

Copyright© 2017 Editora Manole Ltda.  
Por meio de contrato com a Sociedade Brasileira de  
Pediatria (SBP).

**LOGOTIPO: COPYRIGHT:** Sociedade Brasileira de Pediatria

**EDITORA-GESTORA:** Sônia Midori Fujiyoshi  
**EDITORAS:** Cristiana Gonzaga S. Corrêa e Juliana Moraes  
**PRODUÇÃO EDITORIAL:** Vanessa Pimentel  
**CAPA E PROJETO GRÁFICO:** Daniel Justi  
**DIAGRAMAÇÃO:** Sopros Design e Lira Editorial  
**ILUSTRAÇÕES DE MIOLO:** Sírio José Braz Cançado, Mary  
Yamazaki Yorado e Angelo Shuman  
**FIGURAS DO MIOLO:** gentilmente cedidas pelos autores

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria /  
[organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. -- 4. ed.  
-- Barueri, SP : Manole, 2017.

Outros organizadores: Dioclécio Campos, Júnior, Luciana  
Rodrigues Silva, Wellington Gonçalves Borges  
Bibliografia  
ISBN: 978-85-204-4612-6

1. Crianças - Doenças - Diagnóstico 2. Pediatria 3. Puericultura 4.  
Terapêutica I. Burns, Dennis Alexander Rabelo. II. Campos Júnior,  
Dioclécio. III. Silva, Luciana Rodrigues. IV. Borges, Wellington  
Gonçalves.

17-03885 CDD-618.92  
NLM-WS 200

Índices para catálogo sistemático:

1. Pediatria : Diagnóstico e tratamento : Medicina 618.92

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por  
qualquer processo, sem a permissão expressa dos editores.  
É proibida a reprodução por xerox.

A Editora Manole é filiada à ABDR - Associação Brasileira  
de Direitos Reprográficos

1ª edição - 2007  
2ª edição - 2010  
3ª edição - 2014  
4ª edição - 2017

Direitos adquiridos pela:

**EDITORA MANOLE LTDA.**  
Avenida Ceci, 672 - Tamboré  
06460-120 - Barueri - SP - Brasil  
Tel.: (11) 4196-6000  
www.manole.com.br | info@manole.com.br

Impresso no Brasil | Printed in Brazil

Foram feitos todos os esforços para se conseguir a cessão  
dos direitos autorais das imagens aqui reproduzidas, bem  
como a citação de suas fontes.

São de responsabilidade dos autores e dos coordenadores  
as informações contidas nesta obra, bem como as  
referências bibliográficas que não foram citadas no texto  
em alguns capítulos. Nesses casos, as referências foram  
ordenadas alfabeticamente.

## A CONSULTA DO ADOLESCENTE

Mariângela de Medeiros Barbosa  
Danilo Blank

### Introdução

A adolescência não deve ser considerada um período de transição, pois isso leva a despriorizar a atenção à saúde do jovem, menosprezando suas necessidades e direitos.<sup>1,2</sup> Para promover a atenção especial ao adolescente no âmbito global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o relatório “*Health for the world’s adolescents: a second chance in the second decade*” (“Saúde para os adolescentes do mundo: uma segunda chance na segunda década”), que ressalta que o atendimento efetivo do jovem permite corrigir problemas que tenham surgi-

do na infância e prevenir comportamentos que levam a doenças crônicas, reduzindo seus efeitos negativos em longo prazo. Reúne as principais diretrizes para intervenções em problemas atuais da população jovem (depressão, violência e injúrias, sexo inseguro, uso de drogas, nutrição inadequada, falta de imunizações, sedentarismo e uso de dispositivos eletrônicos), sob uma perspectiva de curso de vida.<sup>3</sup> Remete a competências essenciais para um atendimento integral do adolescente, resumidas na Tabela 1, dentre as quais as do primeiro e do terceiro domínios são de interesse precípua do pediatra.<sup>4</sup>

**Tabela 1** Competências essenciais em saúde e desenvolvimento do adolescente para profissionais de saúde no âmbito da atenção primária

Domínios	Competências
1. Conceitos básicos sobre saúde e desenvolvimento do adolescente e comunicação efetiva	1.1. Demonstrar entendimento do desenvolvimento normal do adolescente, seu impacto na saúde e implicações para os cuidados de saúde e promoção da saúde 1.2. Interagir efetivamente com o adolescente
2. Leis, políticas e normas de qualidade	2.1. Aplicar na prática clínica as leis e políticas que afetam o atendimento do adolescente 2.2. Oferecer ao adolescente serviços de saúde com alto padrão de qualidade
3. Cuidado clínico de adolescentes com condições específicas	3.1. Avaliar o crescimento e o desenvolvimento normal e manejar distúrbios do crescimento e puberdade 3.2. Fornecer imunizações 3.3. Manejar problemas de saúde comuns na adolescência 3.4. Avaliar a saúde mental e manejar problemas 3.5. Fornecer cuidados de saúde sexual e reprodutiva 3.6. Fornecer serviços de prevenção, detecção e manejo de infecção pelo HIV 3.7. Promover atividade física 3.8. Avaliar o estado nutricional e manejar distúrbios 3.9. Manejar problemas crônicos de saúde, inclusive deficiências físicas 3.10. Avaliar e manejar abuso de substâncias 3.11. Detectar situações de violência e fornecer apoio de primeira linha a vítimas 3.12. Prevenir e manejar injúrias não intencionais 3.13. Detectar e manejar doenças endêmicas

Fonte: Michaud e Baltag, 2015.<sup>4</sup>

## A consulta do adolescente

### Pré-requisitos

Atender adolescentes pressupõe saber o que é e o que não é adolescência. Em princípio, é a fase do desenvolvimento entre a infância e a vida adulta, cujos limites cronológicos costumam ser definidos entre 10 e 19 anos, mas programas comunitários atuais, como as políticas do Ministério de Saúde do Brasil, englobam também a chamada faixa de adultos jovens, que vai até os 24 anos.<sup>5</sup> Esse período etário compreende, no Brasil, cerca de 22% da população. Para fins de recomendações de procedimentos de puericultura, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) enquadra na adolescência 9 consultas anuais dos 11 aos 19 anos,<sup>6</sup> e a American Academy of Pediatrics, 11 consultas dos 11 aos 21 anos.<sup>7</sup>

Na prática, esses limites não são tão rígidos. A puberdade costuma ser vista como o marco inicial da adolescência, mas o

segundo estágio da classificação de maturidade sexual de Tanner pode acontecer tão cedo quanto aos 8 anos de idade, no caso da telarca nas meninas, ou 9,5 anos, no caso do aumento dos testículos nos meninos. Por outro lado, a maturação do córtex pré-frontal, associado com processos cognitivos complexos – como o controle de impulsos, memória, avaliação de riscos e recompensa, opções múltiplas e suas consequências –, pode se estender ao longo da terceira década de vida. Alguns aspectos do desenvolvimento moral e da identidade podem não ser atingidos por um tempo ainda maior.<sup>8</sup>

Em segundo lugar, é preciso ter uma noção das causas prevalentes de morbidade e mortalidade entre jovens, para que o profissional de saúde esteja preparado para lidar com situações e agravos evitáveis, com uma perspectiva de curso de vida<sup>9</sup> (Figuras 1 e 2).

