

Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente

Volume III

Assistência ao Pré-Natal, ao Parto e ao Puerpério
Planejamento Familiar
Doenças Sexualmente Transmissíveis
Problemas Ginecológicos



Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Assistência à Saúde - SAS

Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS
Coordenação Materno - Infantil - COMIN
Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente - SASAD

Ministerio da Saúde – MS
Secretaria de Assistência à Saúde – SAS
Departamento de Assistência e Promoção à Saúde – DAPS
Cordenação Materno-Infantil – COMIN
Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente – SASAD

NORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

VOLUME III
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, AO PARTO E AO PUERPÉRIO
PLANEJAMENTO FAMILIAR
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

Brasília, 1993

MINISTERIO DE ESTADO DA SAÚDE

Dr. HENRIQUE SANTILLO

SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Dr. CARLOS EDUARDO V. MOSCONI

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE

Dr. DOMINGOS SÁVIO DO NASCIMENTO ALVES

COORDENADORA MATERNO-INFANTIL

Dra. JOSENILDA DE A. CALDEIRA BRANT

CHEFE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Dra. RACHEL NISKIER SANCHEZ

*Impresso com recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD – Projeto BRA/90-032
Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde – Projeto Nordeste
Acordo de Empréstimo BIRD 3135/BR*

FICHA CATALOGRAFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS. Coordenação Materno-Infantil - COMIN Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente - SASAD.

Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol III - Assistência ao Pré- Natal, ao Parto e ao Puerpério - Planejamento Familiar - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Problemas Ginecológicos - Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

40p.

Sumário

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, AO PARTO E AO PUERPÉRIO.....	6
PLANAJAMENTO FAMILIAR.....	18
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	23
PROBLEMAS GINECOLÓGICOS.....	29

**ASSISTÊNCIA AO
PRÉ-NATAL, AO PARTO
E AO PUERPÉRIO**

1. INTRODUÇÃO

As estatísticas nacionais revelam aumento do número absoluto e relativo das gestações em adolescentes.

A gravidez, incidindo neste período do desenvolvimento, ocasiona uma nova busca de identidade - a materna - cujo novo cortejo de conflitos pode levar a uma desestruturação da personalidade.

Do ponto de vista social, a adolescente grávida, assim como sua filha, é considerada por muitos autores como de alto risco, decorrendo daí maior evasão escolar, desajustes familiares e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. As intercorrências obstétricas mais freqüentemente intra-uterino, infecções urinárias, especialmente no grupo mais jovem, entre outras. Observa-se também, seqüência de gestações com reduzido intervalo interpartal.

Ao proporcionar assistência médica integral, os resultados demonstrarão a diminuição das complicações obstétrico-perinatais, além de contribuir para o crescimento e desenvolvimento adequado da adolescente e prevenção da doença mental do nascituro ao longo de seu desenvolvimento pessoal.

2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À ADOLESCENTE

A assistência pré-natal à adolescente deverá ser organizada na Unidade de Saúde, em nível ambulatorial. Através de um programa de atenção, suas necessidades biopsicossociais serão atendidas por uma equipe de saúde disponível para a realização de ações preventivas, educativas e curativas durante a gestação até o primeiro ano de vida do filho.

Consideram-se adolescentes aqueles cuja idade se situa entre 10 a 19 anos, sem prejuízo das que, ainda que fora dessa faixa etária, apresentem características biológicas e psíquicas que justifiquem sua inclusão no grupo.

Como condições para uma assistência pré-natal criteriosa, qualitativa e quantitativamente, os seguintes elementos devem ser garantidos no pré-natal, adaptados às peculiaridades da adolescente grávida.

- a) Captação precoce da adolescente grávida na comunidade.
- b) Controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo;
- c) Recursos Humanos treinados;
- d) Área física adequada;
- e) Equipamentos e instrumental mínimos;
- f) Instrumentos de registro e estatística;
- g) Medicamentos básicos;
- h) Apoio laboratorial mínimo;
- i) Sistema eficiente de referência e contra-referência;
- j) Avaliação das ações da assistência pré-natal.

2.a - Captação Precoce da Adolescente Grávida na Comunidade

Objetivo:

Iniciar a assistência pré-natal da adolescente grávida desde o primeiro trimestre na Universidade de Saúde.

Para a Captação Precoce é necessário haver:

Motivação dos profissionais de saúde.

Envolvimento da comunidade e dos sistemas de saúde, no sentido discussão da problemática, organização de serviços para o atendimento aos adolescentes e facilidades de encaminhamento da adolescente grávida para a Unidade de Saúde.

Envolvimento da escola no diagnóstico e discussão da problemática com a Universidade de Saúde próxima;

- Meios de comunicação de massa;
- Ações educativas individuais e coletivas;
- Visitação domiciliar;
- Acessibilidade à Unidade de Saúde;

A qualificação da Unidade de Saúde no atendimento grávida é a melhor forma de assegurar a captação precoce.

2.b - Controle Periódico, Contínuo e Extensivo à População Alvo

Objetivo:

Assegurar a cobertura de atenção pré-natal, de forma a haver seguimento durante toda a gestação, em intervalos periódicos pré-estabelecidos, prosseguindo até o primeiro ano de vida do filho, prioritariamente.

