

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

CLÉA RIBEIRO NUNES DO VALE

**A CONSULTA DO ADOLESCENTE:
MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA OS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA**

VOLTA REDONDA – RJ

2013

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE**

A CONSULTA DO ADOLESCENTE:

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA OS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Mestranda: Cléa Ribeiro Nunes do Vale

Orientador: Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão

Co-orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

V 149c Vale, Cléa Ribeiro Nunes do.
A consulta do adolescente: um manual de orientação para os alunos de
graduação em medicina. / Cléa Ribeiro Nunes do Vale. – Volta Redonda:
UniFOA, 2013.

99 p. : II

Orientador: Júlio César Soares Aragão
Dissertação (mestrado) – UniFOA / Mestrado profissional em Ensino
em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2013.

1 Adolescência 2 Medicina do adolescente 3 Saúde do adolescente I

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Cléa Ribeiro Nunes do Vale

A CONSULTA DO ADOLESCENTE: MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA OS ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Orientadores

Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão
Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira

Banca Examinadora

Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão

Prof.º Dr. Carlos Alberto Bhering

Profa. Dr. Rosane Moreira Silva de Meirelles

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que, se hoje estivessem em meu convívio, estariam felizes por mais uma etapa vencida em minha vida; ao Cesar, uma pessoa muito especial para mim e grande companheiro; aos meus filhos, nora, genros e aos meus queridos netos, Letícia, Alice, Francisco e Pedro, futuros adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, a Quem sempre elevo as minhas orações e peço que conduza a minha vida.

A minha família pela paciência e compreensão pelas horas ausentes.

Ao meu orientador Prof^o Dr. Júlio Cesar Soares Aragão pela orientação e revisão textual desse trabalho.

À minha coorientadora Prof^a Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira por sua disponibilidade e valiosa contribuição na elaboração dessa dissertação.

À Prof^a Dra. Ilda que muito me incentivou para fazer o mestrado, agradeço por importantes orientações quando iniciei essa jornada.

Às colegas de mestrado que colaboraram comigo quando a elas recorri: Ana, Cecília, Claudia, Alessandra, Sandra e à Eloísa, grande incentivadora na hora do desânimo.

Aos amigos Ricardo do Rêgo Barros e Maria de Fátima Goulart Coutinho pessoas que muito contribuíram para o meu aprendizado sobre a medicina do adolescente, dispenso grande respeito e carinho.

Aos colegas da cadeira de pediatria, em especial ao Itamar (*in memoriam*), Prof^o Albino, Luciano, Ricardo e Cecília que colaboraram para a concretização desse trabalho.

Ao Ricardo, grande companheiro e a Vanusa, valiosos parceiros que muito contribuíram no trabalho digital dessa dissertação.

Aos alunos do curso de medicina, em especial a Thais e Taciana que participaram dessa pesquisa e contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos adolescentes com quem tenho grande prazer em conviver.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse estudo. Muito obrigada!

RESUMO

A adolescência se constitui em uma fase do processo de crescimento e de desenvolvimento humano marcada por inúmeras transformações relacionadas aos aspectos físicos e psicossociais do indivíduo, e o seu conhecimento constitui-se em alicerce básico da atenção à saúde dos adolescentes. Visando avaliar entre os alunos do curso de graduação de medicina a importância da medicina do adolescente na sua formação acadêmica e profissional e os seus conhecimentos sobre as particularidades da adolescência e as especificidades da consulta do adolescente, realizou-se um estudo observacional, com delineamento transversal e com abordagem quantitativa, por meio de um questionário estruturado. Participaram da pesquisa 109 alunos do 9º, 10º, 11º e 12º períodos do internato, entre fevereiro e junho de 2012, no campus da UniFOA, na cidade de Volta Redonda. Os resultados permitiram identificar quatro grupos distintos de questões agrupadas de acordo com as perguntas elaboradas, constatando-se que os entrevistados apresentaram pouco conhecimento sobre princípios éticos da consulta, sobre as particularidades da maturação sexual e do crescimento do adolescente, necessitando de melhores orientações acerca da medicina do adolescente. Conclui-se ser relevante a elaboração de um manual que forneça maiores informações sobre os aspectos da adolescência e da dinâmica da consulta do adolescente, contribuindo para o futuro médico atuar de forma competente na assistência a esta população, considerando as suas particularidades biológicas, psicológicas e sociais.

Palavras-chave: Adolescência, Medicina do Adolescente, Saúde do Adolescente, Educação Médica.

ABSTRACT

Adolescence constitutes a phase of growth and human development marked by several changes related to physical and psychosocial aspects of the individual case, and his knowledge constitutes a basic foundation of health care to adolescents. Aiming to evaluate among undergraduate students of medicine the importance of adolescent medicine in their academic and professional training and their knowledge about the particularities and specificities of adolescent consultation, conducted an observational study with cross-sectional and quantitative approach, using a structured questionnaire. 109 students participated in the survey of the 9th, 10th, 11th and 12th of internship periods between February and June 2012, in the UniFOA campus in the city of Volta Redonda. The results showed four distinct groups of questions grouped according to prepared questions, noting that if respondents had lack of knowledge about ethical principles of consultation, particularities on sexual maturation and growth of the adolescent, requiring guidance on best adolescent Medicine. Concluded to be relevant to the preparation of a manual that provides information about aspects of adolescence and dynamic query teenager, contributing to future physicians act competently in assisting this population, considering its biological, psychological characteristics and social .

Keywords: Adolescence, Adolescent Medicine, Adolescent Health, Medical Education.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivo Geral.....	17
1.2 Objetivos Específicos.....	17
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 A Adolescência.....	18
2.2 Características da Adolescência.....	20
2.2.1 Aspectos Físicos da Adolescência.....	21
2.2.2 Maturação Sexual.....	23
2.2.3 Aspectos Psicossociais da Adolescência.....	26
2.3 A Medicina do Adolescente: uma visão histórica.....	31
2.4 Mudança de Paradigma na Atenção ao Adolescente.....	33
2.5 A Consulta do Adolescente.....	35
2.5.1 A Anamnese.....	38
2.5.2 O Exame Físico.....	39
2.5.3 A Vacinação na Adolescência.....	40
2.6 Princípios e Diretrizes do Atendimento ao Adolescente.....	44
2.7 Programas de Políticas Públicas de Saúde do Adolescente.....	46
2.8 Integralidade Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde do Adolescente.....	50
2.9 Educação Médica em Saúde e as Teorias de Ensino-Aprendizagem.....	54
3. METODOLOGIA UTILIZADA	59
3.1 O Produto.....	60
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5. CONCLUSÃO	74
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	84
APÊNDICES	92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

AMB – Associação Médica Brasileira

ASBRA – Associação Brasileira de Adolescência

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNRM – Conselho Nacional de Residência Médica

CoEPS – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

dpat – Difteria, Pertussis, Tétano acelular

dT – difteria e tétano

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia da Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FLU – Influenza Vírus

HAV – Vírus Hepatite A

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papilomavírus humano

IBGE -- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NESA – Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP - Projeto Político Pedagógico

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PRO-ADOLESC – Programa de Atenção à Saúde do Adolescente

PVC – Pico de Velocidade de Crescimento

SBIIm – Sociedade Brasileira de Imunização

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SCR – Sarampo, Caxumba, Rubéola

SOMA – Serviço de Orientação Multidisciplinar ao Adolescente

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF – *United Nations Children's Fund*. Fundo das Nações Unidas para a Infância

UCA – Unidade Clínica de Adolescente

VAR – Varicela

VC – Velocidade de Crescimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A importância da medicina do adolescente para a formação acadêmica e para a prática profissional e para a saúde do adolescente.....	61
Figura 2 - A percepção dos alunos quanto às particularidades da consulta do adolescente.....	63
Figura 3 - O aluno não se sente menos a vontade para atender o adolescente.....	64
Figura 4 - Percepção do aluno quanto à dificuldade do médico para fazer o exame da genitália e mamas no adolescente.....	65
Figura 5 - Os alunos conhecem as questões éticas com relação a prescrição de contraceptivos para as adolescentes.....	66
Figura 6 - Os alunos conhecem as questões éticas quanto a quebra de sigilo em situações de risco para o adolescente e /ou terceiros.....	67
Figura 7 - O exame da genitália externa e mamas é importante para a avaliação do desenvolvimento puberal.....	68
Figura 8 - Conhecimento do aluno sobre o crescimento estatural do adolescente.....	69
Figura 9 - Conhecimento do aluno sobre a maturação sexual na adolescência.....	70
Figura 10 - Conhecimento do aluno sobre os aspectos físicos e psicosociais da adolescência.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Representativo das características da Síndrome da Adolescência Normal.....	29
--------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).....	83
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	84
Anexo 3. Calendário de vacinação de adolescentes instituído pela Portaria nº 597 em oito de abril de 2004	85

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário auto- aplicável.....	88
Apêndice 2. Capa do Manual	92

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema que aborde a adolescência deve-se ao fato de, como pediatra, sentir grande satisfação em atender o adolescente, motivando-me a buscar maiores conhecimentos a respeito da medicina do adolescente em serviços especializados como a Unidade Clínica de Adolescentes (UCA), atualmente Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), Serviço de Orientação Multidisciplinar ao Adolescente (SOMA) e a participar de vários eventos científicos como jornadas, fóruns e congressos que enfocam esse tema.

Atuando como docente na disciplina de pediatria do Curso de Medicina e preceptora do internato, observo durante as atividades práticas no ambulatório de pediatria, atendendo crianças e adolescentes que os alunos se sentem mais à vontade para atender as crianças e menos interessados em relação aos adolescentes, apresentando, até mesmo, pouca habilidade no desenvolvimento da consulta.

Consultando a literatura, observa-se que alguns trabalhos, como os realizados por Horta (2006) e Vitale; Almeida; Silva (2010) referem a falta de envolvimento dos profissionais de saúde na assistência ao adolescente, assim como a falta de formação e de capacitação desses profissionais para atuar nessa faixa etária. Para as autoras, uma causa determinante para esta situação é o fato de o ensino de graduação de medicina não contemplar de maneira suficiente os conhecimentos voltados para a assistência à saúde do adolescente nas suas grades curriculares.

Segundo Paccini; Ferreira (2008), a deficiência de formação na graduação, na área da adolescência, cria um tipo de atendimento centrado em queixas circunstanciais que são, muitas vezes, prontamente resolvidas, perdendo-se a oportunidade de verificar as reais demandas dessa população que acaba por não ser contemplada com um atendimento adequado. Para os autores, o profissional capacitado ou que recebeu uma formação básica pode avaliar um momento de

transição normal de uma situação patológica, podendo apresentar diretrizes ao jovem, à sua família, à escola e à comunidade.

Outra causa que assume enorme importância no atendimento ao adolescente, concedendo assim algumas características próprias à consulta, são as inúmeras mudanças físicas, psíquicas e sociais, tão evidentes na adolescência (ROZENBERG; CRUZ, 2012).