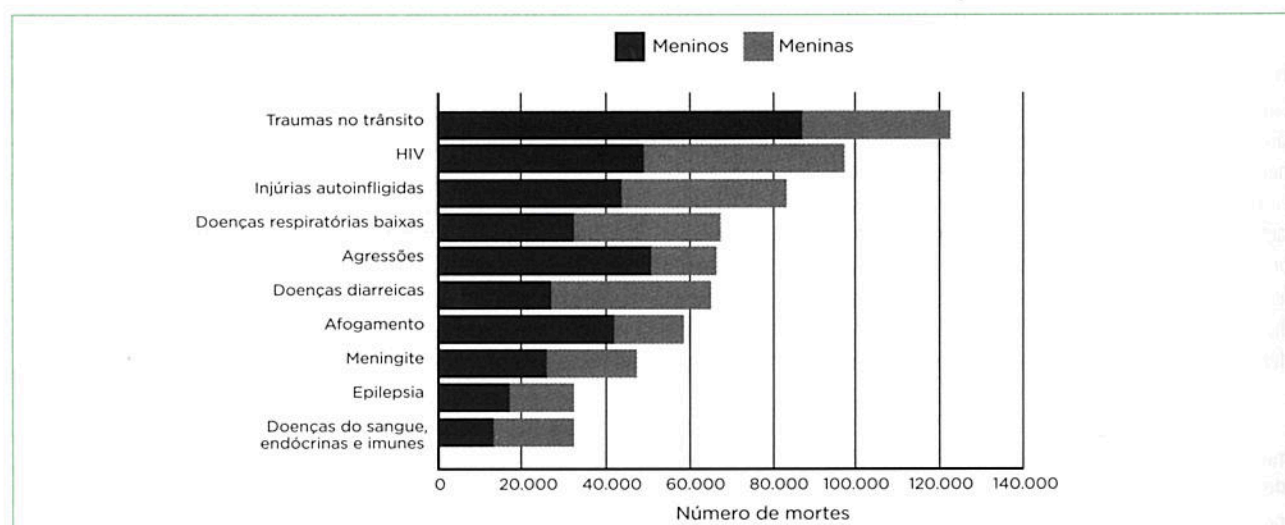


Figura 1 As dez principais causas de morte entre adolescentes (2012).

Fonte: Dick e Ferguson, 2015.<sup>3</sup>

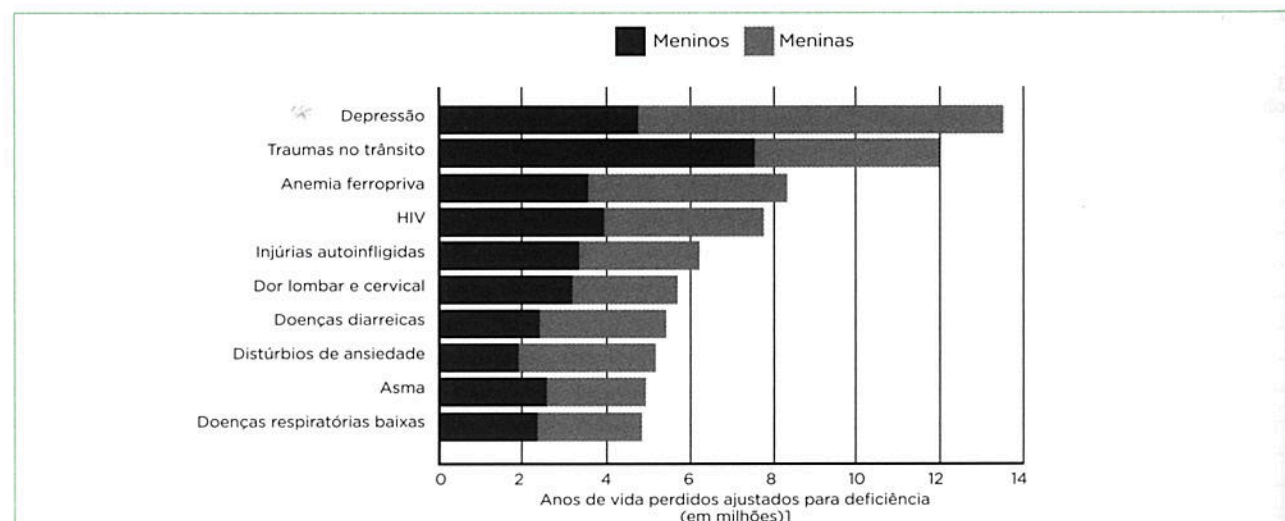


Figura 2 As dez principais causas de anos de vida perdidos ajustados para deficiência entre adolescentes (2012).

Fonte: Dick e Ferguson, 2015.<sup>3</sup>

Os marcos do desenvolvimento do adolescente – incluindo atitudes desafiadoras e certo grau de exposição a riscos – têm que ser vistos como normais, não como de “desafios”, e devem ser sempre antecipados e aceitos. A sexualidade emergente deve ser abordada como faceta do desenvolvimento saudável, evitando focar os riscos.<sup>8</sup> Todo atendimento de saúde do adolescente deve ser baseado no que ele tem de positivo, com apoio para que se desenvolva como um ser autônomo, capaz de decisões responsáveis acerca de sua saúde.<sup>10</sup>

Condição indispensável para um bom atendimento ao adolescente é que o profissional de saúde se sinta à vontade nessa tarefa; para isso é preciso gostar do adolescente, saber trabalhar em equipe, ter compromisso e capacidade de se emocionar. Além do conhecimento científico, é útil ter noções de antropologia, sociologia, psicanálise e cultura em geral.

A consulta é um momento privilegiado de comunicação e deve decorrer em um clima que inspire confiança, respeito e sigilo. O adolescente também precisa ser receptivo ao processo.