Todos os esforços devem ser concentrados para garantir a plena participação da adolescente grávida, de seu companheiro e da família nas atividades desenvolvidas pela Unidade de Saúde.

2.c - Recursos Humanos Treinados (Equipe de Saúde)

Objetivo:

Prestar o atendimento à adolescente grávida consoante com as normas técnicas da assistência integral à saúde da mulher, por uma equipe especificamente motivada, habituada à problemática.

A Equipe de Saúde

Definição:

é um grupo de profissionais que compartilham uma meta de saúde e objetivos comuns, determinados pela necessidade da comunidade. Para atingir este fim, cada membro da equipe contribui de acordo com a sua competência/habilidades, respeitando-se as funções dos demais (OMS).

Formação:

A equipe de saúde deverá ser constituída pelos seguintes profissionais:

- pré-natalistas; pediatras;
- enfermeira;
- auxiliar de enfermagem;
- membros de equipe da saúde mental (psiquiatra/psicólogo):

Poderá ser complementada por:

- odontólogo
- terapeuta ocupacional;
- nutricionista;
- educador.

A primeira tarefa da equipe será grupos de estudos sobre adolescência, gestação na adolescência e, se possível, grupoterapia. As reuniões periódicas da equipe de saúde servirão também para diagnosticar a problemática da Unidade de Saúde e traçar os objetivos comuns do atendimento, delineando as atividades de cada elemento. A equipe de Saúde deverá receber treinamento especializado em atendimento à adolescente antes de iniciar as atividades.

Objetivos:

As ações desenvolvidas pela equipe de saúde terão os seguintes objetivos:

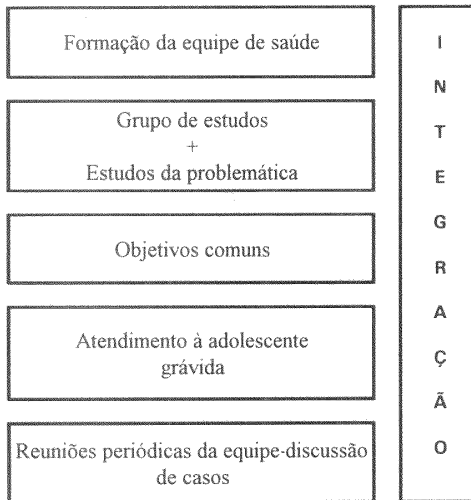
Gerais:

- Prestar assistência integral à adolescente grávida- companheiro durante a gestação, parto
- Específicos:
- Oferecer assistência ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar.
 - Oferecer suporte psico-emocional à adolescente, sua família e companheiro
 - Oferecer assistência às famílias até o final do primeiro ano de vida do filho;

Integração:

Reuniões periódicas e sistemáticas de reflexão, discussão de casos clínicos, assuntos administrativos e de avaliação, além da continuidade dos profissionais na equipe, são elementos que promovem a sua integração.

Na página seguinte, apresentamos modelos de desempenho da equipe de saúde.



Este modelo de desempenho de equipe integrada decorre de uma mudança de atitude de seus membros integrantes, baseados na presença, na disponibilidade, na continuidade e na tolerância.

2.d - Área Física Adequada

Objetivo:

Preservar um ambiente adequado ao inter-relacionamento da equipe de saúde com a adolescente grávida e seu companheiro mantendo, preferencialmente, uma área física exclusiva.

Área física deverá contar com:

- Sala de recepção;
- Sala de entrevista;
- Consultório médico;
- Instalação sanitária;
- Sala ampla para reuniões de:
 - ◆ Grupo de gestantes;
 - ◆ Grupo de pais;
 - ◆ Grupo de técnicos.

2.e - Equipamento e Instrumental básico:

- Mesas e cadeiras (entrevista)
- Mesa de exame ginecológico;
- Escada de dois degraus;
- Foco de luz;

- Banco;
- Balança para adultos (peso-altura)
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio clínico;
- Estetoscópio de Pinard e/ou Sonar;
- Fita métrica;
- Espéculos e pinças de Cheron;
- Armários com chave;
- Microscópio;
- Balde;
- Materiais para atividades educativas;
 - ◆ Quadro negro;
 - ◆ Projetor de Slides;
 - ◆ Gravuras;
 - ◆ Material didático;
 - ◆ Banheira, boneco, etc.

2.f – Instrumentos de Registro e Estatística.

Objetivos:

- Permitir avaliação psicossocial;
- Permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do recém nascido.
- Facilitar o fluxo de informações entre os serviços de saúde, sistema de referência e contra-referência;
- Permitir a seleção dos dados necessários para a avaliação das estatísticas de serviços e estudos científicos.

Material Utilizado:

- Ficha de Avaliação psicossocial;
- Folheto explicativo para as gestantes das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde;
- Ficha perinatal;
- Cartão de gestante;
- Mapa de registro diário;

2.g – Medicamentos Básicos

O Serviço deve garantir a adolescente o acesso à farmácia de distribuição de medicamentos básicos.

2.h – Apoio Laboratorial Mínimo:

A Unidade de Saúde deverá ter acesso a laboratório que garanta a realização dos seguintes exames.