Pressupondo que o adolescente bem assistido, hoje, poderá ser o adulto saudável amanhã, se faz necessário refletir sobre a importância de fornecer aos alunos durante a sua graduação recursos pedagógicos baseados em práticas de ensino-aprendizagem que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades essenciais para o atendimento integral e interdisciplinar ao adolescente.

Para atender esse novo perfil de formando, nas últimas décadas, o ensino médico vem passando por um processo de ampla discussão e muitas propostas de mudança têm sido debatidas com ênfase num processo de transformação da estrutura curricular, adotando novas metodologias de ensino centradas na figura do aluno construtor do seu conhecimento. Para Abreu; Gonçalves; Pagnozzi (2003), o modelo de educação deve preconizar um ensino médico dinâmico que considere o aluno como sujeito ativo e capaz de determinar o seu auto-aprendizado, bem como favorecer a experimentação, o pensamento reflexivo, o levantamento e a solução de hipóteses, com estratégias interativas e participativas.

Refletindo sobre tais aspectos, procura-se preencher essa lacuna no ensino referente à assistência à saúde do adolescente, optando por desenvolver uma ferramenta auxiliar no processo ensino-aprendizagem que possibilite ao futuro médico atuar de forma competente na saúde do adolescente, utilizando-se de um manual intitulado “A consulta do Adolescente: Manual de Orientação Para os Alunos do Curso de Graduação em Medicina”, que aborda as particularidades da adolescência e as peculiaridades da consulta.

1.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desse estudo foi elaborar um manual como ferramenta de ensino para ser utilizado pelos internos de medicina, abordando as particularidades da adolescência e a dinâmica da consulta do adolescente.

1.2 Objetivos específicos

- a) identificar a importância da medicina do adolescente na formação acadêmica e profissional entre os internos de medicina;
- b) identificar os conhecimentos dos internos acerca das particularidades da consulta do adolescente e do processo da adolescência;
- c) articular a relação da aprendizagem significativa com o conhecimento e a ação de uma prática médica competente no atendimento ao adolescente;
- c) fornecer informações sobre os aspectos da adolescência e das especificidades da consulta do adolescente, por meio da elaboração de um manual.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A Adolescência

“Vou embora ao meu encontro despedindo-me de tudo que não sou para encarar a vida com um pouco mais de mim”
Roberta Akemi Saito

A palavra adolescência tem dupla origem etimológica e, segundo Outeiral (2008), caracteriza bem as particularidades dessa etapa da vida. Ela se origina do latim, e significa a condição ou processo de crescer e adoecer. Para o autor expressa aptidão para crescer não apenas no sentido físico, mas também psíquico, e para adoecer, em termos de sofrimento emocional, com as transformações físicas e mentais que acontecem nessa fase da vida.

Esses significados caracterizam essa etapa da vida e ilustram a instabilidade emocional, típica desta faixa etária que mescla desenvolvimento e regressões, muitas vezes dificultando um estabelecimento claro das fronteiras entre o normal e o patológico (COSTA, 2002).

Os representantes do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) elaboraram e publicaram o relatório da “Situação da Adolescência Brasileira 2011”, conceituando a adolescência como uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por mudanças e por transformações múltiplas, e fundamentais para que o ser humano possa atingir a maturidade e inserir-se na sociedade no papel de adulto, e como mais do que uma etapa de transição, contempla uma população que apresenta especificidades, das quais decorrem riqueza e potenciais únicos (BRASIL, 2011).

De acordo com Saito (2008), a adolescência não nasceu com o início dos tempos, mas delineou-se como o resultado da reflexão humana sobre a singularidade desta etapa de passagem entre a infância e a adultícia, recebendo outras definições oriundas de diferentes áreas do saber humano. Para Frota (2007), é compreendida como um período atravessado por crises, que encaminham o jovem na construção de sua subjetividade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) delimitam a adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias, e o período situado entre 15 e 24 anos como juventude, considerando uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude (REATO; SILVA; RANNÃ, 2006). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende o período entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2008).

De acordo com os dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) há no Brasil, cerca de 34 milhões de pessoas de 10 a 19 anos (GROSSMAN, 2012).

Esses critérios cronológicos e demográficos são empregados principalmente na investigação epidemiológica, nas estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento, nas programações de serviços sociais e de saúde pública, mas não são utilizados na determinação das características individuais dos adolescentes (BRASIL, 2005).

Segundo Ferreira *et al.* (2007), a adolescência é uma categoria historicamente construída, que abrange a dimensão biopsicológica, cronológica e social. Para as autoras, estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e refletem-se no corpo físico, como o crescimento somático, o desenvolvimento das habilidades psicomotoras e as mudanças radicais na forma e expressão; labilidade no humor; dúvidas e questões de várias ordens sobre como viver a vida, o modo de ser e estar com os outros, e a construção do futuro com a escolha profissional.

Reafirmando esse entendimento, Fonseca; Ozella (2010) reconhecem a adolescência como um processo em construção, criado historicamente pelo homem como representação e como fato social, e o adolescente como um produto da sua história de vida, pertencente enquanto sujeito a um grupo social, a uma cultura. Esse grupo social compreende sobretudo os amigos que exercem uma forte influência e têm uma grande importância na adolescência (ARAÚJO; BLANKB; RAMOS, 2009).

2.2 Características da Adolescência

Ao discutir-se a questão da adolescência como uma fase da vida, com características específicas e singulares, encontram-se na literatura, dois termos que são utilizados e definem esta etapa entre a infância e a vida adulta do indivíduo: puberdade e adolescência.

Embora a puberdade seja considerada como uma primeira fase ou momento da adolescência, a tendência universal é reservar o termo puberdade para as modificações biológicas dessa faixa etária, e adolescência para as transformações psicossociais que as acompanham (OSÓRIO, 1989).

Saito (2008) compartilha essa mesma ideia de que as modificações físicas do processo adolescência são universais e acrescenta que aquelas ligadas ao desenvolvimento psicossocial são vividas de maneira diferente em cada família ou sociedade, sendo, portanto, singulares a cada indivíduo. Para Coutinho (2012), a puberdade reúne os fenômenos físicos da adolescência, possibilitando o completo crescimento somático e a maturação hormonal que asseguram a capacidade de reprodução e de preservação da espécie.

Segundo Outeiral (2008), é importante considerar que, na adolescência, existem distintas experiências que dependem dos aspectos psicológicos e sociais, e compreender as diferentes fases da adolescência com suas peculiaridades. Em geral ela é composta por três etapas, de início e fim não muito precisos, que são:

A adolescência inicial, compreendida entre 10 a 14 anos, caracterizada basicamente, pelas transformações corporais e alterações psíquicas derivadas destes acontecimentos.

A adolescência média, compreendida entre 14 a 17 anos, tem como seu elemento central as questões relacionadas à sexualidade, em especial, a passagem da bissexualidade para a heterossexualidade.

A adolescência tardia, compreendida entre 17 a 20 anos, tem vários elementos importantes, entre os quais o estabelecimento de novos vínculos com os pais, a questão profissional, a aceitação do novo corpo e dos processos psíquicos do mundo adulto (OUTEIRAL, 2008, p.5).

Essas etapas não são demarcadas nitidamente pela idade cronológica, pois a adolescência é um processo psicossocial e depende dos aspectos sociais, econômicos e culturais da sociedade onde o adolescente está inserido (OUTEIRAL, 2008). Portanto, pode-se dizer que a adolescência não se define apenas cronologicamente, mas se caracteriza por um processo de grandes transformações físicas, psicológicas e sociais, que podem deixar os adolescentes mais fragilizados, tornando-os vulneráveis a uma série de riscos como: gravidez, DST/AIDS, uso de drogas ilícitas, acidentes e outros.

2.2.1 Aspectos Físicos da Adolescência

As mudanças físicas da puberdade decorrem da ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal e normalmente se iniciam entre 8 a 13 anos no sexo feminino e 9 a 14 anos no sexo masculino, destacando-se nessa fase a aceleração e desaceleração do crescimento, as alterações na quantidade e distribuição da gordura no corpo, o desenvolvimento do sistema respiratório, circulatório, desenvolvimento das gônadas e o surgimento dos caracteres sexuais secundários (MINAS GERAIS, 2006).

O processo da puberdade se conclui com o fim do crescimento esquelético e com o amadurecimento gonadal, que permite a plena execução da função reprodutora (BEZNOS, 2006).

Esse período de intenso crescimento esquelético, chamado estirão de crescimento, é composto pelo período de aceleração da velocidade de crescimento (VC), o pico de velocidade de crescimento (PVC) e subsequente desaceleração até o término do crescimento, em torno dos 15 a 16 anos no sexo feminino, e 17 a 18 anos, no sexo masculino (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010; KROWCHUK, 2010).

Segundo Coutinho (2012), o início e a velocidade das mudanças do estirão de crescimento variam entre os indivíduos, ocorrendo no início da puberdade nas

meninas e na fase intermediária nos meninos. A autora destaca que a fase de aceleração do crescimento tem duração média de 2 anos e a fase de desaceleração ocorre de forma mais lenta, com ganho médio estatural de 6 a 7 cm, até ocorrer a parada do crescimento, e que a velocidade de crescimento aumenta gradualmente, alcançando valores de 10 a 12 cm/ano, no sexo masculino e 8 a 10 cm/ano, no sexo feminino.

Para a compreensão do estirão puberal, faz-se necessária a análise da curva de velocidade de crescimento, na qual os ganhos de altura no tempo são projetados em função da idade, representados pela unidade de centímetros por ano (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Como no caso da estatura, o aumento do peso na adolescência apresenta uma fase de aceleração e posterior desaceleração, ocorrendo a velocidade máxima de crescimento cerca de 6 meses após o PVC no sexo feminino, e coincidindo os picos de peso e de estatura no sexo masculino (BEZNOS, 2006).

O adolescente ganha até 50% do seu peso adulto e resulta do aumento do tamanho do esqueleto, músculos, órgãos internos e quantidade de gordura, sendo que no sexo masculino esse ganho ocorre principalmente por aumento da massa muscular por ação da testosterona, e no sexo feminino, em consequência da deposição de gordura, por ação do estrogênio (BEZNOS, 2006; COUTINHO, 2012).

De acordo com Lourenço; Queiroz (2010), durante a puberdade, com exceção do tecido linfóide, que apresenta involução e o tecido nervoso que já está com o seu desenvolvimento estabelecido, todos os outros órgãos e sistemas se desenvolvem, sobretudo os sistemas cardiocirculatório e respiratório. Os autores ressaltam que essas mudanças levam a um aumento da capacidade física, principalmente nos meninos, determinadas pelas alterações hematológicas, pelo aumento da massa muscular, da força e da resistência física.

Quanto às proporções corpóreas, Hazen; Schlozman; Beresin (2008) informam que o aumento da estatura do adolescente acontece seguindo uma direção distal-proximal, ou seja, inicia com o crescimento dos pés e das mãos,

depois das pernas e dos antebraços, das coxas e dos braços, que também param de crescer nessa ordem. O crescimento do tronco, embora ocorra posteriormente ao dos membros, segundo os autores contribui com a maior parcela do ganho estatural durante a puberdade, com o aumento da relação tronco/membros.

