

4ª EDIÇÃO

**Bruce B. Duncan**  
**Maria Inês Schmidt**  
**Elsa R.J. Giugliani**  
**Michael Schmidt Duncan**  
**Camila Giugliani**

■  
**Medicina  
ambulatorial:**

**Condutas de  
Atenção Primária  
Baseadas em Evidências**





M489 Medicina ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 4. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2013. xxiv, 1.952 p. : il. color. ; 28 cm.

Contém conteúdo on-line com material suplementar.  
ISBN 978-85-363-2618-4

1. Medicina. 2. Medicina de família e comunidade.  
3. Saúde pública. 4. Atenção primária à saúde. I. Duncan, Bruce B. II. Schmidt, Maria Inês. III. Giugliani, Elsa R.J. IV. Duncan, Michael Schmidt. V. Giugliani, Camila.

CDU 614

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

63. Uhari M, Rantala H, Vainionpää L, Kurttila R. Effect of acetaminophen and of low intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr*. 1995;126(6):991-5.
64. van Stuijvenberg M, Derksen-Lubsen G, Steyerberg EW, Habbema JD, Moll HA. Randomized, controlled trial of ibuprofen syrup administered during febrile illnesses to prevent febrile seizure recurrences. *Pediatrics*. 1998;102(5):E51.
66. Perrott DA, Piira T, Goodenough B, Champion GD. Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(6):521-6.
67. Pierce CA, Voss B. Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: a meta-analysis and qualitative review. *Ann Pharmacother*. 2010;44(3):489-506.
68. Southey ER, Soares-Weiser K, Kleijnen J. Systematic review and meta-analysis of the clinical safety and tolerability of ibuprofen compared with paracetamol in paediatric pain and fever. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(9):2207-22.
69. Sarrell EM, Wielunsky E, Cohen HA. Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(2):197-202.
70. Nabulsi MM, Tamim H, Mahfoud Z, Itani M, Sabra R, Chamseddine F, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study [ISRCTN30487061]. *BMC Med*. 2006;4:4.
71. Lal A, Gomber S, Talukdar B. Antipyretic effects of nimesulide, paracetamol and ibuprofen-paracetamol. *Indian J Pediatr*. 2000;67(12):865-70.
72. Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al. Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;337:a1302.
73. Kramer LC, Richards PA, Thompson AM, Harper DP, Fairchok MP. Alternating antipyretics: antipyretic efficacy of acetaminophen versus acetaminophen alternated with ibuprofen in children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2008;47(9):907-11.
75. Prado J, Daza R, Chumbes O, Loayza I, Huicho L. Antipyretic efficacy and tolerability of oral ibuprofen, oral dipyron and intramuscular dipyron in children: a randomized controlled trial. *São Paulo Med J*. 2006;124(3):135-40.
76. Wong A, Sibbald A, Ferrero F, Plager M, Santolaya ME, Escobar AM, et al. Antipyretic effects of dipyron versus ibuprofen versus acetaminophen in children: results of a multinational, randomized, modified double-blind study. *Clin Pediatr (Phila)*. 2001;40(6):313-24.
77. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol for treating fever in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD003676.
78. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Physical methods versus drug placebo or no treatment for managing fever in children. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2009 [capturado em 08 set. 2011];2(CD004264). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004264/abstract>.
79. Watts R, Robertson J, Thomas G. Nursing management of fever in children: a systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2003;9(1):S1-8.
80. Alves JGB, Almeida NDCM, Almeida CDCM. Tepid sponging plus dipyron versus dipyron alone for reducing body temperature in febrile children. *São Paulo Med J*. 2008;126(2):107-11.

## CAPÍTULO 33

# Acompanhamento de Saúde do Adolescente

*Carmen Luiza C. Fernandes*

*Carla Baumvol Berger*

*Danilo Blank*

Adolescência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é o período da vida que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos.<sup>1</sup> De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/1990),<sup>2</sup> é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o grupo etário de 10 a 19 anos constitui 17,2% da população total do Brasil. Haja vista a representatividade dessa faixa etária na população em geral, percebe-se a necessidade crescente de uma política de atenção integral à saúde do adolescente e da busca de ampliação na sua abordagem.

**A população de adolescentes tem características especiais, como altas taxas de morbimortalidade, altas taxas de fecundidade e problemas ligados à inserção social, estimulando profissionais de diversas áreas de atuação, mas principalmente da saúde e educação, a desenvolver pesquisas no sentido de compreender o crescimento e desenvolvimento do adolescente.**

Essa parcela tão significativa da nossa sociedade ainda encontra-se exposta a diversas situações de risco, como trabalho infantil, gravidez precoce (indesejada em um grande número de vezes), doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS), injúrias, diversos tipos de violência, maus-tratos, uso de drogas, baixa escolaridade ou estar fora da escola, falta de acesso à alimentação saudável, água potável, esgoto e serviços de saúde, e pobreza. Tudo isso causa impacto em um período crítico da vida, comprometendo de forma significativa o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

A maioria das mortes em adolescentes ocorre por causas preveníveis, como acidentes, suicídio e homicídio, e as maiores causas de morbidade ocorrem por gestação não pla-

nejada, abuso de substâncias, violência física e depressão. A mortalidade por causas externas ocupa o primeiro lugar no *ranking* de mortalidade por todas as causas no Brasil entre adolescentes (70,7% na faixa etária de 10 a 19 anos).<sup>3</sup>