- Tipagem sanguínea (Rh e Grupo);
- Sorologia sífilis (VDRL), FTA-ABS;
- Exame comum de urina;
- Urocultura com antibiograma;
- Hemograma;
- Citopatológico das fezes;
- Pesquisa de HIV;
- Exame do conteúdo vaginal (direto, bacterioscopia)

- Glicemia

Deverá contar também com apoio para propedêutica da avaliação fetal (vide manual de assistência à gestação de alto risco).

2.i Sistema de Referência e Contra- Referência

Objetivos:

- Garantir a referência formal para toda a clientela, de modo a possibilitar seu acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, conforme exigência de cada caso;
- Garantir vaga em hospital de referência no momento do parto;
- Assegurar o retorno da gestante e de recém-nascido ao serviço de saúde de origem, de posse de todas as informações necessárias para o seu seguimento e notificação da equipe de saúde.

3 - ATIVIDADE:

3.1 - Agendamento:

Deverá haver facilidade/privacidade e rapidez para marcação de consultas, com atenção especial para os casos de urgência e de final de gestação.

Adequar o atendimento para que no mesmo dia da consulta, os horários permitam a realização de:

- Entrevista individual inicial;
- Consulta médica;
- Grupo de gestantes.

A direção da Unidade de Saúde deverá coordenar o tempo de atividade dos profissionais da equipe, em duração e periodicidade, de forma a adequá-la à demanda.

3.2 - Entrevista Inicial Individual:

O primeiro contato poderá ser com qualquer elemento da equipe, com o objetivo de:

- estabelecer vínculo entre a adolescente e a equipe;
- informar a adolescente sobre atividades desenvolvidas no programa;
- conhecer o perfil psicossocial da adolescente, do companheiro e da família;
- identificar os fatores de risco desfavoráveis para a saúde;
- identificar situações de urgência.

3.3 - Roteiro da Consulta Médica:

Na primeira consulta é essencial a obtenção de uma avaliação cuidadosa e completa, conforme as orientações do Manual de Assistência Pré-Natal, anotando-se os dados coletados na Ficha Perinatal e no Cartão de Gestante. Quase sempre, a gestante vem à consulta acompanhada por familiar que também deseja falar com o médico para informar-se sobre a situação e pedir ajuda.

Eles deverão ser informados que durante a entrevista inicial, ela permanecerá sozinha com o pré-natalista e que no final da consulta serão ouvidos.

Os fatores de risco que deverão ser sistematicamente pesquisados incluem:

- 1 - Idade < 15 anos
- 2 - Baixa renda (carência de suporte econômico mínimo)
- 3 - Baixo nível de instrução ou analfabetismo
- 4 - Solteira, ausência de companheiro e sem amparo familiar
- 5 - Pais separados ou ausentes
- 6 - Tentativa de aborto
- 7 - Gravidez resultante de estupro ou incesto

- 8 - Decisão de oferta do recém-nascido para adoção
- 9 - Internação psiquiátrica, instabilidade emocional excessiva ou tentativa de suicídio
- 10 - Trabalho pesado
- 11 - Uso de fumo, álcool e drogas
- 12 - Nutrição inadequada
- 13 - Dificuldade de acesso a cuidados de saúde
- 14 - Acesso tardio ao pré-natal
- 15 - Má história obstétrica
- 16 - Intercorrências clínico-obstétricas

A consulta inicial gera grandes expectativas para o adolescente grávida, que vem carregada de dúvidas, culpa, vergonha, temores em relação à sua capacidade reprodutiva e desconfiada de como será atendida pelo profissional. Cabe ao pré-natalista desfazer essa impressão transmitindo uma mensagem de que ele faz parte de uma equipe de saúde preparada para ajudá-la. Para realizar essa tarefa, ele necessitará conhecer a fundo toda história pessoal e para isto a atitude do médico é tanto ou mais importante que as perguntas de praxe que possa fazer. Ao captar na atitude do médico que não vai ser julgada nem criticada, porém simplesmente avaliada do ponto de vista de saúde, falará então com muito mais franqueza de seus problemas e irá até onde os conheça.

3.4 - Exame físico:

Deverá ser realizado conforme orientações do Manual de Assistência Pré-natal.

3.5 - Exames Complementares:

EXAME	CONSULTA INICIAL	26 - 36 SEM.	36 SEM.
Hemograma Completo	X	--	--
HB / Ht	--	X	--
Tipagem sanguínea	X	--	--
VDRL ou FTA - ABS	X	--	X
Glicemia de jejum	X	TTG (24 - 32S) Se há fatores de risco para diabetes	
Exame comum de urina	X	--	X
Citologia oncológica	X	--	--
EPF	X	--	--
Pesquisa de HIV	X	--	--

3.6 - Consultas Subseqüentes:

As rotinas de consulta são semelhantes às contidas no Manual de Assistência Pré-Natal.

Calendário de Consultas:

- Adolescente portadoras de um ou mais fatores de risco descritos anteriormente:
 - ◆ Quinzenais até 36ª semana, e a seguir
 - ◆ Semanais até o parto.
- Adolescentes que não apresentam fatores de risco:
 - ◆ Mensais até a 36ª semana, e a seguir
 - ◆ Semanais até o parto.

