MUNDIAL DE GINECOLOGIA INFANTO-JUVENIL

Se neste editorial simplesmente reproduzíssemos algumas das manifestações por nós recebidas (página de notícias), já estaríamos ilustrando bem, aos leitores que não estiveram presentes ao congresso, o sucesso deste.

Quando retornamos da Grécia em 2004 e anunciamos que o Brasil havia conquistado o direito de sediar o 15º Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-Juvenil, tínhamos a clara visão de que um evento dessa magnitude seria uma grande oportunidade para projetar nosso país no cenário mundial. Entendíamos, naquele momento, que a ginecologia brasileira ganharia ainda maior destaque internacional e que, portanto, o interesse coletivo aglutinaria várias forças que se somariam para alcançarmos, etapa por etapa, o objetivo final.

Para nossa surpresa, já nessa fase, alguns incrédulos manifestaram-se de forma nada animadora. Nesse momento sentimos que era necessário mover o sonho e incorporamos o sentimento de que era possível atingirmos nossa meta mesmo sabendo das enormes dificuldades que enfrentaríamos. Esse sentimento positivo sempre foi maior e nos motivou a seguir na empreitada, acreditando na dedicação, no trabalho perseverante e, sobretudo, consciente de que seria necessário sacrifício. Sabíamos que contávamos com a compreensão e colaboração de nossas famílias e da equipe de trabalho que montamos.

Durante o processo de organização, dificuldades não previstas surgiram e serviram para dar maior força e coesão ao Comitê Organizador que, de cabeça erguida, colocou-se num nível elevado e assim venceu as barreiras que se apresentaram à nossa frente.

Temos consciência de que cometemos alguns equívocos, erramos. Mas, com certeza, os acertos foram maiores. Os desafios foram vencidos com atitudes, trabalho dedicado e transparência nas negociações. Aprendemos muito com nossos erros e acertos, com algumas decepções e, sobretudo, com o comportamento do ser humano.

O importante é que fizemos um congresso bonito, organizado, com ótimo nível científico, merecendo inúmeras felicitações e elogios, principalmente dos estrangeiros que aqui estiveram.

Do ponto de vista político, tivemos dividendos positivos: A presidência da International Federation of Pediatric & Adolescent Gynecology (FIGIJ), pela primeira vez saiu da Europa e ficou na América Latina, com o Professor Ramiro Molina, do Chile, além de José Maria Mendez Ribas, da Argentina, e José Enrique Pons, do Uruguai, em cargos de destaque no Board da FIGIJ. A diretoria executiva da ALOGIA ficou no Brasil com José Alcione Almeida como presidente, Liliane D. Herter como secretária-geral e Marta Francis Rehme como tesoureira, para a gestão 2007–2009.

Durante o congresso, sentimos o entusiasmo dos companheiros vice-presidentes, delegados e congressistas de todas as partes do Brasil, uma energia verdadeiramente positiva. Essa energia faz com que a SOGIA se torne definitivamente uma entidade forte e respeitada.

Deixamos aqui os nossos mais sinceros agradecimentos a todos que nos ajudaram direta ou indiretamente.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

O TRAÇADO E O DISCURSO DO RELACIONAMENTO AMOROSO DAS ADOLESCENTES

ALBERTINA DUARTE TAKIUTI¹ · NEUSA FRANCISCA DE JESUS²
· JOANA KERR³ · FABIANA DUARTE TAKIUTI⁴ · ROSANA R. G. POÇO⁵

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido com 124 adolescentes do sexo feminino e tem como objetivo identificar o perfil do relacionamento amoroso de adolescentes na atualidade, identificando seus principais traços e discursos, suas formas, características, motivações, vivências, seus sentimentos, suas emoções e seus sonhos. As análises levantam algumas questões de como a influência das transformações sociais e culturais refletem sobre seus relacionamentos amorosos e suas manifestações sexuais. Essas influências contribuíram na construção de um novo traçado e um novo discurso que inclui principalmente mudanças relacionadas às motivações, formas de relacionarem-se, expectativas que levam as adolescentes a escolher seus parceiros. Tais influências também indicam a existência de um padrão social que conforma práticas de relacionamentos amorosos diversificados. Concluiu-se que o relacionamento amoroso é vivido com certa ambigüidade e algumas contradições – peculiares do universo adolescente –, mas também gerado por uma tensão: de um lado querer cultivar traços do amor tradicional – o namoro –, de outro, submeter esse relacionamento aos códigos e símbolos que caracterizam as relações da modernidade, que no momento atual, é o ficar.

Palavras-chave: adolescente, relacionamento amoroso, ficar, namoro, discurso.

ABSTRACT

To establish the profile of amorous relationships of adolescent girls related to the experimentation of sexuality, identifying the most important traces, life experiences, speeches, feelings, emotions and dreams. The research employed both qualitative and quantitative strategies, centered in the participant observation, performing open interviews according to a basic script directed to 124 adolescent girls enrolled in the attention service, with ages between 13 to 20 years. Analysis raise some questions such as the influence of social and cultural transformations, either claimed as ideal or not, in the amorous relationships of adolescent girls and on their sexual and amorous manifestations. These influences have contributed to the construction of a new tracing and a new discourse, including, especially, changes related to motivation and ways of relationship, expectations of the adolescents in their choice of partners and indicate a social pattern that conform the practices of diverse amorous relationships, but, when stimulated to choose between “casual relationships” and “dating”, dating is preferred, as a search for satisfaction in many different levels and forms of relationships, even though this is not the practice they most often adopt.

INTRODUÇÃO

A proposta deste estudo objetiva investigar os aspectos relacionados às mudanças significativas ocorridas nas relações entre os parceiros e, a partir dessas mudanças, os novos padrões de convivência que foram estabelecidos. O que se examina são as bases em que são estabelecidas as relações amorosas e as dinâmicas que lhes são próprias, à luz das questões do acesso e da permanência às políticas públicas e de sua contribuição na emancipação dessas adolescentes.

Por essa razão, são exploradas várias dimensões, tais como: idade média no início do primeiro relacionamento e também do atual; classificação, principais características e traços dos relacionamentos amorosos; idade média da primeira relação sexual com o primeiro parceiro e também com o atual; idade média no primeiro namoro; estado conjugal; segurança afetiva; motivações; renúncias; separações; vivências; nível de satisfação com o relacionamento quanto à experimentação da sexualidade

identificando seus principais traços. Incluem-se também suas vivências, falas, seus sentimentos, suas emoções, seus sonhos e que tipo de aprendizado e influência advém de sua convivência com a equipe multiprofissional do Programa do Adolescente.

Tal perspectiva analítica é basilar e, ao indagar quais as mudanças que vêm ocorrendo no relacionamento amoroso das adolescentes, a tentativa foi a de discorrer sobre sua construção social. Buscar seu significado, isto é, recorrer ao que é construído e vivido no cotidiano por quem dele faz parte.

Partimos do pressuposto que, em cada época histórica, as manifestações sexuais e amorosas, aceitas ou não, também são o reflexo das transformações sociais e culturais que os indivíduos vivem.

Por essa razão, este estudo caracteriza-se como uma análise dessas manifestações com seus substratos simbólicos, enfatizando dinâmicas e contextos.

METODOLOGIA

A estratégia metodológica quali-quantitativa da pesquisa centrou-se na observação-participante, na realização de entrevistas abertas seguindo um roteiro-base dirigido às 124 adolescentes integradas ao atendimento, de 13 a 20 anos de idade, do sexo feminino, da região metropolitana de São Paulo.

Alguns critérios foram estabelecidos como condicionantes para a participação das adolescentes na pesquisa: faixa etária, ter parceiro atual e estar participando das atividades do programa por pelo menos um ano.

O roteiro foi estruturado em duas partes: na primeira foram estudados as características e os dados relativos ao primeiro relacionamento amoroso e, na segunda, parte dos dados relacionados ao perfil do parceiro atual e as características desse relacionamento.

O estudo deteve-se nas seguintes dimensões: caracterização das adolescentes e do parceiro atual, idade média no início do primeiro e do segundo relacionamento, classificação e características do primeiro e do segundo relacionamento amoroso, idade média da primeira relação sexual com o primeiro e com o segundo parceiro, idade média no primeiro namoro, idade média no início da vida sexual, estado conjugal, contracepção, aborto e número de filhos vivos. E, ainda, principais traços e marcas dos relacionamentos amorosos, classificação dos relacionamentos, vivências, nível de satisfação das adolescentes com o relacionamento, sentimentos, segurança afetiva e motivações.

A metodologia foi constituída de quatro etapas, a saber:

- Elaboração e discussão do roteiro por todos os pesquisadores;
- Testagem do roteiro com um grupo de adolescentes com perfil exigido para a pesquisa;

- Análise e avaliação da aplicabilidade do roteiro;
- Aplicação do questionário um mês depois, com modificações nas situações de vida e trabalho, para verificação de possíveis mudanças no entendimento dos conceitos.

Coleta de dados – As entrevistas individuais feitas com as adolescentes foram realizadas com um roteiro-base estabelecido, e a duração dos depoimentos, em média, ocupou 40 minutos, e foram realizados no próprio local onde se desenvolve o atendimento.

Análise – A identificação dos indicadores, destacando-se as frases e palavras-chave mais presentes e contextualizadas na leitura das entrevistas, e os indicadores foram agrupados por dimensões que expressaram importância e relevância para os objetivos a que se propõe o estudo e, finalmente, puderam ser feitas a construção teórica e a relação da síntese que foi construída a partir dessas dimensões.

RESULTADOS

Parte 1: resultados relacionados ao primeiro relacionamento amoroso

Participaram das entrevistas 124 adolescentes, com frequência ao Programa do Adolescente pelo período de 2 e 4 anos e, no tocante à faixa etária, 76,5% tinham entre 15 e 18 anos (Figura 1).

Cerca de 25,7% têm ensino fundamental, 69,3%, ensino médio; 4,8%, ensino superior (Figura 2). Do total, 18,5% das adolescentes abandonaram a escola, sendo que 3,4% por terem engravidado e 4% para casarem-se.

Na época das entrevistas, 6,4% estavam grávidas e 4,8% já tinham filhos. Em relação ao estado civil, 95,9% delas são solteiras e 4% casadas. Por fim, 75% não trabalham.

O primeiro relacionamento amoroso ocorreu em média aos 14 anos. Sendo que em 12,5% das adolescentes entre 8 e 11 anos; em 61,3% entre 12 e 15 anos e em 25,8% entre 16 e 20

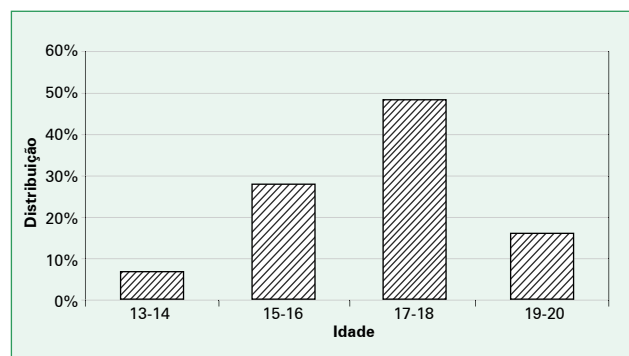


Figura 1. Idade das adolescentes

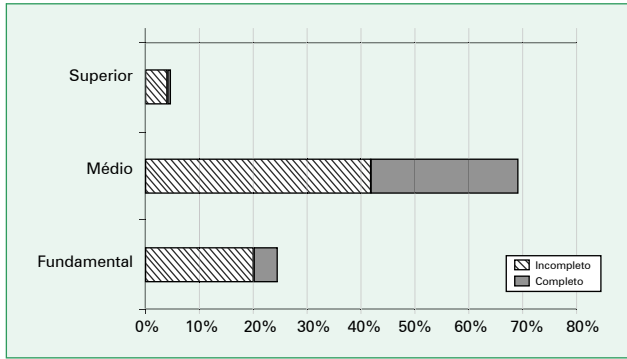


Figura 2. Escolaridade das adolescentes

anos. As motivações que levaram a “escolha” do primeiro relacionamento estão em sua maioria (88,7%) relacionadas ao jeito de ser e às atitudes, como olhar, simpatia, sorriso, meiguice, alegria; e em apenas 11,3% dos casos são relacionadas ao físico.