Considerando ainda as proporções corpóreas, Beznos (2006) afirma que há uma aceleração do crescimento do diâmetro biacromial principalmente no sexo masculino e um aumento do diâmetro biilíaco semelhante em ambos os sexos, determinando aumento na largura dos ombros nos rapazes, e dos quadris nas moças. O autor acrescenta que na face do adolescente ocorrem mudanças significativas, principalmente no sexo masculino, com o aumento da fronte, do nariz, da mandíbula e do maxilar, e do globo ocular determinando essas duas últimas o aparecimento e/ou acentuação de más oclusões dentárias e a miopia respectivamente. Silva; Leal (2008) incluem nas mudanças das proporções corpóreas, o aumento da laringe em consequência da ação androgênica, determinando mudança da voz característica do sexo masculino.

2.2.2 Maturação Sexual

A maturação sexual é considerada como a etapa de desenvolvimento que abrange o aumento das gônadas, dos órgãos de reprodução e do aparecimento dos caracteres sexuais secundários (EISENSTEIN; COELHO, 2008).

A avaliação do desenvolvimento e da maturação sexual é fundamental para a correta avaliação do crescimento em adolescentes, sendo imprescindível para análise da adequação do crescimento somático e do tempo adequado da evolução puberal do indivíduo (AZEVEDO *et al.*, 2009). Para Eisenstein; Coelho (2008), devido à grande variabilidade nos estágios da maturação, a idade cronológica nem sempre está de acordo com a idade biológica, determinando um desenvolvimento não harmônico, chamado de assincronia de maturação.

Segundo Eisenstein; Coelho (2008), a classificação mais utilizada para avaliar a maturação sexual é a proposta por Tanner desde 1962, que classifica o desenvolvimento das mamas (M) em cinco estágios que variam de M1 a M5, o desenvolvimento da genitália externa (G) no sexo masculino que varia de G1 a G5 e o desenvolvimento dos pelos pubianos (P) em ambos os sexos, classificada em cinco estágios que variam de P1 a P5.

A avaliação da maturação das mamas ou da genitália e dos pelos pubianos deve ser feita separadamente, podendo não haver concordância entre esses estágios (SILVA; LEAL, 2008). Considerando esse aspecto, os adolescentes da mesma faixa etária podem apresentar-se em diferentes estágios de maturação sexual, características estas relacionadas à diferença na época de início, à duração, à intensidade ou às interrelações dos eventos puberais, influenciados por fatores genéticos e ambientais (BEZNOZ, 2006; ASKGLAEDE *et al*, 2009).

Os fatores genéticos ou hereditários influenciam acentuadamente o crescimento e o desenvolvimento físico do adolescente e, em condições ambientais favoráveis, o potencial genético se expressa em sua potencialidade, assim ocorre com os fatores ambientais, destacando o nível socioeconômico como determinante importante desse processo (BEZNOS, 2006).

Lourenço; Queiroz (2010) descrevem a correlação entre a maturação sexual e o estirão de crescimento, salientando que no sexo feminino, o estágio 2 do desenvolvimento das mamas - M2 - coincide com a fase de aceleração do crescimento, atingindo o máximo de velocidade em M3, momento em que normalmente ocorre a menarca, enquanto no sexo masculino, os autores relatam que o estirão de crescimento inicia-se geralmente no estágio 3 do desenvolvimento genital – G3 e atinge sua velocidade máxima em G4, desacelerando em G5.

De acordo com Marshall; Tanner (1969); Eisenstein; Coelho (2008), no sexo feminino, o marcador inicial do estirão é a presença do broto mamário M2, enquanto a menarca indica que a velocidade máxima já ocorreu. No sexo masculino, o marcador inicial do estirão é o aumento da genitália G3 e, para indicar a velocidade máxima, utiliza-se o estágio quatro G4 ou cinco G5, ou a mudança da voz

(MARSHALL; TANNER, 1970). Esses dois eventos são recomendados pela OMS para os estudos de rastreamento populacional.

O intervalo de tempo entre o início da puberdade e o estágio adulto varia bastante em ambos os sexos, estimando-se em três anos o tempo entre o desenvolvimento dos genitais G2 ao G5 e dos pelos pubianos P2 ao P5 no sexo masculino, enquanto no sexo feminino é de três a quatro anos o período médio entre os estágios iniciais de desenvolvimento das mamas M2 a M5 e dos pelos pubianos P2 ao P5 (EISENSTEIN; COELHO, 2008).

Embora os eventos puberais aconteçam frequentemente entre 8 e 13 anos, no sexo feminino, pode ocorrer um atraso ou antecipação desses eventos, caracterizando retardo puberal ou puberdade precoce respectivamente (MINAS GERAIS, 2006).

No sexo masculino, a ausência de pubarca após os 14 anos e 5 meses e volume testicular de 3 ml após os 14 anos de idade caracterizam atraso puberal, enquanto o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários antes dos 9 anos de idade caracteriza a puberdade precoce (COUTINHO; BESERRA, 2001).

O conhecimento da relação entre maturação sexual e estirão de crescimento é fundamental na abordagem do paciente adolescente no que se refere às queixas de crescimento, principalmente com relação à baixa estatura (SILVA; LEAL, 2008).

2.2.3 Aspectos Psicossociais da Adolescência

Segundo Rosenberg; Cruz (2012), entre as características psicológicas da adolescência, destaca-se especialmente a reestruturação ou busca de uma nova identidade e juntamente com a busca dessa identidade adulta e da independência, ocorrem inúmeras mudanças físicas no adolescente. Nesta fase, o indivíduo assiste as transformações que ocorrem em seu corpo e em sua personalidade passivamente e, Outeiral (2008) refere que:

O adolescente vive a perda de seu corpo infantil, com uma mente ainda infantil e com um corpo que vai se fazendo inexoravelmente adulto, que ele teme, desconhece e deseja e, provavelmente, que ele percebe aos poucos diferente do que idealizava ter quando adulto. Assim, querendo ou não, o adolescente é levado a habitar um novo corpo e a experimentar uma nova mente (OUTEIRAL, 2008, p.9 -10).

Segundo Aberastury (1981), as mudanças corporais e psicológicas levam a novas relações dos adolescentes com os pais e com o social, havendo uma alternância entre a dependência e a independência, caracterizando um período de contradições, ambivalências e conflitos. Para Hercowitz (2006), neste momento as relações interfamiliares se modificam e o adolescente procura um grupo com o qual se identifica. O autor aponta que as divergências e discussões, tão comuns nessa fase, são necessárias para o adolescente alcançar a independência e individualidade esperadas de um adulto saudável. O crescimento físico traz consigo dúvidas, ansiedade e vontades, surgidas com as modificações do corpo, as quais desencadeiam também a desestabilização da autoestima que gera medo, angústia, conflito e vergonha.

Pereira (2008) ainda ressalta que as transformações que ocorrem nesta fase da vida desencadeiam importantes modificações na auto-imagem e na maneira de relacionar-se com pessoas, afetando a interação social, afetiva, comportamental, fisiológica e cognitiva, podendo gerar possíveis implicações no seu desenvolvimento socioemocional.

Essa fase, marcada pela busca de transformações da realidade, inquietações, curiosidades e conflitos faz com que o adolescente se torne mais vulnerável ante os agravos à saúde e aos problemas sociais, econômicos e políticos, estando mais sujeito a se envolver em comportamentos de risco que comprometem sua integridade, como: violência; drogadição; gravidez na adolescência; aborto; abuso e exploração sexual; doenças sexualmente transmissíveis; acidentes de trânsito; homicídios e suicídios; dificuldades escolares entre outros agravos (MINAS GERAIS, 2004).

De acordo com Outeiral (2008), o adolescente vive nessa fase da vida uma transformação na convivência social ao se relacionar com o grupo de iguais, assumindo o seu corpo um papel importante na aceitação ou na rejeição por parte da turma e, em geral, é pela identificação e pela comparação com os outros adolescentes que ele começa a ter uma ideia concreta de seu esquema corporal.

Outro aspecto importante dessa fase do desenvolvimento psicológico é a aquisição da identidade sexual que, juntamente com as mudanças corporais se constituem em elementos estruturadores da identidade do adolescente, realizada pela representação mental que o adolescente tem de seu corpo, através de sua imagem corporal (BRÊTAS, 2004).

Para vivenciar todas essas mudanças, o adolescente passa, segundo Hercowitz (2006), por momentos de experimentação e de perdas, denominadas lutos:

- a) o luto pela perda do corpo infantil: o corpo se modifica, independentemente de sua vontade, o que causa grande desconforto, mais facilmente percebido nas fases iniciais da adolescência;
- b) o luto pela perda da identidade: a sociedade e o próprio indivíduo passam a exigir um comportamento diferente daquele mostrado até o momento, com responsabilidades e deveres;

c) o luto pela perda dos pais da infância: os pais deixam de ser vistos como ídolos e passam a ser vistos como humanos tão frágeis e capazes de errar como qualquer outro.

Essas perdas, em muitos adolescentes, determinam uma série de manifestações emocionais e alterações comportamentais que podem ser consideradas normais, fazendo parte do processo de crescimento físico e psíquico (HERCOWITZ, 2006).

Esse conjunto de manifestações corporais e psicossociais foi denominado por Knobel (1981) como “Síndrome da Adolescência Normal” e compreende a busca de si mesmo e da identidade, separação progressiva dos pais; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e de fantasiar; crises religiosas; distorção temporal; contradições sucessivas na manifestação de conduta; atitude social reivindicatória; constantes flutuações de humor e evolução da sexualidade do autoerotismo até a heterossexualidade.

Durante a fase do autoerotismo, o indivíduo volta-se para o prazer proporcionado por tocar seu próprio corpo, atentando especialmente para as sensações vindas dos seus genitais, enquanto a heterossexualidade é alcançada gradativamente a partir do aprendizado decorrente das experiências dos relacionamentos com o sexo oposto (PARANÁ, 2006).

Segundo Rosenberg; Cruz (2012), os itens que compõem a Síndrome da Adolescência Normal receberam um novo enunciado após Knobel constatar que o pensamento, a conduta, o conceito de valores e o estilo de vida do adolescente sofreram mudanças (Quadro. 1).

QUADRO 1. Representativo das características da Síndrome da Adolescência Normal.

Enunciado anterior	Enunciado atual
Busca de si mesmo e da identidade adulta.	Processos elaborativos dos lutos característicos dessa fase evolutiva do ser humano.
Tendência grupal.	Necessidade de se integrar a grupos de coetâneos.
Necessidade de intelectualizar e de fantasiar.	Fantasiar com o imaginário e a saída do presente.
Crises religiosas.	Questionamento crítico das religiões, especialmente da religião dos pais e da religiosidade em geral.
Deslocação temporal.	Distemporalidade.
Evolução sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade.	Desenvolvimento da sexualidade: do autoerotismo a práticas de genitalidade, identidade sexual definida.
Atitude social reivindicatória.	Agressividade, violência, condutas sadomasoquistas, com ou sem reivindicações sociais.
Separação progressiva dos pais.	Separação progressiva ou brusca dos pais e/ ou grupo familiar.
Constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.	Flutuações do estado de ânimo, do humor, com uma base de predomínio depressivo.