3.7 - Outros encaminhamentos

a) Orientar nutrição, medicação e cuidados especiais.

b) Encaminhar para o grupo de gestantes.

c) Referenciar para:

- ◆ Vacina antitetânica
- ◆ Assistência odontológica
- ◆ Clínica especializada

3.8 - Ações Educativas:

O conteúdo mínimo deverá incluir:

- Higiene pessoal
- Nutrição
- Lazer
- Relacionamento Familiar
- Anatomia e Fisiologia
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Direitos e deveres legais
- Assistência ao parto
- Assistência ao puerpério
- Exames complementares
- Cuidado com recém-nascido
 - ◆ Aleitamento
 - ◆ vacinação
 - ◆ consultas de revisão
 - ◆ crescimento e desenvolvimento
 - ◆ estimulação neuropsicomotora
- Planejamento Familiar

3.9 - Parto

As gestantes adolescentes devem ser referenciadas para assistência ao parto a serviços que disponham de pessoal sensibilizado e treinado para recebe-las e assisti-las adequadamente, quanto às necessidades biológicas e emocionais.

3.10 - Puerpério

O retorno para revisão puerperal deve ser 15 dias após o parto. A revisão puerperal deve incluir além do exame físico, as seguintes atividades:

1. Cuidados higiênicos
2. Cuidados com o recém-nascido

3. Incentivo ao Aleitamento Materno

4. Planejamento Familiar

As ações previstas no Programa visam evitar:

- Desnutrição materna
- Retardo do crescimento intra-uterino
- Excessivo ganho de peso da gestante
- Intolerância ao hidratos de carbono
- Crescimento fetal excessivo
- Infecção urinária
- Doença hipertensiva específica de gestação
- Baixo peso ao nascimento
- Trabalho de parto prematuro
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Infecções perinatais
- Disposição de oferta de recém-nascido à adoção
- Anemia
- Drogadição
- Depressão e suas complicações
- Desagregação familiar
- Evasão escolar
- Gestação recorrente com reduzido intervalo interpartal
- Abandono da amamentação
- Maus tratos à criança
- Desnutrição infantil
- Doenças próprias do período pós-natal

PLANEJAMENTO FAMILAR

INTRODUÇÃO

A constatação de elevada incidência de gestações precoces e não planejadas nessa faixa etária acarreta, muitas vezes, profundas transtornos e riscos para a adolescente e seu filho.

A realidade tem mostrado que o adolescente desconhece o apoio que os serviços de saúde podem oferecer-lhe nessa área específica de saúde reprodutiva. Adiciona-se a isto a tendência do adolescente a ser arredio e temeroso. Cabe, portanto, a esses serviços ser-lhes ativamente receptivo, oferecendo espaço adequado, profissionais motivados e capacitados.

Nessa população jovem, a ação preventiva e atuando em ambos os sexos, na vigência ou não de atividade sexual, mas sempre integrada ao contexto cultural e familiar.

A normalização da atividade de Planejamento Familiar está definida no Manual respectivo do Ministério da Saúde, já disponível. Entretanto, em vista das particularidades dos adolescentes, algumas recomendações complementares devem ser acrescentadas.

Na seleção do método deve-se levar em consideração alguns critérios:

1. Maturidade biológica - alcançada após 2 anos de estabelecimentos de ciclos regulares.
2. Existência de parceiro estável
3. Aceitabilidade e participação do parceiro nas práticas de Planejamento Familiar.
4. Se a consulta é prévia ou não ao início de relações sexuais.
5. Frequência das relações sexuais.
6. Grau de conhecimento e atitudes frente ao vários métodos.
7. Significação de uma eventual gravidez.
9. Valores e base cultural no que se refere à sexualidade e à gestação

CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

MÉTODO	ASPECTOS FAVORÁVEIS	ASPECTOS DESFAVORÁVEIS
NATURAIS	Favorecem o conhecimento da anatomia, fisiologia, sexualidade e fertilidade. São inócuos	São frequentes os ciclos anovulatórios, dificultando o aprendizado e intervindo na escolha do método. A eficácia relaciona-se com a visibilidade das relações sexuais. Exige cooperação do parceiro. Frequente desmotivação do profissional quanto à orientação.
CONDOM	Proteção contra DST / AIDS É de fácil aquisição Inócuo Utilizado somente quando necessário	Possibilidade de ruptura. Interferência pré-coital Custo
DIAFRAGMA	Favorece o conhecimento do corpo. Proteção contra algumas DST. Utilização somente quando efetivamente necessário.	Impossibilidade de prescrição em virgem Custo elevado e baixa disponibilidade Falta de disposição do profissional para orientar.
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL	Alta eficácia Fácil acesso. Pode favorecer o controle de distúrbios menstruais.	Efeito sistêmico. Somente pode ser usado após a maturação ginecológica (2 anos de ciclos regulares).
DIU	Não interfere no coito.	Não deve ser usado por nulíparas Quando há risco elevado para DST.