Outra preocupação diz respeito à maior vulnerabilidade dos jovens às DST/AIDS. Destacam-se a tendência de aumento dos casos de AIDS na faixa etária de 13 a 19 anos e a inversão na razão de sexo – três mulheres para cada dois homens – em 2005.<sup>4</sup>

O conhecimento de indicadores e a identificação das peculiaridades dessa fase da vida devem nortear o acolhimento de demandas específicas, visto que nem sempre a busca do adolescente pelo serviço de saúde vai ocorrer por motivos clínicos, mas por necessidades referentes à fase de desenvolvimento ou por ansiedade ligada à sua inserção social, como sexualidade, desempenho no grupo social, questões escolares ou ainda prevenção para situações específicas, como vacinação e anticoncepção. Os serviços de saúde, em especial o serviço de atenção primária, são frequentemente um recurso consistente e constante na rede de apoio do adolescente, da família e da escola, promovendo um vínculo de maneira integral e longitudinal ao longo da vida, desde o período pré-natal até a vida adulta.

O profissional que faz o acolhimento do adolescente no serviço de saúde deve estar atento às especificidades das demandas e focar o contexto em:<sup>5</sup>

- Desenvolvimento psicossocial
- Desenvolvimento físico, hábitos de vida
- Desenvolvimento mental
- Funcionamento familiar
- Desempenho escolar

Visando vincular o adolescente ao serviço de saúde, o profissional deve promover o acesso e a adesão. Para o sucesso desses objetivos, alguns cuidados são fundamentais:<sup>5</sup>

- Viabilizar o atendimento mesmo que o adolescente não disponha dos documentos exigidos pelo serviço ou esteja sozinho.
- Oferecer o máximo de pontos de contato por meio de informações sobre horários de atendimento, profissionais de referência, serviços e atividades disponíveis.
- Agilizar o acesso às diferentes atividades da unidade (p. ex., agendar as consultas, vacinas, grupos).
- Evitar excesso de burocracia para a prestação do serviço (p. ex., para receber preservativos, obrigar a participar de grupos de discussão).
- Criar mecanismos mais flexíveis de acolhimento e participação, uma vez que, pelas características próprias dessa faixa etária, é frequente o adolescente/jovem desprezar horários e datas de agendamento.
- Viabilizar o encaminhamento a outros serviços sempre que a unidade de saúde não tiver condições de atender à necessidade apresentada,<sup>5</sup> gerenciando o cuidado e mantendo o vínculo e a vigilância da atenção.

**Não há consenso quanto à periodicidade com que o adolescente deve comparecer às consultas; algumas diretrizes e associações médicas estadunidenses sugerem que seja anualmente **D**.<sup>6-9</sup> No entanto, existe consenso em reconhecer a relação entre frequência de atendimento e desenvolvimento, com maior número de consultas nas fases com mais pontos de transição **D**.<sup>10,11</sup>**

O Ministério da Saúde lançou, em 2009, a Caderneta de Saúde do Adolescente e da Adolescente. Além de espaços para anotar as vacinas, medidas antropométricas, maturação sexual, pressão arterial e ciclo menstrual (para as meninas), dispõe de um conjunto de orientações sobre como evitar doenças, mudanças no corpo, saúde sexual e reprodutiva, além de saúde bucal e alimentação. É um instrumento importante para ajudar esse público no processo de autodescoberta e autocuidado. As cadernetas estão disponíveis no site do Ministério da Saúde.<sup>12</sup>

## CONVERSANDO COM O ADOLESCENTE

Na adolescência, é comum haver sensação de estranheza física do corpo, emoções à flor da pele e isolamento social.<sup>5</sup> Em vista disso, é importante que o profissional de saúde possa estabelecer um canal de comunicação claro com o adolescente, focando a entrevista na avaliação de possíveis problemas que possam acarretar uma passagem conturbada por essa etapa.

Por ser uma fase de intensa curiosidade, busca de novas sensações e interesses, é também um momento de maior vulnerabilidade a influências, facilitando a incorporação de valores. Nesse contexto, é indispensável que o profissional de saúde trabalhe questões de autoestima, empoderamento e aquisição de habilidades necessárias para garantir um relacionamento saudável, como comunicação, assertividade e tomada de decisões de forma responsável.<sup>13</sup>

Identificar em que estágio de desenvolvimento comportamental o adolescente se encontra auxilia na maneira como certos temas devem ser abordados. Por exemplo, não adianta falar sobre planos profissionais futuros com um adolescente de 12 anos, que ainda está na fase do pensamento concreto, mostrando maior interesse por falar de assuntos que aconteceram na escola durante a semana. Para tal, a adolescência pode ser didaticamente dividida em três fases: adolescência inicial (dos 11 aos 13 anos), média (dos 14 aos 16 anos) e tardia (dos 17 aos 19 anos). A **TABELA 33.1** apresenta as principais características de cada fase.<sup>14</sup>

Adolescentes são menores de idade e, portanto, encontram-se ainda sob supervisão legal de seus pais. Sendo assim, é importante que as questões de confidencialidade e sigilo sejam informadas ao adolescente e seu acompanhante na entrevista inicial, ressaltando que é feita exceção ao se identificar algum risco de vida ou de violência sexual ao longo do acompanhamento. Dessa maneira, é possível estabelecer de antemão as regras de funcionamento das consultas e obter

