



Data de Submissão: 23/12/2021

Data de Aprovação: 20/01/2025

ARTIGO ORIGINAL

Abordagem Sindrômica de Infecções Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes: das Recomendações às Práticas

Syndromic Management of Sexually Transmitted Infections in Adolescents: from Guidelines to Practice

Inês Afonso Belo¹, Ana Pereira Lemos¹, Pedro Gaspar², Marco Fernandes¹, Pascoal Moleiro¹

Palavras-chave:

Adolescente,
Guia de prática clínica,
Infecções sexualmente
transmissíveis,
Saúde reprodutiva.

Resumo

Objetivo: Sendo a Dermatologia, Ginecologia, Medicina Geral e Familiar e Pediatria as principais especialidades responsáveis pela abordagem das infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes, pretendeu-se caracterizar as suas práticas e compará-las entre si. **Métodos:** Estudo correlacional, com recurso a um questionário *online*, anónimo, elaborado segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente e da Sociedade de Infeciologia Pediátrica para uma abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. Comparação das médias obtidas por especialidade, grau de formação e anos de prática clínica em cada resposta (variáveis sociodemográficas e relativas à abordagem das infecções sexualmente transmissíveis), segundo Escala de Likert 1- “Discordo totalmente a 5- “Concordo totalmente”. **Resultados:** Obtivemos 334 respostas ao questionário, correspondendo 57% (191) a especialistas, 41% (138) à Pediatria, 30% (100) à MGF, 23% (76) à Ginecologia e 6% (20) à Dermatologia. A Dermatologia e a Ginecologia foram as especialidades que consideraram os seus conhecimentos mais atualizados no tema [Pediatria 2,91 (1,02); MGF 2,82 (1,01); Ginecologia 3,41 (0,82); Dermatologia 3,80 (1,01), $p < 0,001$], no entanto a Pediatria referiu estar mais familiarizada com as referidas recomendações [Pediatria 3,45 (1,20); MGF 2,40 (1,23); Ginecologia 2,80 (1,40); Dermatologia 2,95 (1,39), $p < 0,001$]. **Conclusão:** Na globalidade, os conhecimentos e práticas revelaram-se adequados às recomendações nacionais e internacionais. No entanto, existem ainda algumas lacunas, nomeadamente em aspetos relacionados com o exame objetivo e com investigação e tratamento. É imprescindível investir na formação dos profissionais para uma melhor abordagem das infeções sexualmente transmissíveis em adolescentes.

¹ Centro Hospitalar de Leiria, Departamento de Pediatria - Leiria - Leiria - Portugal.

² Instituto Politécnico de Leiria, Center for Innovative Care and Health Technology - Leiria - Leiria - Portugal.

Endereço para correspondência:

Inês Afonso Belo.

Centro Hospitalar de Leiria. Rua de Santo André, nº 2410-197, Leiria, Portugal. E-mail: ines.ac.belo@gmail.com



Keywords:

Sexually transmitted diseases,
Adolescent,
Practice guideline,
Reproductive health.

Abstract

Objective: Dermatology, Gynecology, Pediatrics and family physicians are the main medical specialties responsible for the management of sexually transmitted infections in adolescents therefore we aimed to characterize their practices and compared them. **Methods:** Correlational study, with an anonymous online survey based on the recommendations of sexually transmitted infections syndromic management in adolescents, elaborated by the Adolescent Medicine Portuguese Society and Pediatric Infectiology Society. For each item, we compared the mean values obtained by specialty, rank and years of medical practice, studying sociodemographic and sexually transmitted infections management variables, using a semantic differential scale 1-“Totally Disagree” to 5-“Totally Agree”. **Results:** We obtained 334 responses to the survey, 57% (191) corresponded to attending physicians, 41% (138) to pediatricians, 30% (100) to family physicians, 23% (76) to gynecologists and 6% (20) to dermatologists. Dermatology and Gynecology considered themselves to be the specialties with the most actualized knowledge on the subject [Pediatrics 2,91 (1,02); Family Medicine 2,82 (1,01); Gynecology 3,41 (0,82); Dermatology 3,80 (1,01), $p < 0,001$], even though Pediatrics seemed to be more familiarized with the referred recommendations [Pediatrics 3,45 (1,20); Family Medicine 2,40 (1,23); Gynecology 2,80 (1,40); Dermatology 2,95 (1,39), $p < 0,001$]. **Conclusions:** Despite the knowledge and practices are, in general, adequate to the national and international guidelines, there are still some gaps, namely in aspects related to the physical examination, investigation and treatment. It is mandatory to invest in training health care professionals for improve management of sexually transmitted infections in adolescents.