MÉTODOS DE USO MUITO RESTRITO

Os métodos descritos a seguir sofrem muitas restrições:

1. Coito Interrompido: interfere diretamente na fisiologia do coito, exigindo autocontrole no momento da relação sexual.
2. Anticoncepção Hormonal Injetável:
 - a) Acetato de Medroxiprogesterona.
promove sangramentos intermitentes, períodos de amenorréia e um retorno lento e pouco previsível da fertilidade após a suspensão do uso.
 - b) Injetável mensal (estrogênio e progestínico) as doses totais de hormônios sexuais são excessivas, envolvendo riscos.
3. Espermaticidas:
 - ♦ isoladamente são pouco utilizados, devido à baixa eficácia e a interferência com o coito. São comumente associados ao diafragma e eventualmente ao condom.
4. Esterilização:
 - ♦ evidentemente não se trata de método indicado a adolescentes pelo seu caráter irreversível

RECOMENDAÇÕES PARA USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PARA ADOLESCENTES

CRITÉRIOS	NATURAIS	BARREIRA	PILULA	DIU
Ciclos regulares (após 2 anos menarca)	+	I	+	I
Parceiros múltiplos	-	+	+	-
Baixa participação do parceiro	-	-	+	+
Consulta prévia ao início da atividade sexual	+	I	-	-
Baixa frequência relações sexuais	I	+	-	-
Alta expectativa com a eficácia	-	-	+	I
Nulípara	I	I	I	-

Escore: + Condição que reforça a indicação do método.

- Condição que restringe a indicação do método.

I Condição indiferente à indicação do método.

CONTRA INDICAÇÕES AO USO DO MÉTODO

MÉTODO	CONTRA INDICAÇÕES
PÍLULA	<p>ABSOLUTAS:</p> <p>Gravidez suspeita ou comprovada, hipertensão arterial, diabetes, hepatopatia, varizes, hemorragia genital e causa indeterminada, displasia acentuada de colo uterina, câncer de mama ou do aparelho genital, enxaqueca, epilepsia, acidente vascular cerebral, hipertensão ocular, cardiopatia, neuropatias, coagulopatias, pneumopatias crônicas, neoplasia, glaucoma, psicoses e neuroses graves</p> <p>RELATIVAS:</p> <p>Fumantes, amamentações*, antecedentes de hipertensão arterial na gravidez, antecedentes de icterícia na gravidez, antecedentes familiar de câncer ginecológico, obesidade, cefaléia freqüente, crises de depressão, asma grave, colecistopatia, enteropatias crônica, moniliases de repetição, tumor benigno de mamas, fibroma uterino, displasia leve ou moderada do colo uterino, esquistossomose, malária, hanseníase, tuberculose, períodos de imobilização prolongada, problemas psíquicos que possam dificultar o uso.</p>
DIU	<p>Gravidez suspeita ou comprovada, infecção pélvica, nuliparidade, neoplasias ginecológicas e anomalias congênitas do útero, sangramento anormais, cardiopatias valvulares, vaginites e cervicites não tratadas, endometrites não tratadas, distúrbios da coagulação sanguínea, uso de anticoagulantes, antecedentes de gravidez ectópica, estenose de canal cervical, abortos, partos prematuros utilizados na confecção dos DIU, anemia, dismenorréia.</p>
NATURAIS	<p>Alterações psíquicas que dificultem ou impeçam o uso correto do método, stress</p>
CONDOM	<p>Anomalias do pênis</p>
ESPERMICIDAS	<p>Mulheres de alto risco gestacional.</p>
DIAFRAGMA	<p>Mulheres que nunca tiveram relação sexual, configuração anormal da vagina, cistocele ou retocele acentuadas.</p>

* Pode ser utilizada, desde que sejam as pílulas de progesterona ou de baixa dosagem.

**DOENÇAS
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

INTRODUÇÃO

A eclosão da genitalidade nesse período etário, predispõe os adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

A abordagem dessas patologias durante a adolescência reveste-se de importância significativa, pois a prevenção da fertilidade é fundamental. O enfoque educativo deve estar sempre presente permitindo ao adolescente adquirir conhecimentos quanto à vulnerabilidade, prevenção, complicações, preconceitos, tabus e dificuldades emocionais.

RECOMENDAÇÕES PARA A ABORDAGEM EDUCATIVA

- orientação quanto à auto-medicação.
- acesso precoce ao serviço de saúde, caso haja suspeita.
- necessidade de controle e seguimento dos casos positivos.
- discutir preconceitos e tabus quanto às DST.
- conscientizar os adolescentes quanto às repercussões das DST na fertilidade.

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A Captação precoce

A captação precoce do adolescente suspeito ou portador de DST deve ser preocupação permanente de todos os profissionais de Unidade de Saúde, que devem ser sensibilizados para essa atividade.

B Controle periódico e contínuo da população-alvo.

Deve ser assegurado o controle periódico do adolescente suspeito ou portador de DS, através de ações médicas e educativas, extensivas aos (s) parceiro (s) detectáveis (s).

C. Recursos Humanos treinados

A equipe deverá estar capacitada segundo as normas do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e sensibilizada para o desenvolvimento de atividades educativas.

D Instrumentos de Registros e Estatísticas

A Unidade de Saúde deve manter o registro do diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos identificados e providenciar a notificação das doenças de caráter compulsório.