TABELA 33.1 → Fases da adolescência e suas características

|                        | ADOLESCÊNCIA INICIAL (11 AOS 13 ANOS) | ADOLESCÊNCIA MÉDIA (14 AOS 16 ANOS) | ADOLESCÊNCIA TARDIA (17 AOS 19 ANOS) |
|------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Pensamento             | Concreto                              | ± Abstrato                          | Abstrato                             |
| Supervisão dos pais    | +                                     | ±                                   | -                                    |
| Comportamento de risco | +                                     | ±                                   | -                                    |
| Pressão de amigos      | ±                                     | ++                                  | +                                    |

Fonte: Sifuentes.<sup>14</sup>

a confiança do adolescente para relatar aspectos importantes de sua vida. Assegurar confidencialidade ao adolescente aumenta a probabilidade de ele procurar auxílio e abordar questões sensíveis do ponto de vista psicossocial.<sup>2,6</sup>

Conforme o Artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, “É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. Assim, os serviços devem organizar-se de forma a acolher e assistir as necessidades dessa faixa etária.<sup>2</sup> Por ser um período vulnerável, a avaliação de fatores de risco e resiliência auxilia na identificação de potenciais condutas de risco nessa etapa.<sup>15</sup> É nos cenários pelos quais o adolescente transita, como o ambiente social, a escola, a família, os amigos, e também por meio de fatores individuais, que é possível melhor avaliar a presença desses fatores.

## IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO E DE VULNERABILIDADE: USO DE DROGAS, PROMISCUIDADE, VIOLÊNCIA

A adolescência é, sem dúvida, a fase do impasse, na qual a necessidade de experimentar o novo e o questionamento do cotidiano, dos valores e costumes estabelecidos se misturam, fazendo com que o jovem coloque-se em situações que possam trazer-lhe sensação de poder, autoconhecimento e reconhecimento de seus pares. É uma fase da vida em que o viver é muitas vezes caracterizado e estereotipado como a necessidade de uma exteriorização grandiosa, eloquente, de transformações biopsicológicas que podem manifestar-se por alterações na conduta, dependência química, alcoolismo, delinquência, relações sexuais frívolas e condutas limítrofes entre a vida e a morte.

O reconhecimento dessas características deve sinalizar a necessidade de avaliação do risco presente na conduta e de acompanhamento do adolescente e de sua família pelo serviço de saúde. A TABELA 33.2 apresenta as várias possibilidades de avaliação desses riscos junto a locais onde com mais frequência o adolescente está inserido socialmente. A tabela apresenta também os indicativos de resiliência.<sup>16</sup>

As condutas de risco em geral são desencadeadas por situações em que o adolescente sofre perdas repetidas, dis-

TABELA 33.2 → Indicativos de vulnerabilidade e capacidade de resiliência, de acordo com o meio em que o adolescente está inserido

| INDICATIVOS DE VULNERABILIDADE   | INDICATIVOS DE RESILIÊNCIA  |
|--|---|
| <b>Ambiente social</b>   |   |
| Acesso a armas, drogas, álcool   | Boas relações escolares   |
| Exposição a programas de televisão, vídeos inadequados à sua capacidade de compreensão | Boas redes de apoio informais   |
| Falta de oportunidades   | Relações funcionais com os adultos (escola, trabalho, estágios, rede social ampliada)                             |
| Discriminação  | Presença de adultos significativos na rede de apoio   |
| Ausência de assistência à saúde  | Modelos adequados na rede de apoio  |
| Institucionalização  | Comunidades seguras   |
| Pobreza, violência   | Legislação protetora  |
| <b>Escola</b>  |   |
| Escola muito grande  | Bom rendimento escolar  |
| Ausências, sanções escolares   | Vínculo com a escola  |
| Mau rendimento escolar   | Participação da família nas tarefas e na escola   |
| <b>Família</b>   |   |
| Baixa escolaridade dos pais  | Vínculo parental adequado   |
| Psicopatologia familiar  | Pais presentes física e emocionalmente  |
| Disfunção familiar   | Expectativas e investimentos familiares adequados, orientados ao bom desenvolvimento físico, psicológico e social |
| Condutas de risco na família   | Modelo hierárquico preservado   |
| Estilo autoritário/permissivo  | Modelos de conduta adequados  |
| Violência intrafamiliar  | Vínculo parental  |
| <b>Amigos</b>  |   |
| Isolamento social  | Amigos com condições funcionais adequadas   |
| Identificação cultural com conduta de risco  | Valores sociais preservados   |
| Percepção de risco   | Boa rede de apoio e parentalidade funcional   |
| Modelos negativos  | Rede social efetiva e de baixo risco  |
| <b>Fatores individuais</b>   |   |
| Baixa autoestima   | Habilidades sociais   |
| Déficit intelectual  | Inteligência normal   |
| Déficit de atenção   | Autoimagem adequada   |
| Autopercepção inadequada   | Interesse pela escola   |
| Transtornos de personalidade e de conduta  | Participação em atividades extraclasses   |
| Aventurismo  | Espiritualidade/religiosidade   |
| Impulsividade  |   |
| Conduta de risco   |   |
| Conduta suicida  |   |
| Maus-tratos, abuso, violência intrafamiliar  |   |

Fonte: Adaptada de Zubarew.<sup>17</sup>

cussões por conflitos interpessoais, vitimização, atentados à autoestima – como desqualificação e humilhação repetidas – e violência em qualquer das suas formas de apresentação (física, psicológica, econômica, sexual), e não possui uma rede de apoio contínua.