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período que decorre entre os 10 e os 19 anos de idade¹. Existindo na adolescência uma menor percepção de risco, e considerando também que a idade média da primeira relação sexual tem vindo a diminuir²⁻⁴, os adolescentes são considerados um grupo de intervenção prioritária no âmbito da prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e da saúde reprodutiva^{5,6}. Têm sido criados espaços e consultas (como a de Medicina do Adolescente) dirigidos ao atendimento a adolescentes e jovens que, entre outros objetivos, visam melhorar a acessibilidade deste grupo etário aos recursos necessários para a orientação e esclarecimento na saúde sexual e reprodutiva. O atendimento nessas faixas etárias tem como princípio orientador a confidencialidade e o acesso livre e gratuito e deve ser realizado por profissionais com competência técnica, respeito e sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente/jovem.

As ISTs constituem todas as infeções em que o contato sexual constitui a principal via de contágio⁷. Têm uma etiologia variada e o seu diagnóstico é difícil e muitas vezes tardio, pela sua evolução frequentemente assintomática, clínica inespecífica ou inibição na procura de cuidados de saúde pelo estigma a estas associados^{8,9}. A ausência de um tratamento eficaz pode ter como resultado complicações e sequelas graves, incluindo infertilidade, cancro anogenital e morte prematura, bem como infeções congénitas e perinatais¹⁰. Uma abordagem eficaz das ISTs adquire por isso especial relevância para a sua identificação precoce, para o tratamento e/ou prevenção da infeção nos/nas parceiros/parceiras e evicção de novas infeções no mesmo indivíduo¹¹.

Com o intuito de fornecer orientações e uniformizar práticas clínicas no que concerne à abordagem das ISTs, têm surgido recomendações específicas, quer internacionalmente,

quer a nível nacional¹⁰⁻¹³. A OMS preconiza uma abordagem sindrômica às ISTs que consiste em incluir essas infeções dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, utilizando fluxogramas que simplifiquem a identificação etiológica¹⁴. Essa abordagem defende ainda a instituição do tratamento imediato, mesmo na ausência de confirmação diagnóstica, com vista a não perder oportunidade para o tratamento, e o aconselhamento e orientação do doente e do seu/sua parceiro/a¹⁴. Recomenda-se em todos os casos sindrômicos a realização de investigação complementar, como a de anticorpos (Ac) antívirus da imunodeficiência humana (VIH) 1 e 2, de Ac antívirus da hepatite C (VHC), do antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (AgHBs) e Ac anti-HBc e do teste VDRL/RPR (*venereal disease research laboratory/rapid plasma reagin*).

Em 2015 foram publicadas as recomendações conjuntas da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente (SPMA) e da Sociedade de Infeciologia Pediátrica (SIP) sobre a abordagem sindrômica das ISTs na adolescência, sob a forma de um documento prático que pudesse ajudar todos os médicos a uniformizar a sua prática corrente¹¹.

Atualmente em Portugal as especialidades médicas mais responsáveis pela prevenção, diagnóstico e tratamento das ISTs em adolescentes são a Medicina Geral e Familiar (MGF), a Dermatologia, a Ginecologia e Obstetrícia e a Pediatria. Reveste-se assim de grande importância conhecer as práticas de abordagem e orientação dos clínicos dessas especialidades, e perceber o seu enquadramento perante as recomendações mais atuais.

O nosso estudo teve como principais objetivos caracterizar e comparar as práticas de abordagem das ISTs em adolescentes dos médicos de MGF, dermatologistas, ginecologistas e pediatras e avaliar o grau de conhecimento sobre as recomendações atuais emitidas em 2015 pela SPMA e pela SIP. Pretendemos ainda determinar a necessidade de formação na área das ISTs.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizamos um estudo descritivo e correlacional, com componente analítico, com recurso a um questionário original de autopreenchimento, destinado a médicos das especialidades de Medicina Geral e Familiar, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, a exercer funções em Portugal. O questionário foi elaborado de acordo com as recomendações da SPMA e da SIP publicadas em 2015 sobre a abordagem sindrômica das ISTs na adolescência. Para a validação do questionário foi feita a revisão por peritos das várias áreas através de um Painel de Delphi, avaliando-se a pertinência e adequação de cada questão, com correção posterior por parte dos investigadores.

O questionário, acessível numa plataforma *online*, foi divulgado através de redes sociais dos grupos profissionais visados e também pela Sociedade Portuguesa de Pediatria e pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia.

Os dados foram recolhidos entre 24 de janeiro e 3 de abril de 2021. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, recorrendo a questões de escolha múltipla, e de práticas médicas sobre abordagem inicial, exame objetivo, diagnóstico, tratamento e orientação de IST na adolescência, com recurso à escala *Likert* (1- “discordo totalmente” a 5- “concordo totalmente”). A informatização e análise dos dados foi realizada através do programa de análise estatística de dados *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25, com um nível de significância de 0.05. Foram utilizados testes não paramétricos (*Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e *Dunn-Bonferroni*).