E Apoio laboratorial mínimo

O quadro a seguir foi extraído do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, que deverá ser consultado para esclarecimento de dúvidas.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

DST	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
SÍFILIS (<i>Treponema pallidum</i>)	CLÍNICO: Primária - cancro duro Secundária - condiloma plano EXAMES COMPLEMENTARES: Pesquisa Direta T. Pallidum VDRL FTA - ABS	Sífilis Recente - Penicilina G. Benzatina - 2.400.000 U, IM repetida após intervalo de 1 semana. Sífilis Tardia - Penicilina G. Benzatina - 2.400.000 U, IM semanal por três semanas
GONORRÉIA (n. gonorrhoeae)	CLÍNICO: Homem - secreção uretral purulenta Mulher - sintomas pouco frequentes e incharacterísticos	Penicillina G. Procaina - 4.800.000 U, IM + Probenecida (1g VO). Ampicilina - 3,5 g. VO + Probenecida (1g VO). Tetraciclina - 500 mg VO, 6/6 horas, durante 7 dias Espectinomomicina - 2 g IM, dose única Tianfenicol - 2,5g - VO, dose única.
CONDILOMA (HPV)	CLÍNICO: Lesões papulosas, vegetantes Lesões planas, multiformes, pouco características Localização: vulva, períneo, paredes vaginais, colo uterino, glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal EXAMES COMPLEMENTARES: Colposcopia, citologia, biópsia, (quando necessário)	Podofilina a 25% usar com cautela na Uretra, Vagina e Ânus (não usar durante a gravidez) 5 Fluorouracil (não usar durante a gravidez) Ácido Tricloroacético a 50% Eletrocauterização, ou Criocauterização, ou Laser
HERPES (HSV)	CLÍNICO: Primária: sintomas gripais, ardor, vesículas, ulceração, adenopatia satélite dolorosa Recorrente: sintomas mais atenuados e restritos à região genital	Analgésicos Higiene Local Anti-Sépticos Locais Anti-Inflamatório
MOLUSCO CONTAGIOSO (Poxvirus)	CLÍNICO Lesões papulosas, pequenas, isoladas ou agrupadas, de cor pérola ou rósea, umbilicadas, facilmente removíveis EXAMES COMPLEMENTARES: Biópsia quando necessário.	CONDUTA EXPECTANTE Quando necessário: Curetagem com aplicação de Tintura de Iodo Podofilina a 20%, 2 vezes/semana, até a cura Ácido Tricloroacético - (10% a 30%) Crioterapia.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

DST	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
<p>LINFOGRANULOMA VENÉREO</p> <p>(Clamídia trachomatis) Sorotipo L, subtipos 1, 2 e 3</p>	<p>CLÍNICO:</p> <p>Úlceração fugaz, adenopatia inguinal, estenose, elefantíase genital</p>	<p>Cloridrato de tetraciclina - 500 mg VO 6/6hs por no mínimo 14 dias. Doxiciclina, 100 mg VO, 12/12 hs, por no mínimo 14 dias. Sulfametoxazol, 800 mg + Trimetoprim, 160mg VO, 12/12 hs, no mínimo 14 dias. Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 hs no mínimo 14 dias.</p>
<p>GRANULOMA INGUINAL (Cancro Mole)</p> <p>(Cancróide)</p>	<p>CLÍNICO:</p> <p>Úlceras dolorosas, de bordas irregulares, com exsudato necrótico, com linfoadenopatia regional.</p> <p>EXAMES COMPLEMENTARES: Exame direto: bacilos gram-negativos em cadeias Cultura</p>	<p>Sulfametoxazol, 800mg + Trimetoprim 160 mg VO, 12/12 hs horas até a cura. Tetraciclina, 500 mg, VO, 6/6 hs, até a cura. Estearato de Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 hs, até a cura (droga de escolha na gravidez).</p>
<p>URETRITE NÃO-GONOCÓCICA</p> <p>(C. Trachomatis, U. urealyticum, I. vaginalis, H. hominis, C. albicans)</p>	<p>CLÍNICO:</p> <p>disúria discreta , secreção uretral de aspecto mucóide, prurido uretral raro.</p> <p>EXAMES COMPLEMENTARES: Bacterioscopia e cultura de secreção.</p>	<p>Tetraciclina, 500 mg, VO, 6/6 hs, no mínimo 10 dias. Doxiciclina, 100 mg, VO, 12/12 hs, no mínimo 10 dias Estearato de Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 hs, durante 10 dias (droga de escolha na gravidez)</p>
<p>PEDICULOSE ("Chato")</p> <p>(Phthirus pubis)</p>	<p>CLÍNICO:</p> <p>Prurido, lesões urticariformes, identificação do ácaro.</p>	<p>Monossulfiram - solução alcoólica a 25% Gamabenzeno - Hexaclorado a 1% Benzoato de Benzila a 25% Deltametrina</p>

PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

DISMENORRÉIA

Conceito:

é o desconforto menstrual, de caráter cíclico, representado pelo cortejo de sinais e sintomas que acompanha o período peri-menstrual, capitaneado pelo quadro álgico (algomenorréia)

ALGOMENORRÉIA

Conceito:

Menstruação dolorosa.

Diagnóstico

A) Anamnese clínico-ginecológica completa destacando:

- ◆ Quando começou? Primária ou secundária?
- ◆ Características da dor: tipo, intensidade, momento do ciclo, duração, irradiação, de exacerbação e melhora.
- ◆ Acompanhada pela mãe, valorar o grau de ansiedade da família ante o motivo da consulta.
- ◆ Sintomas associados (vômitos, diarreia, cefaléia, irritabilidade).
- ◆ Características psíquicas da paciente e da mãe.
- ◆ Eventual psicodiagnóstico.