O acolhimento do adolescente por toda a equipe de saúde é importante. A clínica ou a unidade de atendimento não precisa ser uma “clínica para adolescentes”, mas deve seguir protocolos específicos para eles, incluindo atendê-los, mesmo que estejam sem os documentos habitualmente exigidos ou estejam desacompanhados; oferecer amplas informações sobre os serviços e rotinas (contatos, horários de atendimento, profissionais, serviços disponíveis); flexibilizar horários; diminuir a burocracia; facilitar agendamentos (consultas, vacinas, grupos).

O uso da Caderneta de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde deve ser promovido, pois é um instrumento útil para ajudar o jovem no processo de autodescoberta e autocuidado. Contém espaços para registrar medidas antropométricas, vacinas, maturação sexual, pressão arterial e ciclo menstrual, além de orientações sobre nutrição, mudanças no corpo, saúde bucal, sexual e reprodutiva. As versões masculina e feminina podem ser facilmente acessadas na internet.<sup>11</sup>

Por fim, há evidências de que o uso racional do prontuário médico eletrônico e novas estratégias de comunicação, incluindo acesso por *smartphones* e redes sociais, podem ter impacto positivo no cuidado da saúde de jovens.<sup>12,13</sup>

### O ambiente do consultório

Os adolescentes são sensíveis aos contatos verbais e não verbais; sentem quando são bem-vindos e tratados com respeito e confiança. Para isso, o ambiente deve ser reservado e atraente, de preferência com horário específico.

Na sala de espera deve haver material de interesse dos jovens, como revistas, fôlderes, cartazes ou audiovisuais sobre nutrição, esportes, relações interpessoais e orientação afetivo-sexual.

O médico deve dispor de tempo suficiente para a consulta, assim como toda a equipe multiprofissional, de cuja integração depende a resolutividade do atendimento.

### Modalidades de consulta

A consulta do adolescente compreende duas modalidades ou etapas: paciente acompanhado dos pais ou familiares e sozinho. Na primeira situação, devem-se observar aspectos do

funcionamento do grupo familiar e de seu relacionamento. É essencial que o adolescente perceba que ele é o centro da consulta, que a família está ali para complementar.

Os pais costumam prestar informações mais claras sobre a vida pregressa do jovem, inclusive sobre o motivo da consulta. A consulta com o adolescente sozinho é a modalidade preferida pela maioria dos profissionais, pois ajuda desde o início a estabelecer uma relação de confiança, criando o vínculo indispensável para a boa relação profissional/adolescente.

Contudo, é importante informar ao jovem que em algum momento pode ser necessária a presença dos pais, para informações sobre algo que ele desconheça. Além disso, se por um lado é indispensável estabelecer um senso de confidencialidade com o adolescente, assegurando o aspecto sigiloso da consulta, também deve ficar claro que o sigilo será quebrado em situações graves (p.ex., risco de vida para o paciente ou terceiros), presença de ideias suicidas, violência física contra outras pessoas e risco de abuso sexual. Por outro lado, o jovem deve sempre ser encorajado a discutir seus problemas com seus familiares ou responsáveis, com ou sem a presença do profissional de saúde.

### Atitude de aproximação

O pediatra (ou outro membro da equipe) deve se apresentar à família e ao adolescente como pessoa habilitada no seu atendimento. Muitos profissionais experimentam certo desconforto ao atender adolescentes em função da reputação de serem difíceis, confrontadores e irreverentes; na verdade, essas características fazem parte do desenvolvimento normal nesse período.

É importante não colocá-los na posição de réu ou vítima, assim como não assumir a posição de pais. Tratá-los com respeito, não os rotulando como criança ou paciente. Entretanto, ajudar o adolescente em momentos difíceis não significa dar suporte ou acobertar comportamentos impróprios. Deve-se lembrar que muitas vezes são trazidos à força, contrariados e até em conflito com a lei.

É importante evitar interrupções durante a consulta e evitar escrever ou digitar enquanto o adolescente estiver falando, sobretudo quando o assunto for sensível, como relacionamento, sexualidade ou uso de drogas.

Escutar sempre o que o jovem tem a dizer é um ponto-chave para a aproximação e o estabelecimento de um bom vínculo. É fundamental saber ouvir, olhar nos olhos do jovem, pois nem sempre a queixa verbalizada exterioriza sua verdadeira preocupação. Trabalhar com adolescentes exige, sobretudo, a consciência do inacabado.

### Anamnese

Na etapa inicial da anamnese do adolescente, com a presença dos pais ou responsáveis, devem ser abordados o motivo da consulta e informações sobre história pregressa e imunizações. Contudo, é essencial deixar bem claro desde o início que o paciente é a figura central, dirigindo-se sempre a ele. Para melhor entender o adolescente, é preciso observar durante a entrevista seu estado geral, sua postura, cuidados de higiene, modo de vestir e interação com o acompanhante.

A seguir, é importante pedir licença aos pais para conversar a sós com o jovem. A anamnese em si obedece roteiro similar ao de qualquer idade, com perguntas sobre a queixa principal, se houver, história da doença atual e revisão de sintomas. No entanto, a entrevista com adolescentes deve especialmente se basear em perguntas abertas, como: "Que preocupações você gostaria de me contar hoje?" ou "Aconteceu algo diferente desde a última vez que conversamos?" ou ainda "Fale-me sobre quem você procura para conversar quando tem algum problema ou mesmo um dia ruim".

A porção mais reveladora e relevante da entrevista com o adolescente sozinho é a avaliação tão completa quanto possível do seu perfil psicossocial. Para tanto, é útil o método baseado no acrônimo AADDOLESSE, mas tal abordagem deve ser sempre precedida de uma explicação clara de por que todas aquelas perguntas são importantes. A Tabela 2 mostra dois conjuntos detalhados de perguntas prioritárias e complementares dentro desse modelo de entrevista. É evidente que todas as questões pertinentes sobre tópicos tão variados não cabem no tempo de uma consulta regular; por isso, cada profissional deve ter sensibilidade para utilizar as perguntas mais cabíveis em um momento e deixar outros assuntos para consultas posteriores. Seja qual for a ordem escolhida, é recomendável começar com uma conversa menos invasiva – por exemplo, tratando de *hobbies* ou da escola –, com o intuito de aliviar a tensão e granjear confiança, para em seguida afirmar algo como "Muito bem, agora eu gostaria de ver como você tem lidado com situações de estresse, se seus comportamentos são seguros e se há qualquer coisa que possa estar colocando sua saúde em risco, ok?".