Para análise dos resultados as questões foram agrupadas em quatro escalas: abordagem inicial, normas e conhecimentos (AINC), exame objetivo (EO), investigação e tratamento (IT) e acompanhamento e reavaliação (AR).

A amostra foi analisada por especialidade [Pediatria (P); Medicina Geral e Familiar (MGF); Ginecologia (G) e Dermatologia (D)], grau de formação [Especialista (E); Interno de Formação Especializada (IFE)] e anos de prática clínica [A1 (<5 anos); A2 (5–10 anos); A3 (11–20 anos) e A4 (>20 anos)]. Os resultados apresentados por cada questão (Q) expressam a média e o desvio-padrão de cada grupo.

A fiabilidade de cada item foi aferida pelo coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach) e a validade averiguou-se pela correlação de cada item com a escala total excluindo o item, com resultados considerados aceitáveis (na maioria dos itens correlações com o total da escala superiores a 0,2 e alfas de Cronbach superiores a 0,6 no total das escalas), dado tratar-se de um estudo exploratório com instrumentos nunca usados¹⁵⁻¹⁷.

O estudo mereceu a aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria. A participação no estudo foi voluntária e foi assegurado o direito à confidencialidade e ao anonimato. Não foram considerados questionários sem consentimento informado, incompletamente ou incorretamente preenchidos.

RESULTADOS

Obtivemos 334 respostas ao questionário, correspondendo 79% (265) ao sexo feminino e 57% (191) a especialistas (E). No que respeita ao tempo de prática clínica, 34% (113) tinha menos de 5 anos, 31% (104) entre 5 e 10 anos, 17% (57) entre 11 e 20 anos e 18% (60) mais de 20 anos. Relativamente à distribuição por especialidade obtivemos 41% (138) de respostas de P, 30% (100) de MGF, 23% (76) de G e 6% (20) de D. Dos inquiridos, 37% (122) realizavam consulta de Pediatria, 36% (122) de Planeamento familiar/Saúde infantil, 11% (37) de Ginecologia, 4% (12) de IST, 3% (11) de Medicina do Adolescente e 9% (30) realizavam outra tipologia de consulta. O atendimento médio semanal era de 1 a 5 adolescentes para 59% (197), 6 a 10 adolescentes para 26% (87), 11 a 15 adolescentes para 10% (33), 16 a 20 adolescentes em 3% (11) e superior a 20 adolescentes em 2% (6) dos clínicos.

Na Tabela 1, observa-se que a P é a especialidade que demonstra estar menos à vontade para abordar a prevenção das ISTs na sua prática médica diária com adolescentes (Q1.6), mas também a que refere estar mais familiarizada com as recomendações mais recentes da SPMA e da SIP (Q2), e a que recorre mais à sua utilização na suspeita de IST (Q2.1). Na sua prática médica diária com adolescentes a G e a MGF, quando comparadas com a P, propiciam mais frequentemente um ambiente de confiança para que esses possam falar da sua vida sexual (Q1.4) e abordam, quando pertinente, a prevenção das ISTs (Q1.5). A D e a G são as especialidades que mais consideram os seus conhecimentos atualizados relativamente à abordagem das ISTs na adolescência (Q22), no entanto a maioria dos participantes de todas as especialidades consideram pertinente a realização de formação adicional nesta área (Q25).

Analisando a Tabela 1, os clínicos de D são os que mais consideram as “pápulas penianas periáceas” (Q7.5) e as “pápulas de Fordyce” (Q7.6) como achados pertinentes ao exame objetivo e que devem ser pesquisados e valorizados na suspeita de uma IST em adolescentes. A G é a especialidade que menos considera a “clitoromegalia” como um achado que deve ser pesquisado e valorizado numa suspeita de IST em adolescentes (Q7.8) e, quando comparada com a D e a P, valoriza e pesquisa menos as “lesões orais” (Q7.1) e as “erupções cutâneas” (Q7.3).

Comparando a G com a MGF (Tabela 2), a primeira recomenda menos a determinação de Ac anti-VIH 1 e 2 (Q10.1) e de AgHBs e anticorpo anti-core do vírus Hepatite B (HBc) (Q10.4) como investigação complementar em todos os quadros sintomáticos sugestivos de IST. A P preconiza mais, quando comparada com a G, que o tratamento da IST deve ser empírico com base no quadro sintomático (Q12), que deve ser iniciado o mais precocemente possível (Q13). Em caso de possível não adesão terapêutica, a D defende com maior frequência que a MGF que se deve fornecer o tratamento nesse preciso momento (Q16). A MGF, comparada com a D e a G, considera

Tabela 1. Resultados por especialidade nas Escalas de Abordagem inicial, Normas e Conhecimentos e de Exame Objetivo (Teste de Kruskal-Wallis e teste de Dunn-Bonferroni).