Fonte: Rosenberg; Cruz (2012).

Quanto aos aspectos sociais, as transformações que ocorrem na adolescência dependem de uma série de fatores e acontecem das mais diversificadas maneiras, influenciadas por uma série de variáveis como as culturais, a familiar, a condição

socioeconômica, os fatos vividos e os significados atribuídos a eles, entre outras (PARANÁ, 2006).

Assim, o aspecto social e familiar no qual o adolescente está inserido representa um papel fundamental, fornecendo valores, regras e expectativas, bem como meios concretos para a viabilização de seu projeto de vida (CORDELLINI *et al.*, 2006).

Neste contexto, o adolescente começa a entender e a perceber situações que ainda não havia notado e a indagar qual o seu papel na sociedade, deparando-se com um universo social e cultural que lhe exige mudanças. A sociedade contemporânea exige que o adolescente enfrente uma série de situações diferenciadas e vencê-las, não depende apenas da sua vontade, mas também das relações com o meio onde está inserido (PARANÁ, 2006).

Para Liebesny; Ozella (2002), o adolescente ao viver o seu cotidiano, relacionando-se com muitas e diferentes pessoas, de variadas maneiras, interioriza valores que constituem essas relações e, assim, vai construindo suas próprias formas de perceber o mundo e de estar nele, constituindo a base sobre a qual continuará construindo permanentemente suas relações e garantindo suas formas de sobrevivência. É através da construção de sentidos sobre sua atividade que o sujeito diferencia seu modo de ser agente nas relações e constrói seu processo de individuação.

Dessa forma, compreende-se o papel importante que o contexto psicossocial e familiar representa para o adolescente, fornecendo valores, regras e expectativas, assim como meios concretos para a viabilização do seu projeto de vida. O adolescente deve ser reconhecido como alguém que cresceu, que amadureceu, e que deve ser tratado com respeito quanto às suas opiniões e desejos.

2.3 A Medicina do adolescente: uma visão histórica

Historicamente, os profissionais da área médica começaram a preocupar-se com adolescência em meados do século XX. Porém, Silber (1997) refere que os primeiros serviços de saúde destinados exclusivamente aos cuidados dos adolescentes foram organizados nas escolas masculinas na Inglaterra, no século XIX, com a fundação da Associação dos Médicos Escolares.

Essa associação, segundo Saito; Queiroz (2008) tinha o objetivo de reunir médicos atuantes em escolas, para debaterem assuntos e trocarem experiências a respeito de regras e de condutas ideais para um bom atendimento clínico aos jovens estudantes. As autoras referem que a partir de então vários temas como, crescimento e desenvolvimento, distúrbios de aprendizagem e outros foram estudados, e os resultados publicados nas revistas médicas inglesas.

Algumas obras publicadas no início do século XX legitimaram a importância dos estudos sobre a medicina do adolescente. Em 1904, a obra escrita por *Stanley Hall* inspirou profissionais e legitimou a adolescência como etapa, indicando a necessidade de estudos sobre o tema e, algum tempo depois, em 1918, foi publicado “O trabalho de clínica de adolescentes da Faculdade de Medicina de *Stanford*”, que discutia os problemas médicos específicos dessa fase da vida, tão atuais nos programas de atenção ao adolescente (COATES,1999).

Na década de 1960, mais precisamente em 1961, foi formada a primeira Unidade de Adolescentes no *Boston Children's Hospital* nos Estados Unidos, e a medicina do adolescente reconhecida como especialidade (GUIMARÃES; ALVES; VIEIRA, 2004). Nesta mesma época outros serviços foram criados em Buenos Aires, em Santiago do Chile e no México (SAITO; QUEIROZ, 2008).

Esses programas disseminaram-se pelas Américas e as primeiras propostas voltadas para a saúde do adolescente no Brasil surgiram em São Paulo e no Rio de Janeiro, na década de 1970 (GUIMARÃES; ALVES; VIEIRA, 2004). No entanto, Coates (1999) cita que a preocupação com os adolescentes surgiu em 1954 na

Universidade Federal da Bahia, nas aulas de graduação do curso médico, abordando os problemas dos menores em perigo social: abandono, causas e prevenção; delinquência juvenil e seus aspectos.

Segundo Coates (1999), os primeiros serviços de atenção integral à saúde do adolescente adotavam modelos semelhantes de atendimento: respeitar as características e particularidades da adolescência, promovendo um atendimento global; formar equipes multidisciplinares, favorecendo o trabalho interdisciplinar; oferecer atendimento primário, secundário e terciário, pois os serviços eram ligados às instituições de ensino superior.

Como vários desses serviços de adolescentes se originaram junto à universidade, a proposta dessa atenção se disseminou pelos cursos de graduação e de pós-graduação, tornando-se o ensino da medicina de adolescentes uma realidade em várias escolas médicas (SAITO; QUEIROZ, 2008).

Sensibilizada pela importância do adolescente, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) criou, em 1978, o Comitê de Adolescência, dando grande impulso para a medicina do adolescente em nosso meio (COATES, 1999). A criação deste comitê possibilitou a realização de congressos nacionais a cada dois ou três anos, desde 1985 (EINSTEIN, 2005).

Segundo Einstein (2005) foi fundada em Brasília em 27 de novembro de 1989, a Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), visando, entre múltiplas finalidades desenvolver os cuidados de saúde global, incentivar as pesquisas científicas e ampliar a comunicação entre os profissionais que se dedicavam aos estudos da adolescência.

Com o novo enfoque dispensado à atenção integral à saúde dos adolescentes, vários profissionais de diferentes estados brasileiros apresentaram propostas de ações de saúde para esse seguimento populacional, sendo criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980 de 21 de dezembro de 1989 o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), fundamentado numa política de promoção de

saúde, de identificação de riscos, de detecção precoce dos agravos, de tratamento adequado e de reabilitação (COATES, 1999).

No decorrer dessas últimas cinco décadas, a medicina do adolescente vem ganhando espaço em diversos programas de saúde, em congressos e em seminários. A criação do “Programa de Atenção à Saúde do Adolescente” (PRO-ADOLESC), oficializado em 2006, e a distribuição do “Manual de Atenção à Saúde do Adolescente” fortaleceram mais o atendimento do adolescente na rede básica de saúde (SAITO; QUEIROZ, 2008).

A partir de 2002, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) decidiram adotar condutas comuns relativas à criação e ao reconhecimento de especialidades médicas no Brasil e a Medicina de Adolescentes passou a ser oficialmente área de atuação da Pediatria, conforme disposto Resolução do CFM nº 1634 de 29 de abril de 2002 (AQUINO, 2011).

Para Saito; Queiroz (2008) a medicina do adolescente traz compromisso cada vez maior com o futuro do adolescente brasileiro, que se mistura ao futuro do Brasil, sustentado pelo exercício da cidadania e da liberdade.

2.4 Mudança de Paradigma na Atenção à Saúde do Adolescente

A Política de Saúde do Adolescente e Jovem institucionaliza um novo olhar sobre o adolescente, apresentando arcabouço teórico que estimula a reflexão sobre novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltada para esse grupo etário (RAPOSO, 2009). Para a autora a inserção na agenda pública brasileira da atenção à saúde de adolescentes e de jovens decorre da mudança de paradigma expressa na concepção ampliada de saúde como direito social e dever do Estado e na doutrina da proteção integral preconizada pelo ECA.

A discussão sobre os serviços destinados a essa faixa etária resultou, segundo Raposo (2009); Grillo *et al.* (2012), na criação do PROSAD em 1989, caracterizado por um conjunto de ações desenvolvidas por centros de referência, com ênfase nas práticas educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde, respeitando os princípios da integralidade das ações de saúde, da multidisciplinaridade no trato das questões, na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, atendendo as diretrizes do SUS.

Entretanto, Ruzany (2008) assinala que a saúde do adolescente ainda representa um desafio para os profissionais de saúde que se dedicam a esse grupo populacional, e ressalta que a metodologia de atuação interdisciplinar não promoveu uma mudança significativa com respeito aos grandes problemas de saúde da população adolescente, destacando o uso abusivo de drogas como fumo; álcool e outras drogas ilícitas; acidentes; gravidez; DST/ AIDS, dentre outras.

A autora também ressalta ser relevante a necessidade de mudanças na forma de prestação de serviço, e na atuação dos profissionais com relação ao adolescente, dentro de um enfoque de promoção da saúde e de participação juvenil efetiva. Acrescenta que um novo modelo deve corresponder a uma determinada atitude frente a opções a serem priorizadas com respeito à saúde e ao bem estar do adolescente.

Quando se fala em novos paradigmas, não se pode deixar de abordar as competências e as habilidades na atenção à saúde do adolescente. Para Pepe (2008), competência é a capacidade de aplicar adequadamente conhecimentos, habilidades e atitudes para alcançar um determinado resultado dentro de um contexto concreto, ou seja, o saber aliado ao fazer, para que, juntos, ofereçam resultados que beneficiem o desenvolvimento do trabalho. A expectativa da autora é que o profissional ultrapasse o simples domínio de competências e construa um novo saber para aperfeiçoar a assistência a sua clientela. Portanto, a formação desse profissional deve aproximar realidade da educação e realidade do trabalho.

Ampliando a reflexão quanto aos novos paradigmas na atenção à saúde do adolescente, acredita-se que, além de programas nacionais e de educação médica,

os profissionais de saúde devem estar habilitados para atender essa população nas suas necessidades específicas, visando à redução de riscos e a promoção da saúde.

2.5 A consulta do adolescente

Na consulta do adolescente, além dos dados como anamnese, exame físico, solicitação de exames que colaboram na investigação de doenças físicas, é importante a avaliação dos aspectos do desenvolvimento físico, psicológico e social (REATO, 2006).

Para a autora, compreender de que maneira a consulta do adolescente deve ser conduzida é o primeiro passo para que o atendimento ocorra adequadamente e, para isso, é importante incorporar a ideia de que o atendimento ao adolescente tem particularidades que diferem do atendimento de outras faixas etárias.

O adolescente pode ser atendido sozinho ou acompanhado de um responsável, desde que esta seja a sua vontade, e isto ocorre principalmente com os mais jovens. Segundo Saito (2008), desde que o adolescente possa ser atendido sozinho, deve haver a proposta de implicá-lo na realização de orientações, de prescrições e de comparecimento à consulta.

Rosenberg; Cruz (2012) recomendam que haja dois momentos: a entrevista do adolescente junto com a família num primeiro momento e, depois, solicitar aos pais ou responsáveis licença para conversar só com o jovem. Para os autores esse momento permite ao adolescente relatar seus sentimentos, expor suas dúvidas e suas inquietações, falar o que está acontecendo com ele e de forma progressiva tornar-se responsável por sua saúde.