## A ENTREVISTA DO ADOLESCENTE E SEU ACOMPANHANTE

A entrevista clínica é dividida em dois momentos. Inicialmente, é realizada com o adolescente e seu(s) acompanhante(s), os quais apresentam o motivo da consulta e informam sobre questões de saúde geral (atual e pregressa). Em um segundo momento, a entrevista é individual com o adolescente, quando é possível aprofundar-se nas percepções subjetivas do jovem, incluindo questões de natureza confidencial.

Na primeira parte, é fundamental envolver a família, mas manter o adolescente como a figura central, dirigindo-se a ele desde o início e se apresentando adequadamente.<sup>6</sup> Serve de subsídio para melhor entender o adolescente, observar, no momento da consulta, seu estado geral, cuidados de higiene e vestimenta, maneira de se portar e interação com o acompanhante.

A anamnese é realizada da mesma forma que em qualquer outra faixa etária, e é recomendado que cada profissional tente desenvolver seu próprio método de avaliação. Perguntas abertas como: “*Que preocupações você gostaria de me contar hoje?*” ou “*Aconteceu algo diferente desde a última vez que conversamos?*” podem servir de facilitadoras em determinados momentos da consulta.

As perguntas devem seguir uma lógica inicial de aproximação, entendimento do contexto de vida e da relação do adolescente com o seu amadurecimento físico, social e psicológico. Uma série de outras perguntas deve ser feita ao longo do acompanhamento, visando à aproximação de objetivos, como: “*Por que veio ao serviço hoje?*”, “*Que preocupações estão ocorrendo?*”, “*Ficou doente anteriormente?*”, “*O que houve?*”, “*Sofreu traumas ou acidentes?*”, “*E com relação à sua família? Como estão?*”.

Uma parte importante da entrevista do adolescente é a avaliação do perfil psicossocial, que deve ser realizada em entrevista individual. A utilização do acrônimo AADDOLESSE pode ser de grande utilidade<sup>7</sup> (TABELA 33.3). Antes, porém, é importante que o profissional explique ao adolescente a finalidade das perguntas, de forma honesta, sem preconceitos, de maneira empática, a fim de obter a sua confiança.<sup>6,18</sup>

Por exemplo: “*Vou fazer algumas perguntas para me ajudar a entender se há algo que possa estar colocando sua saúde em risco e para me orientar quais tipos de testes ou exames eu devo solicitar.*”<sup>7</sup>

Cada consulta de um adolescente deve ser aproveitada para realizar práticas preventivas e avaliar condutas de risco. Apesar da importância da abordagem de situações que possam expô-lo a risco, deve-se ter cuidado no questionamento, a fim de priorizar questões mais importantes nesse encontro e deixar outras para futuras consultas,<sup>19</sup> permitindo um conhecimento a ser construído longitudinalmente.

Há pouco tempo, a U. S. Preventive Services Task Force passou a recomendar a triagem de adolescentes de 12 a 18

TABELA 33.3 → Entrevista com o adolescente utilizando o acrônimo AADDOLESSE

| TÓPICOS              | EXEMPLOS DE PERGUNTAS   |
|----------------------|---|
| Atividades           | O que você gosta de fazer em seu tempo livre?<br>O que gosta de fazer para se divertir?<br>Pratica esportes? Quais? Quantas vezes por semana?<br>Quantas horas por semana você fica no computador, televisão, videogame?  |
| Alimentação          | Conte-me o que você come em um dia típico.<br>Como se sente em relação ao seu peso atual?<br>Qual você acha que seria seu peso ideal?   |
| Drogas               | Alguém na sua família usa álcool ou drogas?<br>Você fuma? Quantos cigarros ao dia? Desde que idade?<br>Você toma bebidas alcoólicas? Que tipo? Que quantidade? Com que frequência?<br>Você usa algum outro tipo de droga? Que quantidade? Com que frequência?<br>Se não usa, por quê?<br>Dos amigos com quem você costuma sair, quantos usam alguma droga?<br>Você usa anabolizante?  |
| Depressão e suicídio | Como você se sente em geral? Alegre, triste, um pouco de cada?<br>Você tem alguma preocupação na vida?<br>Você acha que ela tem solução?<br>Você se sente doente frequentemente?<br>O que faz você sentir estresse?<br>Já pensou alguma vez em se machucar ou se matar?<br>Algum amigo seu já se suicidou?  |
| Ocupação             | Você trabalha após a escola?<br>Que tipo de trabalho faz?<br>Quantas horas por semana você trabalha?<br>Quais são seus objetivos futuros em relação à educação/emprego?   |
| Lar                  | Com quem você mora?<br>Você divide o quarto com alguém?<br>Há alguém novo morando em sua casa?<br>Como é seu relacionamento com seus pais, irmãos e outros familiares importantes?<br>O que fazem juntos?<br>Quem toma as decisões?<br>Como expressam afeto?<br>Como são as regras/limites na sua casa?<br>Quando as regras ou limites não são seguidos, como seus pais agem?<br>Se os pais são separados, tem visto a ambos? De que forma? Com que frequência? |
| Educação             | Você estuda? Em que ano está?<br>Se não estuda, por quê?<br>Como são as suas notas?<br>Quais são suas matérias favoritas?<br>Você costuma cabular aulas?<br>Já foi expulso de alguma escola?<br>Os amigos com quem você costuma sair estão frequentando a escola?   |
| Sexualidade          | <b>Para mulheres adolescentes:</b><br>Com que idade menstruou a primeira vez?<br>Com que frequência você menstrua?<br>Como é o fluxo?<br>Tem cólicas?   |