Itens	Especialidade								Teste de Kruskal-Wallis		Dunn-Bonferroni	
	D (n=20)		G (n=76)		MGF (n=100)		P (n=138)		χ2	p		
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP				
Escala AINC												
1.1 Na minha prática médica diária contacto regularmente com adolescentes	3,60	1,47	3,14	1,04	3,95	1,05	4,25	0,88	49,20	0,000	G<MGF & G<P	
1.3 Na minha prática médica diária com adolescentes, asseguro o direito à confidencialidade	4,90	0,31	4,86	0,53	4,76	0,47	4,60	0,62	17,41	0,001	P<G	
2 Estou familiarizado/a com as recomendações mais recentes da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente e da Sociedade de Infecçiology Pediátrica	2,95	1,39	2,80	1,40	2,40	1,23	3,45	1,20	37,16	0,000	P>MGF & P>G	
2.1 Recorro à sua utilização na suspeita de uma IST em adolescentes	2,45	1,43	2,87	1,43	2,58	1,37	3,91	1,22	60,84	0,000	P>D & P>G & P>MGF	
2.2 Considero que são úteis na abordagem da patologia em questão	3,70	0,92	3,74	1,14	3,74	1,12	4,36	0,90	30,45	0,000	P>D & P>G & P>MGF	
2.2 Considero que são úteis na abordagem da patologia em questão	3,70	0,92	3,74	1,14	3,74	1,12	4,36	0,90	30,45	0,000	P>D & P>G & P>MGF	
22 Considero que os meus conhecimentos estão atualizados relativamente à abordagem das ISTs na adolescência	3,80	1,01	3,41	0,82	2,82	1,01	2,91	1,02	28,92	0,000	P<G & P<D & G>MGF & D>MGF	
25 Considero pertinente a realização de formação adicional nesta área	4,85	0,49	4,67	0,50	4,82	0,41	4,78	0,48	7,37	0,061		
AINC Total	4,16	0,31	4,07	0,39	3,94	0,37	4,11	0,43	13,52	0,004		
Escala EO												
7.2 Considero as “adenopatias” como achados pertinentes ao exame objetivo e que devem ser pesquisados e valorizados numa suspeita de IST em adolescentes	4,75	0,44	4,39	0,69	4,55	0,67	4,65	0,58	9,65	0,022	P>G	
7.4 Considero a “fimose” como achado pertinente ao exame objetivo e que deve ser pesquisado e valorizado numa suspeita de IST em adolescentes	3,95	1,36	2,83	1,11	3,23	1,22	3,19	1,33	13,24	0,004	D>G	
EO Total	4,32	0,30	3,51	0,40	3,65	0,44	3,67	0,46	41,96	0,000	D>G, MGF & P	

Legenda: AINC = Abordagem Inicial, Normas e Conhecimentos; D = Dermatologia; DP = desvio-padrão; EO = Exame objetivo; G = Ginecologia; M = média; MGF = Medicina Geral e Familiar; P = Pediatria.

Tabela 2. Resultados por especialidade nas Escalas de Investigação e Tratamento e Acompanhamento e Reavaliação (Teste de Kruskal-Wallis e teste de Dunn-Bonferroni).