Em vista da importância da exposição do adolescente ao álcool e outras drogas, sempre que possível deve ser administrado o questionário CRAFFT (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*), um teste de triagem breve, validado e amigável para avaliar o possível uso de substâncias psicoativas.<sup>16</sup>

Além disso, nos dias de hoje, a anamnese não pode deixar de incluir o uso e abuso de meios eletrônicos e internet.<sup>17</sup>

Há evidências para recomendar a triagem de adolescentes para depressão maior a partir dos 12 anos, desde que tenham acesso a diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados. Os testes de triagem considerados mais sensíveis e específicos são o *Patient Health Questionnaire for Adolescents* (PHQ-A)<sup>18</sup> e o *Beck Depression Inventory-Primary Care Version* (BDI-PC).<sup>19</sup>

A anamnese nutricional deve ser completa, incluindo informações sobre os horários em que o paciente costuma fazer suas refeições, tipos de alimento preferidos e efetivamente consumidos.

A imunização contra doenças transmissíveis é um dos poucos componentes do acompanhamento de saúde cuja eficácia está amplamente documentada. Logo, faz parte da anamnese a verificação do registro das vacinas na Caderneta de Saúde do Adolescente,<sup>11</sup> cuja apresentação deve ser cobrada em toda consulta. É importante verificar a orientação

atualizada da SBP quanto à vacinação do adolescente e, nos casos em que o calendário oficial de vacinas do PNI/Ministério da Saúde não inclui rotineiramente vacinas de eficácia já comprovada em outros países, como a vacina quadrivalente contra o meningococo ou a vacina contra o papilomavírus humano para meninos, sua aplicação deve ser recomendada.

### Exame físico

O exame físico deve respeitar o pudor e o senso de privacidade do jovem, que deve vestir um avental apropriado. Cada procedimento do exame deve ser explicado e discutido. Além disso, é importante perguntar por qualquer desconforto. A lavagem das mãos deve ser feita na frente do paciente, pois há estudos que mostram que os jovens valorizam muito esse procedimento ao escolher um serviço de saúde.

A realização compulsória do exame físico completo em todas as consultas – embora muitos protocolos a recomendem em bases empíricas – não se apoia em bases científicas. Há evidências convincentes de que a ênfase dada a esse procedimento de forma sequencial é um desperdício de tempo do médico, em vista da dificuldade técnica da execução consistente de todos os seus componentes, do número insignificante de diagnósticos novos a partir da primeira avaliação completa e da falta de intervenções efetivas nos positivos verdadeiros. Recomenda-se a utilização mais efetiva do tempo, enfocando certos aspectos específicos do exame físico, de acordo com a idade. Por exemplo, há sugestões empíricas para realizar ausculta cardíaca e palpação de pulsos no início da adolescência, pois são procedimentos simples, que constituem testes de triagem sensíveis e específicos para cardiopatias congênitas.

A aferição do peso e da estatura e o cálculo do índice de massa corporal (IMC) fazem parte do exame físico, assim como a devida plotagem nas curvas da OMS, disponíveis na Caderneta de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde.<sup>11</sup> É bom ressaltar que esse conjunto de curvas não inclui gráficos de peso para a idade, irrelevantes para a avaliação do crescimento do adolescente, mas apenas de estatura e IMC. Além disso, a caderneta não apresenta pontos de corte para sobrepeso e obesidade – diferentemente das recomendações da própria Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional<sup>20</sup> –, mas indica somente como valores críticos de IMC para excesso de peso aqueles superiores a +2 escores z. Nesse sentido, são úteis os gráficos da Figura 4, recomendados por Cole et al., com curvas de percentis (espaçadas a cada 2/3 de um escore z), cruzando aos 18 anos com os pontos de corte largamente utilizados de 25 e 30 kg/m<sup>2</sup> para definir, respectivamente, sobrepeso e obesidade, que são considerados menos arbitrários e com apoio mais sólido em dados internacionais do que as tradicionais classificações, incluindo a do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) norte-americano e a do Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) brasileiro.<sup>21</sup>