O conhecimento do primeiro parceiro se deu para 36,9% por meio de amigos, festa e rua; 30,6% conheceram-se na escola e 22,5% eram vizinhos.

Cerca de 30,7% das adolescentes tiveram sua primeira relação sexual com a idade média de 15 anos. Tendo ocorrido entre 11 e 13 anos para 20,5%; entre 14 e 16 anos para 55%; entre 17 e 20 anos para 23,9% (Figura 3). As que não tiveram relações sexuais no primeiro relacionamento representam 69%.

Uma parte significativa das adolescentes (47,3%) teve relações sexuais no período de 2 a 5 meses após o início do relacionamento; 21%, de 6 a 8 meses após; 15,7%, de 1 a 30 dias após; e 15,7%, de 9 a 12 meses após o início do relacionamento. As adolescentes que tinham relacionamento com parceiros adultos (0,6%) iniciaram sua vida sexual na primeira semana.

O tipo de sentimento para com o parceiro foi definido pelas adolescentes como amor (48,3%), paixão (24,1%) ou carinho (13,7%). Indagadas sobre os locais de encontro, os dados mais significativos foram: 29% na escola, 23,3% nas casas e 13,7% na rua.

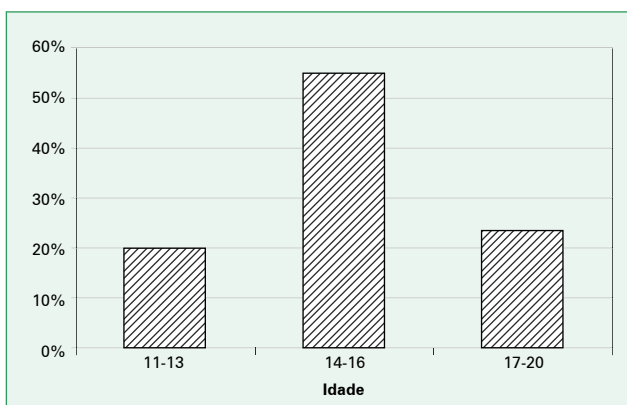


Figura 3. Primeira relação sexual

A classificação do relacionamento por 50,8% das adolescentes foi como namorando; 33% “ficando” e 12,9% “de rolo”.

Expressivamente o que mais as adolescentes gostavam de fazer com seus parceiros era passear (34,6%); conversar (28,2%); ir ao cinema (9,6%); beijar (8%); ir às baladas (5,6%); ir ao shopping (5,6%). A frequência desses encontros foi assim distribuída: (50,8%) todos os dias; (31,3%) de uma a quatro vezes por semana. Os locais de encontro: 29% na escola; 19,3% na rua, 20,9% na casa dele e 10,4% em sua própria casa.

O que marcou o relacionamento amoroso: sentimentos como sinceridade, amizade, companheirismo e confiança para 74,7% das adolescentes; primeira relação sexual para 7,2%; traição e brigas para 6,4%.

Quanto à duração do primeiro relacionamento amoroso, os números mais significativos foram: para 33% das adolescentes a relação durou de 1 dia a 4 meses; para 28,2%, de 1 a 2 anos; para 19,2%, de 5 a 11 meses.

Parte 2: dados sobre o relacionamento amoroso com o parceiro atual

Uma grande parte das adolescentes, 50%, conheceu seu parceiro atual em festas na companhia de amigos ou, então, por intermédio deles, 12% na escola e 20,9% eram vizinhos. A maioria classifica o relacionamento como namoro (66,1%), 16,1% como ficar, 8,9% são casamentos e 7,3% classificam como rolo (Figura 4).

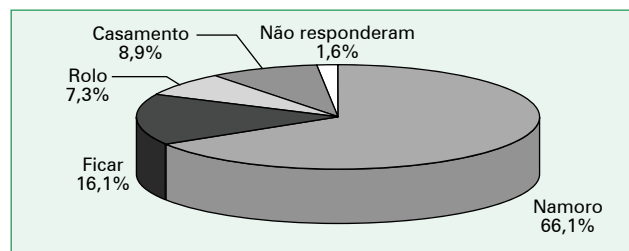


Figura 4. Classificação do relacionamento atual

A atração pelo parceiro atual tem como principal motivação, para 80,7% das adolescentes, o jeito de ser e as atitudes do parceiro: simpatia, timidez, sinceridade, olhar, jeito alegre, extroversão; para 10,5%, beleza; e somente para 2,4% é o sexo (Figura 5).

Entre os locais de encontro, destacam-se baladas e shoppings (35,4%); rua (29%); casa dele (9,6%); a própria casa (8,8%) e motel (4%). Os sentimentos são descritos como amor (55,6%), paixão (16,9%) e gostar (12%) (Figura 6).

A maioria, 69,3%, tem relações sexuais, 29% não e 1,6% não mais. A primeira relação sexual com o parceiro atual ocorreu entre 1 dia e 3 meses após o início do namoro (58,1%); entre 4 e 7 meses após (20,8%); entre 8 e 12 meses após (16,2%) ou depois de 1 ano de namoro (4,6%).

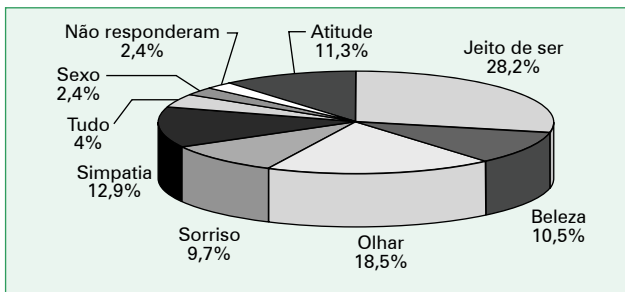


Figura 5. Motivações para escolha do parceiro atual

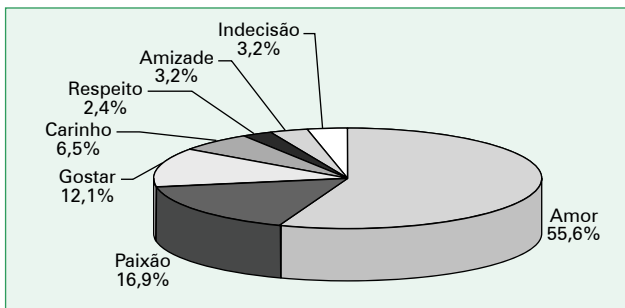


Figura 6. Sentimento para com o parceiro atual

As adolescentes com vida sexual ativa somam 69,3% do total. Destas, cerca de 87,2% utilizam método contraceptivo; 3,4% não utilizam e 3,4% querem engravidar e também não utilizam método contraceptivo. Das que usam, 40,6% escolheram preservativo; 27,9%, pílulas, 16,2%, pílulas e preservativo e 13,9% não especificaram (Figura 7).

As adolescentes que já passaram por uma gravidez totalizaram 14,4%, sendo que 6,4% estavam grávidas no momento da entrevista e nenhuma delas se referiu ao aborto espontâneo ou provocado. Destas, 4,8% têm filhos.

As adolescentes satisfeitas com o relacionamento somam 55,6%; não satisfeitas, 20,1%; e muito satisfeitas, 13,7%. As que se sentem seguras com o relacionamento somam 47,5%, e as que não se sentem, 44,3%. Quanto a possibilidade de renunciar ao relacionamento, 47,5% responderam não e 37,9%, sim. Parte das adolescentes, 62%, diz que o parceiro exerce influência em suas vidas, e 38,7%, não.

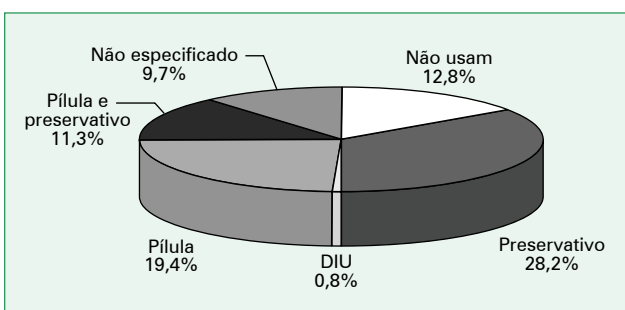


Figura 7. Contracepção

A maioria, 83,8%, assume o atual relacionamento como escolha pessoal. Para 34,6% das adolescentes, o relacionamento com seu parceiro 24,1% não significa nada, 14% amor, 12% segurança, 11,2% confiança e 27,3% e 14,4% ser feliz e compreensão. Indagadas sobre o que elas esperam deste relacionamento, 34,6% esperam casar, 18,5%, nada, 17,7%, não sabem e 13,7%, ser felizes.

DISCUSSÃO

O presente estudo traz significativas contribuições para a compreensão das transformações e alterações ocorridas no relacionamento amoroso das adolescentes. Os resultados obtidos neste estudo indicam que houve alterações ligadas tanto às motivações que levam as adolescentes a se sentirem atraídas por este e não por aquele parceiro quanto com relação às formas de relacionarem-se. O modo como as adolescentes se relacionam com seus parceiros sugere que as transformações que foram progressivamente acontecendo durante séculos influenciaram nos relacionamentos entre homens e mulheres, constituindo-se a partir de mudanças sociais e culturais e gerando novos tipos de relações amorosas entre eles.

A escolha pelo parceiro caracteriza-se predominantemente pela atração aos aspectos relacionados ao que elas denominam de “jeito de ser” e às atitudes dos parceiros, como tipo de olhar e de sorriso, jeito meigo e carinhoso, simpatia, ser alegre, extrovertido, amoroso, companheiro.

São constatações que sugerem que tanto as motivações quanto as formas que conformam seus relacionamentos amorosos são parametrizadas por outras referências, diferentemente do que ocorria no passado, em que as relações entre homem e mulher eram centradas nas escolhas dos padrões patriarcais: perpetuação das obrigações morais e das tradições familiares, mas a partir de valores e sentimentos que lhes dão significado.

Isso equivale a dizer que a forma e os padrões de ordem afetiva e psicológica influenciam o processo de escolha e decisão, ainda que nem sempre ponderados de forma racional. Em geral, essa modalidade produz uma tensão entre a necessidade de segurança afetiva e os apelos e estímulos da mídia e dos pares para assumirem novas formas relacionais.

Dessa forma, a escolha do parceiro é evidenciada por novas expectativas e inaugura nova intencionalidade. As falas de três adolescentes (Y, X e Z) são representativas do discurso de 72% delas, duas falas são: *quero ter um relacionamento muito tranquilo, mas que haja respeito entre nós; o que eu quero é um relacionamento que exista compreensão, confiança, amor, amizade entre mim e ele (...). E que os dois se respeitem e respeitem a decisão um do outro.*

Esses discursos permitem inferir que há nesse modo de relacionar-se a busca por um relacionamento igualitário, com direitos e obrigações em equivalência. As novas relações estabelecidas entre as adolescentes e seus parceiros expressam que as mudanças sociais permitiram que os vínculos de domínio e subordinação de outrora fossem substituídos por uma relação mais igualitária e menos hierarquizada.