Para Saito (2008), adolescentes têm toda condição de informar sobre si mesmos, seus problemas e/ou rotina de vida, que inclui alimentação, escola, trabalho, namoro, amizade ou sobre hábitos e comportamentos, como atividade

sexual, contato com drogas, riscos à saúde. O momento da consulta é também apropriado para o aconselhamento de práticas sexuais responsáveis e seguras, enfatizando o uso de preservativo como prática indispensável na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e de infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); para esclarecer dúvidas, de conversar sobre a importância do afeto e do prazer nas relações amorosas e para alertar sobre situações de risco ao abuso e/ou à exploração sexual (GROSSMAN; RUZANY; TAQUETTE, 2008).

Cabe destacar que, na consulta do adolescente, o relacionamento acontece diretamente com o profissional de saúde, não havendo a necessidade da intermediação do responsável e, embora seja importante o papel da família ou do responsável no atendimento do adolescente, a sua ausência não deve inviabilizar a consulta, exceto nos casos de doenças graves ou de distúrbios psiquiátricos (GRILLO *et al.*; 2012).

Atendendo as particularidades da consulta, considerando as peculiaridades do adolescente e tendo como objetivo atendê-lo dentro do princípio de atendimento humanizado, é importante que exista espaço próprio; horário definido da consulta; formação de vínculo; disponibilidade para ouvi-lo; ter postura profissional; confidencialidade e linguagem adequada, requisitos que devem ser observados por todos os profissionais que atendem o adolescente (MINAS GERAIS, 2006).

Reforçando a intenção de um atendimento humanizado, Grossman; Ruzany; Taquette (2008) recomendam um espaço físico adequado para a consulta e sempre que possível com sala de espera exclusiva, sala de entrevista e exame separadas, manter a porta do consultório fechada para impedir interrupções, assegurando privacidade da consulta.

Para Paccini; Ferreira (2008) é importante além desses aspectos, a viabilidade de se dar orientações básicas como: a transformação do corpo, planejamento familiar, risco de acidentes, exposição à violência, risco de drogas, de forma continuada e repetitiva.

Na conclusão da consulta deve incluir o diagnóstico principal ou o motivo do adolescente procurar o serviço de saúde; avaliação do estado nutricional; desenvolvimento puberal; desenvolvimento psicológico (síndrome da adolescência normal); situação vacinal e situações de risco, como por exemplo, abuso de droga, comportamento de risco para gravidez ou doença sexualmente transmissível/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS), acidentes e outros (REATO, 2006).

Deve-se também fazer, se necessário, encaminhamento adequado aos serviços de referência e nesses casos, quando o adolescente for referido para outro serviço, é interessante que o seu agendamento seja facilitado, de modo que ele não se sinta fragmentado nessa atenção (BRASL, 2007). Além da referência, é fundamental que ocorra a contra-referência para que o médico tome conhecimento dos procedimentos realizados, e assim tenha a responsabilidade do acompanhamento mantida (PACCINI; FERREIRA, 2008).

Em algumas situações, como o ingresso do adolescente no serviço, são indicadas a solicitação de exames laboratoriais tais como: hemograma completo; exame de urina (elementos anormais e sedimentoscopia), parasitológico de fezes e outros exames se forem necessários.

Compreende-se, por meio desse estudo, que a consulta do adolescente apresenta particularidades envolvendo aspectos físicos, sociais, emocionais e éticos que requerem um olhar diferenciado e atento por parte dos profissionais de saúde, visando a uma assistência adequada que inclua medidas resolutivas para cada situação, medidas de promoção de saúde e de prevenção de riscos.

2.5.1 A Anamnese

A anamnese consiste na informação de dados importantes para a orientação da consulta, fazendo-se necessário interrogar a queixa principal; história da doença atual; história da gestação; parto e condições de nascimento, crescimento e desenvolvimento; imunizações e antecedentes patológicos pregressos do adolescente (REATO, 2006). Ela não deve obedecer a formatos e critérios rígidos, já que se trata de um grupo heterogêneo, com características próprias relacionadas com idade, gênero, orientação sexual, raça, etnia, meio familiar, condições de vida, escolaridade, trabalho, dentre outros aspectos (GROSSMAN, RUZANY; TAQUETTE, 2008).

Segundo Grossman; Ruzany; Taquette (2008), a anamnese não deve ficar restrita a informações sobre o motivo principal que levou o adolescente ao serviço de saúde, devendo o profissional incluir informações acerca das mudanças corporais e emocionais pelas quais ele está passando, seu relacionamento familiar e com seus pares, a forma como utiliza suas horas de lazer, a escolaridade e seus planos para o futuro.

Durante a anamnese é importante também a qualidade do vínculo que se estabelece entre o profissional de saúde e o adolescente, condição determinante para se abordarem questões pessoais, inclusive para a aceitação de questionamentos sobre aspectos da anamnese que, muitas vezes, não são considerados importantes para o adolescente (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001). Para os autores, é através de como o profissional de saúde compreende a adolescência que poderá ter sensibilidade e ser receptivo para apreender as informações apresentada pelo adolescente e, também, da sua adequada percepção das questões mais significativas quanto à existência ou não de comportamento de risco.

Outro aspecto a ser observado pelo profissional durante a entrevista são as queixas não verbalizadas ou aquelas verbalizadas, mas que não exteriorizam a verdadeira preocupação do adolescente, e citamos alguns exemplos: queixa vaga

de dor abdominal e, na verdade, a adolescente preocupa-se com uma gravidez, ou queixa-se de cefaléia, encobrendo uma ginecomastia (ROSENBERG; CRUZ, 2012).

Por conseguinte, o adolescente pode encontrar-se ansioso, inseguro, em silêncio, sem querer falar. Nesses casos Rosenberg; Cruz (2012) sugerem que o profissional de saúde explique o tipo de trabalho e de atendimento, conduza a conversa para temas atuais e do interesse do jovem como esporte e lazer, fale sobre seus amigos, trate-o com seriedade e com respeito, permitindo que ele se sinta confiante e responda com honestidade às perguntas que lhe são feitas.

2.5.2 O Exame físico

O exame físico é um momento apropriado para o profissional de saúde avaliar o estado geral do adolescente, o autocuidado, e para fornecer informações e orientações sobre as transformações físicas e psicossociais que ocorrem na adolescência (BRASIL, 2007).

Segundo Grossman (2012), antes de iniciar o exame físico é aconselhável, perguntar ao adolescente se ele deseja ou não a presença do acompanhante no consultório, sempre respeitando a sua vontade. No entanto, para Grillo *et al.* (2012) é importante o profissional definir quando é necessária uma outra pessoa, por exemplo, um profissional da enfermagem, independentemente da preferência expressa pelo paciente.

O exame físico apresenta etapas que devem ser explicadas cuidadosamente ao adolescente, contribuindo para tranquilizá-lo e diminuir os constrangimentos, cuidando para que a exposição do corpo seja feita de forma segmentar, utilizando-se avental e sempre cobrindo a região que não está sendo examinada, atentando para o recato e para o nível de permissividade do paciente, e para conferir um aspecto mais profissional, utilizam-se luvas para a realização do exame (BRASIL, 2007; GROSSMAN, 2012).

Durante a realização do exame devem ser avaliados, peso, estatura, pressão arterial, temperatura, estado mental, pele, olhos, boca, nariz, garganta, tireoide, sistema linfático, aparelho cardiorrespiratório, abdome, desenvolvimento musculoesquelético, incluindo a coluna; maturação sexual, mamas e genitais (GRILLO, 2012).

Ao examinar o aparelho genital, algumas técnicas são aplicadas para atenuar a ansiedade do paciente, como a presença de um familiar ou atendente na sala de exame, mostrar ao adolescente sua normalidade corporal, desfazer mitos sobre os órgãos genitais e explicar passo a passo os procedimentos da avaliação e, se for necessário, adiar o exame (MINAS GERAIS, 2006).

Durante a avaliação física, destaca-se o exame das mamas em ambos os sexos, observando-se a presença de ginecomastia no sexo masculino e o desenvolvimento das mamas no sexo feminino, o exame da genitália masculina, verificando-se a presença de lesões sugestivas de DST, fimose, varicocele, hidrocele (BARROS; COUTINHO, 2001).

Ao finalizar o exame físico, é indispensável o registro no prontuário do paciente, utilizando-se formulários apropriados, gráficos e tabelas de acompanhamento antropométrico, nutricional, desenvolvimento puberal e pressão arterial, e esses dados preenchidos corretamente contribuem para o acompanhamento da avaliação do crescimento e do desenvolvimento do adolescente (GROSSMAN, 2012).

2.5.3 A Vacinação na Adolescência

A vacinação é um importante procedimento médico no combate às doenças endêmicas e/ou epidêmicas e, possibilita um maior impacto na redução da morbimortalidade, sendo um tema importante na medicina preventiva (CRESPIN, 2006). Um programa que contemple a saúde integral de adolescentes de ambos os

sexos e, no qual a vacinação esteja incluída, é de fundamental importância em nosso país (BALLALAI; MONTEIRO; MIGOWSKI, 2007).

Segundo Abuassi; Pinto Neto; Abuassi (2012), algumas modificações importantes foram registradas no esquema de imunização ativa rotineira na infância e na adolescência e, várias vacinas passaram a figurar no calendário de imunização universal. No entanto, os autores, referem que a população adolescente ainda é negligenciada pelas campanhas de vacinação em massa, e uma parcela considerável não apresenta imunidade para certas doenças.

Durante a consulta do adolescente, o profissional de saúde deve sempre indagar sobre o passado vacinal e, se possível, verificar o cartão de vacinas, havendo uma preocupação cada vez maior com a atualização do calendário, pois algumas doenças estão acometendo esta faixa etária, por exemplo, a coqueluche, o sarampo, as hepatites virais, o Papilomavírus Humano (HPV) e a varicela (MINAS GERAIS, 2006).

Para Crespin (2006), quando o adolescente não possui o cartão de vacinas e há informações contraditórias a respeito das vacinas aplicadas e de suas respectivas doses, a situação vacinal do paciente deve ser avaliada pelo profissional de saúde e as seguintes condutas podem ocorrer:

- a) 1ª Hipótese: Vacinação completa - verificar se recebeu as vacinas mais recentes do calendário vacinal: hepatites A e B e varicela. Caso não tenha recebido, aplicar contra hepatite B, disponível na rede pública, e orientar sobre a disponibilidade das demais na rede particular;
- b) 2ª Hipótese: Vacinação incompleta - atualizar o calendário, aplicando apenas as doses que faltam;
- c) 3ª Hipótese: Vacinação duvidosa - se houver impossibilidade de reconstituir a história vacinal ou houver dúvidas, deve-se agir como se o adolescente não tivesse sido vacinado; além da imunização básica, introduzir as vacinas mais recentes. Quanto à vacinação contra difteria e

tétano (dT) ou difteria, tétano e coqueluche (dTpa), indica-se fazer a vacinação primária, isto é, três doses com intervalo de trinta a sessenta dias entre cada dose e um reforço a cada dez anos, por via intramuscular. Caso queira imunizar contra coqueluche, está indicada a vacina dTpa (tríplice acelular), a única isenta de riscos neurológicos.