Itens	Especialidade								Teste de Kruskal-Wallis		Dunn-Bonferroni
	D (n=20)		G (n=76)		MGF (n=100)		P (n=138)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	χ2	p	
9 A investigação complementar deve ser apenas dirigida à síndrome em questão	4,70	0,57	3,55	1,34	4,18	1,10	3,85	1,31	20,59	0,000	D>G & D>P & MGF>G
10.7 Recomenda-se a determinação do Teste VDRL/RPR como investigação complementar em todos os quadros sintomáticos sugestivos de IST	5,00	-	4,47	0,77	4,73	0,69	4,60	0,80	16,95	0,001	G<D
15 Deverá ser realizada notificação de Doença de Declaração Obrigatória no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) nos casos suspeitos de gonorreia e infeção por <i>C. trachomatis</i>	4,95	0,22	4,22	1,16	4,62	0,96	4,38	1,03	16,14	0,001	D>G, MGF & P
16 Em caso de possível não adesão terapêutica deve ser fornecido o tratamento nesse preciso momento	4,95	0,22	4,61	0,67	4,58	0,71	4,74	0,68	11,24	0,010	A>C
IT Total	4,56	0,28	4,11	0,39	4,33	0,39	4,37	0,37	30,88	0,000	D>G, MGF & P
19 A reavaliação deve ser realizada em período superior a um mês	3,70	1,45	3,38	1,25	3,49	1,27	3,83	1,22	8,33	0,040	P>G
20.3 À data da reavaliação devo confirmar a adesão terapêutica	5,00	-	4,80	0,46	4,92	0,27	4,92	0,36	10,15	0,017	P>G
20.7 À data da reavaliação devo fazer ensinios sobre a colocação do preservativo	4,40	0,94	4,64	0,58	4,93	0,26	4,81	0,43	21,19	0,000	MGF>A & G
20.8 À data da reavaliação devo fornecer preservativos ou confirmar possibilidade para aquisição	4,60	0,68	4,75	0,49	4,95	0,26	4,84	0,42	17,21	0,001	MGF>D & G
21.1 À data de reavaliação dos 3 meses recomenda-se a determinação de Anticorpos anti-VIH 1 e 2	4,30	1,13	4,16	1,11	4,53	0,85	4,49	0,88	8,00	0,046	MGF>G
21.2 À data de reavaliação dos 3 meses recomenda-se a determinação de Anticorpos anti-VHA	4,40	0,68	3,39	1,41	3,72	1,36	3,40	1,48	10,52	0,015	D>P
21.3 À data de reavaliação dos 3 meses recomenda-se a determinação de Anticorpos anti-EBV.	4,50	0,61	3,28	1,38	3,59	1,36	3,84	1,28	16,70	0,001	D>G & P>G
Total AR	4,35	0,39	4,11	0,40	4,29	0,33	4,34	0,40	18,04	0,000	MGF>G & P>G

Legenda: AR = Acompanhamento e Reavaliação; D = Dermatologia; DP = desvio-padrão; G = Ginecologia; IT = Investigação e tratamento; M = média; MGF = Medicina Geral e Familiar; P = Pediatria.

mais que à data de reavaliação deve ensinar sobre a colocação do preservativo (Q20.7) e deve fornecer preservativos ou confirmar a possibilidade para a sua aquisição (Q20.8).

Analisando por grau de formação (Tabela 3), na prática médica diária com adolescentes, os E afirmaram assegurar mais o direito à confidencialidade (Q1.3) e abordar mais, quando pertinente, o tema da IST (Q1.5). Os E, relativamente aos IFE, parecem estar mais familiarizados com as recomendações da SPMA e da SIP (Q2) e possuir conhecimentos mais atualizados sobre a abordagem de IST na adolescência (Q22). No que se refere aos achados pertinentes ao exame objetivo e que devem ser pesquisados e valorizados numa suspeita de IST em

adolescentes, comparando os E e os IFE, os E valorizam mais as “pápulas de *Fordyce*” (Q7.6), ao passo que os IFE consideram mais pertinentes as “secreções vaginais e o corrimento endocervical” (Q7.7).

De acordo com a Tabela 4, na sua prática médica diária, os profissionais com menos de 5 anos de prática clínica (A1) foram os que referiram propiciar menos um ambiente de confiança para que os adolescentes possam falar da sua vida sexual (Q1.4), sentir-se menos à vontade para abordar o tema da prevenção das IST com adolescentes (Q1.6) e ainda fazê-lo com menor frequência (Q1.5). O A2, comparado com o A4, defende mais que a investigação complementar

Tabela 3. Resultados por grau de formação (Teste de Mann-Whitney).

Item	Grau de formação				Teste de <i>Mann-Whitney</i>	
	E (n=191)		IFE (n=143)		U	p
	M	DP	M	DP		
Escala AINC						
1.4 Na minha prática médica diária com adolescentes, propicio um ambiente de confiança para que possam falar da sua vida sexual	4,47	0,85	4,22	0,87	10882,0	0,000
1.5 Na minha prática médica diária com adolescentes, abordo, quando pertinente, a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis	4,55	0,83	4,24	0,90	10758,5	0,000
2 Estou familiarizado/a com as recomendações mais recentes da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente e da Sociedade de Infecciologia Pediátrica	3,15	1,83	2,71	1,25	11089,0	0,003
2.2 Considero que são úteis na abordagem da patologia em questão	4,10	1,02	3,85	1,12	11910,5	0,034
22 Considero que os meus conhecimentos estão atualizados relativamente à abordagem das ISTs na adolescência	3,26	1,01	2,77	0,95	9782,0	0,000
25 Considero pertinente a realização de formação adicional nesta área	4,76	0,50	4,79	0,43	13499,0	0,797
Escala EO						
7.6 Considero as “pápulas de Fordyce” como achados pertinentes ao exame objetivo e que devem ser pesquisados e valorizados numa suspeita de IST em adolescentes	3,07	1,45	2,69	1,42	11650,5	0,018
7.7 Considero as “secreções vaginais e corrimento endocervical” como achados pertinentes ao exame objetivo e que devem ser pesquisados e valorizados numa suspeita de IST em adolescentes	1,43	0,86	1,55	0,85	12155,5	0,037
Escala IT						
14 O tratamento da IST deve ser extensível ao(s) parceiro(s) sexual(ais)	4,77	0,57	4,66	0,60	12311,5	0,032
Escala AR						
21.7 À data de reavaliação dos 3 meses recomenda-se a determinação do Teste VDRL/RPR	4,13	1,19	3,77	1,32	11494,5	0,008