(Continua)

**TABELA 33.3** → Entrevista com o adolescente utilizando o acrônimo AADDOLESSE (Continuação)

| TÓPICOS         | EXEMPLOS DE PERGUNTAS  |
|-----------------|--|
|                 | <p><b>Para todos os adolescentes:</b></p> <p>Quando você pensa em pessoas pelas quais sente atração, elas são homens, mulheres, ambos, nenhum deles ou ainda não sabe?</p> <p>Você já começou a transar? Com que idade?</p> <p>Quantos parceiros sexuais você teve até hoje?</p> <p>Você ou seu parceiro utilizou preservativo?</p> <p>Você ou seu parceiro utilizou algum outro método contraceptivo?</p> <p>Você já teve alguma doença sexualmente transmissível (DST)?</p> <p>Você alguma vez já foi forçado a ter relação sexual ou foi tocado de maneira sexual contra sua vontade?</p> |
| Segurança       | <p>Você utiliza equipamento de proteção ao praticar esportes (capacete, tornozeleira, cotoveleira, joelheira, etc.)?</p> <p>Você utiliza cinto de segurança?</p> <p>Você alguma vez já andou de carro com motorista alcoolizado ou em carro roubado?</p> <p>Você tem acesso a armas de fogo?</p> <p>Tem armas em sua casa?</p> <p>Você já foi vítima de violência na sua casa, escola, vizinhança?</p>   |
| Espiritualidade | <p>Você tem uma religião? É praticante?</p> <p>De que maneira sua crença influencia sua saúde e sua atitude em relação a drogas, sexo e contracepção?</p>  |

Fonte: Adaptada de Goldenring e Rosen.<sup>23</sup>

anos de idade para depressão maior, desde que tenham acesso a diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados.<sup>20</sup>

Os testes de triagem considerados mais sensíveis e específicos são o Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A)<sup>21</sup> e o Beck Depression Inventory-Primary Care Version (BDI-PC).<sup>22</sup>

## EXAME FÍSICO

A explicação prévia de como será realizado o exame físico é importante para tranquilizar o adolescente e diminuir seus temores. A possibilidade de achados anormais no exame, além da exposição do corpo para manuseio, gera grande ansiedade. É desejável que o profissional solicite a presença do acompanhante do adolescente nesse momento, para que este se sinta mais à vontade, desde que ele concorde. Na impossibilidade de ter um acompanhante, pode-se solicitar a algum membro da equipe que seja do mesmo sexo do adolescente para estar presente durante o exame.<sup>24</sup>

A necessidade de um exame físico completo no adolescente é controversa. Alguns autores sugerem que este é o momento de se fazer um exame geral, haja vista o adolescente não ser uma pessoa assídua às consultas médicas; outros, porém, sugerem que o exame físico seja realizado com foco nas queixas levantadas na entrevista, em etapas, evitando o constrangimento do jovem e estimulando seu retorno à consulta.<sup>8,25</sup>

Quando o adolescente vem à consulta pela primeira vez, é interessante aferir sinais vitais e medidas antropométricas (plotar no gráfico) e realizar ausculta cardíaca e pulmonar,

teste de visão (Snellen) e estadiamento puberal (Tanner) (TABELA 33.4 e FIGURA 33.1).<sup>13,26-30</sup>

Para abordagem de alterações no crescimento e desenvolvimento puberal, ver Capítulos Problemas Comuns de Saúde na Adolescência e Atendimento Ginecológico na Infância e Adolescência.

A triagem rotineira para escoliose em adolescentes costuma ter um número excessivo de falso-positivos e encaminhamentos desnecessários. As evidências atuais são insuficientes para que se recomende ou contraindique essa prática. Contudo, dada a facilidade de execução, muitos autores sugerem incluí-la nas avaliações anuais entre 11 e 16 anos. A pesquisa de curvatura lateral da coluna vertebral deve ser feita com o adolescente em posição ortostática, tronco ereto e com a face posterior do tronco voltada para o examinador. Com o adolescente nessa posição, investigam-se assimetria de ombros, presença de escápula proeminente, diferença de espaço entre braços e tronco e curvatura lateral palpável na coluna. Posteriormente, solicita-se que o adolescente realize uma inclinação toracoabdominal no sentido anterior, mantendo os braços relaxados e em direção aos pés (prova de Adams), para uma melhor observação da presença de assimetrias na parede torácica.

Há recomendações para a triagem regular da hipertensão arterial somente a partir dos 18 anos de idade (ver Capítulo Rastreamento de Adultos para Tratamento Preventivo). As evidências são moderadas para a recomendação de aferição da pressão arterial em todas as consultas de acompanhamento de saúde da criança a partir dos três anos de idade.<sup>31</sup> Não há indicação de exame físico das mamas como teste de triagem para o câncer de mama em adolescentes.<sup>8,31,32</sup>

## EXAMES COMPLEMENTARES

Há poucos exames complementares que devem ser realizados como parte da avaliação do adolescente, a não ser que haja uma suspeita diagnóstica específica.

