



ARTIGO DE PESQUISA

CONSULTA GINECOLÓGICA SOB A ÓTICA DE ADOLESCENTES

GYNECOLOGICAL CONSULTATION ACCORDING TO ADOLESCENTS
CONSULTA GINECOLÓGICA BAJO LA ÓPTICA DE LOS ADOLESCENTES

*Andréia Carlos Pereira Ramos¹, Juliana Gimenez Amaral², Alzilid Cíntia Rodarte³, Mariana Aparecida Costa⁴,
 Patrícia Peres Oliveira⁵*

RESUMO

Objetivou-se descrever as características sociodemográficas e analisar a percepção de adolescentes sobre a consulta ginecológica. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 40 adolescentes do sexo feminino com idade entre 15 e 19 anos que estudavam numa escola estadual do município de São Paulo-SP no período de agosto a setembro de 2012. Aplicou-se questionário abordando características sociodemográficas, comportamento sexual e avaliação da consulta ginecológica. Os dados foram coletados por questionário estruturado, sendo tabulados e analisados nos programas EpiData 3.1 e Epi Info 6.04. A média de idade foi de 17,5 anos e a média de idade da menarca foi de 12 anos, 67% relataram que já tiveram relação sexual. A maioria referiu conhecimento sobre anticoncepção, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis, porém pequena parte obteve essas orientações na consulta ginecológica. As adolescentes manifestaram desejo de que o profissional investisse mais tempo, paciência e disponibilidade no atendimento. Concluiu-se que o atendimento ginecológico foi insatisfatório segundo a avaliação das adolescentes estudadas. Portanto, é necessário criar mecanismos que facilitem o acesso e a adesão desse grupo etário à rotina preventiva ginecológica.

Descritores: Adolescente; Exame ginecológico; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the sociodemographic characteristics and analyze the perception of adolescents about gynecological consultations. This is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach, performed in 40 female adolescents aged 15-19 years who attended a state school in São Paulo-SP, in the period of August to September, 2012. A questionnaire which covered sociodemographic characteristics, sexual behavior and evaluation of gynecological consultations was applied. Data were collected by structured questionnaire, and were tabulated and analyzed using EpiData and Epi Info 6.04 3.1 programs. The average age was 17.5 years, and the average age of menarche was 12 years; 67% reported that they had had sexual intercourse. The majority reported knowledge about contraception, birth control methods and sexually transmitted diseases, but only a small party learned such guidelines in gynecological consultations. The teens expressed a desire that the professionals invest more time, patience and availability during the appointments. It was concluded that the gynecological care was unsatisfactory according to the evaluation of adolescents. Therefore, it is necessary to create mechanisms that facilitate access and adherence in this age group to gynecological preventive routines.

Keywords: Adolescent; Gynecological examination; Health knowledge, attitudes, practice.

RESUMEN

Se objetivó describir las características sociodemográficas y analizar la percepción de adolescentes sobre la consulta ginecológica. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con abordaje cuantitativo, realizado con 40 adolescentes del sexo femenino con edad entre 15 y 19 años que estudiaban en una escuela estadual del municipio de São Paulo-SP en el período de agosto a septiembre de 2012. Se aplicó un cuestionario abordando características sociodemográficas, comportamiento sexual y evaluación de la consulta ginecológica. Los datos se han recolectado por cuestionario estructurado, fueron tabulados y analizados en los programas EpiData 3.1 y Epi Info 6.04. El promedio de edad fue de 17,5 años y el promedio de edad de la menarca fue de 12 años, 67% relataron que ya tuvieron relaciones sexuales. La mayoría dijo tener conocimiento sobre contracepción, métodos contraceptivos y enfermedades sexualmente trasmisibles, sin embargo pequeña parte obtuvo dichas orientaciones en la consulta ginecológica. Las adolescentes manifestaron el deseo de que el profesional invirtiera más tiempo, paciencia y disponibilidad en la atención. Se concluyó que la atención ginecológica fue insatisfactoria según la evaluación de las adolescentes estudiadas. Por lo tanto, es necesario crear mecanismos que faciliten el acceso y la adhesión de ese grupo etario a la rutina preventiva ginecológica.

Descritores: Adolescente; Examen ginecológico; Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

¹Enfermeira. Universidade Paulista. São Paulo-SP, ²Professora Adjunta da Universidade Paulista de São Paulo-SP, ³Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de São João del-Rei, ⁴Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de São João del-Rei, ⁵Professora Adunda da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁽¹⁾, a adolescência tem início aos 12 anos com término aos 18 anos, fase em que já se é possível responder juridicamente por seus atos. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), juventude é uma categoria sociológica que representa um momento de preparação de sujeitos - jovens - para assumirem o papel de adulto na sociedade e abrange o período dos 15 aos 24 anos de idade, cada país pode estabelecer sua faixa etária⁽³⁾.