**Tabela 2** O modelo AADOLESSÉ de entrevista psicossocial do adolescente\*

	Perguntas potenciais de primeira linha	Perguntas para quando o tempo permitir ou se a situação exigir exploração contextual maior
A Atividades e amigos	O que você faz para se divertir? Como você passa o tempo com os amigos? Família? Outras pessoas? Quem? Onde? Qual é a sua turma? Você costuma usar a internet para quê? Quantas horas por dia você fica na frente de uma tela, seja computador, TV, <i>tablet</i> ou telefone? Você desejaria gastar menos tempo com essas coisas?	Você pratica esportes? Você participa de <i>chats on-line</i> ? Quanto tempo gasta com isso? Você já enviou fotos ou textos e depois se arrependeu? Você tem algum(a) amigo(a) que já se prejudicou com a internet? Que tipo de música você curte? Você lê livros para distração ou prazer? Você vê pornografia <i>on-line</i> com que frequência?
A Alimentação e imagem corporal	Você se estressa com o seu peso, sua altura ou seu corpo? Se sim, fale-me sobre isso. Você andou tendo mudanças de peso recentemente? Você fez dieta no último ano? Como? Com que frequência? Você já tomou remédios para emagrecer?	O que você gosta e o que você não gosta em seu corpo? Você faz alguma coisa para controlar o peso? Fale-me da sua rotina de exercícios físicos. O que você acha que é uma dieta saudável? Como ela se compara com o que você costuma comer? Como seria para você perder (ganhar) 5 kg?
D Drogas	Você tem amigos ou familiares que fumam? Álcool? Outras drogas? Você fuma ou usa cigarros eletrônicos? Álcool? Outras drogas? Bebidas energéticas? Você já tentou parar de fumar ou cortar outra droga?	Você alguma vez bebe ou usa outra droga quando está sozinho? Aplicar o questionário de triagem CRAFT (Figura 3). Você já usou álcool ou outra droga para se acalmar ou se sentir melhor? Alguém com problema de drogas em casa?
D Depressão e suicídio	Você se sente mais estressado(a) ou ansioso(a) do que gostaria? Você se sente mais triste do que gostaria? Você costuma ficar entediado(a)? Você tem dificuldade para dormir? Você pensa muito em se machucar ou a outra pessoa? Conte-me sobre alguma vez em que alguém pegou no seu pé na internet ou fez você se sentir mal.	Conte-me sobre alguma vez em que você tenha ficado triste ao usar uma mídia social, como o Facebook. Você tem perdido o interesse por coisas que antes você curtia? Você anda passando menos tempo com os amigos? Você prefere estar sozinho(a) a maior parte do tempo? Alguma vez você já tentou se matar? Você já teve que se ferir (por exemplo, se cortando) para se acalmar ou se sentir melhor?
O Ocupação	Você trabalha? Onde? Quanto? Quais são suas metas quanto a emprego?	Como você se relaciona com as pessoas no trabalho? Você tem tido mais responsabilidades no trabalho?
L Lar e família	Quem mora com você? Onde você mora? Como são as relações em casa? Você pode falar com alguém em casa sobre estresse? (Quem?) Há alguém novo na casa? Alguém saiu de casa recentemente? Alguém com doença crônica em casa? Você tem <i>smartphone</i> ou computador em casa? No seu quarto? Para que você os utiliza?	Você se mudou recentemente? Você já teve que morar longe de casa? (Por quê?) Você já fugiu de casa? (Por quê?) Há algum tipo de violência em casa? Atitudes dos pais quanto a álcool? Drogas? Alguém com problema de drogas em casa? Como é a sua vizinhança?
E Educação	Fale-me sobre a sua escola. A sua escola é um lugar seguro? Você já sofreu <i>bullying</i> na escola? Você se sente ligado(a) à escola? Você se sente como se ali fosse o seu lugar? Há adultos na escola com quem você se sente à vontade para falar sobre coisas importantes? Quem? Suas notas andam caindo? Alguma mudança recente?	Quantos dias você faltou à aula neste mês/semestre? Você mudou de escola nos últimos anos? Fale-me sobre seus amigos na escola. Você teve que repetir uma série/ano? Alguma vez você foi suspenso? Expulso? Já pensou em largar a escola? Como você se dá com as pessoas na escola? Quais são suas matérias preferidas na escola? E as menos preferidas?
S Sexualidade	Você tem namorado(a)? Você já transou? O que você me conta sobre a sua vida sexual? Você se interessa por garotos ou garotas? Ambos? Ainda não tem certeza? O que você usa como método contraceptivo? Está satisfeito(o) com o método? Você usa camisinha em toda transa? Se não, por quê? O que "sexo seguro" significa para você? Você já pegou uma doença sexualmente transmissível ou ficou com medo de ter pegado?	Suas atividades sexuais são prazerosas? Quantos parceiro(a)s sexuais você já teve ao todo? (Menina) Você já engravidou ou ficou com medo de ter engravidado? (Menino) Você já engravidou uma garota ou ficou com medo de ter engravidado alguém? Você já teve alguma relação sexual com violência? Você já foi forçado(a) a qualquer coisa sexual que você não quisesse? Você já sofreu um estupro? Feito por um parceiro sexual? Você já enviou foto de você sem roupa por e-mail ou internet?
S Segurança	Você sempre usa o cinto de segurança no carro? Capacete ao andar de bicicleta ou moto? Conte-me sobre a última vez em que você andou de carro e o motorista tivesse bebido. Quando foi a última vez em que você digitou mensagem de texto enquanto dirigia? Você já sofreu um ferimento grave? Como? Alguém que você conhece? Você já se encontrou (ou planejou se encontrar) com alguém que você tivesse conhecido na internet? A sua vizinhança é muito violenta? E a sua escola? E seus amigos?	Você usa equipamento de segurança nos esportes? Você já esteve em um acidente de carro ou moto? O que aconteceu? Você já sofreu algum tipo de abuso físico, verbal, emocional ou sexual? Você já sofreu <i>bullying</i> ? Isso ainda é um problema? Você já maltratou animais? Você briga na escola ou na vizinhança? Você alguma vez achou que tinha que ter uma faca ou arma de fogo para se proteger? Isso ainda acontece? Você já fugiu de casa? Você já se envolveu em algum tipo de roubo? Você já foi preso(a)? Você já se envolveu com tráfico de drogas?
E Espiritualidade	Fale-me de suas crenças religiosas ou espiritualidade. Você frequenta alguma igreja? Você participa de serviços comunitários?	Você pratica algum ritual religioso? Você tem alguma crença que pode interferir nos tratamentos médicos?

Fonte: adaptado de Klein, Goldenring e Adelman, 2014;<sup>14</sup> Fernandes, Berger e Blank, 2013.<sup>15</sup>

### CRAFFT - Perguntas para triagem

Responda, por favor, a todas as perguntas honestamente.  
Garantimos a confidencialidade de suas respostas.

**Parte A**

Nos últimos 12 meses:

1. Bebeu álcool (mais do que alguns golinhos)?
2. Fumou maconha?
3. Usou qualquer outra coisa para ficar alto?  
("Qualquer outra coisa" inclui drogas ilegais, qualquer remédio e inalantes.)

**Parte B**

1. Você já andou em um CARRO dirigido por alguém (inclusive você mesmo/a) que estava "alto" ou que tinha bebido álcool ou usado droga?
2. Você já se ESQUECEU de coisas que fez enquanto bebia ou usava droga?
3. Sua família ou AMIGOS já lhe disseram que você devia beber ou usar menos droga?
4. Você já bebeu ou usou droga quando estava SOZINHO?
5. Você já se meteu em ENCRENCA enquanto estava usando droga ou bebendo?
6. Você já usou droga ou bebeu para RELAXAR, sentir-se melhor ou para se enturmar?

Não

Se você respondeu NÃO a todas (A1 e A2 e A3), responda somente B1

Sim

Se você respondeu SIM a alguma delas (A1 a A3), responda B1 a B6 abaixo

---

Não

Sim

**NOTA CONFIDENCIAL**

A informação desta página pode estar protegida pela legislação federal especial sobre regras de confidencialidade (42 CFR Part 2), que proíbe revelar esta informação, a menos que haja consentimento com autorização específica expressa por escrito. Uma autorização genérica para revelação de informação médica NÃO é suficiente.

© Children's Hospital Boston, 2009. Este formulário pode ser reproduzido em sua forma exata para uso por profissionais clínicos. Uma cortesia do Centro de Pesquisa de Abuso de Substância do Hospital Infantil de Boston - Center for Adolescent Substance Abuse Research, Children's Hospital Boston, 300 Longwood Ave, Boston, MA 02115, USA, (617) 655-5433, www.ceasar.org.

CRAFFT Reprodução produzida com apoio do Massachusetts Behavioral Health Partnership. Tradução por Silvia Cintra Franco.  
Disponível em: <http://www.caesar.org/CRAFFT/selfCRAFFT.php>

Figura 3 Questionário CRAFFT para triagem de uso de álcool por adolescentes.