O Projeto Bright Futures recomenda triagem para anemia em meninas adolescentes com perdas menstruais excessivas ou dieta pobre em ferro.<sup>31</sup>

A U. S. Preventive Services Task Force não achou evidências suficientes para recomendar ou contraindicar a triagem rotineira de distúrbios dos lipídeos em adolescentes.<sup>33</sup> Já a Academia Americana de Pediatria e o Institute for Clinical Systems Improvement recomendam a triagem por meio de um perfil lipídico (colesterol total, lipoproteínas de baixa e alta densidade, triglicérides), em jejum, a partir dos dois anos de idade, em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, ou com história familiar positiva para dislipidemia ou doença cardiovascular precoce (55 anos para homens e 65 para mulheres).<sup>8,34</sup>

Apesar de as diretrizes recomendarem o rastreamento para câncer de colo do útero em adolescentes três anos após a iniciação sexual (ver Capítulo Rastreamento de Adultos para Tratamento Preventivo), especialistas contestam essa posição em razão do caráter autorresolutivo da grande maio-

TABELA 33.4 → Estadiamento de Tanner

| MENINOS   |  |   |
|-----------|--|---|
|           | PELOS PUBIANOS   | GENITAIS  |
| Estágio 1 | Ausência de pelos pubianos. Pode haver uma leve penugem semelhante à observada na parede abdominal.                      | Pênis, testículos e escroto de tamanho e proporções infantis.   |
| Estágio 2 | Aparecimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, lisos ou pouco encaracolados, sobretudo 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, agora mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se esparsamente pela sínfise pubiana. | Crescimento peniano, principalmente em comprimento. Maior crescimento dos testículos e do escroto.  |
| Estágio 4 | Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região púbica, mas ainda sem atingir a face interna das coxas.          | Continua crescimento peniano, sobremaneira em diâmetro e com maior desenvolvimento da glândula. Maior crescimento dos testículos e do escroto, cuja pele se torna pigmentada. |
| Estágio 5 | Pilosidade pubiana igual à do adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna das coxas.                  | Desenvolvimento completo da genitália, que assume tamanho e forma adulta.   |
| MENINAS   |  |   |
|           | PELOS PUBIANOS   | MAMAS   |
| Estágio 1 | Pelos velares idênticos àqueles da parte abdominal.  | Elevação somente da papila (mama pré-púbere).   |
| Estágio 2 | Pelos terminais, grossos, pigmentados, discretamente curvilíneos nos grandes lábios e monte de Vênus.                    | Elevação discreta da mama e da papila, com aumento do diâmetro areolar (broto mamário).   |
| Estágio 3 | Pelos qualitativamente adultos, 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 adultos em quantidade e qualidade. No monte de Vênus a distribuição obedece à configuração em triângulo invertido. | Separação dos contornos da aréola e da mama. Esse estágio é facultativo.  |
| Estágio 5 | Pelos podem estender-se para a raiz dos membros inferiores e das coxas.  | Nivelamento da aréola ao contorno geral da mama, com projeção exclusiva da papila.  |

Fonte: Adaptada de Tanner<sup>27</sup> e Mahan.<sup>28</sup>

ria das displasias cervicais em adolescentes e do excesso de diagnósticos, com tratamentos desnecessários e suas implicações emocionais, econômicas e em gestações futuras.<sup>8,35</sup>

Há evidências sólidas para a recomendação de que todas as adolescentes/jovens sexualmente ativas, com 24 anos de idade ou menos, sejam triadas para infecção por clamídia. Para os homens, não há recomendações, considerando a insignificância de sequelas por clamidíase para o homem e a

falta de evidências do benefício da triagem masculina para as suas parceiras.<sup>36</sup>

As evidências são moderadas para que se recomende a triagem de gonorreia em todas as jovens sexualmente ativas, com 24 anos de idade ou menos, com fatores de risco (muito jovens, história de infecção prévia, outras DST, parceiros múltiplos, uso inconsistente de preservativo, prostituição, drogadição).<sup>37</sup>

Quanto à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomendam que a triagem laboratorial informada seja proposta a partir dos 13 anos de idade, universalmente, em todos os contextos de atenção à saúde, independentemente de fatores de risco.<sup>38</sup> A U. S. Preventive Services Task Force e o Institute for Clinical Systems Improvement julgaram ser as evidências científicas insuficientes para justificar a triagem de indivíduos sem fatores de alto risco (outras DST; indivíduos ou parceiros com história atual ou progressiva de drogadição, prostituição, sexo não protegido, parceiros múltiplos, bissexualidade; homens que praticam sexo com homens).<sup>8,39</sup>

As evidências são conflitantes acerca dos benefícios e prejuízos da triagem para infecções genitais por herpes simples e sífilis, não permitindo recomendações.<sup>8</sup> A U. S. Preventive Services Task Force e a Academia Americana de Pediatria recomendam a triagem em adolescentes sexualmente ativos de alto risco (outras DST, drogadição, prostituição, parceiros com sífilis).<sup>31,40</sup>

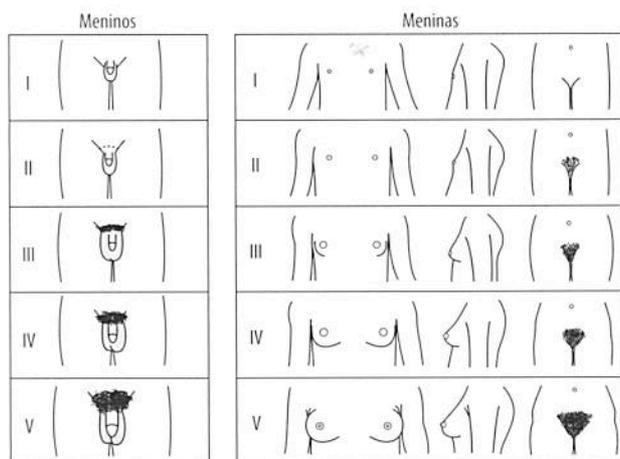


FIGURA 33.1 → Estadiamento de Tanner.