A adolescência é um período de mudanças, a pessoa passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual. É uma fase de transformações psicológicas da fase infantil para a adulta. Assim, uma das características centrais desse período seria o desenvolvimento do aparelho reprodutor, com repercussões sexuais, psicológicas e sociais. Apesar do reconhecimento da dimensão social, ainda hoje, prevalece uma tendência à naturalização e à normatização da adolescência, reduzida a um fenômeno apenas biofisiológico da puberdade⁽⁴⁾.

É imprescindível destacar que os adolescentes também passam por uma trajetória conflitante, sofrem a pressão do grupo e podem agir de maneira mais descompromissada no que se acena às primeiras aproximações com o sexo oposto. As modificações decorrentes da puberdade estimulam esses adolescentes a procurar novidades, atender seus desejos, sejam eles afetivos, interpessoais ou sexuais. Tais circunstâncias os deixam em situações de vulnerabilidade, inclusive para doenças⁽⁵⁻⁶⁾.

Desse modo, os adolescentes apresentam necessidades peculiares que precisam ser adquiridas por meio das políticas públicas de saúde do país, tais como ações de

controle e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, favorecendo a participação do jovem como ator na prevenção e promoção da sua saúde^(7,8).

Estima-se que, a cada dia, um milhão de pessoas adquira doenças sexualmente transmissíveis. Adultos jovens e adolescentes representam quase a metade de todos os casos novos dessas doenças⁽⁹⁾.

Desse modo, as características dos adolescentes, além de preocuparem pais, professores, educadores, governantes e pesquisadores, assinalam para uma necessária efetivação de ações promotoras da saúde sexual e reprodutiva. Dentre as inúmeras ações dos profissionais, destaca-se para o público adolescente feminino a adoção rotineira da consulta ginecológica⁽⁸⁻⁹⁾.

Trata-se de uma modalidade de atendimento, que pode ser uma importante ação promotora da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, além de estar disponível, gratuitamente, na rede de Atenção Primária à saúde e que, apesar disso, sua procura é baixa^(5-6,9). Os profissionais necessitam investir no relacionamento pessoal contemplando os preceitos éticos, as normas sociais e as singularidades das jovens⁽⁵⁾. Na consulta ginecológica, é plausível desenvolver educação em saúde, com empatia, que extrapole a simples comunicação de informações, com estabelecimento de metas mútuas entre o profissional e o adolescente, que contenha a elevação da autoestima das jovens, mas principalmente que as façam serem atrizes principais de suas vidas, responsáveis pelas suas ações e conhecedoras das vulnerabilidades às quais podem estar expostas⁽⁶⁾. Os profissionais precisam assumir uma interação dialógica, respeitando as carências e medos de verbalizar os anseios vividos por cada pessoa.

Entretanto, poucas jovens podem desfrutar nos serviços de saúde de uma interação interpessoal com comunicação

efetiva, pois existem obstáculos como a dificuldade de marcação de consultas ginecológicas⁽⁵⁾, pois a administração pública precisa ainda caminhar muito a fim de conseguir diminuir o hiato entre o resultado do processo de transformação da organização e a demanda, de modo que a adolescência tenha bens e serviços quando e onde precisar, na condição que desejar e com o menor custo⁽¹⁰⁾. Ofertar à população serviços de saúde com qualidade, segurança e sempre que necessário é um dos maiores desafios da gestão pública nas esferas federal, estadual e municipal.

Nos serviços de Atenção Primária à Saúde com um modelo assistencial onde as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adstrita, localizada em uma área delimitada, considera-se um contrassenso a não opção de escolha da adolescente pelo profissional que irá proceder a sua consulta ginecológica^(6,9). Toda jovem necessita de um atendimento acolhedor que considere as suas especificidades e que supere o medo muito comum da quebra do sigilo profissional e também a falta de informação⁽⁹⁾.

É conhecido que as adolescentes não têm o hábito de repartir suas decisões sexuais com seus pais e/ou responsáveis, sendo a consulta ginecológica um caminho para sanarem dúvidas com os profissionais⁽⁵⁾. Estudos indicam que grande parte das mulheres consideram o exame ginecológico como embaraçoso e estressante, principalmente as jovens⁽¹¹⁻¹²⁾.

Na consulta ginecológica é plausível conversar sobre a adoção de condutas que estimulem a vivência prazerosa e saudável da sexualidade. Além disso, é um ambiente propício para o diálogo sobre o planejamento familiar e as doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, destaca-se a necessidade de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, com uma visão

voltada para as necessidades individuais, de grupos sociais específicos, nesse caso as jovens, e da coletividade; supõe uma quebra dos muros dos serviços de saúde, reorganização dos setores e, sobretudo, de forma a facilitar a adesão desse grupo etário à consulta rotineira^(5,11).

A motivação desta pesquisa veio por se tratar de um tema amplo e de maior importância. Durante a adolescência, pouco ou nada se fala acerca da consulta ginecológica como processo de promoção da saúde, imprescindível antes mesmo da iniciação sexual.