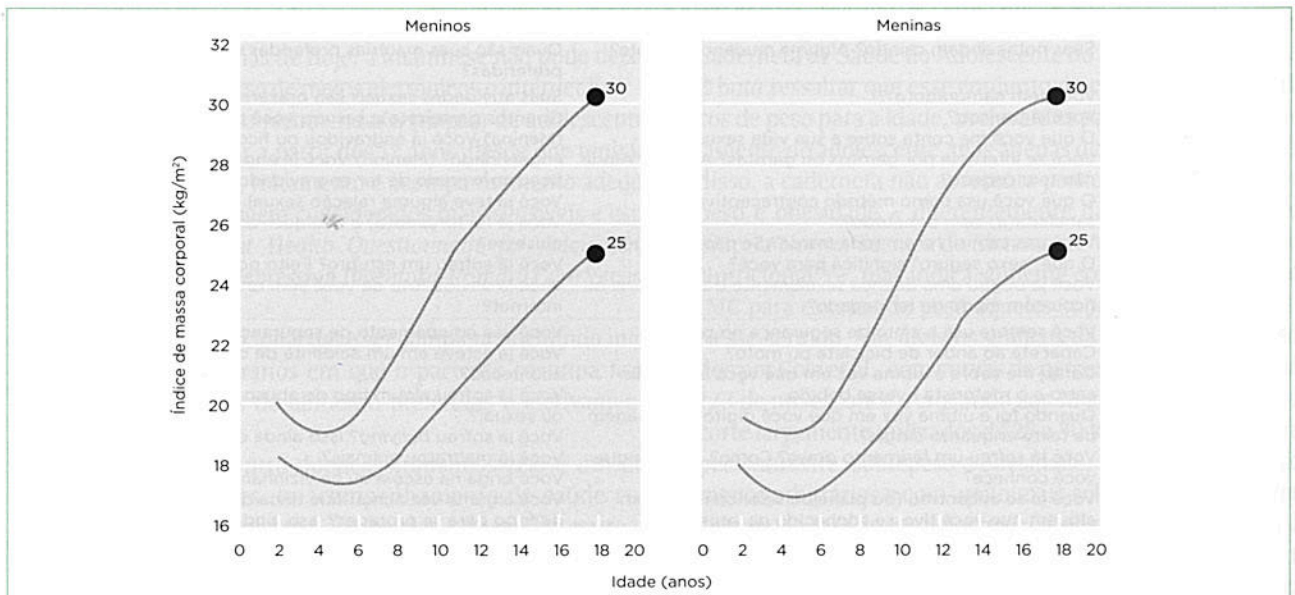


Figura 4 Pontos de corte para IMC passando por 25 e 30 kg/m<sup>2</sup> aos 18 anos de idade (dados de Brasil, Reino Unido, Hong Kong, Holanda, Cingapura e EUA).  
Fonte: Cole et al., 2000.<sup>22</sup>

A estatura final do adolescente pode ser calculada, especialmente se for motivo de sua curiosidade; para tanto, usar uma das fórmulas a seguir:

$$\text{Meninos} \rightarrow \text{Estatura final} = \left[ \frac{(\text{estatura paterna}) + (\text{estatura materna} + 13)}{2} \right] \pm 8,5 \text{ cm}$$

$$\text{Meninas} \rightarrow \text{Estatura final} = \left[ \frac{(\text{estatura paterna} - 13) + (\text{estatura materna})}{2} \right] \pm 8,5 \text{ cm}$$

O grau de desenvolvimento das características sexuais secundárias deve ser avaliado regularmente, com base na classificação de maturação sexual de Tanner, descrita na Tabela 3. Alternativamente ao exame direto dos genitais e mamas, as figuras com os estágios de maturação sexual podem ser mostradas ao adolescente, que informa em qual dos estágios ele acha que se encontra. Há boas evidências de que esse método é fidedigno e nesse caso podem ser utilizados os desenhos que se encontram na Caderneta de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde, cujas versões masculina e feminina estão disponíveis na internet.<sup>11</sup>

O exame ginecológico completo raramente está indicado em meninas com menos de 21 anos, exceto em caso de queixas específicas. Não há evidências que apoiem o exame clínico dos testículos, para a detecção precoce de tumores, assim como há evidências suficientes para contraindicar o exame físico das mamas como teste de triagem para o câncer de mama em adolescentes.

As evidências são moderadas para a recomendação de que a pressão arterial seja aferida em todas as consultas antes dos 18 anos. Quando for aferida, é essencial prestar atenção ao equipamento (esfigmomanômetro calibrado, manguito com largura de 40% e comprimento superior a 80% do perímetro braquial), à técnica (paciente sentado, braço direito apoiado sobre superfície firme, na altura do coração, inflar o manguito até cerca de 20 a 30 mmHg acima da pressão sistólica, desinflar cerca de 2 a 3 mmHg/s, considerar a quinta fase de Korotkoff representativa da pressão diastólica), ao ambiente e à verificação das medidas nas tabelas de referência publicadas nos Estados Unidos pelo National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents (Grupo de Trabalho sobre Hipertensão em Crianças e Adolescentes do National High Blood Pressure Education).<sup>24</sup>

A triagem rotineira para escoliose em adolescentes costuma ter um número excessivo de falso-positivos e encaminhamentos desnecessários; porém, em vista da facilidade de execução, vários protocolos recomendam incluí-la nas consultas anuais entre 11 e 16 anos.

### Procedimentos de triagem e orientação

A consulta do adolescente tem que incluir testes de triagem e orientação antecipatória, preferencialmente apoiados em evidências científicas de efetividade e benefícios. A Tabela 4 é uma tentativa de síntese das recomendações para cuidados de saúde preventivos, baseada no calendário de puericultura da

**Tabela 3** Classificação da maturação sexual segundo critérios de Tanner\*

Meninos	Pelos púbicos	Genitais
Estágio 1	Ausência de pelos púbicos. Pode haver uma leve penugem semelhante à da parede abdominal.	Pênis, testículos e escroto de tamanho e proporções infantis.
Estágio 2	Pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente na base do pênis.	Aumento inicial do volume testicular (> 3 mL). Pele escrotal muda de textura e torna-se avermelhada. Aumento do pênis mínimo ou ausente.
Estágio 3	Maior quantidade de pelos, mais grossos, escuros e levemente encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise púbica.	Crescimento peniano, principalmente em comprimento. Maior crescimento dos testículos e escroto.
Estágio 4	Pelos iguais aos do adulto, grossos e encaracolados, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas.	Maior crescimento peniano, principalmente em diâmetro e com maior desenvolvimento da glândula. Maior crescimento dos testículos e do escroto, cuja pele se torna pigmentada.
Estágio 5	Pelos iguais aos do adulto em quantidade e distribuição, invadindo a face interna das coxas.	Desenvolvimento completo da genitália, com tamanho e forma adulta.
Meninas	Pelos púbicos	Mamas
Estágio 1	Ausência de pelos púbicos. Pode haver uma leve penugem semelhante à da parede abdominal.	Mama de aspecto infantil.
Estágio 2	Pelos esparsos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, principalmente na borda dos grandes lábios.	Elevação discreta da mama e da papila, com aumento do diâmetro areolar.
Estágio 3	Pelos mais escuros e encaracolados, mas a área coberta concentra-se na linha média.	Maior elevação da mama e da papila, sem separação dos contornos da aréola e da mama.
Estágio 4	Pelos iguais aos da adulta, abundantes, mas cobrindo uma área menor.	Separação dos contornos da aréola e da mama.
Estágio 5	Configuração do triângulo feminino, com pelos podendo estender-se para a raiz das coxas.	Nivelamento da aréola ao contorno geral da mama, com projeção exclusiva da papila.