Esses dados são corroborados por Giddens (1998) quando se refere às relações amorosas entre homem e mulher na modernidade, explicitando que a ausência dessas condições muitas vezes leva imediatamente à separação do casal. Ao que parece, tal fato é decorrente de mudanças no comportamento da mulher.

Para ratificar essa tendência, Giddens (1998) ressalta que hoje a situação é muito diferente, pois, enquanto *os homens em geral falam em termos de “eu”, as mulheres se expressam em termos de “nós”, o que acaba por causar inúmeras divergências e conflitos nos relacionamentos* (p.32). Para esse autor, os relacionamentos amorosos contemporâneos não trazem mais o componente da indissolubilidade; o afeto e o relacionamento são contingentes e são pautados numa negociação de reciprocidade dentro de uma relação horizontal entre homem e mulher, inspirada em valores de igualdade entre as partes, e dura enquanto durar a co-satisfação entre os parceiros.

Entretanto, a análise aponta que essas alterações não significam ausência de sentimentos, elas enfatizam em seus discursos amor, paixão, gostar, carinho, afeto. Talvez possamos salientar que estes não se constituem, no relacionamento amoroso, fatores de mudanças, mas são os fatores culturais, ideológicos, sociais, políticos e econômicos que são elementos constitutivos e ao mesmo tempo determinantes num processo de mudança de comportamento.

Alguns autores como Castro (2004) vêm tecendo considerações contundentes a estas novas práticas relacionais, demonstrando, com muita pertinência, que os relacionamentos articulam-se aos sentimentos, concentrando as emoções e as esperanças de felicidade nesses vínculos. Esses aspectos podem ser constatados em seus discursos quando mencionam características que elas consideram como indispensáveis ao sucesso de qualquer relacionamento amoroso: *a confiança, o companheirismo, a intensidade do carinho que um tem que ter pelo outro, o respeito e a entrega*.

Desse modo, o amor passa a ser: *uma palavra semanticamente articulada a outras, como prazer, bem-estar, conforto, felicidade, boa vida, alegria ou, ao contrário, a sofrimento, decepção, frustração. Ideais impossíveis, esperanças não correspondidas e assim por diante* (Castro, 2004:37).

Surpreendentemente, na categorização do relacionamento (namoro, ficar, rolo, rolinho, casamento) feita pelas adolescentes

entrevistadas, predominou a categoria namoro e não o ficar, contrariando nossa expectativa a partir da ótica e da retórica propalada pelos meios de comunicação. A preferência por esse tipo de relacionamento amoroso está intrinsecamente relacionada à representação do namoro para essas adolescentes, conforme expressam alguns de seus discursos: *um relacionamento mais sério onde você vai conhecer mais a fundo a pessoa; ter um companheiro com quem você pode confiar, amar e contar com ele o tempo todo*.

Vista por meio desses discursos, a concepção de namoro parece assim representada como uma aproximação mais física e íntima, com compromisso de fidelidade e de relações afetivas e sexuais, que pode ser sintetizada no discurso de uma delas: *namorar precisa de mais intimidade. Além de seu namorado, ele tem que ser seu amigo, saber tudo que acontece com você. Você cobra mais da pessoa. (...) namorar já é muito mais que só beijar, tem que ter responsabilidade*.

Isso indica claramente que apesar de o “ficar” ser a forma de relacionamento mais conhecida e estimulada, ela não é citada como o relacionamento preferido, ou seja, aquele que o adolescente imagina como ideal ou que gostaria de experimentar.

O que essa aparente contradição significa? Será que há hipótese de o “ficar” ser um modo de explorar e experimentar sentimentos, parceiros e situações para posteriores escolhas e tomadas de decisões mais realistas? Ou essa contradição é consoante com o pensamento de Bauman (2004), ao sinalizar que apesar dessa disparidade entre o imaginário e a realidade, as adolescentes sonham em encontrar um namorado que preenchem e atendam suas expectativas?

Ao que parece, isso indica uma possível distância entre o imaginário e o concreto, entre o discurso idealizado e a ação concreta. De um lado, há uma busca de liberdade, do prazer e do imediato e, por outro, a busca do amparo. É bom “ficar”, mas a falta de uma perspectiva de futuro produz uma sensação de desamparo e insegurança; é bom namorar e casar, mas a vida fica muito limitada e pesada pelos compromissos assumidos, encargos domésticos e dificuldades na convivência diária.

Essa dualidade, ambivalência, é reconhecida como uma característica própria do universo da adolescência em função do processo de autoconhecimento que estão vivenciando, caminhando em direção a identificação do próprio desejo (Aberastury, 2001). As adolescentes vivenciam o conflito entre o paradigma do amor romântico e as novas formas amorosas. Ao viver essa dualidade, elas deparam com questões da busca do prazer imediato, incentivado pelos pares e pelos meios de comunicação, e, ao mesmo tempo, com o desejo de casar virgem.

Por isso, nas sociedades contemporâneas, *o ideal romântico, a despeito de perder sua plausibilidade, mantém uma enorme importância* (Max Sheller, 2005:54), constituindo ainda ma-

triz de referência relevante para escolhas e comportamentos individuais, como expressa o discurso de uma delas: *eu não vivo sem ele*.

Como idealização, o amor romântico promete ao indivíduo o reconhecimento pleno de sua singularidade, assim, é possível ao sujeito aderir a ideais modernos, mas subjetivamente, conservando ideais “arcaicos”. Nesse sentido, pode-se depreender que, dada à velocidade com a qual se operam as mudanças e a possibilidade da permanência de códigos tradicionais, os processos de escolha se tornam conflitivos.

Embora o ficar presente um ideário de horizontalidade, ao que parece na prática, constitui uma situação de verticalidade. Como ocorria nas experimentações e escolhas amorosas do passado, é sobre ela (a mulher) que recaem, com mais intensidade, o sofrimento produzido pela sensação de desamparo, insegurança e desconfiança, sensações estas relacionadas aos modelos contemporâneos de relacionamento afetivo (Takiuti, 2001).

As decisões para as aproximações, que antes duravam horas ou dias, até o início das primeiras carícias ou até mesmo pegar na mão, eram processos gradativos, lentos e tímidos, e transformaram-se em ações-relâmpagos. O compromisso com a obtenção do prazer momentâneo torna possível a um casal se conhecer, acariciar-se e transar em uma só noite, depois se separar e talvez nunca mais se encontrar ou manter qualquer tipo de relacionamento. A adolescente vive ao mesmo tempo a tensão gerada por modelos de amor e relacionamentos antigos e novos modelos gerados pelas forças psicossociais da atualidade, como revela uma adolescente: *se hoje eu fosse escolher um outro parceiro, escolheria um que tivesse outro jeito do meu atual, trocaria um tímido, devagar, por um escrachado*.

Se por um lado é atraente o ideário do amor romântico, pela promessa de segurança, fidelidade e durabilidade, por outro também é fascinante a promessa de independência e autonomia, deixando em relevo um forte traço da adolescência.

Seguindo esse raciocínio, fazem sentido as definições sobre o “ficar”: *é só ficar um ou dois dias, não é gostar da pessoa, é só para se divertir; é ter desejo de beijar, abraçar e até mesmo transar com uma pessoa. A pessoa realiza esse desejo e fica com a pessoa mais ou menos dois ou três dias e depois se esquece dela*¹.

O ficar também foi descrito por algumas delas como uma forma de relacionamento ou fase preliminar ao namoro: eu comecei ficando depois virou namoro. Neste sentido, é possível que o ficar para essas adolescentes assuma em certos

momentos características de um rito de passagem que pode levar ao namoro.

Assim, parece-nos que ficar e namorar podem ser duas fases de um relacionamento ou podem ser excludentes. De um lado, talvez possamos afirmar que para essas adolescentes a ausência total de compromisso no relacionamento amoroso, em que não há fidelidade e reciprocidade, também são questionáveis e adotem regras aparentemente invisíveis. Pode revelar também que as práticas sexuais na adolescência são diversas e heterogêneas, portanto não são lineares.

Por intermédio das análises das entrevistas, pôde-se constatar que no relacionamento amoroso o sexo não aparece como um componente isolado do comportamento dessas adolescentes, apontando em seus discursos que a busca do prazer é impregnada de emoções, sentimentos, afetos e relações.

É perceptível um claro apelo de reciprocidade, conforme podemos identificar em alguns relatos: *Que vale ficar, ficar, ficar e não dar em nada?: Eu o amo, mas ele só quer sexo; Terminei porque ele não me amava, ele queria ficar com as duas*.

Embora essa sinalização explicitamente ou implicitamente soe como uma regra, tal propósito parece não corresponder ao tipo de conduta e à atitude que foram localizadas neste estudo. São relatos que elas manifestam não quererem para si, por considerarem traição, mas que realizam: *para falar a verdade eu tenho um rolo. Ele é casado; estou casada, mas tenho um namorado há 1 ano; sou casada, mas já tive um caso, terminei porque dava muito rolo, ele além da mulher tinha outra; tenho dois namorados*.

A esse propósito nos lembra Giddens (1998) que a frequência de relações extraconjugais se encontra na mesma proporção entre mulheres e homens casados, o que não parece ser exceção nos relacionamentos entre a população mais jovem. O adolescente não apenas possui facilidade para se deslocar no espaço geográfico, como também o faz no plano social e psicológico². Por essa razão, o sentimento do insucesso amoroso para os adolescentes é acompanhado de culpa, baixa auto-estima e não de revolta contra o valor imposto pela sociedade (Giddens, 1998).

Assim, em que pesem essas mudanças, nota-se que alguns valores, crenças e planos de vida parecem ficar imunes, “perpetuando-se”, independentemente dessas transformações, ainda que a “certeza” do infinito seja mais presente no passado.

No aspecto que diz respeito à contracepção, os resultados sinalizam que a prática do uso do contraceptivo foi incorporada pela maioria das adolescentes entrevistadas, indicando, entre

¹ Alguns estudiosos, como Bauman (2004), afirmam que o ficar não é um fenômeno superficial e isolado, mas conecta-se com outras subjetivações produzidas na sociedade contemporânea. Para ele, tal modalidade pode ser tomada como expressão dos novos padrões que vão sendo estabelecidos em todas as esferas da vida humana, seja no trabalho, na vida familiar, nas amizades e em outras. A noção de tempo longo, de plano de futuro, necessária à continuidade dos laços, passa ser substituída pela de tempo fugaz ou pela noção de intensidade.

² A cultura da mobilidade, da flexibilidade, da efemeridade e da provisoriidade e as subjetivações pertinentes também elege o adolescente como modelo. A eles são imputadas tais qualidades e sobre ele é que, principalmente, vão-se realizar esses desígnios da contemporaneidade (Bauman, 1998).

outros aspectos, a auto-estima, a autoproteção e o cuidado consigo. A incorporação dos métodos contraceptivos indica que a vivência nos grupos do programa, coordenados pelas equipes multiprofissionais e sob a égide de princípios democráticos, fornece um clima propício à comunicação e um espaço possível de relações sociais e de diálogo, atuando como fatores de proteção (Jesus, 1998).

CONCLUSÕES

As análises indicam que os relacionamentos amorosos das adolescentes expressam as tendências (atualmente, “ficar”, “rolo”) e manifestações socioculturais presentes nas sociedades em que vivem. Os resultados revelam que as mudanças socioculturais ocorridas nas últimas décadas influenciaram diretamente esses relacionamentos amorosos.