Com relação à imunização contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR), Crespim (2006) orienta aplicar as vacinas isoladas ou combinadas, de acordo com cada caso. Não sendo possível restabelecer a calendário vacinal e havendo dúvidas sobre a aplicação anterior, ou quando foram administradas em torno de 1 ano de idade, a melhor conduta é vacinar, dando-se preferência à vacina combinada, mesmo se o adolescente já tiver tido uma das doenças. Administra-se uma única dose, por via intramuscular ou subcutânea.

A atualização do calendário de vacinas pode ser feita consultando fontes do Ministério da Saúde (MS), destacando-se a Caderneta de Saúde do Adolescente desenvolvida pelo MS. Faz parte do Calendário Oficial de Vacinação (Anexo.3).

Para o sucesso de um programa de vacinação, alguns aspectos relacionados aos adolescentes devem ser considerados, tais como: dificuldade na sensibilização da importância da vacina; resistência para tomar injeções; falta de adesão a todas as doses necessárias; invulnerabilidade própria da idade; falta de registros das vacinas anteriores; interrupção do esquema básico iniciado anteriormente; excetuando-se este último que se deve à falta de oferta pelo sistema público de saúde (LOPES; CAMPOS JR., 2012).

Algumas vacinas não estão disponibilizadas na rotina dos postos de atendimento, mas são recomendadas aos adolescentes pela SBP e pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), encontrando-se disponíveis em serviços de saúde privados, devendo os pais ou responsáveis ser informados para que possam decidir sobre a administração das mesmas (BALLALAI; MONTEIRO; MIGOWSKI, 2007).

Segundo Lopez; Campos Jr (2012) as vacinas recomendadas e que não estão incluídas normalmente na rotina do calendário oficial do MS para os adolescentes são:

- a) Varicela (VAR), indicada para adolescentes não vacinados e que não apresentaram a doença e recomendam-se duas doses da vacina, com intervalo de quatro semanas;
- b) Hepatite A (HAV), indicadas duas doses, com intervalo de seis a doze meses;
- c) Meningocócica A, C e W 135, indicada a partir dos 11 anos de idade em dose única aos indivíduos não vacinados, e como reforço aos que foram vacinados nos dois primeiros anos de vida.
- d) Pneumocócica 23-valente, indicada para os adolescentes com risco elevado de doença pneumocócica invasiva, mesmo que já tenham recebido a vacina anteriormente;
- e) Influenza Vírus (FLU) indicada uma dose anualmente e deve ser aplicada no início das estações outono/inverno.
- f) Papilomavírus Humano (HPV) duas vacinas estão disponíveis, uma contendo os tipos 6, 11, 16 e 18 aplicadas com intervalos de 0 - 2 - 6 meses, indicada para meninas, meninos e jovens de 9 a 26 anos de idade e outra contendo os tipos 16 e 18 aplicadas com intervalos de 0 - 1 - 6 meses, indicada para meninas e mulheres de 10 a 25 anos de idade.

2.6 Princípios e Diretrizes do Atendimento ao Adolescente

O adolescente deve ter acesso facilitado às Unidades de Saúde, fazendo-se necessário o acolhimento, a escuta e a atenção por parte dos profissionais, a fim de garantir o atendimento de suas necessidades, respeitando as diversidades de idéias, sem emitir juízos de valores que podem inibir a comunicação e a formação de vínculos (MINAS GERAIS, 2006).

Abordam-se nesse estudo alguns aspectos importantes na atenção ao adolescente, fundamentados nos princípios e diretrizes do atendimento a adolescentes e a jovens, conforme disposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005):

- a) ética: a relação profissional com os adolescentes e com os jovens deve atender os princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo ECA e pelo Código de Ética Médica;
- b) privacidade: caso o adolescente deseje pode ser atendido sozinho, sem a presença do responsável;
- c) confidencialidade e sigilo: o adolescente deve ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais ou responsáveis, sem a sua concordância, a não ser nos casos de risco para o adolescente ou para terceiros.

Atender a esses princípios dispostos pelo Ministério da Saúde durante a consulta dos adolescentes é reconhecê-los como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável, é fortalecer a sua autonomia, contribuir para uma melhor relação cliente-profissional e favorecer o vínculo dessa clientela com os serviços (BRASIL, 2005).

Taquette (2010) reforça a importância desses princípios no atendimento ao adolescente e ainda define confidencialidade e sigilo como um acordo entre o

profissional de saúde e o adolescente, de que as informações discutidas durante a consulta não serão reveladas sem a permissão deste, regulamentado pelo artigo 103 do Código de Ética Médica como “que veda ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa provocar danos ao paciente”.

A autonomia, outro princípio ético, segundo Marcolino (2007) identifica o adolescente como capaz de avaliar seu problema e de solucioná-lo por seus próprios meios. Para Taquette (2010), quando o profissional percebe que o adolescente não tem condições de arcar sozinho com a sua saúde ou conduz-se de forma a causar danos a si ou a outras pessoas, a quebra do sigilo é justificada, destacando-se entre essas situações: gravidez; AIDS; intenção de suicídio ou homicídio; drogadição e recusa de tratamento.

Assim, na perspectiva ética é importante que o profissional de saúde informe ao paciente inicialmente, os limites que regem o atendimento com relação à confidencialidade (RUZANY, 2008).

Alguns requisitos importantes relacionados abaixo devem ser considerados para a prática da consulta em serviços públicos, na rede particular ou em consultórios (PAIVA, 2006):

- a) o profissional deve assumir uma postura ética, que demonstre sensibilidade e respeito;
- b) aceitar o adolescente sem preconceitos e sem exclusões;
- c) garantir a confidencialidade ou sigilo das informações, mesmo perante os familiares, e só romper de acordo com os termos legais, se estritamente necessário;

- d) adotar uma linguagem de fácil compreensão, mas não utilizar a linguagem dos adolescentes;
- e) evitar interrupções desnecessárias durante a consulta, tais como pessoas abrindo a porta do consultório, telefonemas ou outras;
- f) adequar a consulta individual durante a abordagem de questões relacionadas à sexualidade; contracepção; gravidez; doenças sexualmente transmissíveis (DST/ AIDS); drogas e conflitos com familiares;
- g) abordar, de forma segura, com neutralidade e em momento adequado, questões sobre educação em saúde; prevenção e cuidados apropriados às situações de risco de vida e/ou agravos emergenciais, agudos ou doenças crônicas;
- h) respeitar o adolescente, explicando-lhe as etapas da entrevista e do exame físico.

Frente a essas peculiaridades, reconhece-se que a consulta do adolescente reveste-se de maior complexidade, e de acordo com Sant'Anna (2006) leva os profissionais de saúde a depararem-se com conflitos de natureza ética, relacionados à privacidade, à confidencialidade, ao sigilo, ao respeito à autonomia, fatores estes considerados importantes para a realização de diagnósticos mais precisos, detecção de fatores de riscos e intervenções mais adequadas.

2.7 Programas de Políticas Públicas de Saúde do Adolescente

A organização de programas voltados à saúde do adolescente requer, efetivamente, a consideração das dimensões social e coletiva, abordadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os diferentes aspectos que interagem no cotidiano dos adolescentes e no contexto em que estão inseridos, procurando adaptar os conteúdos desses programas às diferentes modalidades de demandas

individuais e coletivas (FORMIGLI; COSTA; PORTO, 2000). Os autores reconhecem que se justifica o desenvolvimento de ações programáticas voltadas à adolescência, por tratar-se de um grupo social que se encontra em fase de importantes transformações biológicas e mentais, articuladas a um redimensionamento de identidades de papéis sociais.

A necessidade de saúde na adolescência extrapola os aspectos orgânico-biológicos que têm neste grupo pequena expressão como demanda aos serviços de saúde. Desse modo, a apreensão das características sociais da adolescência pode instrumentalizar intervenções com maior potencial de efetividade; por outro lado, a abordagem multiprofissional que foi institucionalizada em programas de assistência à saúde do adolescente, reduz-se à soma de diferentes saberes, sendo insuficiente para romper com o enfoque clínico-assistencial (AYRES, 1990; GRILLO *et al.* 2012).

Entre as políticas públicas de atenção à saúde do adolescente, destacam-se PROSAD fundamentado nos princípios da integralidade das ações de saúde, da multidisciplinaridade e da intersetorialidade, e o ECA, em vigor desde 1990 que enfoca a proteção integral para as crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

Em cumprimento à Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde oficializou, em 1989, o PROSAD. Esse programa foi dirigido a todos os adolescentes de 10 a 19 anos e tinha como finalidade promover, integrar, apoiar e incentivar atividades no sentido de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multissetorial e interdisciplinar (HORTA, 2006).

Quanto ao ECA, criado em 13 de julho de 1990, Lei nº 8.069, apesar dos méritos alcançados, começando pela substituição do Código de Menores de 1979, pela redução da mortalidade infantil e por um melhor acesso das crianças e adolescentes à educação, continua com grandes obstáculos a serem superados. Torna-se relevante que o estatuto seja incorporado pela sociedade e que a criança e o adolescente sejam entendidos como sujeitos de direito, em condição peculiar de desenvolvimento e com prioridade absoluta (HORTA, 2006).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, o manual “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde”, com o objetivo de nortear a implantação e implementação de ações e de serviços de saúde que atendessem adolescentes e jovens integralmente, de forma resolutiva e participativa, considerando ser fundamental o acesso dessa população às seguintes ações: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; orientação nutricional; imunizações; atividades educativas; identificação e tratamento de agravos e de doenças prevalentes, além de buscar um trabalho inter e multiprofissional e um processo de aperfeiçoamento profissional permanente da equipe baseados em princípios e diretrizes (OLIVEIRA, 2006).

Segundo Oliveira (2006), essas ações de saúde não preconizam a criação de centros de referência, mas ressaltam o fortalecimento da atenção básica, destacando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como proposta a inserção de adolescentes e de jovens nas ações e rotinas dos serviços de saúde; na participação juvenil; na promoção e prevenção em saúde, com melhor aproveitamento de recursos humanos.

Em face desse contexto, deve-se ressaltar que a ESF, política de saúde considerada novo modelo de assistência à saúde da população brasileira, fundamentada em novas práticas profissionais, contribui significativamente para a melhoria da assistência prestadas aos adolescentes, redirecionando as ações com foco na realidade sociocultural e na família em que o indivíduo está inserido, promovendo a atenção integral ao adolescente e à prevenção das situações de riscos a que estão expostos (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

Entretanto, alguns autores, entre eles, Paccini; Ferreira (2008); Vitalle; Almeida; Silva (2010) referem outra realidade. As ações e políticas públicas para adolescentes se desenvolvem de forma fragmentada, desarticulada, com cada setor do governo desenvolvendo suas estratégias e ações isoladamente, não apresentando um trabalho intersetorial expressivo dirigido à integralidade da atenção ao adolescente.

Reiterando esse aspecto, Horta (2006) refere que, apesar de todo empenho para a integralidade na atenção à saúde do adolescente, tais ações enfrentam diversos desafios como: adequar os serviços de saúde para favorecer a adesão dos adolescentes; considerar as características e singularidades relativas a gênero, condição socioeconômica, vínculos familiares, incapacidades, escolaridade e trabalho; contemplar a participação da família e da comunidade; não ver o adolescente como problema, mas como solução, incentivando sua participação nos serviços e nas atividades de promoção de saúde na comunidade e nos grupos de jovens; promover treinamento para profissionais capacitando-os para o trabalho com adolescentes.