Dentro desta perspectiva, este estudo é de grande relevância para o profissional de saúde da Atenção Primária à Saúde e, em especial, para o enfermeiro, por ser aquele que passa a maior parte do tempo na assistência à população, especialmente nos momentos iniciais e, muitas vezes determinantes, o acolhimento da adolescente. Além do mais, a partir da municipalização da saúde, a enfermagem nas instituições de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde expandiu numericamente, assumiu ações, papéis, organizou e ocupou a gerência dos serviços, constituindo-se em ator chamado a dar respostas às diretrizes políticas e entrelaçando vários aspectos no complexo trabalho desenvolvido na rede básica de serviços públicos de saúde⁽¹³⁾.

Ponderando-se que a consulta ginecológica pode ser um extraordinário momento para educação em saúde para adolescentes, desenvolveu-se o presente estudo com objetivo de descrever as características sociodemográficas e analisar a percepção de adolescentes sobre a consulta ginecológica.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em uma escola da rede pública de

ensino no município de São Paulo. Com base em amostragem de conveniência, adotou-se como critério de seleção adolescentes de 15 a 19 anos que passaram por consulta ginecológica, regularmente matriculadas no ensino médio da instituição da escola do estudo e no período de agosto a setembro de 2012. Totalizaram 40 participantes no estudo.

A escolha do cenário obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ser de fácil acesso, de forma que comportasse uma heterogeneidade social de alunos; possuir ensino médio; e contar com aulas nos períodos diurno e/ou noturno.

As pesquisadoras fizeram contato com a direção da escola, apresentando um protocolo de pesquisa em conformidade com os preceitos éticos (anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa, cuidados com a integridade física, psicológica e social do participante, e outros), sendo solicitada autorização prévia para sua realização e foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista, mediante CAEE nº 0174.0.251.000-11, recebendo parecer favorável, conforme protocolo nº 199/11.

As adolescentes foram informadas acerca da finalidade do estudo, do caráter sigiloso e possibilidade de interrupção de sua participação sem qualquer tipo de prejuízo. Após a aceitação, estas assinaram o Termo de Assentimento do Adolescente e os pais ou responsável assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Duas pesquisadoras aplicaram os questionários, com duração média de 35 minutos. Após explicação do preenchimento, os questionários eram distribuídos para cada aluna.

Utilizou-se um questionário, elaborado pelas pesquisadoras, autoaplicado em sala de aula e de forma anônima. As questões envolviam dados sociodemográficos (idade, estado civil, série escolar, se possui filhos, se

trabalha, renda familiar, pessoa com maior renda na família, escolaridade dos pais/responsáveis e religião); comportamentais (idade em que ocorreu a menarca e a sexarca, uso de preservativo, conhecimento sobre anticoncepção, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis) e histórico e percepções a respeito da consulta ginecológica.

O tratamento dos dados foi realizado no software EpiInfo versão 7, com entrada dupla, para garantir a consistência do banco de dados. Foram identificados e comparados, segundo as frequências absolutas e relativas, representados por meio de tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para exposição dos resultados elaborou-se tabelas, descrevendo-as em forma de texto, considerando a caracterização e a percepção das adolescentes, a partir dos dados obtidos do estudo das variáveis no grupo pesquisado.

Conforme os dados socioeconômicos, 90,0% (n=36) moravam com a família, 45,0% (n=18) tinham o pai como chefe da família, ou seja, aquele que mais colabora com a renda, e apresentavam renda familiar média de três salários mínimos. Quanto à escolaridade dos responsáveis, com nível superior completo 5% (n=2), a maioria possuía o 2º grau completo 35,0% (n=14), 30% (n=12) relataram que os responsáveis tinham o ensino fundamental completo e outros 30% (n=12) com ensino fundamental incompleto.

Na **Tabela 1**, a seguir, estão apresentados os resultados do estudo das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica dos adolescentes quanto à idade, religião, estado civil, série escolar, se possui filhos e se trabalha.

A idade média foi de 17,5 anos. Nota-se, de acordo com a tabela 1, que a maioria das adolescentes entrevistadas possui 18 anos de idade (33,0%). Em relação a religiões

citadas pelas participantes do estudo, a maioria referiu ser católica (48,0%), sendo que

20% (n=8) das estudantes afirmaram não ter religião.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das adolescentes quanto à idade, religião, estado civil, série do ensino médio, se possui filhos, se trabalha. São Paulo-SP, 2012.