Legenda: AINC = Abordagem Inicial, Normas e Conhecimentos; AR = Acompanhamento e Reavaliação; DP = desvio-padrão; E = Especialista; EO = Exame objetivo; IFE = Interno de Formação Especializada; IT = Investigação e Tratamento; M = média.

deve ser apenas dirigida à síndrome em questão (Q9) e que o tratamento apenas deve ser iniciado após confirmação diagnóstica (Q11).

DISCUSSÃO

As ISTs constituem um importante problema de saúde pública. A nível mundial, diariamente mais de um milhão de pessoas adquire uma IST tratável¹⁰, e estima-se que 1 em cada 20 jovens dos 15 aos 24 anos adquire uma IST por ano¹⁸. A OMS definiu as ISTs como ameaça à saúde pública tendo recentemente estabelecido o objetivo de as eliminar até 2030, através de estratégias como a prevenção de novos casos, a melhoria global do acesso aos cuidados de saúde e o tratamento precoce das ISTs¹⁹.

As taxas de rastreio para a educação sexual e IST mantêm-se inapropriadamente baixas entre os cuidados de saúde primários (CSP) e os pediatras. Segundo o estudo de Alexander et al. (2014)²⁰, os pediatras despendem, em média, 36 segundos do tempo de consulta com os adolescentes no tópico da educação sexual. Henry-Reid et al. (2010)²¹ afirma que 46% dos pediatras realizam o rastreio de IST em todos os

adolescentes sexualmente ativos e 27% apenas rastreia infeção por VIH. A falta de tempo foi referida como a principal barreira para o aconselhamento sobre a saúde sexual, mas também foram citadas outras causas como as diferenças culturais e linguísticas, o desconforto dos clínicos para abordar este tópico e o reconhecimento da preocupação dos adolescentes sobre a confidencialidade^{22,23}. Na nossa amostra os P, revelaram ser os clínicos que se sentem menos à vontade para abordar a prevenção das ISTs com os adolescentes e, quando comparados com os G e os MGF, afirmaram fazê-lo menos vezes, propiciar menos um ambiente de confiança e de confidencialidade. Apesar de a Pediatria englobar adolescentes até aos 18 anos apenas desde 2010²⁴, o que exigiu uma adaptação dos P mais velhos a um grupo etário com diferentes necessidades, foram os IFE e os clínicos com menos de 5 anos de experiência quem se mostraram estar menos à vontade e abordar menos o tema da prevenção das ISTs na prática médica diária com adolescentes.

Não obstante de a D, a G, os E e os A4 serem os grupos que consideraram os seus conhecimentos atualizados relativamente à abordagem das ISTs na adolescência, é relevante enfatizar que a maioria dos clínicos da amostra

Tabela 4. Resultados por anos de prática clínica (Teste de Kruskal-Wallis e teste de Dunn-Bonferroni).