Ruzany (2008) compartilha dessa mesma idéia, considerando que a assistência à saúde do adolescente é uma prioridade, e a implementação de uma política pública de atenção efetiva requer adequação à forma de atuar, considerando-se as especificidades desta faixa etária.

Somando-se às ações políticas de assistência integral à saúde do adolescente, foram criados na década de 1970 os primeiros serviços de medicina do adolescente, no Brasil, envolvendo pediatras, ginecologistas, clínicos, psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da área da saúde e, desde 1998, essa especialidade é área de habilitação da pediatria, reconhecida pela SBP e pela AMB (SAITO; QUEIROZ, 2008). De acordo com os autores, esses serviços originaram-se nas universidades, tornando-se uma realidade a proposta do ensino da medicina dos adolescentes.

Entre as ações desenvolvidas por esses serviços destacam-se a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e a criação de convênios com diferentes órgãos do Ministério da Saúde voltados para o desenvolvimento de programas de formação e de aperfeiçoamento de recursos humanos que atendam as necessidades do adolescente (RUZANY, 2008).

Neste contexto, reforça-se a importância de o aluno de graduação de medicina e de outras áreas da saúde em geral capacitar-se e desenvolver

habilidades essenciais necessárias para o atendimento integral e interdisciplinar ao adolescente. Para Diniz, Cunha; Ferreira (2008) o aluno deve conhecer e saber abordar as repercussões orgânicas, psicológicas e sociais das doenças crônicas e agudas, atuar sobre elas e, ainda, desenvolver uma visão crítica da realidade de saúde, identificando possíveis fatores de doença e propondo alternativas.

Em decorrência dessas necessidades, houve uma mobilização dos educadores da área da saúde no Brasil, especificamente dos cursos de graduação em medicina para a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) propondo inovações na formação dos profissionais de saúde. As DCN propõem um perfil profissional com boa formação geral, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar dentro de uma nova perspectiva de assistência (ALMEIDA *et al.*, 2007). Para os autores essa nova forma de assistência é desenvolvida, por meio de Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), que utilizam metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno, contribuindo para a conquista da sua autonomia intelectual.

Assim, destaca-se o papel fundamental do profissional de saúde na assistência integral ao adolescente, capacitado a buscar estratégias na organização e nos cuidados, ultrapassando os limites técnicos e atuando em uma visão integral mais humanista, voltada para a valorização da vida e da construção da cidadania (BRASIL, 2011).

2.8 Integralidade e Interdisciplinaridade na Atenção à Saúde do Adolescente

Na adolescência, a atenção integral se faz necessária considerando as mudanças biopsicossociais por que passam os adolescentes, determinando intervenções que vão além das questões biológicas (MINAS GERAIS, 2006).

Para Raposo (2009), a saúde do adolescente tem representado um desafio para profissionais de saúde de diversas áreas que, por meio de atuação multidisciplinar, buscam programar uma metodologia eficaz para o atendimento dessa população.

Por sua natureza biopsicossocial, a atenção integral à saúde do adolescente requer uma equipe de profissionais de diferentes disciplinas que conheçam as características básicas dessa faixa etária, com disponibilidade para ouvir e sentir, para o trabalho participativo, e para estar consciente de sua função dentro do contexto do programa e do compromisso (ABUASSI; PACHECO, 2004).

Atuar multiprofissionalmente exige um trabalho em equipe com interação e troca nos campos de competência e abre a possibilidade de cada um usar todo o seu potencial criativo na relação com o usuário para, juntos, realizarem a produção do cuidado (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

Este modelo de atendimento incorpora ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência primária; secundária e terciária, que devem ser realizadas em parceria entre organizações governamentais e não-governamentais, resgatando-se assim as diversas competências e responsabilidades, inclusive familiares, frente aos adolescentes, para se garantir a atenção integral (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo Raposo (2009), essa política aponta uma nova linha de reflexão da atenção à saúde do adolescente, principalmente por evidenciar a integralidade da atenção em consonância com um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o que pressupõe o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde. A autora destaca ainda a importância da promoção de saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares.

Portanto, esses aspectos são importantes quando se aborda o tema assistência ao adolescente, compreendendo-se como integralidade:

Um conjunto articulado e contínuo de ações e de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A integralidade é a condição primordial da assistência a adolescentes e jovens, tanto do ponto de vista da organização dos serviços em diversos níveis de complexidade (promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças, e reabilitação), quanto da compreensão dos aspectos biopsicossociais que permeiam as necessidades de saúde desses grupos populacionais (BRASIL, 2005 p.13).

Embora a integralidade faça parte das diretrizes que compõem a rede de ações e de serviços de saúde elaborada de acordo com a Constituição Federal (1988), para Araújo; Miranda; Brasil (2007), ela não ocorre da forma generalizada que se espera. As autoras ressaltam que um dos fatores propulsores da integralidade esteja na busca de transformações no processo de formação de profissionais de saúde.

Quando se refere ao processo de formação de profissionais de saúde, não se pode deixar de abordar o Relatório Flexner de 1910, considerado o grande responsável pela importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Segundo Araújo; Miranda; Brasil (2007), o relatório flexneriano se relaciona com o modelo tradicional de formação, dito biomédico, que desvaloriza os aspectos psicológicos, sociais e ambientais, envolvidos no processo de adoecer. As autoras referem ainda que esse modelo, conhecido também como o da medicina científica, trouxe mudanças substantivas no conceito de "objeto" da prática médica, alterando-se como consequência, a relação doente-médico. Ele reduziu o indivíduo a um organismo biológico e gerou uma visão fragmentada e distanciada do ser humano.

A interdisciplinaridade é outro aspecto a ser abordado na prática de atendimento ao adolescente e, segundo Xavier; Machado (2005) conceitua-se como um conjunto sistematizado das práticas e saberes de diferentes categorias no campo da saúde, que geram políticas mais eficazes para a população.

Para Amorim; Gattá (2007), interdisciplinaridade deve ser entendida como método, caracterizado pela intensidade das trocas entre especialistas e pela interação real das disciplinas dentro de um mesmo projeto, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações.

Segundo Souza; Souza (2009), embora, se compreenda a importância da abordagem multiprofissional ou interdisciplinar no atendimento ao adolescente, há uma dificuldade em se trabalhar dessa forma. Para as autoras resulta de uma formação educacional fragmentada que gera sentimentos de insegurança e despreparo para a atuação profissional.

A interdisciplinaridade implica um novo tipo de educador, mais flexível e mediador na construção do conhecimento para que os educandos se apropriem do conhecimento a partir da ação, reflexão, ação e exige que o educador supere a prática individual e trabalhe no coletivo em busca de um esforço integrado para um objetivo comum: a construção do conhecimento (GUBERT; PRADO, 2011).

Consolidando a importância dessa forma de atendimento, Formigli; Costa; Porto (2000) recomendam que, na organização de programas voltados à saúde do adolescente, a consideração das dimensões social e coletiva deve ser abordada de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os diferentes aspectos que interagem no cotidiano dos adolescentes e no contexto em que estão inseridos.

Com toda essa discussão sobre a importância da abordagem multiprofissional ou interdisciplinar no atendimento ao adolescente, não pode deixar de ser ressaltado que, na impossibilidade dessa forma de atendimento, este pode ser realizado por um só profissional interessado em iniciar atividades com esse grupo etário, procurando sensibilizar outros profissionais e setores para o trabalho em equipe (BRASIL, 2005).

Para Grossman (2012), a oportunidade de atender o adolescente em suas múltiplas necessidades não deve ser perdida, mesmo que ocorra em diferentes locais como: programas de saúde da família; centros de saúde; ambulatórios

hospitalares; serviços especializados; consultórios particulares; unidades de pronto atendimento emergências entre outros.

2.9 Educação Médica em Saúde e as Teorias de Ensino-Aprendizagem

O fenômeno da aprendizagem é objeto de estudo de filósofos, de educadores e de psicólogos, e diversas teorias em torno do tema aprendizagem vêm sendo formuladas através da história, na tentativa de compreender e de explicar o processo de aquisição do conhecimento e da cognição humana (TRAINOTTI, 2001). Para o autor, entender como ocorre o aprendizado e ligar essas teorias ao processo educacional é fundamental para desenvolver metodologias de ensino mais eficazes.

Na sociedade contemporânea, a formação dos profissionais de saúde está sendo desafiada por uma nova perspectiva que exige a procura de novos referenciais, inscritos em novos paradigmas que interligam educação, saúde e desenvolvimento e sustentam a importância da formação numa perspectiva de profissionalidade reflexiva (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

Segundo Cezar *et al.* (2010), o ensino médico passa por um processo de ampla rediscussão, tendo como objetivo formar um profissional com mais possibilidades de agir na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade. Tal observação ajuda a compreender que o modelo de ensino tradicional, pautado na transmissão do conhecimento, no qual o aluno se limita a memorizar conteúdos ministrados, não possibilita em geral, a formação de um egresso com o perfil esperado.

Nesse contexto, Ciuffo; Ribeiro (2008) ressaltam que as escolas que representam espaços privilegiados de produção de conhecimento e de discussão, ainda refletem e reproduzem a lógica fragmentada própria do cientificismo, deixando de potencializar o que há de mais rico no campo da educação: as relações possíveis de serem desenvolvidas entre professor e aluno que, mais tarde, revertem-se nas

relações estabelecidas entre os profissionais e seus pacientes, ou entre quem cuida e quem é cuidado.

Dzierva *et al.* (2004) corroboram a ideia de que as escolas são espaços privilegiados, produtivos que oferecem formação geral e preparação para o uso de tecnologia, desenvolvendo capacidades cognitivas e operativas, formando para o exercício da cidadania crítica com formação ética, propiciando um ambiente em que os professores e os alunos, sujeitos do processo, possam juntos desenvolver projetos que propiciem a produção do conhecimento.

Fica assim evidente que o paradigma de racionalidade técnica, caracterizado por modelos de formação baseados nos processos de transmissão de informação e na prática repetitiva, não são mais suficientes nas suas lógicas e pressupostos, para enfrentar o desafio da formação médica, numa perspectiva humanista e, como tal, integradora das dimensões pessoal e profissional da formação e do desenvolvimento humano (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

Partindo do pressuposto de que a educação é um processo dinâmico e que passa por uma revolução científica, novas tendências estão surgindo e, portanto, novos paradigmas estão sendo criados (SANTOS, 2009).

Segundo Oliveira; Genestra (2009), um novo paradigma emerge com a evolução da física quântica e com a aplicação dos seus princípios na educação, resgatando o ser humano a partir de uma nova visão: um ser que aprende a aprender, que constrói o seu conhecimento. Para os autores, surge então uma nova proposta que envolve uma visão de mundo, numa perspectiva transitória e dinâmica, dotada de movimento e vida, onde o ser humano é um sujeito histórico e o seu conhecimento não é produzido ao acaso, e sim, pela necessidade das condições humanas e sociais.