Entretanto, é possível concluir que esse relacionamento é vivido com certa ambigüidade e algumas contradições geradas por certa tensão: de um lado, querer cultivar traços do amor tradicional – o namoro – de outro, submeter esse relacionamento aos códigos e símbolos que caracterizam as relações da modernidade, que no momento é o “ficar”. Porém, entre ficar e namorar, o namorar é mais desejado, como busca de satisfação e forma de relação, ainda que não se constitua como a forma mais praticada. Podemos assim inferir que embora as adolescentes estabeleçam seus relacionamentos amorosos pautados sob novos parâmetros e novos valores ditados pela sociedade contemporânea, a influência dos padrões tradicionais não está de todo subtraída de seu imaginário.

É esse conjunto de referências que permite reconhecer e interpretar que os relacionamentos amorosos das adolescentes

incorporam novas características e são influenciados por novos paradigmas da sociedade moderna, que privilegia o lúdico e a imagem, regida por valores de ordem estética, mas que têm no seu discurso um forte apelo ao companheirismo e à fidelidade. Isso indica que os aspectos relacionados aos sentimentos e à subjetividade ainda se encontram no ideário feminino.

Essas influências contribuíram na construção de um novo traçado e um novo discurso que inclui principalmente as mudanças relacionadas às motivações, formas de relacionar-se e as expectativas que levam as adolescentes a escolher seus parceiros e indicam a existência de um padrão social que conformam práticas de relacionamentos amorosos diversificados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury A, Knobel M. *Adolescência Normal*. Porto Alegre, Artes Médicas, 2001.
- Bauman Z. *Mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.
- Bauman Z. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. São Paulo, Jorge Zahar, 2004.
- Castro JF. *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. 4.ed. Rio de Janeiro, Rocco, 2004.
- Foucault M. *A ordem do discurso*. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo, Loyola, 1972.
- Giddens A. *A transformação da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo, Unesp, 1998.
- Luhmann N. *Amor como paixão*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994.
- Jesus NFA. *Cidadania da adolescente no contexto das práticas institucionais*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), 1998.
- Sheller M. *A situação do homem no mundo*. Lisboa, Edições 70, 2005.
- Takiuti AD. *Utopia? Análise de um modelo de atenção integral à saúde do adolescente no sistema único de saúde do Estado de São Paulo*. Rio de Janeiro, Artes e Contos, 2001.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente • Secretaria de Estado da Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 • 10º andar • Cerqueira César • 01246-000 • São Paulo (SP)

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NO ESTUDO

Ambulatório de Ginecologia da Adolescente da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo e Casa do Adolescente de Pinheiros do Programa Saúde do Adolescente
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Brasil

TITULAÇÕES

1. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP), e coordenadora do Programa do Adolescente – Secretaria de Estado da Saúde – SP.
2. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP).
3. Médica em Pediatria pela Universidade de São Paulo (USP).
4. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP) e graduanda em Filosofia pela Universidade de São Paulo (USP).
5. Auxiliar de enfermagem do Programa do Adolescente – Secretaria de Estado da Saúde – SP.

ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA – CONSIDERAÇÕES PARA A PRESCRIÇÃO

JOÃO TADEU LEITE DOS REIS¹

RESUMO

O objetivo desta atualização é avaliar pontos fundamentais quando da prescrição de anticoncepção durante a adolescência, que deve ocorrer de acordo com os *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais*, da Organização Mundial da Saúde, considerando maior adesão, menor possibilidade de falha por esquecimento do uso e abandono do método, utilizando-se benefícios, além da anticoncepção, quando necessários.

Palavras-chave: anticoncepção; adolescência; sexualidade.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate essentials points when the prescription of contraception in the adolescence, based on the Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use from the World Health Organization considering the compliance, how consistently and correctly it is used, provides advantages other than the contraceptive.

INTRODUÇÃO

A ideia de planejamento familiar começou a tomar corpo a partir de 1946, mas os métodos anticoncepcionais somente se difundiram pelo mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos, na década de 1960. Apesar de a política pública de saúde na última década ter visado principalmente a saúde reprodutiva, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ainda existem no mundo cerca de 500 milhões de pessoas sem acesso à anticoncepção efetiva.

Em 1994 ocorreu no Cairo, Egito, um marco no que diz respeito às questões reprodutivas: a IV Conferência Mundial da Organização das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento. Dela, 179 países foram signatários, entre eles o Brasil, firmando um pacto que objetivava acesso universal à saúde e à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, o que permitiria escolhas responsáveis e equidade entre os sexos. Dessa forma, inseriu os adolescentes como sujeitos que devem ser abarcados pelas normas, programas e políticas públicas. Em 1999,

a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou um processo de revisão das decisões de 1994, documento que ficou conhecido como Cairo 5, garantindo os direitos dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, consentimento informado, educação sexual, inclusive no currículo escolar, informação e assistência à saúde reprodutiva¹⁻³.

Como consequência, há atualmente uma preocupação quanto às noções de paternidade responsável, o que abrange o conhecimento de todos os métodos anticoncepcionais e o respeito à sua livre escolha. Isto significa a confirmação às adolescentes do direito de tomar decisões sobre seu comportamento reprodutivo: número, espaçamento e oportunidade de ter filhos^{1,2,4}.

FERTILIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência, definida pela Organização Mundial da Saúde como a faixa etária entre os 10 e 19 anos, é uma fase de formação e estruturação com repercussões para toda a vida. O censo de 2000 mostrou que a população de adolescentes corresponde a praticamente 21% da população total do Brasil, distribuídos em

49,5% do sexo feminino e 50,5% do sexo masculino. O mesmo censo salientou ter sido entre 15 e 19 anos a única faixa etária em que a taxa de fertilidade aumentou, sendo mais expressiva em jovens menos escolarizadas, mais pobres e residentes em áreas urbanas. Se em 1980 números do extinto Inamps mostravam que 13% dos partos no país eram realizados em menores de 19 anos, estatísticas do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que quase 30% dos partos realizados no país em 2002 foram em adolescentes, com um inquietante aumento entre adolescentes de 10 a 14 anos⁵. Análise dos números do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc/Datasus) aponta para uma queda no número de nascidos vivos de mães nas faixas etárias de 15 a 19 anos e de 10 a 14 anos a partir de 2001⁵. Apesar de poder estar relacionada com o desejo de ser mãe e de constituir família, de maneira geral, a gravidez não planejada antes dos 19 anos pode ser considerada uma situação de risco, muitas vezes interferindo na estruturação de vida da adolescente, com reflexos na sua continuidade nos estudos e acesso ao mercado de trabalho.

Dados de 2000 mostram que do total de partos pelo SUS, 1,29% ocorreu entre adolescentes de 10 a 14 anos e 25,84%, entre 15 e 19 anos. Nesse mesmo ano foram registradas 127.740 internações por aborto, das quais 59% referiam-se a jovens na faixa etária dos 20 aos 24 anos, 39% a adolescentes entre 15 e 19 anos e 2,50% a adolescentes na faixa dos 10 aos 14 anos. Em 1997, as complicações provocadas pelo abortamento inseguro foram responsáveis por 16% das mortes maternas de mulheres de 15 a 24 anos; e em 2003, 37% das internações pelo SUS de mulheres menores de 19 anos estavam relacionadas a gravidez, parto e puerpério⁵. O quinto relatório anual do State of the World's Mothers, publicado em 2004, confirmou que complicações de gravidez e parto são a principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento, que recém-nascidos dessas mães têm 50% mais de probabilidade de morrer do que os de mães entre 20 e 30 anos e que gestantes menores de 14 anos podem ter taxa de mortalidade cinco vezes maior quando comparada àquela das de 20 a 24 anos⁶.

O PORQUÊ DA ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Existem razões para se preocupar especificamente com a anticoncepção entre os adolescentes? Sim, há várias, muitas delas ligadas às mudanças sociais pelas quais passamos nos dias de hoje. Entre aquelas tradicionais e bem conhecidas, vale lembrar o excesso de estímulos externos contribuindo para um desenvolvimento puberal cada vez mais precoce, fazendo que adolescentes se tornem férteis mais cedo e por mais tempo em suas vidas. A realidade da prática do “ficar”

entre os adolescentes, muitas vezes de forma competitiva e em série, comportamento que há algum tempo se limitava a um contato físico mais discreto, hoje pode significar manter relações sexuais, possivelmente sem proteção adequada. Embora sempre comentados, não se deve esquecer os sentimentos de onipotência e invulnerabilidade e as pressões dos grupos sociais, característicos da adolescência e que permanecem apesar das mudanças comportamentais da sociedade. A mídia em suas diversas formas, pela força que possui especialmente entre os adolescentes, poderia contribuir para uma maior conscientização do exercício da sexualidade, ajudando a prevenir a gravidez não planejada.

Uma pesquisa realizada pela Unesco, publicada em março de 2004 e que avaliou 16.422 jovens, 4.532 pais e 3.099 professores em 14 capitais de todas as regiões do país, levantou razões que merecem uma reflexão mais profunda. Entre elas: pouca ou nenhuma presença de programas de educação sexual nas escolas, aconselhamento sexual baseado em tabus ou preconceitos religiosos, distanciados da realidade desses jovens, resistência dos pais em dialogar sobre sexualidade, falta de diálogo dentro de casa e entre alunos e professores, falta de informações sobre regulação da fecundidade, pouco ou nenhum acesso aos métodos anticoncepcionais e falta de conhecimento dos jovens sobre si mesmos e o mundo que os cerca⁷.

O início da atividade sexual também ocorre de forma prematura e geralmente com proteção anticoncepcional irregular, incorreta ou ausente. A mesma pesquisa realizada pela Unesco mostra a seguinte realidade brasileira: primeira relação sexual entre meninos aos 14,5 anos e entre meninas aos 15,5 anos; métodos anticoncepcionais utilizados, condom em 61% dos casos, pílula em 24% dos casos, mas 11% dos entrevistados nunca utilizaram nenhum método; 1 em cada 10 estudantes engravida antes dos 15 anos⁷.

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS PARA PRESCRIÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Freqüentemente, o profissional médico se sente inseguro e vulnerável ao abordar e orientar uma adolescente em relação à anticoncepção, ainda mais se é uma paciente menor de 18 anos (desde 2003, a maioridade civil é a partir dos 18 anos) e que mantém vida sexual sem ciência de seus pais.

O documento Diretrizes: contracepção, adolescência e ética, de 2003, definido pela Febrasgo e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), mostra que a prescrição de método anticonceptivo para adolescentes não fere nenhum princípio ético nem legal^{5,8}. Ao contrário, os profissionais de saúde têm clara responsabilidade com atenção à saúde sexual e reproduti-

va das adolescentes, com base na Constituição Federal, artigo 226, no Código de Ética Médica (CEM), artigos 11, 102 e, especialmente, o 103, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e conferências internacionais, como a Conferência do Cairo em 1994 e sua revisão pela ONU em 1999, a Cairo 5 (citadas anteriormente)^{1,8}. O artigo 103 do CEM considera, especificamente, o sigilo médico em relação a clientes adolescentes: “É vedado ao médico revelar segredo de pacientes menores de idade mesmo a seus pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los...”.

Ao reafirmarem a privacidade e a confidencialidade como direitos da adolescente durante seu atendimento, as Diretrizes facilitam a abordagem de questões relacionadas ao exercício da sexualidade. Vai mais além e garante direito à adolescente à prescrição de anticoncepcionais, independentemente da idade. Persiste como uma questão delicada a prescrição de anticoncepção para adolescentes menores de 14 anos, uma vez que, pelo Código Penal (de 1940), a relação sexual abaixo de 14 anos é considerada estupro (violência presumida). Pautando-se no bom senso do profissional de saúde, pode-se pressupor que a presunção de estupro deixa de existir, perante a informação de sua não-ocorrência e de que não haja situação de abuso nem vitimização da paciente (devidamente anotadas em prontuário médico)^{2,8}.