Itens	Anos de Prática Clínica								Teste de Kruskal-Wallis		Dunn-Bonferroni
	A1 (n=113)		A2 (n=104)		A3 (n=57)		A4 (n=60)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	χ2	p	
Escala AINC											
1.3 Na minha prática médica diária com adolescentes, asseguro o direito à confidencialidade.	4,53	0,68	4,75	0,49	4,87	0,38	4,90	0,39	28,05	0,000	A1<A3 & A1<A4
2 Estou familiarizado/a com as recomendações mais recentes da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente e da Sociedade de Infecciologia Pediátrica	2,71	1,27	2,95	1,35	2,87	1,32	3,50	1,33	14,17	0,003	A1<A4
2.1 Recorro à sua utilização na suspeita de uma IST em adolescentes	3,00	1,48	3,28	1,45	2,96	1,41	3,56	1,40	7,75	0,051	A1<A4
22 Considero que os meus conhecimentos estão atualizados relativamente à abordagem das ISTs na adolescência	2,71	0,93	3,07	0,97	3,22	0,98	3,45	1,06	24,55	0,000	A1<A3 & A1<A4
25 Considero pertinente a realização de formação adicional nesta área	4,82	0,38	4,75	0,49	4,70	0,53	4,78	0,49	2,23	0,524	-
Escala EO											
7.7 Considero as “secreções vaginais e corrimento endocervical” como achados pertinentes ao exame objetivo e que devem ser pesquisados e valorizados numa suspeita de IST em adolescentes	1,62	0,90	1,32	0,63	1,46	0,93	1,52	1,00	8,79	0,032	A1>A2
7.11 Considero as “lesões genitais” como achados pertinentes ao exame objetivo e que devem ser pesquisados e valorizados numa suspeita de IST em adolescentes	4,65	0,50	4,84	0,37	4,61	0,65	4,67	0,80	10,00	0,019	A2>A1
Escala IT											
9 A investigação complementar deve ser apenas dirigida à síndrome em questão	4,02	1,16	4,06	1,24	3,95	1,30	3,53	1,35	8,37	0,039	A2>A4
10.7 Recomenda-se a determinação do Teste VDRL/RPR como investigação complementar em todos os quadros sintomáticos sugestivos de IST	4,56	0,72	4,71	0,73	4,54	0,83	4,73	0,73	9,78	0,021	A2>A1 & A4>A1
Escala AR											
19. A reavaliação deve ser realizada em período superior a um mês	3,52	1,28	3,89	1,17	3,61	1,36	3,32	1,24	9,50	0,023	A2>A4
20.7 À data da reavaliação devo fazer ensinamentos sobre a colocação do preservativo	4,79	0,49	4,91	0,28	4,61	0,73	4,72	0,45	13,34	0,004	A2>A4

Legenda: AINC = Abordagem Inicial, Normas e Conhecimentos; AR = Acompanhamento e Reavaliação; A1 = <5 anos; A2 = 5-10 anos ; A3 = 11-20 anos ; A4 = > 20 anos; DP = desvio-padrão; EO = Exame objetivo; IT = Investigação e Tratamento; M = média.

acha pertinente a formação adicional nesta área, não se tendo encontrado diferença quanto à especialidade, ao grau de formação ou ao número de anos de prática clínica. Obtivemos resultados menos favoráveis quando questionado sobre achados ao exame objetivo, nomeadamente pela sobrevalorização de alguns que traduzem variantes do normal como “pápulas penianas periáreas” e as “pápulas de Fordyce”, por parte da D e dos E, e pela desvalorização de outros como as “lesões orais” e “erupções cutâneas”, pela G. Também na escala da investigação complementar e tratamento, a G

revelou ser a especialidade que menos pesquisa a presença de Ac anti-VHC, Ac anti-VIH 1 e 2, AgHbs e VDRL em todos os quadros sintomáticos sugestivos de IST, preconizado em recomendações nacionais e internacionais¹¹⁻¹³. Investir na formação dos profissionais no tema das ISTs poderá ser uma mais-valia no combate a este problema de saúde pública. Enriquecer os conhecimentos e dessa forma aumentar a confiança pode contribuir a melhorar a abordagem das ISTs.

Oferecer um tratamento adequado das ISTs no primeiro contato entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde

constitui uma importante medida de saúde pública. No caso dos adolescentes, adquire particular relevância devido à possibilidade de influenciar futuros comportamentos sexuais e práticas de procura de tratamento, numa fase crítica do desenvolvimento. Também a adesão terapêutica é uma preocupação dado que, num estudo, após o rastreio assintomático de adolescentes se verificou que apenas 73% cumpriram o tratamento prescrito²⁵. No nosso estudo, a maioria dos profissionais das quatro especialidades defende que o tratamento deve ser empírico e instituído o mais precocemente possível, no entanto com diferença entre a G e a P, sendo a última a que o faz mais frequentemente. Em caso de possível não adesão terapêutica, comparando a D com a MGF, evidenciou-se que a primeira fornece mais o tratamento no momento aos adolescentes com suspeita de IST, o que se pode dever ao fato de haver menos recursos disponíveis (tanto para investigação etiológica como para tratamento) nos centros de saúde.

Em conclusão, a abordagem das ISTs em adolescentes constitui um desafio para a maioria dos profissionais. Não havendo, à luz do nosso conhecimento, estudos precedentes semelhantes, este trabalho permite auscultar as práticas dos clínicos das diferentes especialidades nesta temática tão relevante atualmente e perceber em que medida se adequam às recomendações nacionais e internacionais.

Na sua maioria, os clínicos adequam a sua prática médica às referidas orientações. No entanto existem ainda algumas lacunas ao nível de conhecimentos sobre o exame objetivo, nomeadamente na subvalorização e na sobrevalorização de alguns achados clínicos, na investigação apenas dirigida à síndrome suspeita e no tratamento não implementado de forma empírica ao diagnóstico.