Caracterização sociodemográfica das adolescentes		Frequência absoluta (n=40)	Frequência relativa (%)
Idade em anos	15	2	5
	16	10	25
	17	8	20
	18	13	33
	19	7	17
Religião	Católica	19	48
	Cristã	2	5
	Evangélica	7	17
	Espírita	4	10
	Nenhuma	8	20
Estado Civil	Solteira	36	90
	Casada	4	10
Série do ensino médio	1º ano	14	35
	2º ano	13	32,5
	3º ano	13	32,5
Filhos	Sim	10	25
	Não	30	75
Trabalha	Sim	12	30
	Não	28	70

No que se refere ao estado civil, 90,0% (n=36) da amostra eram solteiras e somente 10,0% (n=4) se declararam casadas. Declararam ter filhos 25% (n=10), sendo que 20% (n=8) têm mais de um filho. Dados semelhantes foram encontrados na literatura⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Pesquisadores sobre a adolescência alertam que de 1,1 milhões de jovens parturientes de 15 a 19 anos no Brasil 25% já têm um filho. O episódio mais inquietante é que grande parte das jovens afirma que a sucessiva gravidez não foi planejada. Um dos fatores que tem sido notado como importante na repetição da

gravidez entre as adolescentes é o descuido quanto à contracepção, ponderando-se que adolescentes com vida sexual ativa estão expostas a uma nova gestação dentro de um ano se não for utilizado nenhum método contraceptivo, com chance de nove para cada dez adolescentes⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Outro motivo que tem colaborado para o aumento dos casos de gravidez na adolescência é a alteração dos padrões de sexualidade, uma vez que a sexarca ocorre cada vez mais cedo, acontecendo atualmente, em média, aos 15 anos de idade para o sexo feminino⁽¹⁴⁾.

Além do mais, estudos apontam que existe uma relação entre o uso de álcool e outras substâncias psicoativas com comportamentos sexuais de risco na adolescência⁽¹³⁻¹⁴⁾. Destarte, pesquisas assinalam que o início da vida sexual precoce está associada a uma maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Estudos sugerem que os fatores associados à sexarca dependem de aspectos culturais. O uso e abuso das substâncias psicoativas apresenta associação significativa com iniciação sexual precoce em países europeus e nos Estados Unidos, contudo, sendo mais frequente na Europa⁽¹⁸⁾.

A mesma pesquisa sugere que a escolaridade do adolescente também apresenta relação inversamente proporcional com a idade da sexarca⁽¹⁸⁾. Em estudo efetivado em países do continente africano, a escolaridade e o uso de substâncias psicoativas apresentaram relação expressiva com a sexarca precoce apenas entre jovens do sexo feminino⁽¹⁹⁾.

Neste estudo, 30,0% (n=12) das estudantes trabalhavam fora de seu lar, sendo que destas apenas cinco adolescentes relataram ter carteira assinada. Em nosso país, segundo dados do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), havia 3,4 milhões de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos de idade trabalhando. As crianças e adolescentes de 10 a 15 anos que exercem algum tipo de trabalho anos equivalia a 1,9% dos trabalhadores, ou seja, 1,6 milhões de crianças e jovens. Já na faixa

de 16 ou 17 anos eram 1,8 milhão (2,1% do total), caso em que o trabalho é autorizado, desde que não seja prejudicial à saúde, à segurança e à moralidade⁽²⁰⁾.

Na categoria de aprendiz, o trabalho dos jovens tem sido legitimado, mas repetidamente prevalece o aspecto produtivo sobre o educativo, além de nem sempre haver condições adequadas de saúde e segurança no trabalho⁽²¹⁾. Porém, os aprendizes, frequentemente, ignoram seus direitos trabalhistas, submetendo-se a circunstâncias penosas, insalubres e impróprias, a salários baixíssimos, trabalhando horas a mais sem receber por esse período, não usam equipamentos de proteção individual, tornando-se vulneráveis a diversos agravos⁽²¹⁻²²⁾.

A vulnerabilidade social entre os adolescentes impõe a necessidade de trabalhar mais cedo, assumir maiores responsabilidades com o próprio sustento e dos que com ele moram, precipitando em anos alguns comportamentos, inclusive sexual⁽²¹⁾, como evidenciado neste estudo.

Na **Tabela 2** serão apresentados os resultados relativos à idade que ocorreu a menarca, ou seja, primeira menstruação.

O presente estudo mostra que 65% das adolescentes participantes tiveram início da menarca entre os 12 e 13 anos. Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada com adolescentes de Teresina-Piauí, onde se observou que a menarca predominou nas idades de 12 e 13 anos para 60,6% do grupo estudado⁽¹⁴⁾.

Tabela 2 - Distribuição das adolescentes participantes de acordo com a idade que ocorreu a menarca. São Paulo-SP, 2012.

Idade (em anos) da menarca	Frequência absoluta (n=40)	Frequência relativa (%)
9	1	3
10	2	5
11	6	15
12	17	42
13	9	23
14	3	7
16	2	5

Segundo a literatura científica, a média da idade da menarca nas adolescentes americanas é de 12,8 anos, permanecendo inalterada nos últimos 50 anos⁽²²⁾, enquanto no Brasil, em média, dos 11 aos 12 anos⁽²³⁾. A idade da menarca pode ser influenciada por fatores como clima, nível socioeconômico, fatores genéticos e étnicos, atividade física e estado nutricional⁽¹⁴⁾.