Fonte: Komorniczak.<sup>29,30</sup>

## VACINAS

As vacinas indicadas para a faixa etária dos adolescentes são apresentadas no Capítulo Imunizações.

## ORIENTAÇÃO ANTECIPATÓRIA

Embora a efetividade da orientação antecipatória seja questionada e, em muitos casos, limitada, essa prática continua sendo recomendada. A seguir, são descritos alguns itens a serem abordados:

**Atividade física:**<sup>7,8,26</sup> deve-se conversar sobre a importância da prática regular de atividade física de moderada a vigorosa para prevenir doenças na vida adulta. Além da sensibilização em relação à prevenção de doenças, é fundamental que a atividade física seja prazerosa para o adolescente. Quanto à musculação, prática muito procurada nessa faixa etária, a Academia Americana de Pediatria recomenda que seja feita somente como esporte e associada a outra atividade física que o adolescente esteja realizando. Para atingir esse objetivo, os treinos devem durar pelo menos 20 a 30 minutos, de duas a três vezes por semana e com aumento contínuo de carga ou de número de repetições conforme o aumento da musculatura.<sup>41</sup>

Outro aspecto muito importante é recomendar a supervisão de adultos (pais, profissionais de saúde, professores de educação física) para minimizar o risco de lesões e acidentes. Também cabe ao profissional de saúde encorajar os pais e outras pessoas próximas ao adolescente para que também pratiquem atividade física regularmente, pois isso servirá de estímulo e pode propiciar um ambiente familiar mais saudável. O trabalho integrado do serviço de saúde com as escolas e espaços comunitários para promoção da atividade física é de grande valia. Para as orientações específicas sobre prática de atividade física, ver Capítulo Promoção da Atividade Física. As orientações gerais do exercício para adultos parecem ser apropriadas, na maioria das circunstâncias, para crianças saudáveis acima de nove anos.

**Alimentação saudável:** as orientações incluem consumir frutas, vegetais, cereais integrais, produtos com cálcio e produtos com baixo nível de gordura; limitar a ingestão de gorduras, sobretudo saturadas, trans e colesterol; e alimentar-se regularmente.<sup>42</sup> Embora seja desejável o controle de peso na adolescência, o rastreamento de obesidade nessa faixa etária e o oferecimento (ou encaminhamento) de intervenções que visem à redução de peso têm benefício moderado<sup>42</sup> (ver Capítulo Alimentação Saudável do Adulto).

**Álcool:** deve-se reforçar a educação e a prevenção do abuso de álcool; orientar para não andar de carro com motorista alcoolizado e não dirigir se beber; e, em gestantes, alertar sobre os malefícios do álcool para o feto.<sup>8,42</sup>

**Fumo:** deve-se orientar que o adolescente evite o uso do tabaco.

**Drogas:** é importante reforçar a educação e a prevenção ao uso de drogas. As evidências existentes são inconclusivas em relação ao benefício do rastreamento do uso de drogas na adolescência.<sup>42</sup>

**Utilização de televisão, computadores e videogames:** deve-se recomendar limitar o seu uso para um máximo de duas horas ao dia, a não ser para realização de tarefas escolares.<sup>26</sup>

**Sexualidade:** a partir dos 10 anos de idade, é possível oferecer orientação, adequada à curiosidade e ao interesse da criança, sobre sexualidade, orientando sobre funcionamento do corpo e relação sexual saudável.

**DST:** a American Academy of Family Physicians (AAFP) recomenda aconselhamento comportamental para prevenir DST em adolescentes sexualmente ativos.<sup>42</sup> A efetividade do aconselhamento varia de acordo com o risco individual, o modelo do aconselhamento e, sobretudo, a sua intensidade.<sup>42</sup>

**Planejamento reprodutivo:** deve-se oferecer orientação contraceptiva aos adolescentes que manifestarem interesse em iniciar vida sexual (ver Capítulo Planejamento Reprodutivo) e encorajar adolescentes que desejam gestar para que agendem consulta pré-concepcional (ver Capítulo Acompanhamento de Saúde da Gestante e da Puérpera). Se houver desejo de gestar, orientar sobre possíveis teratógenos.<sup>8,42</sup>

**Bullying:** é uma experiência comum para muitas crianças e adolescentes e ocorre com frequência nas escolas. Caracteriza-se pela agressão, dominação e prepotência entre pares, por meio de comportamento intencionalmente nocivo e repetitivo de submissão e humilhação. Colocar apelidos, bater, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos são alguns exemplos. Pesquisas indicam que mais de metade de todas as crianças é maltratada em algum momento durante seus anos de escola, e pelo menos 10% são intimidadas de forma física ou verbal. Os meninos tendem a usar a intimidação física ou ameaças, e as meninas utilizam mais a forma verbal. Recentemente, o *bullying* tem sido relatado em salas de *chat* e *on-line* por meio de correio eletrônico (<http://www.aacap.org/The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry>).