Torna-se assim essencial o investimento na formação dos profissionais para o combate deste importante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Study Group on Programming Adolescent Health, Programming for Adolescent Health and Development. Geneva: 1999. [Access in 2020 Jan 11]. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42149/WHO_TRS_886_\(p1-p144\).pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42149/WHO_TRS_886_(p1-p144).pdf?sequence=1).
- Mendes N, Palma F, Serrano F. Sexual and reproductive health of Portuguese adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 2014;26(1):3-12.
- Shu C, Fu A, Lu J, Yin M, Chen Y, Qin T, et al. Association between age at first sexual intercourse and knowledge, attitudes and practices regarding reproductive health and unplanned pregnancy: a cross-sectional study. *Public Health*. 2016;135:104-13.
- Hansen B, Kjaer S, Arnheim-Dahlström L, Liaw K, Juul K, Thomsen L, et al. Age at first intercourse, number of partners and sexually transmitted infection prevalence among Danish, Norwegian and Swedish women: estimates and trends from nationally representative cross-sectional surveys of more than 100 000 women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(2):175-85.
- Portugal. Assembleia da República. Decreto-Lei nº 60/2009. Lisboa: Diário da República; 2019. [Acesso em 2020 Jan 11]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/60-2009-494016>.
- Miranda P, Aquino J, Monteiro R, Dixe MA, Luz A, Moleiro P. Comportamentos sexuais: estudo em jovens. *Einstein (S Paulo)*. 2018;16(3):1-7.
- World Health Organization (WHO). Sexually Transmitted Infections (STIs). Geneva: WHO; 2024 May 21. [Access in 2021 Oct 4]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- Varin G, Santiváñez Caballero M. Infecciones de transmisión sexual. Aspectos psicosociales, clínicos, diagnóstico y tratamiento. In: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 2. ed. Madrid: Ergon; 2012. p.865-74.
- Ferreira MA, Alvim NA, Teixeira ML, Veloso RC. Saberes de adolescentes: Estilo de vida y cuidado a la salud. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):217-24.
- World Health Organization (WHO). Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes (HHS) Guidelines Review Committee, Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections, 2021. Geneva: WHO; 2021. [Access in 2021 Oct 4]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>.
- Moleiro P, Arriaga C, Neto S, Rocha G. Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente (SPMA), Sociedade de Infecologia Pediátrica (SIP). Recomendações Abordagem Sindrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes. *Acta Pediatr Port*. 2015; [citado 2020 Jan 20]; 46:414-21. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Seccao_Medicina_Adolescente/IST%20SPMA.pdf.
- World Health Organization (WHO). Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes (HHS), Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO Press, World Health Organization; 2007. [Access in 2021 Oct 4]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/>.
- World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research, Expert consultation and review of the latest evidence to update guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 2011. [Access in 2021 Oct 4]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr_11_37/en/.
- Nadal SR, Carvalho JM. Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmitidas. *Rev Bras Coloproct*. 2004;24(1):70-2.
- Nunnally J, Bernstein I. *Psychometric Theory*. 3rd ed. New York: McGraw Hill; 1994.
- Hulin C, Netemeyer R, Cudeck, R. Can a Reliability Coefficient Be Too High? *J Consum Psychol*. 2001;10(1):55-8.
- Hair JF, Money AH, Samouel P, Page M. *Research Methods for Business. Education + Training*. 2007;49(4):336-7.
- Morais V, Moura MV, Costa MC, Patel B. Doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e uso/abuso de substâncias psicoativas na adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77(Supl.2):s190-s204.
- World Health Organization (WHO). Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes, Global health care sector strategies. Geneva: WHO; 2021. [Access in 2021 Nov 6]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies/developing-ghss-2022-2030>.
- Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Davis J, Ostbye T, et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatr*. 2014;168(2):163-9.
- Henry-Reid LM, O'Connor KG, Klein JD, Cooper E, Flynn P, Futterman DC. Current pediatrician practices in identifying high-risk behaviors of adolescents. *Pediatrics*. 2010;125(4):741-7.
- Shafii T, Levine D. Office-Based Screening for Sexually Transmitted Infections in Adolescents. *Pediatrics*. 2020;145(Suppl 2):S219-24.
- Cook RL, Wiesenfeld HC, Ashton MR, Krohn MA, Zamborsky T, Scholle SH. Barriers to screening sexually active adolescent women for chlamydia: a survey of primary care physicians. *J Adolesc Health*. 2001;28(3):204-10.
- Portugal. Assembleia da República. Despacho 9871/2010. Portugal: Diário da República; 2010. [Acesso em 2021 Nov 13]. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/275684/despacho-9871-2010-de-11-de-junho>.
- Schneider K, Byczkowski T, Reed J. Treatment Compliance Among Asymptomatic Adolescents With Sexually Transmitted Infections. *JAMA Pediatr*. 2015;169(11):1065-6.