Fonte: adaptado de Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child 1970;45:13-23.



SBP e nas diretrizes do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e da iniciativa *Bright Futures* da American Academy of Pediatrics, com base nas escalas de prioridade sugeridas pela U.S. Preventive Services Task Force<sup>25</sup> e o Institute for Clinical Systems Improvement,<sup>26</sup> as duas instituições acadêmicas que produzem os protocolos baseados em evidências mais consistentes.

É bom ressaltar que, sob a influência de tradição, política ou considerações econômicas, essas diretrizes costumam incorporar recomendações baseadas em opiniões de especialistas, que são sabidamente mais fracas do ponto de vista do suporte efetivo da base da literatura acadêmica.

A seleção de quais procedimentos devem ser integrados à prática clínica de cada pediatra ou equipe de saúde deve seguir

critérios de embasamento científico, mas sempre considerando o saldo positivo da relação entre custo e benefício, em uma atitude ética e humanista. É evidente que a presença ou ausência de fatores de risco e resiliência pessoais ou ambientais determinarão aumento ou diminuição do número de consultas e procedimentos.

Embora a efetividade da orientação antecipatória seja questionada e, em muitos casos, limitada, essa prática continua sendo recomendada. Os principais temas que devem ser abordados incluem: atividade física, alimentação saudável, álcool, fumo e outras drogas, uso racional de meios eletrônicos, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, planejamento reprodutivo, violência e *bullying*, segurança no trânsito. Um roteiro muito útil para estabelecer prioridades de aconselhamento

**Tabela 4** Recomendações apoiadas em evidências para cuidados de saúde preventivos de adolescentes

Doenças e procedimentos	Idade											
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
História	Avaliar em todas as consultas: preocupações dos pais Revisar em todas as consultas: determinantes socioambientais da saúde e doença, estilos de vida. Usar modelo AADDOLESSE. Registrar no prontuário médico											
Orientação antecipatória	Orientar adolescente em separado e pais/cuidadores em todas as consultas, conforme prioridades gerais e particulares											
Crescimento e triagem de obesidade	Peso, estatura e índice de massa corporal: aferir, registrar nas curvas de referência e discutir com o paciente											
Desenvolvimento	Vigilância em todas as consultas, com ênfase no desempenho escolar											
Imunizações	Verificar registro de vacinas aplicadas, encaminhar para aplicação de doses indicadas ou em atraso e recomendar severamente o seguimento do calendário vacinal do Ministério da Saúde e, se possível, o da SBP											
Cárie dentária	Triagem e orientação sobre dieta não cariogênica e cuidados preventivos											
Triagem prioritária*	Visão	Teste de acuidade visual aos 11 anos		←								
	Clamídia	Triagem anual em meninas sexualmente ativas										→
	HIV	Triagem em adolescentes de alto risco					Triagem universal (uma vez a partir dos 15 anos) Repetir anualmente em adolescentes de alto risco					
	Tabagismo	Triagem de uso de tabaco e/ou exposição ambiental ao tabaco, orientação sobre estratégias de não iniciação ou cessação do tabagismo										
	Depressão	Triagem a partir dos 12 anos										
	Assentos de automóvel	Assento de elevação até 1,45 m de estatura		Triagem e orientação sobre uso de cinto de segurança a partir de 1,45 m de estatura Viajar no banco traseiro até os 13 anos								
	Triagem não prioritária †	Uso de álcool	Questionário CRAFFT a partir dos 12 anos									
Hipertensão		Consensos de especialistas recomendam a aferição da pressão arterial nas consultas de rotina							Obrigatória a partir dos 18 anos			
Violência doméstica		Triagem e orientação preventiva										
Injúrias domésticas e recreativas		Triagem e orientação preventiva										
Dislipidemia		Triagem universal entre 9 e 11 anos		Triagem, se fatores de risco				←			Triagem universal	

Significado das setas: realizar procedimento em todas as consultas →; realizar na primeira oportunidade ←

\* Procedimentos prioritários de triagem; benefício líquido moderado a substancial.

† Procedimentos de triagem com benefício incerto, segundo as evidências científicas.

Fonte: adaptado de U.S. Preventive Services Task Force, 2014<sup>27</sup>; Wilkinson et al., 2013<sup>28</sup>; Associação Médica Brasileira, 2010<sup>6</sup>; Associação Médica Brasileira, 2010<sup>6</sup>; Brasil,<sup>29</sup>; American Academy of Pediatrics, 2014.<sup>30</sup>

to em cada consulta ao longo da adolescência está disponível no protocolo da iniciativa *Bright Futures, Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*,<sup>31</sup> que apresenta perguntas e orientações específicas para jovens e pais.

### Objetivos a serem alcançados pelo profissional

Os procedimentos descritos neste capítulo visam a conseguir que o adolescente se sinta responsável pela sua própria saúde de forma integral, em todas as etapas do seu desenvolvimento. Como há diferenças marcantes entre essas etapas, a abordagem do profissional varia com elas, mas o denominador comum é o apoio das características positivas do paciente e tolerância em relação a suas instabilidades e exposições a riscos.

Os adolescentes dos 10 aos 14 anos geralmente não comparecem à consulta sozinhos; vêm com a mãe, o pai ou outro familiar, frequentemente sem vontade própria, trazidos por causa de sintomas que preocupam muito mais os adultos do que a eles mesmos. Isso justifica a relutância em responder às perguntas do profissional e fornecer dados na entrevista inicial.

O momento da consulta deve ser aproveitado para orientar sobre a normalidade das mudanças corporais, a anatomia e fisiologia do aparelho genital, a importância de uma higiene cuidadosa, a autoestima, sempre com uma perspectiva preventiva/educativa; além de responder às dúvidas que o adolescente porventura formule, em uma linguagem acessível e de forma clara e honesta.