B) Exame clínico e ginecológico completo. Caso não se encontre patologia orgânica que possa ser demonstrada, rotula-se de ALGOMENORRÉIA ESSENCIAL.

Tratamento:

1) Regime higiênico-dietético estimulando a atividade física;

2) Antiprostaglandinas (pré e intramenstrual)

- ◆ Ac. mefenâmico = 500 mg 3 v/dia
- ◆ Piroxicam = 20 mg/dia

Outra alternativa:

Ante o fracasso de tratamentos anteriores e havendo desejo de anticoncepção, pode-se administrar contraceptivos orais combinados de baixa dosagem.

Ante persistência da sintomatologia, que resistem aos tratamentos indicados e com avaliação psicológica que não aporte dados positivos: AVALIAR possibilidade de exame laparoscópico para descartar patologias como endometriose, malformações, infecções, aderências, doenças inflamatórias pélvica.

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Conceito

Hemorragia uterina irregular de origem endócrina. Poder ser.

- coincidente com a data menstrual, posterior a um atraso menstrual ou acíclica

Diagnóstico

Anamnese:

Os elementos de investigação incluem:

- Idade
- Idade ginecológica
- Caracterização do ritmo menstrual prévio e atual (primeiro episódio ou não, presença de sintomas associados, conflitos emocionais) calendário menstrual.

- Uso de medicamentos, especialmente hormônios.
- Antecedentes mórbidos pessoais.
- Avaliação quantitativa do volume de sangramento.
- Data da última menstruação.
- Investigação da possibilidade de gravidez.

Exame Físico:

Exame clínico;

Exame ginecológico.

Objetivos:

Avaliar o estado hematológico da paciente e detectar a presença de patologias ginecológicas.

Exames Complementares

• Hemograma

- ◆ Hematócrito
- ◆ Hemoglobina

• Estudos de Coagulação

- ◆ Tempo de Protrombina
- ◆ Tempo Parcial de Tromboplastina
- ◆ Fatores de Coagulação
- ◆ Contagem de plaquetas
- ◆ Tempo de Sangramento

• Dosagem de subunidade beta - HCG

• Ecografia ginecológica

Em caso de reincidência do quadro, referenciar a paciente para assistência especializada.

Tratamento

Com nível de HB menor que 7g/ml e hemorragia grave HOSPITALIZAÇÃO

Com nível de HB maior que 7g/ml e sem evidência de um transtorno da coagulação (hemorragia moderada ou leve) TRATAMENTO AMBULATORIAL

Hospitalização

1. Medidas gerais e transfusão sanguínea.
2. Estrogênios conjugados - 20 mg EV a cada 4-6 horas, até cessar a hemorragia.
3. Curetagem uterina em casos selecionados.
4. Manter tratamento em nível ambulatorial.

Tratamento Ambulatorial:

1. Medidas gerais
2. Orientação
3. Tratamento hormonal:
 - ◆ Acetato de medroxiprogesterona - 10 mg/dia, durante 10 dias, VO;
 - ◆ Após interrupção da hemorragia, a paciente deverá ser advertida sobre novo episódio menstrual;
 - ◆ O mesmo esquema deverá ser repetido a partir do 14º dia do ciclo seguinte, durante 10 dias, e será mantido por 3 meses;

- ◆ Reposição de ferro, quando necessário.
- ◆ Outros esquemas

Anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem 1 comprimido VO de 12/12 horas durante 10 dias. Aguardar novo revezamento e reiniciar no esquema habitual (1 comp./dia durante 21 dias por 3 meses.)

VULVOVAGINITES

Conceito:

Processo inflamatório localizado na vulva e/ou na vagina.

Constituem elementos importantes na anamnese para a avaliação e caracterização do conteúdo vaginal.

- o tempo de duração
- a relação com ciclo menstrual
- o aspecto do corrimento (coloração, odor, intensidade)
- a presença de sintomas associados (lesão, disúria, polaciúria, dispaurenia, prurido)
- os hábitos de higiene corporal (duchas vaginais, desodorantes íntimos, tampões vaginais) depilação.
- parasitoses
- hábitos sexuais
- pluralidade de parceiros
- traumatismos
- presença de corpos estranho
- uso de anticoncepcionais
- uso de medicamentos (antibióticos, corticóides, imunossuppressores)
- gravidez
- antecedentes de diabete

Diagnóstico:

- exame físico geral
- exame ginecológico
- exames laboratoriais (bacterioscopia, gota pendentes, coloração de Gram, cultura, urina tipo I, parasitológico de fezes, exame de Papaniculau, swab anal).

VULVOGINITES INESPECÍFICAS:

Caracterizam-se pela presença de flora bacteriana mista, constituídas por germes habituais na cavidade vaginal.

Quadro Clínico:

- fluxo vaginal amarelado ou purulento
- sintomas urinários
- eritema e edema na região vulvo-perineal
- ausência de agentes etiológicos específicos
- diagnóstico - bacterioscopia

Tratamento:

- medidas higiênicas de região vulvo-perineal com água e sabonete neutro.
- uso de roupas íntimas de algodão.
- tratamento das parasitoses (oxiuriase), quando presentes.