**Segurança no trânsito:** deve-se orientar sobre o uso obrigatório de cinto de segurança, não andar de carro com motorista alcoolizado e não dirigir se beber, bem como sobre utilizar capacete ao andar de bicicleta ou moto para reduzir o risco de traumatismo cranioencefálico.<sup>42</sup>

O leitor pode consultar a **TABELA 20.2** do Capítulo Acompanhamento de Saúde da Criança, que apresenta, de forma esquemática, os procedimentos recomendados para a promoção e proteção da saúde da criança e do adolescente.

## Referências

1. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [capturado em 27 abr. 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/index.html).

2. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [Internet]. Brasília: PR; 1990 [capturado em 08 jul. 2011]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Temático prevenção de violências e cultura de paz. Brasília: MS; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: MS; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: MS; 2005.
6. Chambers CV, McManus PC Jr. Childhood and adolescence. In: Rakel RE, Rakel DP. Textbook of family medicine. Philadelphia: Saunders; 2011. p. 585-610.
7. Gold MA, Seningen AE. Interviewing adolescents. In: McInerney TK, Adam HM, Campbell DE, Kamat DM, Kelleher KJ, editors. American Academy of Pediatrics textbook of pediatric care. Washington: AAP; 2008. chapter 153.
8. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: preventive services for children and adolescents [Internet]. 17th ed. [S.l.]: ICSI; 2011 [capturado em 20 jul. 2011]. Disponível em: [http://www.icsi.org/preventive\\_services\\_for\\_children\\_guideline/\\_preventive\\_services\\_for\\_children\\_and\\_adolescents\\_2531.html](http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/_preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html).
9. Patton D, Harris J. Adolescent development & screening. In: Current diagnosis and treatment in family medicine. New York: McGraw-Hill; 2004.
10. Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for preventive pediatric health care. Pediatrics. 2007;120(6):1376.
11. Associação Médica Brasileira. Ata da reunião da Câmara Técnica Permanente da CBHPM, realizada no dia 26 de fevereiro de 2010 na sede da Associação Médica Brasileira, em São Paulo [Internet]. São Paulo: AMB; 2010 [capturado em 20 jul. 2011]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Ata-AMB.pdf>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde do adolescente [Internet]. Brasília: MS; 2009 [capturado em 03 maio 2012]. Disponível em: <http://www.adolec.br/php/level.php?lang=pt&component=39&item=16>.
24. Grossman E, Ruzany MH, Taquette SR. A consulta do adolescente e jovem. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: MS; 2008. p. 41-6.
25. Lenz MLM, Flores R, organizadores. Atenção à saúde da criança [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2009 [capturado em 06 fev. 2012]. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/livroatencao-crianca.pdf>.
31. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, editors. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. 3rd ed. Elk Grove Village: AAP; 2008.
42. American Academy of Family Physicians. Clinical preventive services [Internet]. AAFP. [S.l.]: AAFP; 2010 [capturado em 03 maio 2012]. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam.html>.

## CAPÍTULO 34

# Problemas Comuns de Saúde na Adolescência

*Ricardo Becker Feijó*

*Maria Conceição Oliveira Costa*

*Lilian Day Hagel*

*Nilma Lázara de Almeida Cruz*

A adolescência representa um período de intensas e significativas modificações, com repercussões dinâmicas nos níveis físico, psicológico, cognitivo, sexual e social. Dessa forma, a abordagem do adolescente difere da abordagem da criança, pois, além de exigir do profissional conhecimento técnico-científico específico, requer habilidade em promover a participação ativa do adolescente na entrevista, no exame e nos encaminhamentos, assim como em permitir o entrosamento da família, facilitando a adesão à proposta terapêutica.

É importante não apenas identificar sinais e sintomas, mas também avaliar a sua repercussão na vida do adolescente, preservando sua intimidade segundo critérios éticos e legais. Adolescentes têm mais disponibilidade e estímulo a retornar às avaliações periódicas e aderir ao tratamento e propostas de prevenção quando os profissionais explicam e propõem a confidencialidade como parte do processo do atendimento.<sup>1</sup>

**Embora a adolescência seja descrita por muitos autores como um período com baixa incidência de doenças, cabe ressaltar que causas externas (acidentes, homicídios e suicídios, entre outros) são as principais causas de morte entre jovens.<sup>2</sup> Da mesma forma, doenças crônicas (como obesidade e hipertensão arterial sistêmica) iniciadas na adolescência têm significativo impacto na morbimortalidade do indivíduo na vida adulta. No nível ambulatorial, as principais queixas estão relacionadas com questões de crescimento e desenvolvimento, modificações de comportamento e conduta, assim como manifestações agudas que causam repercussão na rotina do adolescente, com impacto no ambiente familiar e social.<sup>3,4</sup>**

Estudos sobre os principais motivos de consulta na adolescência evidenciam problemas relacionados com a saúde, assim como com o meio social e hábitos de vida. As principais queixas dos jovens incluem problemas ginecológicos, dermatológicos, respiratórios e alérgicos, obesidade, iniciação sexual, gestação, desempenho escolar, conflitos familiares e hábitos de vida.<sup>1,7</sup>