Os adolescentes dos 15 aos 19 anos costumam se apresentar sozinhos ou acompanhados de amigos.

Nessa etapa, já superadas algumas dúvidas e dificuldades da fase anterior, os jovens deparam-se com novas preocupações presentes e futuras: como estão indo na escola, como se relacionam com seus pares e com suas famílias, como definir que profissão irão abraçar. Também se preocupam com certos problemas orgânicos (acne, alterações ortodônticas que podem obrigá-los a usar aparelhos, dificuldades visuais que determinam o uso de óculos, dificuldade em ganhar ou perder peso, etc.). Tudo isso mexe com sua autoestima e pode gerar danos emocionais, o que exige muita habilidade do profissional de saúde, orientando e apoiando, a fim de prevenir sequelas maiores no futuro. De novo, é essencial valorizar os pontos positivos.

Nesse período, cabe ao profissional informar e aconselhar sobre os métodos contraceptivos, os riscos das condutas sexuais inadequadas, os perigos a que estão expostos os jovens ao usarem drogas, abrindo espaço para que o paciente possa falar de suas vivências e dúvidas.

Os jovens dos 20 aos 24 anos têm problemas muito semelhantes aos da etapa anterior. Por isso é tão importante que o pediatra e sua equipe ampliem a atenção à faixa etária dos adultos jovens, evitando fixar uma idade-limite para o atendimento. A mesma abertura deve ser dada aos jovens da chamada geração canguru, aqueles que já terminaram um curso superior ou profissionalizante e continuam em casa, dependendo financeiramente dos pais ou responsáveis.

Em todas as fases da adolescência, o importante é criar um vínculo com o paciente, estimulando-o a sentir-se seguro,

para que possa falar das suas dificuldades, dos seus medos, dos seus projetos, planos e desejos. Não há necessidade de tentar resolver todos os problemas em poucas consultas. No final, o objetivo é apoiar o adolescente para que se desenvolva como um ser autônomo, responsável pelas decisões sobre sua saúde e seus planos de vida.

### Ao final da leitura deste capítulo, o pediatra deve estar apto a:

- Conhecer os pré-requisitos para atender o adolescente, incluindo a definição de adolescência, desenvolvimento, acolhimento e uso da caderneta de saúde.
- Conhecer as modalidades de consulta.
- Conhecer a atitude de aproximação com o jovem.
- Conhecer os elementos da anamnese e exame físico.
- Conhecer os procedimentos de triagem e orientação.

### Referências bibliográficas

1. Ruzany MH. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: Ruzany MH, Grossman E (eds.). Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.21-5.
2. Blum R, Dick B. Strengthening global programs and policies for youth based on the emerging science. *J Adolesc Health* 2013; 52(2):S1-3.
3. Dick B, Ferguson BJ. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health* 2015; 56(1):3-6. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>. Acessado em: 30/12/2015.
4. Michaud PA, Baltag V. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers. Geneva: WHO Press, 2015.
5. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezech AC et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012; 379(9826):1630-40.
6. Associação Médica Brasileira, Câmara Técnica Permanente CBHPM. Ata da Câmara Técnica Permanente CBHPM AMB – Atendimento Ambulatorial de Puericultura. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Ata-AMB.pdf>. Acessado em: 8/11/2015.
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. 2014 Recommendations for Pediatric Preventive Health Care. *Pediatrics* 2014; 133(3):568-70.
8. Holland-Hall C, Burstein GR. Adolescent physical and social development. In: Kliegman RM, Stanton BF, St-Geme-III JW, Schor NF (eds.). *Nelson textbook of pediatrics*. 20.ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. p.926-31.
9. Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, Irwin CE Jr., Ross DA et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet* 2012; 379(9826):1653-64.
10. Ginsburg KR. Viewing our adolescent patients through a positive lens. *Contemp Pediatr* 2007; 24(1):65-76. Disponível em: [http://bit.ly/adol\\_lens](http://bit.ly/adol_lens). Acessado em: 6/6/2015.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde do adolescente. Disponível em: <http://www.adolec.br/php/level.php?lang=pt&component=39&item=16>. Acessado em: 30/12/2015.
12. Society for Adolescent Health Medicine, Gray SH, Pasternak RH, Gooding HC, Woodward K, Hawkins K et al. Recommendations for electronic health record use for delivery of adolescent health care. *J Adolesc Health* 2014 Apr; 54(4):487-90.

13. Yonker LM, Zan S, Scirica CV, Jethwani K, Kinane TB. "Friending" teens: systematic review of social media in adolescent and young adult health care. *J Med Internet Res* 2015; 17(1):e4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25560751>. Acessado em: 2/1/2016.
14. Klein DA, Goldenring JM, Adelman WP. HEEADSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. *Contemp Pediatr* 2014; 31(1):16-28.
15. Fernandes CLC, Berger CB, Blank D. Acompanhamento de saúde do adolescente. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C (eds.). *Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidência*. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.313-20.
16. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test Among Adolescent Clinic Patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(6):607-14.
17. Strasburger VC, Hogan MJ, Council on Communications and Media, American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and the media. *Pediatrics* 2013; 132(5):958-61.
18. Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health questionnaire for adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health* 2002; 30(3):196-204.
19. Winter LB, Steer RA, Jones-Hicks L, Beck AT. Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *J Adolesc Health* 1999; 24(6):389-94.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/general/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/general/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf). Acessado em: 30/12/2015.
21. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004; 5:4-85.
22. Cole TJ, Bellizzi MG, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320(7244):1240-3.
23. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child* 1970; 45:13-23.
24. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004; 114(2):555-76. Disponível em: [http://pediatrics.aappublications.org/content/114/Supplement\\_2/555.full](http://pediatrics.aappublications.org/content/114/Supplement_2/555.full). Acessado em: 30/12/2015.
25. U.S. Preventive Service Task Force. [website]. Disponível em: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>. Acessado em: 30/12/2015.
26. Institute for Clinical Systems Improvement. Guidelines & more. Disponível em: [https://www.icsi.org/guidelines\\_\\_more/](https://www.icsi.org/guidelines__more/). Acessado em: 30/12/2015.
27. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services 2014. Rockville, MD: AHRQ, 2014.
28. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M et al. Preventive services for children and adolescents. Updated september 2013. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement, 2013.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
30. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. 2014 Recommendations for pediatric preventive health care. *Pediatrics* 2014; 133(3):568-70.
31. Hagan JF, Shaw JS, Duncan P (eds.). Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3.ed. Pocket guide. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2008. Disponível em: [https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF3%20pocket%20guide\\_final.pdf](https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF3%20pocket%20guide_final.pdf). Acessado em: 30/12/2015.