A ocorrência da menarca nem sempre se relaciona com o ciclo ovulatório normal, ela representa o estágio de amadurecimento uterino, não significando que a menina tenha atingido o estágio de função reprodutiva completo, pois os ciclos menstruais iniciais são irregulares, anovulatórios, havendo um período de esterilidade na adolescência que pode durar de um a 18 meses após a menarca⁽²³⁾.

Sua vinda constitui-se em importante componente definidor da passagem do ser criança para o ser adolescente. Para todas as adolescentes, independentemente do seu ciclo social, a menarca caracteriza-se como um dos poucos ritos de passagem que ainda

permanece valorizado nas sociedades modernas⁽²²⁾.

Em relação às orientações recebidas sobre a menarca, 65% (n=26) das adolescentes relatam que tiveram orientações sobre o início da menstruação, relacionada aos cuidados com a higiene corporal, de acordo com elas as orientações foram realizadas principalmente pelas mães.

Estudo realizado com adolescentes sobre o significado da menarca encontrou escassa orientação sobre esta. As meninas referiram como um período marcante em suas vidas, porém esse momento foi cercado de medos e angústias, pelo desconhecimento e sobretudo por não receberem apoio e suporte familiar e social para enfrentar essa nova fase da vida⁽²³⁾.

Sobre os relatos de dismenorreias, 60,0% (n=24) das adolescentes relataram sentir cólicas menstruais, dentre essas jovens apenas 17,5% procuraram a ajuda médica. Sendo que a dismenorreia é um dos problemas ginecológicos mais prevalentes entre adolescentes, na qual a condição é usualmente primária, ou seja, não causada por doença pélvica⁽²⁴⁾. Afeta

aproximadamente 50% das mulheres em idade reprodutiva, e, em 10% delas, apresenta-se com intensidade suficiente para interferir no cotidiano. Atualmente tem-se estudos sobre a eficácia dos medicamentos anti-inflamatórios não esteroides. Portanto, as jovens precisam procurar orientação com o ginecologista⁽²⁵⁾.

As estudantes, de maneira geral, tinham informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis (Tabela 3). Grande parte desse conhecimento foi proveniente da escola, televisão, internet e amigos, como observado na literatura⁽⁶⁾. O ginecologista atuou timidamente na orientação das entrevistadas.

Tabela 3 - Conhecimento das adolescentes sobre os métodos de prevenção das DST. São Paulo-SP, 2012.

Métodos de prevenção das DST	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Relacionamento monogâmico		
Sim	2	5
Não	38	95
Uso de preservativo		
Sim	40	100
Não	-	-
Pílula		
Sim	2	5
Não	38	95
Coito interrompido		
Sim	-	-
Não	40	100
Tabelinha		
Sim	-	-
Não	40	100
Gel espermicida		
Sim	4	10
Não	36	90
Dispositivo intrauterino		
Sim	2	5
Não	38	95

O desempenho dos profissionais de saúde foi inerte, assim como em outra pesquisa⁽⁹⁾. Estudos apontam que, mesmo com divulgação na mídia e informação nas escolas, as jovens ainda possuem dúvidas sobre a prevenção da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis e certa resistência ao uso do preservativo,

tornando-se vulneráveis e aumentando as incidências da doença⁽⁸⁾.

Na Tabela 4, encontra-se a distribuição das adolescentes participantes de acordo com a sexarca, se passaram por consulta após o início da relação sexual e percepções sobre a consulta ginecológica.

Tabela 4 - Distribuição das adolescentes participantes de acordo com a sexarca, se passaram por consulta após o início da relação sexual e percepções sobre a consulta ginecológica. São Paulo-SP, 2012.

Sexarca, idade da primeira relação sexual consulta ginecológica	Frequência absoluta (n=40)	Frequência relativa (%)
Relação sexual		
Sim	27	67
Não	13	33
Passou por consulta ginecológica após o início da vida sexual		
Sim	27	67
Não	13	33
Consulta em serviço público		
Sim	38	95
Não	2	5
Dificuldade em agendar a consulta ginecológica		
Sim	10	25
Não	30	75
Preferência por ginecologista mulher		
Sim	28	70
Não	12	30
Tempo reduzido da consulta (<15 minutos)		
Sim	33	82,5
Não	7	17,5
Motivo da consulta		
Rotina	12	30
Anticoncepção (escolha)	11	27,5
Doença/Infecção	2	5
Dismenorreia	7	17,5
Pré-natal	6	15
Abortamento	2	5
Outros	-	-

A respeito da sexarca, neste estudo, 67% (n=27) das adolescentes relataram já ter iniciado atividade sexual, sendo que a idade em que aconteceu a primeira relação sexual variou de 12 a 19 anos, sendo a média de idade de 14,9 anos, igual à encontrada na literatura⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A primeira relação sexual, considerado um rito de passagem para todas as pessoas, tem se iniciado cada vez mais precocemente. No contexto brasileiro, a idade média da primeira relação sexual é de 15 para as meninas⁽¹³⁾.