O Ministério da Saúde incluiu as adolescentes em seu documento Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade de governo, de 2005, visando a ampliar a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no Sistema Único de Saúde, além de capacitar adequadamente profissionais de saúde⁵.

CUIDADOS COM A PRESCRIÇÃO DA ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Seguindo os Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais, da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴, reavaliados de quatro em quatro anos desde 1996, a partir de ampla revisão da literatura, as adolescentes como indivíduos saudáveis poderiam fazer uso de qualquer método anticoncepcional desde que se respeitassem fatores sociais, familiares e comportamentais avaliados de uma maneira individualizada. Só a idade não constitui razão médica para negar-se qualquer método anticoncepcional às adolescentes e sua eficiência dependerá da forma como será utilizado.

Deve-se observar a possibilidade de usar algum método do ponto de vista médico, mas também considerar, no momento da escolha de um método contraceptivo para adolescentes, fatores como³:

- aceitação e motivação: esse é um método que a paciente usará regularmente?

- eficácia do método: esse método protege contra a gravidez em coito não planejado, muito comum nessa faixa etária?
- número de parceiros/DST: a paciente estará protegida adequadamente?
- custo/ acesso a serviços de saúde: a paciente terá condições financeiras de manter o método a longo tempo?
- motivação/autodisciplina da paciente e do parceiro: a relutância em interromper as carícias pode resultar em má utilização do método? São casados ou não?
- segurança/risco: o uso por pouco tempo resultará em desvantagens por um longo tempo?
- frequência de atividade sexual;
- aspectos pessoais, familiares, religiosos, éticos e filosóficos: essas questões influenciarão o uso do método?

Alguns obstáculos à utilização adequada de anticoncepção pelas adolescentes são bem evidentes. O mais básico de todos é a falta de informações adequadas e corretas sobre os métodos: sua eficácia, qual a ação anticoncepcional, modo de uso, como podem falhar, efeitos adversos possíveis e como solucioná-los, riscos e benefícios, controle clínico durante sua utilização, informações sobre o retorno à fertilidade depois que o método for interrompido e proteção contra as DSTs. Embora as jovens tenham pouco acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva⁷ (Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde), é fundamental facilitar a aproximação com o profissional médico para que seja indicada e acompanhada a melhor opção anticonceptiva, bem como acesso ao local onde o método será adquirido com segurança. Essas possibilidades são ainda mais dificultadas porque esses serviços são freqüentemente conhecidos como de planejamento familiar, inibindo a procura e freqüência pelas adolescentes⁷. O custo é outra barreira porque falamos de usuárias que muitas vezes não têm renda, vivem de mesadas e têm de fazer um gasto mensal e regular por um período prolongado para adquirir o método escolhido. É comum optarem por sua interrupção durante um determinado período por terem maior necessidade de gastar dinheiro nesse momento (férias, presentes etc.). Quando os pais não têm ciência da vida sexual de suas filhas, as adolescentes criam e imaginam várias maneiras de esconder ou despistar o uso do método que estão utilizando, levando freqüentemente ao uso irregular e à falha deste. Ainda se vêem parceiros que se manifestam contra o uso de camisinha ou pílula por suas namoradas, em uma atitude individualista que, de fato, demonstra pouco caso em relação ao relacionamento sexual, bem como adolescentes que mantêm um pensamento mágico e ilusório de que com elas nada acontecerá. Apesar de todas

essas dificuldades, há, segundo a já citada pesquisa realizada pela Unesco, uma expansão do uso de métodos anticoncepcionais à medida que aumenta a idade das adolescentes⁷.

Do ponto de vista médico, o método anticoncepcional ideal para adolescentes é aquele que tenha alta eficácia, seja seguro e com poucos efeitos adversos, só apresente ação anticoncepcional enquanto utilizado e seja de uso discreto. A adolescente deve ter oportunidade de esclarecer todas as dúvidas antes de iniciar sua utilização e ter garantida a confidencialidade das informações prestadas quando do atendimento médico⁸.

Independentemente da escolha do método é consenso o conceito de dupla proteção, ou seja, o uso concomitante da camisinha, masculina ou feminina, para proteção adicional às DSTs^{2,4,8}. Porém, segundo a Unesco, o preservativo é substituído pela pílula conforme o relacionamento tende ao namoro⁸, confirmando uma observação rotineira do atendimento clínico.

Para Speroff e Fritz, só com um bom relacionamento médico-paciente é possível enfatizar pontos que realmente farão diferença para o uso regular do método anticoncepcional escolhido, tais como^{1,10}:

- explicar detalhadamente a ação anticoncepcional;
- rever e avaliar os riscos de maneira adequada, além de enfatizar a segurança e benefícios não contraceptivos (quando estes existirem);
- controle clínico em 1 a 2 meses. Controle trimestral, no início do uso da anticoncepção, não é efetivo, favorecendo o do método;
- manter sempre acessível a comunicação médico-paciente;
- pedir à paciente que repita as orientações para confirmar se foram corretamente compreendidas.

Em caso de uso de anticoncepção hormonal oral:

- mostrar a cartela;
- explicar como usar: quando começar, rotina do uso, o que fazer se esquecer a pílula;
- rever com a paciente eventuais efeitos adversos, como spots, ganho de peso, mastalgia etc.

Uma vez que muitos métodos podem ser utilizados e são várias as opções de escolha, as adolescentes deveriam, então, ter uma proteção anticoncepcional muito eficiente. Mas na prática, pelas características já citadas, o uso incorreto do método escolhido é um comportamento freqüente, levando à gravidez não planejada. Muitas vezes a certeza de que “aquele comprimido esquecido da cartela de pílula” não propiciou gravidez só é confirmada com a chegada da menstruação, não sem antes a adolescente passar por momentos de angústia e inquietude.

Uma visão atual da anticoncepção na adolescência deve atingir dois pontos fundamentais:

- aumentar a adesão da paciente ao uso do método escolhido e, assim, elevar sua eficácia;
- reconhecer e utilizar os benefícios das diferentes opções disponíveis, além da proposta inicial de anticoncepção.

Speroff e Fritz salientam como fatores que interferem diretamente na continuidade do método o medo de eventuais efeitos adversos, assim como a má ou falta de orientação em relação ao uso¹⁰.

Ao enfatizar uma maior adesão, há que se ponderar a efetividade teórica da opção anticoncepcional escolhida, com diferenças expressivas em relação à efetividade real quando do uso pela adolescente, considerando disciplina, regularidade e motivação.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL COMBINADO (AHOC)

Os anticoncepcionais hormonais mereceram destaque em virtude da freqüente solicitação por parte das adolescentes e pelo reconhecimento de seu baixo risco e grande eficácia se usados corretamente. É o método anticoncepcional reversível mais utilizado em todo o mundo, e apenas na China o uso do dispositivo intra-uterino é mais freqüente¹¹.

Quando do seu uso, o esquecimento de um ou de vários comprimidos no decorrer da cartela, erro na seqüência dos comprimidos ou o reinício de nova cartela em dia inadequado continuam sendo dificuldades que interferem diretamente na efetividade do método (podem aumentar a possibilidade de ovulação de escape). Esses pontos são ainda mais relevantes quando se percebe o alto índice de falha no primeiro ano de uso, risco maior nos 6 meses iniciais, provavelmente pela falta de informações adequadas sobre os métodos, seguindo informações de amigos ou de pessoas próximas, e falta de planejamento da vida sexual, que acontece quando as oportunidades surgem, em intervalos irregulares. Dias *et al.* reforçam esse aspecto ao considerar que o índice de falha de anticoncepcionais hormonais orais pode chegar a 8% no primeiro ano de uso, em virtude de seu uso irregular¹². Se a adolescente não for bem orientada e acompanhada, o percentual de abandono do método também será alto (relacionado a motivação e nível de instrução). Infelizmente, pacientes que descontinuem o método hormonal inicialmente escolhido, substituem-no por um outro menos efetivo ou, mesmo, permanecem algum tempo sem nenhuma proteção¹⁰.

Guazzelli *et al.* salientam que vários estudos demonstram, há algum tempo, que o AHOC não interfere no amadurecimento

do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, nem na soldadura das epífises ósseas. Para que tal efeito ocorresse, seriam necessárias doses muito mais altas do que as atualmente utilizadas¹³. Os estudos de seguimento em adultas jovens não demonstraram efeitos a médio nem a longo prazo sobre a fertilidade feminina. Apesar de estudos não mostrarem efeitos adversos do uso de ACHO sobre a massa óssea de adolescentes, ainda falta saber se o uso dos de baixa dose comprovarão o mesmo aumento das massas ósseas cortical e trabecular e maior densidade mineral óssea encontrados em mulheres pré e pós-menopausadas que usaram anticoncepcionais com doses de etinil estradiol mais altas.

Efeito interessante do ACHO relacionado diretamente com as adolescentes é sua ação sobre as proteínas carreadoras dos hormônios esteróides (SHBG), que são aumentadas pelo estrogênio e por alguns progestagênios¹¹. O aumento das SHBG diminui os níveis de androgênios livres circulantes, contribuindo sobremaneira para reduzir a incidência de efeitos que tanto interferem na auto-estima das adolescentes, como seborréia, acne e hirsutismo.

Parâmetros estéticos como variações no peso e manifestações cutâneas são quase sempre fontes de preocupação para adolescentes e influem na escolha e manutenção da opção hormonal. Ao prescrever, o profissional deve estar atento à dose estrogênica do medicamento e à escolha de um progestagênio com baixa atividade androgênica.

Por outro lado, a anticoncepção hormonal pode ser de grande utilidade em algumas alterações ginecológicas de origem endócrina ou não, mesmo quando as adolescentes não necessitem de cobertura anticonceptiva nesse momento de suas vidas. Entre elas, podemos citar¹⁰:

- para reposição hormonal em situações de retardo puberal, falência ovariana prematura ou amenorréia hipotalâmica disfuncional;
- quando há necessidade de inibição da secreção hipofisária para controle de cistos ovarianos funcionais, tensão pré-menstrual ou anovulação crônica;
- quando, pelas alterações na proliferação endometrial, há necessidade de melhora clínica dos quadros de irregularidade menstrual, dismenorréia ou endometriose;
- para melhora de sintomas relacionados ao período

menstrual, como cefaléia, retenção de líquidos, mastalgia ou dor pélvica;

- para melhora das manifestações clínicas de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo), beneficiando-se da atividade antiandrogênica ou não androgênica de alguns progestágenos.