OBS: quando houver persistência dos sintomas após aplicação das medidas terapêuticas. é necessário complementar a propeidêutica para afastar a presença de corpo estranho. ou processos infecciosos.

VULVOVAGINITES ESPECÍFICAS:

1. Candidíase (Monilíase)

A candidíase entre adolescentes, seja como afecção única ou associada a outros germes de caráter específico, constitui um dos motivos de consulta habitual.

Agente Etiológico: *Candida albicans*

Fatores Desencadeantes:

Diabetes, gravidez, anticoncepcionais orais, antineoplásicos, estados imunossupressivos, antibióticos, obesidade.

Quadro Clínico

- corrimento branco, cremoso, tipo "nata de leite, com piora no período ovulatório ou pré-menstrual, prurido intenso.
- edema, eritema e escoriações na região vulvar.
- dispaurenia, disúria, polaciúria.

Diagnóstico

- clínico
- exames subsidiários:
 - ◆ exame a fresco: visualização da forma filamentosa ou esfarelada.
 - ◆ bacterioscopia e cultura de conteúdo vaginal (em meio de Sabouraud).

Tratamento

1) Eliminar fatores desencadeantes, quando presentes

2) Tratamento local:

Aplicação de creme na vagina, vulva, perineo e região perianal, durante 14 dias

- ◆ Nistatina
- ◆ Miconazol
- ◆ Clotrimazol

eficácia após 30 dias - 70 a 80%

3) Tratamento Oral:

É opção terapêutica para adolescentes nas quais a aplicação local é difícil.

- ◆ Ketoconazol - 400 mg (2 comp. ao dia durante 5 dias.)

A eficácia é semelhante ao esquema local.

OBSERVAÇÃO - O uso de violeta de genciana não é recomendável porque causa ressecamento importante na mucosa vaginal.

4) Tratamento do parceiro:

Parceiro sintomáticos podem ser tratados com esquema oral: Nizoral - 2 comp. (400 mg) ao dia, durante 5 dias.

2. Vulvovaginite por *Gardnerella Vaginalis*

Agente Etiológico: *Gardnerella Vaginalis*

Quadro Clínico:

Corrimento branco-acinzentado, com odor desagradável, sem relação com o ciclo menstrual.

Desconforto na região hipogástrica, prurido, dispaurenia, ausência dos sintomas urinários.

Cerca de 50% das pacientes portadoras de *Gardnerella vaginalis* são assintomáticas.

Diagnóstico:

- Clínico
- Exame a fresco - ausência ou diminuição acentuada de bacilos de Doderlein, presença de célula-guia (clue cells), polimorfoneucleares.
- Teste do hidróxido de potássio (**KOH** a 10%)
 - ♦ "odor de peixe" (não é específico para a gardnerella, pode ser positivo em presença de anaeróbios, trichomonas e espermatozóides).
- Cultura do conteúdo vaginal em meio seletivo.

Tratamento

1) Via Oral:

- Metronidazol - 250 mg a cada 6 - 8 horas durante 7 a 10 dias.
- Ampicilina ou amoxicilina - 500 mg a cada 6 - 8 horas, durante 7 - 10 dias.
- Doxiciclina - 100 mg VO de 12/12 horas durante 7 a 14 dias.
- Tetraciclina - 500 mg a cada 6 horas, durante 7 dias.
- Cefalexina - 500 mg a cada 6 horas, durante 7 dias.
- Tinidazol - 2g VO em dose única.

2) Via local:

- Metronidazol (creme ou óvulos) durante 10 a 14 dias

OBS: Recomendar interrupção das relações sexuais durante o tratamento ou utilização de preservativos. O parceiro sexual deve ser tratado rotineiramente.

3. Tricomoníase

Agente Etiológico: Trichomonas vaginalis

Quadro Clínico:

Corrimento amarelado a amarelo-esverdeado, espumoso, com odor desagradável e abundante, com piora dos sintomas no período pós-menstrual.

Disúria, dispaurenia, prurido, urgência miccional.

Diagnóstico:

- Clínico
- Exame a fresco - observação direta do parasita, presença de grande quantidade de mononucleares.
- Cultura em meio de Kupferberg.

Tratamento:

- Metronidazol - 500 a 750 mg por dia VO durante 5 a 7 dias.
- Tinidazol - 2g VO em dose única
- Nimorazol - 1,5g VO em dose única

OBS: Evitar ingestão de álcool durante o tratamento e até 3 dias após.

- O uso de metronidazol por via local é dispensável pois a eficácia varia em torno de 30%
- Tratar o parceiro sexual, sempre que possível, com Tinidazol - 2g VO em dose única.
- Quando o tratamento do parceiro não for possível, recomendar abstinência sexual durante 3 semanas, ou utilização de preservativos.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Coordenação: Cláudio Bernardo Pedrosa de Freitas - UnB/DF

Enrique Rivero Ortiz	- COMIN/MS
Horácio Toro	- OPAS
Ivo Behle	- RS
José Ferreira Nobre Formiga Filho	- COMINS/MS
Magda Loureiro Motta	- SP

Revisão

Julio Marcos Brunacci	- COMIN/MS
Maria Thereza Gonçalves de Freitas	-COMIN/MS