Pesquisadores apontam que a idade média de início da vida sexual pode ser

importante na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, já que se relaciona com uma maior escolaridade do indivíduo, melhor aprendizagem sobre o tema e, assim, menor vulnerabilidade social^(13,22).

O nível socioeconômico e escolaridade baixa dos pais/responsáveis são fatores que parte da literatura científica sugere como acompanhantes da sexarca precoce^(15,18-19), assemelhando-se aos resultados da presente pesquisa. Possuir renda familiar baixa pode ter uma intensa influência para o início da vida sexual precoce devido à precocidade de determinadas etapas evolutivas, como trabalhar mais cedo, assumir maiores responsabilidades com o próprio sustento e de sua família, acelerando algumas escolhas, inclusive a sexual⁽¹⁵⁾. Tal apontamento parece ser a equivalente com o contexto pesquisado. Apesar disso, a relação da sexarca precoce com tais condições sociais adversas ainda requer mais estudos⁽¹⁶⁾.

A preparação de ações educativas que visem à minimização de desfechos negativos em saúde relacionados à sexarca precoce depende da identificação de características das jovens que iniciam sua vida sexual mais cedo⁽⁴⁾.

Um dado importante que merece ser apontado é que, dentre as adolescentes, 60,0% (n=24) já haviam feito uso de algum anticoncepcional até a data da pesquisa, e embora todas essas jovens não desejassem engravidar nesse período de suas vidas, apenas 40,0% delas faziam uso de métodos contraceptivos no momento. É importante salientar que foram considerados métodos contraceptivos para fins deste estudo: o preservativo masculino, o preservativo feminino, o diafragma, o anticoncepcional oral e o dispositivo intrauterino. A relação entre a aquisição de conhecimento e a adoção de medidas anticoncepcionais na adolescência é pequena⁽²⁶⁾.

Ainda que apresentem informações elementares sobre prevenção da gravidez, as adolescentes necessitam de uma educação efetiva e continuada que envolva o tema, a fim de adquirir conhecimentos e habilidades, os quais poderão definir transformações no comportamento sexual dos jovens.

Para isso, é primordial que exista uma prática e um prosseguimento dos programas educacionais sobre sexualidade nos meios de comunicação, os quais são acessados mais prontamente pelos jovens, necessitando ter uma elocução objetiva, dinâmica, aberta e lúdica sobre a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis^(3,7).

As ações educativas que visam à promoção e prevenção da saúde das adolescentes precisam ser realizadas em parceria com os profissionais de saúde, de educação e a comunidade para que os jovens passem a ser protagonistas da sua saúde, pois a desinformação e o desconhecimento são fatores que tornam os adolescentes mais vulneráveis a doenças e à gravidez precoce⁽⁷⁾.

Foram à consulta ginecológica após o início da relação sexual 67,0% (n=27) das alunas, sendo que 95% das adolescentes usaram o Sistema Único de Saúde (SUS) e 25% (n=10) das jovens relataram dificuldades para a marcação do atendimento ginecológico. A maioria das adolescentes pesquisadas relatou preferir realizar a consulta com ginecologista do sexo feminino (70%). Quanto ao tempo da consulta ginecológica, 55,0% (n=22) das estudantes afirmaram que a duração foi inferior a 15 minutos. Em relação à insatisfação das adolescentes, a falta de tempo e atenção (55,0%) e o período de espera para ser atendida (25,0%) foram apontados como fator de desagrado.

Ponderando sobre os usuários adolescentes, há insuficiência de políticas públicas preventivas de saúde sexual e reprodutiva direcionada a essa faixa etária, o que reflete diretamente na demora e na

ineficiência do atendimento. Outro fator importante é a carência do acolhimento e as filas de espera sem a garantia de resolutividade de suas demandas, o que demonstra assim a necessidade imperativa de reorganização dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Para a Administração Pública, tanto recursos quanto o público-alvo organizacional estão espalhados em áreas de distintos tamanhos, além da diversidade sociocultural dos residentes locais. Esse é o problema que a logística tem a missão de resolver, ou seja, diminuir o hiato entre o resultado do processo de transformação da organização e a demanda, de modo que o consumidor-cidadão e a sociedade tenham bens e serviços quando e onde quiserem, na condição que desejarem e com o menor custo⁽²⁷⁾.

Ofertar a adolescentes serviços de saúde com qualidade, segurança e no tempo certo demandado pela cidadã é um dos desafios da gestão pública nas esferas federal, estadual e municipal. Os resultados deste estudo indicam que há de se prover as unidades de saúde atendendo aos princípios da legalidade, qualidade, economicidade e rapidez, na hora certa e na quantidade certa, para efetivamente ofertar saúde.

Este estudo apontou que a entrada a serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva não é promovido para as adolescentes que dele necessitam e, segundo a avaliação das usuárias, a qualidade carece ser aperfeiçoada. É imperativa a ampliação da oferta de assistência à saúde dessa população, especialmente para aquelas de menor poder aquisitivo e usuárias da rede pública, como as das participantes desta pesquisa, além de maior investimento na capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a esse público.