Ao que parece, não bastam informações sobre os métodos anticoncepcionais nem as das aulas de biologia na escola para que as adolescentes se sintam estimuladas a realizar uma anticoncepção efetiva, regular e segura. A solução é mais complexa, envolvendo uma ampla percepção do que elas querem para suas próprias vidas e valorização da auto-estima. Para tanto, é necessária a participação dos profissionais de saúde (todos que tenham acesso às adolescentes), família, profissionais de educação e instituições governamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ventura M, Ikawa D, Piovesan F, Barsted LL. (orgs.). *Direitos Sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito*. Rio de Janeiro, Advocaci, 2003.
2. Saito MI, Leal MM (orgs.). *Fórum 2002 – Contraceção, Adolescência e Ética. Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – FMUSP*.
3. Magalhães MLC, Reis JTL. *Anticoncepção na adolescência*. In: *Ginecologia infanto-juvenil: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro, MedBook, 2007. pp. 361-80.
4. Select practical recommendation for contraceptive use. Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health. 2nd ed. World Health Organization, Geneva, 2004.
5. Mayor S. *Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries*. *BMJ* 2004; 328:1152.
6. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. *Juventudes e sexualidade*. Brasília, Unesco, 2004.
7. Adolescência, anticoncepção e ética: diretrizes. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br>
8. Speroff L, Fritz M. Oral contraception. In: *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. pp. 861-942.
9. Corleta HE, Capp E. Anticoncepção hormonal: história, evolução e novos conceitos. *Reprodução e Climatério* 2001; 6(1):38-42.
10. Dias J, Petta CA, Aldrighi JM. *Os critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais*. In: Aldrighi JM, Petta CA. *Anticoncepção – Aspectos contemporâneos*. São Paulo, Atheneu, 2005. pp. 13-49.
11. Guazzelli CAF, Lindsey PC, Aldrighi JM, Petta CA. *Anticoncepção na adolescência*. In: Aldrighi JM, Petta CA. *Anticoncepção – Aspectos contemporâneos*. São Paulo, Atheneu, 2005. pp. 129-34.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Ceará 1431/1301 • 30150-311 • Belo Horizonte (MG)

TITULAÇÕES

¹ Título de especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO). Assistant étranger pela Université Paris V – René Descartes. Pós-graduado pela Sociedad Argentina de Ginecologia Infanto Juvenil. Professor colaborador do Curso de Medicina do Adolescente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Docente brasileiro do Curso de Atualização em Ginecologia Pediátrica e da Adolescência da Febrasgo/Universidad de Chile. International fellowship on Pediatric and Adolescent Gynecology – International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA EM ADOLESCENTE

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA¹ · EDUARDO VIEIRA DA MOTTA²

INTRODUÇÃO

A doença inflamatória pélvica (DIP) representa importante agravo à saúde da mulher, sendo que as adolescentes estão mais expostas, em especial aquelas que não receberam orientação sexual. A importância dessa afecção está na possibilidade do desenvolvimento de seqüelas que levem à infertilidade, cujo risco aproxima-se de 40%, após episódio inicial, e pode alcançar 75%, após reinfeção. Além disso, 25% dos casos podem desenvolver dor pélvica crônica e 10% gravidez ectópica. Cerca de 5% das pacientes podem desenvolver quadro de periepatite infecciosa (síndrome Fitz-Hugh-Curtis) durante o episódio agudo.

A infecção do trato genital superior frequentemente é polimicrobiana e está associada à transmissão sexual ou à vaginose bacteriana. Podem estar envolvidos os seguintes agentes: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Bacteroides* sp, *Gardnerella vaginalis*, *Peptostreptococcus* sp, *Streptococcus agalactiae*, *Ureaplasma* sp. Não genital: *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Actinomyces* e, em países em desenvolvimento, o *Mycobacterium tuberculosis* e *Schistosoma* sp.

O diagnóstico clínico da DIP é muitas vezes difícil. Corrimento vaginal mucopurulento apresenta boa sensibilidade para o diagnóstico, mas é pouco específico da afecção. Outros sintomas inespecíficos, como dor abdominal, dispareunia, corrimento vaginal e sangramento genital podem sugerir a infecção. Processos infecciosos mais severos podem determinar comprometimento sistêmico, como febre, náusea e vômitos.

RELATO DO CASO

AMJL, 15 anos, negra, solteira, natural de Minas Gerais, residente de São Paulo (há 15 anos), foi atendida no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 25 de abril de 2005 com a seguinte história: Dor pélvica e episódios de febre (39° C) há um mês. Em uso de antiinflamatório não-hormonal sem

orientação médica. Como o quadro persistiu sem melhora, procurou o pronto-socorro do Hospital das Clínicas. Ainda no trajeto de casa para o hospital, percebeu saída pela vagina de “secreção purulenta” de odor fétido. Telarca e pubarca ocorreram entre 10 e 12 anos e menarca aos 13 anos de idade. Ciclos menstruais regulares, a cada 30 dias, duração de três dias, e DUM em 1/4/05. Primeiro coito aos 15 anos, parceiro único, uso de condom irregularmente e sem outro método contraceptivo. Nunca engravidou.

EXAME FÍSICO GERAL

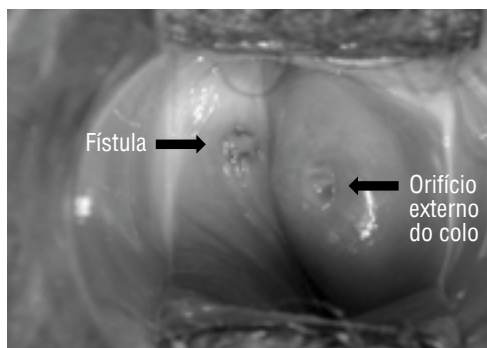
Bem nutrida, corada, hidratada, anictérica, acianótica, eupnéica, temperatura axilar 36,3° C, peso: 53,3 kg; altura: 1,55 m.

EXAME GINECOLÓGICO

Mamas: simétricas e sem alterações, no estágio V de Tanner. Abdome globoso, tenso, difusamente doloroso à palpação, descompressão brusca (DB) negativa, ruídos hidroaéreos normais. Palpa-se volumosa massa em hipogástrio, ocupando a fossa ilíaca direita e flanco direito, estende-se até a cicatriz umbilical, com limites mal definidos, dolorosa à palpação. Órgãos genitais externos normais para sexo e idade, hímen roto. Toque vaginal: colo uterino fibroelástico, doloroso à mobilização. Fórnices vaginais abaulados, principalmente o posterior. Corpo uterino e anexos não identificados. Exame especular: Conteúdo purulento no fundo vaginal em moderada quantidade. Após remoção desse conteúdo com gaze, identificou-se orifício fistuloso às 7h, distante 1 cm do colo uterino, drenando secreção purulenta. Ao toque retal identificou-se abaulamento da parede retal anterior pela presença de massa endurecida de mobilidade reduzida e pouco dolorosa.

EXAMES COMPLEMENTARES

Cultura do material vaginal negativa; hemograma: Hb 8,0, 14.400 leucócitos, sem desvio, 688.000 plaquetas; uréia 32, creatinina 0,8, sódio 136, potássio 3,8 (normais). Sorologias para hepatite (B e C) e HIV negativas. Ultra-sonografia (USG)



pélvica e transvaginal (25/4/5): útero em AVF, contornos regulares e dimensões normais. Ecotextura preservada. Dimensões do útero: 7,2 cm x 4,2 cm x 3 cm. com volume estimado em 49,0 mL. Endométrio centrado e homogêneo, com espessura de 0,41 cm. Cavidade uterina virtual. Formação sólido-cística multiloculada e septada, de conteúdo anecogênico, com algumas áreas de conteúdo mais espesso, ocupando as regiões anexiais, de difícil mensuração. Tal formação desloca as alças lateralmente e se localiza anteriormente aos vasos ilíacos. Ovários não caracterizados.

Tomografia computadorizada de abdome e pelve em 27/4/05: Volumosa coleção multiloculada com volume aproximado de 800 mL na cavidade pélvica, estendendo-se para a fossa ilíaca direita. A coleção tem íntimo contato com o cólon sigmóide, a bexiga, o útero e os ovários, que apresentam cistos de até 3 cm de diâmetro. Hepatoesplenomegalia homogênea. Pequena quantidade de líquido livre peri-hepático. Após discussão conjunta com a clínica de radiologia, optou-se pela colocação de dreno de *Pig Tail* em FID, guiada por ultra-sonografia, sob anestesia local e sem intercorrências em 29/4/05. A cultura do material drenado foi negativa.

CONDUTA E EVOLUÇÃO

A paciente permaneceu afebril e sem alteração do leucograma, mantida sem antibioticoterapia. Realizou-se nova ultra-sonografia da pelve em 2/5/05: formação sólido-cística multiloculada e septada, de conteúdo anecogênico, com algumas áreas de conteúdo mais espesso, ocupando as regiões anexiais. Observa-se dreno de *Pig Tail* no interior da porção cística da coleção, que mede 11,2 cm x 4,2 cm x 7,3 cm. Volume residual estimado em 170 mL.

Em 5/5/05 a paciente foi submetida a videolaparoscopia sob anestesia geral: Identificou-se presença de múltiplas aderências na cavidade abdominal, desde a pelve até a região peri-hepática. Útero de dimensões normais, apresentando aderências com alças intestinais. Tubas uterinas edemaciadas. Ovários com dimensões preservadas, friáveis. Ausência

de neoplasia. Procedeu-se lise de aderências frouxas entre o corpo uterino e as alças intestinais sem intercorrências. Lise de aderências frouxas entre o corpo uterino e a tuba direita, com saída de material purulento em moderada quantidade da região posterior do útero. Lavagem da cavidade peritoneal. Introduzida antibioticoterapia (cefotixina e doxiciclina).

Permaneceu afebril durante o pós-operatório, recebendo alta hospitalar em bom estado geral e sem queixas 48 horas após o procedimento cirúrgico. Completou tratamento anti-biótico ambulatorialmente por 14 dias com doxiciclina.

Retornou para novas avaliações após 7, 14 e 30 dias da alta, em bom estado geral e sem queixas. O abdome era flácido e discreta e difusamente doloroso à palpação, DB negativa, sem massas palpáveis. Ao exame especular, não se visualizava o orifício de trajeto fistuloso. Ao toque vaginal, o colo uterino era fibroelástico e indolor à mobilização. O corpo uterino tinha as dimensões preservadas. Anexos não palpáveis. Assintomática na última consulta ambulatorial em março de 2007.

COMENTÁRIOS

Os fatores de risco são aqueles que propiciam mudanças de flora vaginal e agentes de transmissão sexual, dois ou mais parceiros nas quatro semanas precedentes ao início do quadro, não utilização de condom, tabagismo, uso de dispositivo intra-uterino, ducha e lavagens vaginais. Adolescentes apresentam maior risco de adquirir e desenvolver seqüelas em decorrência de fatores biológicos, imunológicos, microbiológicos, epidemiológicos e comportamentais. Mulheres jovens apresentam menor imunidade de mucosas às doenças sexualmente transmissíveis, maior probabilidade de ectopia cervical, maior probabilidade de parceiros com infecção por clamídia e gonococo, e menor independência para procurar serviços de saúde para tratamento e orientação. Esses fatores aumentam em até dez vezes o risco de desenvolver DIP na adolescência se comparado ao das mulheres com mais idade. Segundo avaliação de adolescentes no interior americano, o risco de desenvolver DIP em adolescentes sexualmente ativas é de 1 para 8 aos 15 anos, 1 para 10 aos 16 anos e 1 para 80 aos 24 anos³. Esses números demonstram a importância da educação sexual e do rastreamento sistemático para DSTs em adolescentes. A antibioticoterapia neste caso ora descrito foi baseada no achado laparoscópico e na possibilidade da presença de clamídia ou gonococo, independentemente da cultura.

Em função da variabilidade de sintomas, o diagnóstico baseia-se nos critérios do Centers for Disease Control (CDC) para diagnósticos descritos a seguir: Mínimos – Dor e espessamento anexial (sensibilidade de 95% em mulheres de risco); dor à mobilização do colo uterino; ausência de

outras causas que justifiquem os sinais acima. Critérios complementares – Temperatura oral acima de 38,3°C; corrimento vaginal mucopurulento; leucócitos em esfregaço cervical (sensibilidade: 88,9%, especificidade: 19,4%); Velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; proteína C reativa elevada; identificação de infecção cervical por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

O diagnóstico definitivo baseia-se no achado de endometrite em biópsia endometrial, ou evidência ultra-sonográfica de abscesso tubo-ovariano, ou confirmação laparoscópica do processo inflamatório e infeccioso.