Sabe-se que as mulheres, durante todo o seu ciclo de vida, devem passar regularmente por consulta ginecológica. As

demandas para essa consulta são inúmeras e vão desde uma orientação para a escolha de um método contraceptivo até a prevenção de doenças como o câncer de mama e o câncer de colo do útero, doenças sexualmente transmissíveis e orientações sobre a saúde sexual e reprodutiva⁽⁹⁾.

A avaliação de rotina foi o principal motivo para a procura por assistência ginecológica pelas entrevistadas (30,0%), seguida pela orientação sobre anticoncepção (27,5%), sendo que esses dados são diferentes dos encontrados na literatura, talvez pelo número reduzido das participantes⁽⁶⁾. Cabe ressaltar que 15% (n=6) e 5% (n=2) das estudantes procuraram respectivamente a consulta ginecológica para atendimento pré-natal e abortamento, ou seja, após engravidarem. Informações análogas foram encontradas em uma pesquisa realizada na Nigéria, onde constatou-se que 27,7% das gestantes foram pela primeira vez a um serviço de ginecologia quando suspeitaram da gravidez.

Ficou claro que a grande maioria das adolescentes demorou muito para procurar um serviço de ginecologia. Destas, grande parte após o início da vida sexual. Pior foi averiguar que em algumas delas só aconteceu depois de estarem grávidas ou já com sinais de abortamento. Deste modo, torna-se essencial que as ações de prevenção e promoção da saúde sejam adequadas ao público jovem, respeitando a cultura, a ética, as crenças e os valores.

Durante o atendimento ginecológico, 50,0% (n=20) das adolescentes referiram ter as suas dúvidas esclarecidas, sendo que 95% (n=38) das jovens acham que o papel do profissional da saúde é importante na consulta ginecológica, pois pode elucidar as dúvidas, orientar sobre os cuidados e mudanças que ocorrem com o corpo, prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e os procedimentos

que ocorrerão durante a consulta. Na presente pesquisa, foi constatado que o profissional passou segurança, uma vez que a consulta traz constrangimentos. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com estudantes do ensino médio de três escolas do Rio de Janeiro-RJ⁽⁹⁾.

O papel dos profissionais de saúde é essencial e de extrema importância para promover a educação na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. É importante que o profissional da saúde conheça as alterações e características da adolescência para que possa compreender melhor as vivências dessa fase do ciclo vital como também o mundo do adolescente de forma mais global⁽²⁰⁾.

A assistência dedicada às jovens precisa tornar-se mais rápida e atraente, de forma a aprimorar sua apreensão e aderência ao hábito da consulta ginecológica preventiva. É plausível criar empatia e uma relação interpessoal entre as adolescentes e o profissional de saúde, atribuindo um acolhimento diferenciado, no qual possa ser adquirido conhecimento satisfatório para dar subsídio a uma conduta sexual segura e saudável, além de estímulo à autoestima e ao autocuidado⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo limitou-se a abordar alunos do ensino médio de uma escola pública do município de São Paulo, com base em amostragem de conveniência, portanto os resultados aplicam-se apenas à população pesquisada.

Constatou-se que o conhecimento produzido nas consultas ginecológicas para adolescentes foi reduzido. Pelos relatos, percebeu-se que tal carência se estende aos serviços de saúde, os quais muito precisam ser estudados, adequados e reformulados, para que ocorra maior aproximação entre adolescentes e serviços, bem como maior

adesão aos programas propostos para as jovens. Entre os aspectos imprescindíveis à apropriada assistência a essas usuárias concebe o investimento em educação continuada e permanente, a fim de que os profissionais de saúde se conservem habilitados para acolher as adolescentes de forma integral.

Além disso, os programas de promoção de saúde sexual e reprodutiva devem dar enfoque à consulta ginecológica preventiva, mesmo antes de iniciar a vida sexual. Necessitam ainda desmitificar a consulta ginecológica como causadora de constrangimento e temor, bem como valorizar seu aspecto educativo centrado na problematização das dúvidas. Por outro lado, os serviços precisam considerar as questões de gênero que desencadeiam o acanhamento, precisam proporcionar às adolescentes um espaço acolhedor com profissionais capacitados.

Percebe-se que é pouco aproveitado um local excelente para se promover orientações particularizadas, seguras, desnudas de convencionalismos, garantindo a informação sobre assuntos polêmicos como a negociação do uso do preservativo, os riscos da gravidez na adolescência e do aborto e a violência sexual.

Outra maneira para tornar a consulta ginecológica atrativa às adolescentes é abarcá-la no cotidiano dessas jovens. Para tanto, campanhas propondo a reflexão sobre a consulta ginecológica podem ser veiculadas nas redes sociais, internet, televisão, os quais constituem meios de comunicação vastamente explorados pelas adolescentes.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. 2004 [acesso em 2012 ago. 20]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/897>.