Exames laboratoriais, como leucograma, VHS e proteína C reativa (PCR) auxiliam na avaliação do processo inflamatório e infeccioso, mas a ampla variabilidade de resultados reduz sua confiabilidade diagnóstica, especialmente em pacientes imunossuprimidas. Teste de gravidez e exame de sedimento urinário podem ser úteis no diagnóstico diferencial.

Os métodos de imagem, especialmente a ultra-sonografia, podem ser úteis quando da presença de coleções pélvicas, como abscesso tubo-ovariano, espessamento endometrial, líquido livre em cavidade peritoneal; além da possibilidade de auxiliar em diagnóstico diferencial, como apendicite e gravidez ectópica.

Para o diagnóstico diferencial devem ser considerados apendicite, gravidez ectópica, endometriose, gastroenterite, doença inflamatória intestinal, síndrome do cólon irritável, adenite mesentérica, cistos ovarianos, torção anexial e cólica renal.

A clínica e o grau de gravidade da DIP é variável, o que permite sua categorização em quatro estágios:

- E1. Dor no abdome inferior, dor à mobilização do colo uterino e anexial, associado a pelo menos um critério complementar do Centers for Disease Control and Prevention (CDC);
- E2. Estágio 1 com sinais de peritonite;
- E3. Abscesso tubo-ovariano ao exame físico ou por ultra-som;
- E4. Abscesso tubo-ovariano roto.

Considerando o potencial de seqüelas dessa afecção, aceita-se maior liberalidade no diagnóstico e na instituição terapêutica, mesmo na ausência de evidências laboratoriais e na indisponibilidade de propeidêutica complementar.

O tratamento baseia-se no emprego de antibióticos, por via parenteral ou oral, sendo que a eficácia – desde que adequadamente realizada – independe da via de administração. No entanto, algumas situações indicam que a paciente seja inicialmente hospitalizada: impossibilidade de excluir diagnóstico diferencial, como apendicite, gravidez, má resposta à terapêutica oral prévia; impossibilidade ou incapacidade de

tolerar regime oral ambulatorial; quadro clínico severo com toxemia, náusea, vômito, febre elevada; abscesso ou coleções pélvicas. Também devem ser consideradas situações especiais, como adolescentes, em que se presume dificuldade na aderência ao tratamento e dificuldade no seguimento.

8 ESQUEMAS DE ANTIBIOTICOTERAPIA SUGERIDOS PARA DIP

1. Doxiciclina 100 mg VO, de 12/12 horas, por 14 dias, associada a ceftriaxone 250 mg IM, dose única. A doxiciclina pode ser substituída pela tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas VO.
2. Doxiciclina 100 mg VO, de 12/12 horas, por 14 dias, associada a cefoxitina 1 g IM, dose única e probenecida 1 g VO, dose única.
3. Em casos mais graves: doxiciclina 100 mg VO de 12/12 horas, ofloxacina 400 mg VO de 12/12 horas e metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias.
4. Doxiciclina 100 mg EV/VO de 12/12 horas e cefoxitina 2 g EV de 6/6 horas.
5. Ofloxacina 400 mg EV de 12/12 horas associada a metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas.
6. Clindamicina 900 mg EV de 8/8 horas associada a gentamicina dose inicial de 2 mg/kg de peso e manutenção com 1,5 mg/kg IM/EV de 8/8 horas.
7. Esquema anterior associado a penicilina G cristalina de 4 a 5 milhões de unidades EV de 4/4 horas.
8. Metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas ou tianfenicol 750 mg EV de 8/8 horas associado a amicacina 7,5 mg/kg de peso de 12/12 horas.

Pacientes em tratamento ambulatorial devem ser reavaliadas após o período de 48 a 72 horas.

A presença de abscesso tubo-ovariano representa complicação importante, especialmente em pacientes imunossuprimidas, diante do risco de rotura e pelviperitonite, necessitando intervenção cirúrgica. Esses casos devem ser inicialmente acompanhados com hospitalização, e posteriormente deve-se decidir sobre intervenção cirúrgica baseada na severidade do quadro clínico. Porém é possível a abordagem medicamentosa inicial, considerando a predominância de flora anaeróbica e agentes sexualmente transmissíveis, sendo utilizada terapêutica parenteral. O controle evolutivo deve basear-se no quadro clínico e no acompanhamento ultra-sonográfico da coleção.

A síndrome de periepatite infecciosa deve ser suspeitada na presença de dor em hipocôndrio direito, acompanhada – ou não – de dor pleural com irradiação para ombro decorrente

da irritação diafragmática. Inicialmente associada à infecção por *Neisseria gonorrhoeae*, atualmente também se reconhece a *Chlamydia trachomatis* como agente causal. O tratamento baseia-se nos esquemas anteriormente citados, sendo a abordagem cirúrgica feita preferencialmente por laparoscopia para diagnóstico diferencial ou para drenagem de coleções.

Diante da possibilidade de maior potencial de risco de complicações e seqüelas, a DIP deve ser especialmente considerada na população adolescente. Neste contexto, devemos considerar a prevenção primária, por meio da educação sexual, e a secundária, com rastreamento de infecções genitais em consultas ambulatoriais de rotina, preferencialmente semestrais, na população de adolescentes sexualmente ativas. Além disso, os parceiros sexuais dos 60 dias prévios ao diagnóstico devem ser empiricamente tratados para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

No momento do diagnóstico é recomendável o rastreamento para HIV, hepatite B e sífilis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burstein GR, Gaydos CA, Diener-West M *et al.* Incident Chlamydia trachomatis infections among inner city adolescent females. *JAMA* 1998; 280(6):521-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51:1-78.
- McNeeley SG, Hendrix SH. Medically sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:1272-8.
- Mirhashemi R, Schoell WM, Estape R. Trends in the management of pelvic abscesses. *J Am Coll Surg* 1999; 188:567-72.
- Ness RB, Soper DE, Holley RL. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the pelvic inflammatory disease evaluation and clinical health (PEACH) randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:929-37.
- Ness RB, Soper DE, Peipert J *et al.* Design of the PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) Study. *Control Clin Trials* 1998; 19:499-514.
- Rome ES. Pelvic inflammatory disease: the importance of aggressive treatment in adolescents. *Cleve Clin J Med* 1998; 65:369-76.
- Ross JD. Pelvic inflammatory disease: how should it be managed? *Curr Opin Infect Dis* 2003; 16:37-41.
- Scoles D, Stergachis A, Heidrich FE. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. *New Engl J Med* 1996; 334:1362-6.
- Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sex Transm Infect* 2000; 76:80-7.
- Slap GB, Forke CM, Cnaan A *et al.* Recognition of tubo-ovarian abscess in adolescents with pelvic inflammatory disease. *J Adolesc Health* 1996; 18:397-403.
- Westrom L, Joesoef R, Reynolds G. Pelvic inflammatory disease and fertility: a cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 women with normal laparoscopic results. *Sex Trans Dis* 1992; 19:185-92.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860, ap. 53 • Jd. América • 05412-002 • São Paulo (SP)
josealcione.almeida@yahoo.com.br

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NO ESTUDO

Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

TITULAÇÕES

- Assistente Doutor Responsável pelo Ambulatório de Ginecologia da Infância e Adolescência e Supervisor do Serviço de Emergência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.
- Assistente Doutor e chefe do Serviço de Emergência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.



Congresso mundial é notícia – Cartas

Em trânsito

Alcione, estou na sala de embarque de São Paulo para Porto Alegre. Que correria! Nem consegui te dar um abraço de despedida. Estás feliz? Eu, muito! Foi muito melhor do que eu imaginava. Acho que todos gostaram. Espero que o balancete também seja favorável.

Parabéns novamente!

Um abraço,

Liliane Herter

São Paulo, maio de 2007

Dr. Alcione,

Envio meus parabéns pelo êxito que foi o congresso e desejo sucesso nessa nova e ampla empreitada como presidente da ALOGIA.

Um abraço,

Célia Lima

Disciplina de Ginecologia – DOG/FMUSP

Montevideo, mayo 2007

Querido amigo Alcione,

Aprovecho para manifestarte todo lo que siento por las atenciones que tu y tu equipo nos dieron a todos los extranjeros. Fue mucho más de lo necesario, pero como sé que viene del corazón, lo acepté.

Volví con la certeza de que había sido un magnífico congreso, en el que Brasil estuvo a la altura de cualquier otro país organizador, e incluso superó a muchos. Ustedes fueron capaces de sobreponerse a las enormes dificultades que encontraron y hacer un congreso que será recordado por todos los que tuvimos el privilegio de estar ahí.

Espero que hayan tenido algunos días de descanso. Ahora viene la difícil tarea de dirigir ALOGIA, pero al lado de lo que hicieron, parecerá juego de niños. Además, como siempre, pueden contar con todo nuestro apoyo y ayuda. En mi caso, mucho más porque para los amigos uno da hasta lo que no tiene.

Un gran abrazo a ti, a tu maravillosa mujer, a tus hijos y a todos los que colaboraron para el éxito del congreso, el comité organizador, sus familias y el personal de secretaría que fue siempre eficiente, enormemente amable y dispuesto a solucionar todo.

Un fuerte abrazo,

Jose Enrique Pons

Santiago do Chile, mayo 2007

Estimado Dr. José Alcione,

Deseo agradecer la gentil invitación a participar en el XV Congreso Mundial de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia y Congreso Latinoamericano de la especialidad. Los felicito muy sinceramente por el tremendo esfuerzo para sobrellevar las adversidades en la organización de este evento y teniendo finalmente un resultado muy exitoso tanto para el grupo organizador como para la especialidad en la región y en el mundo, junto con este éxito creo que en este XV Congreso mundial han ocurrido varios hechos de la mayor trascendencia, que podrían generar un proceso de cambio importante para la especialidad:

- 1. La formación de la Asociación Internacional de Fellow de IFEPAG con la concurrencia de casi 60 fellows.*
- 2. La constitución del grupo regional europeo que ha seguido las líneas de lo que es la regional para Latinoamérica ALOGIA.*
- 3. La responsabilidad que ha adquirido la región de Latinoamérica al aceptar a través de mi persona la dirección de la FIGIJ con un nuevo directorio.*

Finalmente cuente usted como presidente de ALOGIA con todo mi apoyo que en lo personal e institucional le pueda brindar y lo mantendré al día de todos los avances y discusiones que tengamos en FIGIJ a fin que el Presidente de ALOGIA esté permanentemente informado de las situaciones de cambio y de las propuestas de desarrollo.

Deseándole todo tipo de éxito y agradecimiento una vez mas por la invitación al Congreso, le saluda cordialmente

Prof. Dr. Ramiro Molina Cartes

Presidente da FIGIJ



Buenos Aires, mayo 2007

Muy estimado José Alcione,

Antes de partir para México, quiero agradecerme muy especialmente todas las atenciones recibidas y el afecto que me brindaste. Es cierto que trabajé muy duro, pero volví a Buenos Aires contento por la tarea cumplida.

Si bien el Congreso, te soy sincero, no fue lo que esperaba teniendo en cuenta el gran potencial brasileiro, sé del esfuerzo que hiciste y las dificultades que tuviste que enfrentar.

Te envío un fuerte abrazo extensivo a Bagnoli y ahora a trabajar por ALOGIA!! Hasta muy pronto.

José María Méndez Ribas

Rio de Janeiro, maio de 2007

Alcione,

Imagino o quanto deva estar cansado, assim como sua esposa, depois de tanta luta por um ideal que deu certo.

Gostaria de agradecer mais uma vez o convite para participar do evento e parabenizar a você e toda a equipe de São Paulo, pois trabalhamos muitas vezes em condições adversas as quais o público não tem noção alguma dos "bastidores".