2- World Health Organization (WHO). Child and adolescent health and development [Internet]. Geneva; 2004 [cited 2009 ago. 9]. Available from: http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/adh_over.htm.

3- Shashikumar R, Das RC, Prabhu HR, Srivastava K, Bhat PS, Prakash J, et al. A cross-sectional study of factors associated with adolescent sexual activity. *Indian J Psychiatry* [Internet] 2012 [cited 2014 July 12]; 54(2):138-43. Available from: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2012/54/2/138/99532>.

4- Decat P, Nelson E, Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Segura Z, et al. Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2013 July 13]; 13:31. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/31>.

5- Gomes VLO, Fonseca AD, Oliveira DC, Silva CD, Acosta DF, Pereira FW. The representations of adolescents about gynecological consultation. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(3):445-45.

6- Gomes VLO, Amarijo CL, Cazeiro CC, Costa JES. Conhecimento acerca da consulta ginecológica para adolescentes, produzido no campo da medicina. *Adolesc Saúde*. 2011; 8(4):48-54

7- Coelho RFS, Souto TG, Soares LR, Lacerda LCM, Matão MEL. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de Goiânia. *Rev Patol Trop*. 2011; 40(1):56-66.

8- Gomes CN, Horta NC. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. *Rev APS*. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 25 jul. 2013]; 13(4):486-99. Disponível em:

9- Pereira SM, Taquete SR, Perez MA. Consulta ginecológica sob a ótica de estudantes do ensino médio do Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2014 fev. 5]; 47(1):2-10. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/02.pdf>.

10- Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Coletiva*. (Online). 2013 jan. [citado 2014 mar. 21]; 18(1):[aprox.10 telas]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>.

11- Afaneh I, Sharma V, McVey R, Murphy C, Geary M. The use of chaperones in obstetrical and gynaecological practice. *Irish Med J* 2010; 103:137-9.

12- Nkwo PO, Chigbu CO, Nweze S, Okoro OS, Aías LO. Presence of chaperones during pelvic examinations in southeast Nigeria: women's opinions, attitude, and preferences. *Niger J Clin Pract*. 2013 Oct-Dec; 16 (4): 458-61.

13- Onofre PSC, Oliveira PP de, Belinelo RGS, Ferreira SSAS. The knowledge of breastfeeding among pregnant women assisted in a primary healthcare unit. *Rev enferm UFPE on line*. 2012 June [cited 2014 July 18]; 6(6):1302-10. Available from: <file:///C:/Users/User/Downloads/2473-23656-1-PB.pdf>.

14- Nery IS, Mendonça RCM, Gomes IS, Fernandes ACN, Oliveira DC. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. *Rev bras enferm*. 2011; 64(1):31-37.

15- Hugo TDO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC, et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2011 nov.; 27(11):2207-14.

16- Langille DB, Asbridge M, Flowerdew G, Allen M. Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in

adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. *Sex Health* 2010; 7:199-204.

17- Shashi Kumar R, Das RC, Prabhu HR, Bhat PS, Prakash J, Seema P, Basannar DR. Interaction of media, sexual activity and academic achievement in adolescents. *Med J Armed Forces India*. 2013 Apr; 69(2):138-43.

18- Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *J Adolesc Health* 2010; 47:389-98.

19- Peltzer K. Early sexual debut and associated factors among in-school adolescents in eight African countries. *Acta Paediatr* 2010; 99:1242-7.

20- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Resultados da Amostra. 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm.

21- Lima MB, Ribeiro DF, Andrade AS. Percepções de crianças e adolescentes sobre seu trabalho informal. *Psicologia em Revista*; 2011; 17(1):48-66.

22- Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(4):833-41.

23- Brêtas JRS, Tadini AC, Freitas MJD, Goellner MB. Significado da menarca segundo adolescentes. *Acta paul enferm*. 2012; 25(2):249-55.

24- Nor Azlin MI, Maryasalwati I, Norzilawati MN, Mahdy ZA, Jamil MA, Zainul Rashid MR. The efficacy of etoricoxib vs mefenamic acid in the treatment of primary dysmenorrhoea: A randomised comparative trial. *J Obstet Gynaecol*. 2008; 28:424-6.

25- Yanez N, Bautista-Roa SJ, Ruiz-Sternberg JE, Ruiz-Sternberg AM. Prevalência e fatores associados à dismenorréia em estudantes de

ciências da saúde. *Rev Cienc Salud*. 2010; 8(3):37-48.

26- Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Publica*. 2004; 38(4):479-87.

27- Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc Saúde Coletiva*. (Online). 2013 jan. [citado 2014 mar. 21]; 18(1):[aprox.10 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>.

Recebido em: 26/09/2014

Versão final reapresentada em: 30/12/2014

Aprovado em: 30/12/2014

Endereço de correspondência

Juliana Gimenez Amaral
Universidade Paulista - Alphaville
Av. Yojiro Takaoka, 3.500
Santana de Parnaíba - SP
CEP:06500-000
E-mail: amaral_ju@yahoo.com.br