Até logo,

Elaine Pires

Recife, maio de 2007

Caro Alcione,

Parabéns pelo grande congresso. Seu esforço e dedicação foram recompensados com o sucesso do evento.

Abraços em Ana Célia!

Romualda Barros

Porto Alegre, maio de 2007

Caríssimo Alcione,

Infelizmente não te encontrei na hora que saí do Congresso para meu retorno a Porto Alegre, para dizer-te o que segue.

Em primeiro lugar, quero te agradecer do fundo do coração o convite, que me deu oportunidade de conviver por alguns dias com o grupo da Infanto-Puberal, que, diga-se de passagem, é ótimo.

Muito obrigado!

Também quero te cumprimentar pelo sucesso do Congresso. Foi ótimo e estás de parabéns. Tudo saiu muito bem.

Um forte abraço, extensivo à esposa, Ana Célia.

Marcelino Poli

Costa Rica, mayo 2007

Estimados compañeros y amigos,

Quiero unirte al agradecimiento del Dr. Molina, creo que fue un encuentro de mucho valor académico y personal, que permitira a todos retomar, evaluar y continuar luchando en proyectos en pro de la adolescencia y que podemos compartir para aprender todos.

Mis mejores deseo a los nuevos directivos pero sobre todo a todos ustedes que cada día hacen cambiar la vida de alguien con su esfuerzo y trabajo, adelante que todos estamos en la lucha para mejorar la vida de muchos y la realización personal con ello.

Dr. José Vidal Sáenz Castro

Fortaleza, maio de 2007

Caros amigos Ana Célia e Alcione,

Parabenizo-os pelo Congresso. É uma vitória muito grande termos sucesso após uma grande batalha. E foi o que aconteceu com vocês. Merecem um bom descanso após esses dias.

Alcione, você também está de parabéns pela presidência da ALOGIA. Um grande abraço,

Maria de Lourdes Magalhães

Medelin-Colombia, mayo 2007

Hola José Alcione,

Quiero darte las gracias por las múltiples manifestaciones de afecto recibidas durante nuestra estadía en Sao Paulo, con motivo del Congreso de FIGIJ y de ALOGIA. Espero que ahora, ya después de haber tenido unos pocos días de descanso, estés en mejores condiciones para poder afrontar el reto que te espera y para el que te deseo la mejor de las suertes.

Un abrazo y nos seguiremos comunicando

Juan F. Bojanini B.

São Paulo, maio de 2007

Caro Alcione,

Em meu nome e em nome da ASBRA, gostaria de agradecer o convite e a oportunidade de participar do Congresso Mundial e Latino-Americano.

Espero que este evento tenha sido apenas o primeiro passo rumo a novas atividades entre a ASBRA e a SOGIA.

Abraços,

Williams Ramos

Presidente da ASBRA

Londrina, maio de 2007

Prezado Alcione,

Gostaria de congratulá-lo pelo sucesso do Congresso que foi magnífico. Fomos todos bem recebidos. Gostaria de colocar a CODAJIC, e também tenho certeza de que a ASBRA, com Williams, à disposição da SOGIA para futuros eventos e troca de conhecimentos. A pediatria e a hebeatria querem caminhar com os GO infanto-juvenil e, para tanto, devemos somar esforços conjuntos a todos aqueles que estão interessados no adolescente e na criança.

Obrigado por seu carinho, de sua esposa e de toda a comissão organizadora.

Um grande abraço,

Walter Marcondes Filho

Presidente da CODAJIC

Montpellier, França, maio de 2007.

Querido Doutor Alcione,

Gostaria de expressar meus agradecimentos por ter-me convidado para o Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-Juvenil em São Paulo.

Eu tentei realmente compartilhar de minha paixão e experiência em GIJ e senti que muitos dos participantes apreciaram isso.

Gostaria também de parabenizá-lo pelo nível científico de seu Congresso.

Obrigado por ter apoiado a França para o próximo encontro mundial de Ginecologia Infanto-Juvenil.

Tudo de bom para você.

Sinceramente,

Charles Sultan

Rio de Janeiro, maio de 2007

Alcione,

O congresso foi um sucesso! Sabemos das dificuldades que você enfrentou, mas conseguiu superar com garra e muita disposição.

Gostaria que descansasse um pouco e peça desculpas por estar solicitando sua atenção agora, mas quando você puder, comunique-se comigo para falarmos sobre o próximo congresso brasileiro de 2008, no navio.

Beijos e parabéns mais uma vez!

Denise Monteiro

Montevideo, mayo 2007

Estimado Prof. Alcione,

Llegado nuevamente a casa, quisiera agradecerle y felicitarlo muy fraternalmente por las experiencias vividas en el reciente 15 to. Congreso Mundial.

Fue un enorme placer volver a encontrarnos y compartir las actividades científicas y las fraternas, con el nivel y la calidez que Uds. le impusieron.

Por lo tanto, no me queda más que felicitarle por haber podido concurrir a San Pablo, y agradecer por todas las gentilezas recibidas.

Como siempre queda a sus órdenes, y más aún desde su nuevo cargo como Presidente de ALOGIA.

Un gran abrazo,

Dr. Gustavo Gallino

México, mayo 2007

Estimado Dr. Alcione,

Agradezco todas sus finas atenciones durante el Congreso en su bello país.

AMOGIJ le desea el mayor de los éxitos posibles en su gestión en la Dirección de ALOGIA y todo el apoyo requerido.

Ignacio Flores

Florence-Itália, Maio de 2007

Caro Dr. Alcione,

Gostaria de parabenizá-lo pelo sucesso do Congresso de Ginecologia Pediátrica em São Paulo. Deixou-me muitas sugestões e idéias para o meu trabalho.

Obrigado por seu convite.

Dra. Metella Dei

University of Florence Italy

Cobertura do congresso pela imprensa

Anna Cristina Pires – Assessora de Imprensa

Sábado, 20 de janeiro de 2007

| | |
|-------|---|
| 22h00 | Programa <i>Rádio ao vivo</i> , ao vivo, Rádio Jovem Pan AM. Apresentação: Felipe Motta. Entrevistado: Dr. José Alcione Macedo Almeida. |
|-------|---|

Quarta-feira, 31 de janeiro

| | |
|------|--|
| 8h15 | Programa <i>Estilo Saúde</i> , ao vivo, das 9h45 às 10h50. Apresentadora: Solange Frazão. Entrevistado: Dr. José Alcione Macedo Almeida. |
|------|--|

Terça-feira, 13 de março

| | |
|-------|---|
| 15h00 | Entrevista para a Revista <i>Expressão</i> , que circula no ABC e litoral. Repórter: Maria do Carmo Caçador. Entrevistado: Dr. José Alcione Macedo Almeida. |
|-------|---|

Terça-feira, 20 de março

| | |
|-------|---|
| 10h20 | Programa <i>Pra você</i> , TV Gazeta. Ficou 50 minutos no ar, ao vivo. Apresentadora: Ione Borges. Entrevistado: Dr. José Alcione Macedo Almeida. |
|-------|---|

Terça-feira, 3 de maio

| | |
|-------|--|
| 17h00 | Programa <i>Mulheres</i> , TV Gazeta. Entrevistada: Dra. Albertina Duarte fala do Congresso. |
|-------|--|

Sexta-feira, 4 de maio

| | |
|-------|--|
| 15h00 | Rádio Jovem Pan AM grava (Adriana Sheldon) para o <i>Jornal de Serviço</i> . No ar, em 7 de maio, das 9h30 às 11h30, no Rádio ao vivo, das 22h00 às 2h00. Entrevistado: Dr. José Alcione Macedo Almeida. |
|-------|--|

Domingo, 6 de maio

| | |
|------|---|
| 9h00 | Programa <i>Observatório Eldorado</i> , Rádio Eldorado, apresenta o serviço e assunto do Congresso. |
|------|---|

Quarta-feira, 9 de maio

| | |
|-------|---|
| 10h00 | Equipe da Rede Mulher/Jornalismo capta imagens e faz entrevistas com Dr. Vicente Bagnoli e Dra. Carmita Abdo. No ar, dia 10 de maio, às 12h. Assuntos: vacina contra HPV e influência da mídia na educação sexual de crianças e adolescentes. |
| 15h20 | Rádio CBN, ao vivo. Entrevistada: Dra. Zuleide Cabral fala sobre educação sexual e religião. |

Nova diretoria da ALOGIA 2007-2009

Presidente

Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

Secretária

Dra. Liliane Herter (Brasil)

Tesoureira

Dra. Marta Francis Rehme (Brasil)

COMITÊ ASSESSOR

Dr. José Mendez Ribas (Argentina)

Dr. José Enrique Pons (Uruguai)

Dr. Jorge Pelaez Mendoza (Cuba)

Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguai)

Dr. Juan Fernando Bojanini (Colômbia)

Dra. Beatriz Pereyra Pacheco (Argentina)

SECRETÁRIOS REGIONAIS

Dra. Milagros Sánchez (Peru) – Região Andina

Dr. Roberto Sergio (Uruguai) – Região Sul

Dr. José Sáenz (Costa Rica) – Região Norte

Próximos Congressos

X Congresso Brasileiro de Ginecologia da Infância e Adolescência: novembro de 2008 em navio (em negociação). Presidente: Denise Maia Monteiro.

XI Congresso Latino-americano de Ginecologia da Infância e Adolescência: 2009, Panamá. Presidente: Ruth G. de León.

XVI Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-juvenil: 2010, Montpellier, França. Presidente: Charles Sultan.

Highlights do Congresso



Divulgação

O prof. Luiz Carlos Batista do Prado



Divulgação

Visita aos estandes



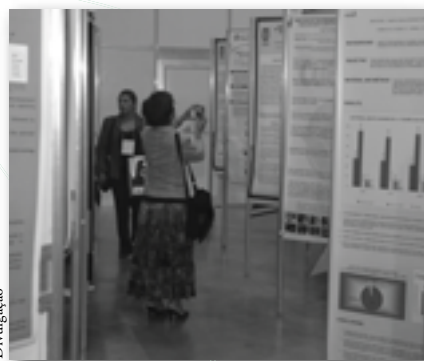
Divulgação

Discurso do presidente na sessão de abertura do Congresso



Divulgação

A família do presidente na sessão de abertura do Congresso



Divulgação

Exposição de pôsteres do Congresso



Divulgação

Os cinco presidentes: Dan Apter (ex-presidente da FIGIJ); Enrique Pons (presidente do comitê científico do Congresso); José Alcione (presidente do Congresso); Juan Bojánini (Presidente da ALOGIA)

Normas e instruções para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e o autor principal, se for brasileiro, deve estar inscrito como membro sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros, é dispensada a exigência de filiação.
2. O texto original deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 8 a 12 páginas.
3. Referências bibliográficas: no máximo 20 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho. A ordenação das referências bibliográficas deve ser por ordem alfabética.
4. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar pontos em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
5. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, nome completo e titulação dos autores, as duas principais, além da identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor principal deve ser completo, incluindo e-mail e fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística, resultados, discussão e conclusões. O resumo (português e inglês) deve conter entre 80 e 100 palavras.
7. As figuras (gráficos e tabelas) devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto e em preto-e-branco.

A **Revista da SOGIA-BR** é um periódico dirigido aos profissionais de saúde que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos de atualização e trabalhos originais de investigação que não tenham sido publicados em outro periódico. Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço de correspondência constante na primeira página da **Revista**, por e-mail ou pelo correio. Neste último caso, deve-se enviar disquete identificado com título do trabalho e nome do autor principal, acompanhado de duas cópias impressas.