O paradigma inovador supera o saber disciplinar do ensino tradicional, resgata o conhecimento do ser humano na sua totalidade e estabelece a necessidade de uma educação global, em que os temas éticos, humanos e sociais estão inseridos nos temas instrutivos (RODRIGUEZ; POLI NETO; BEHRENS, 2004).

Para os autores esse processo considera o aluno no seu contexto com suas inteligências múltiplas e como parte inseparável de um todo em que o conhecimento adquirido e produzido beneficia a coletividade e a si mesmo, respeitando-se, ao mesmo tempo, sua própria velocidade de assimilação.

Conforme Gomes *et al.* (2008), diante das imperiosas mudanças no âmbito da educação médica, necessárias para a formação de um profissional que aprenda a aprender, a aprendizagem significativa permite uma genuína contextualização dos conhecimentos necessários à prática médica, facultando, portanto, um aprendizado mais efetivo e permitindo a atuação em um contexto complexo e interdisciplinar.

Nesse estudo, o processo de construção do conhecimento fundamenta-se na teoria de aprendizagem de Ausubel. Para Gomes *et al.* (2008), a maior contribuição desse pesquisador foi a proposição de uma teoria explicativa do processo de aprendizagem humana, embasada nos princípios organizacionais da cognição, valorizando o conhecimento e o entendimento de informações e não simplesmente a memorização mecânica. Portanto, aprender significativamente é ampliar e reconfigurar ideias já existentes na estrutura mental e, com isso, ser capaz de relacionar e de acessar novos conteúdos.

Essa teoria de aprendizagem propõe lançar as bases para a compreensão de como o ser humano constrói significados e, desse modo, apontar caminhos para a elaboração de estratégias de ensino que facilitem uma aprendizagem significativa (TAVARES, 2008).

Dessa maneira, compreende-se que, na aprendizagem significativa, o aluno não é um receptor passivo, ao contrário, ele faz uso dos significados que já internalizou, de maneira substantiva e não arbitrária, para poder captar os significados dos materiais educativos e, ao mesmo tempo em que está progressivamente diferenciando sua estrutura cognitiva, está fazendo a reconciliação integradora de modo a identificar semelhanças e diferenças e reorganizar seu conhecimento (MOREIRA, 2006).

Moreira (2006) acrescenta ainda o fato de o professor ser também um perceptor e o que ensina é fruto de suas percepções e, a comunicação só é possível na medida em que os dois perceptores, professor e aluno buscam perceber de maneira semelhante os materiais educativos do currículo.

É neste contexto que surge a motivação de desenvolver uma ferramenta de ensino que auxilie no processo de aprendizagem do aluno e contribua para a construção do conhecimento, fornecendo subsídios para a compreensão dos vários aspectos da adolescência e das especificidades da consulta do adolescente.

De acordo com a teoria de aprendizagem significativa de Ausubel existem três requisitos essenciais para a aprendizagem: a oferta de um novo conhecimento estruturado de maneira lógica e que, nesse caso, pode-se considerar o produto desenvolvido nesse estudo (manual); a existência de conhecimentos na estrutura cognitiva que possibilita a sua conexão com o novo conhecimento, e a atitude explícita de aprender e de conectar o seu conhecimento com aquele que pretende absorver (TAVARES, 2008).

Nessa teoria, um fator importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe, e essa afirmação pode ser desmembrada em três aspectos que explicam e explicitam os principais conceitos da teoria ausubeliana: “aquilo que o aprendiz já sabe”; “descubra o que ele sabe”, “baseie nisso seus ensinamentos” (MAGALHÃES, 2011). Esse último conceito significa basear o ensino naquilo que o aprendiz já sabe; identificar os conceitos organizadores básicos do que vai ser ensinado e utilizar recursos e princípios que facilitam a aprendizagem de maneira significativa. Assim, pode-se relacionar o questionário aplicado aos internos do curso de medicina para o desenvolvimento desse estudo, e que possibilitou perceber a estrutura de seus conhecimentos.

Considera-se que a interação entre o novo conhecimento e o já existente faz com que ambos se transformem, ou seja, o conhecimento adquirido terá mais consistência, já que será modificado, integrado e usado, não apenas no momento (GOMES *et al.*, 2008).

Pode-se concluir que tal aprendizagem vem ao encontro do objetivo desse estudo que é oferecer uma formação teórico-prática ao aluno do curso médico preparando-o para um atendimento completo ao adolescente, considerando suas particularidades biológicas, psicológicas e sociais.

3. METODOLOGIA UTILIZADA

A metodologia utilizada foi de caráter transversal, observacional, quantitativo, desenvolvido no Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA, Rio de Janeiro. Os sujeitos de pesquisa foram 109 alunos do 9º, 10º, 11º e 12º períodos do curso de medicina.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do Centro Universitário de Volta Redonda, e foi aprovado em 11 de outubro de 2011, processo nº 059/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0063.0.446.000 -11 (Anexo. 1).

Para o desenvolvimento da pesquisa foi elaborado um questionário estruturado (Apêndice. 1) contendo as seguintes informações: identificação do aluno; dados do internato; 3 questões que avaliavam as expectativas quanto às perspectivas de formação acadêmica e da prática profissional futura; exercício ético no atendimento ao adolescente e a importância do atendimento primário como prevenção de riscos; e 10 questões avaliando a consulta do adolescente; crescimento e desenvolvimento. Essas questões eram compostas de 5 alternativas cada, das quais uma estava correta (*Likert scale*). Optou-se por esse tipo de instrumento por ser uma das formas usada para coletar dados, pois possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja. Em geral, a palavra questionário refere-se a um meio de obter respostas preenchidas pelo próprio informante (CERVO; BERVIAN, 2002).

Foram utilizados, como critérios de inclusão, estar cursando um dos quatro últimos períodos do curso de medicina, ou seja, estar inserido no internato, ter lido o termo de consentimento livre e esclarecido, ter concordado com ele e tê-lo assinado.

Em atenção aos aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, todos os alunos que aceitaram participar assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (COEP/UniFOA). Processo nº 059/11 (Anexo. 2).

Para a análise estatística dos resultados, foram utilizados os programas *Microsoft Office Excel 2007* para a tabulação e para o desenvolvimento de gráficos e tabelas.

Utilizou-se, para verificar as significâncias estatísticas das diferenças encontradas, o pacote estatístico *StatView 5.0.1*. A significância das diferenças encontradas foi testada através do teste t de *Student* para amostras independentes. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças com nível descritivo (valor de p) menor ou igual a 5%.

3.1 O Produto

A proposta da elaboração e da confecção de um manual como ferramenta de ensino intitulado “A Consulta do Adolescente: Manual de orientação para os alunos do curso de graduação em medicina” teve por objetivo oferecer subsídios à prática dos alunos de medicina na realização da consulta do adolescente, abordando as características da adolescência, aspectos éticos do atendimento, desenvolvimento da consulta e vacinação nesta faixa etária (Apêndice 2).

Para a descrição do texto do manual foram selecionados artigos, recorrendo-se de informações relevantes provenientes de bases de dados *MEDLINE*, *SciELO* e *LILACS*, sites governamentais, textos de livros especializados, periódicos e manuais específicos para o atendimento do adolescente. Estas bases foram importantes para garantir a fundamentação teórica, e definir apropriadamente os conceitos em uma ferramenta didática educativa.

A elaboração do manual foi realizada utilizando-se os programas *In design Microsoft Office Word 200*; *CorelDraw 12* e *Microsoft Excel*. A dimensão foi de 20 cm de altura por 15 cm de largura, contendo 53 páginas. O papel utilizado foi *Couche*

fosco 120g no miolo e 180g na capa, com detalhes de arte em cores laranja, amarelo, vermelho, preto, branco e laranja ênfase. Para a descrição do texto utilizaram-se as fontes Calibri e Minion pro. As imagens introduzidas para ilustrar o manual foram retiradas de fonte eletrônicas disponibilizadas para utilização em pesquisa, com o intuito de torná-lo atrativo, pois conforme Echer (2005), uma complementação iconográfica facilita a compreensão do texto e torna-o mais instrutivo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 109 alunos, no período de fevereiro a junho de 2012, sendo 68 do sexo feminino e 41 do sexo masculino, com idades variando entre 22 a 35 anos, cursando entre o 9º e o 12º período do curso de medicina do UniFOA.

Não foi encontrado diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos alunos dos diferentes períodos analisados, permitindo-nos, portanto, considerar todos os alunos como membros de um mesmo grupo. Identificaram-se quatro (4) grupos distintos de questões, de acordo com as perguntas e com as respostas observadas.

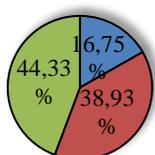
No primeiro grupo houve três questões (Figura1) avaliando a medicina do adolescente sob os aspectos da formação acadêmica, do desempenho profissional e promoção da saúde e prevenção de riscos. A afirmação “Um serviço de atenção primária ao adolescente é importante para a promoção de saúde e prevenção de riscos” foi apontada como a primeira em importância por 44,33% dos alunos, seguida pela afirmação “É necessário, durante a formação acadêmica, capacitar-se para o exercício ético da Medicina de Adolescentes, conhecendo suas particularidades e singularidades” que foi escolhida por 41,84% dos entrevistados.

Considerando-se que a diferença encontrada entre as duas afirmações não foi estatisticamente significativa, observou-se que os alunos consideraram essas duas afirmações como igualmente importantes dentro do cenário da medicina do adolescente. No outro extremo, encontrou-se a afirmação “A Medicina do Adolescente é importante para a formação acadêmica e para a prática profissional futura.” sendo citada como a terceira em importância por aproximadamente metade dos alunos (51,85%).

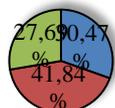
Esse primeiro grupo (Figura 1) foi composto por três perguntas.

-  A medicina do adolescente é importante para a formação acadêmica e para a prática profissional futura.
-  É necessário, durante a formação acadêmica, capacitar-se para o exercício ético da Medicina de Adolescentes, conhecendo suas particularidades e singularidades.
-  Um serviço de atenção primária ao adolescente é importante para a promoção de saúde e prevenção de riscos.

**Mais importante
dentre as três citadas**



**De importância
intermediária dentre
as três citadas**



**Menos importante
dentre as três citadas**

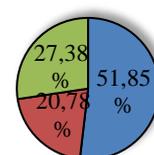


Figura 1. A importância da medicina do adolescente para a formação acadêmica e profissional e para a atenção à saúde do adolescente (n=109).

Os resultados mostraram que a questão abordando a importância da medicina do adolescente para a formação acadêmica e para a prática profissional futura foi considerada a menos importante pelos entrevistados. Entretanto, eles reconheceram a importância do atendimento primário a essa população, assim como atuar dentro dos preceitos éticos no atendimento ao adolescente requer conhecer as particularidades e singularidades da adolescência.

Com base nos dados da literatura pesquisada observou-se que vários autores, entre esses Ruzany (2008); Henriques; Rocha; Madeira (2010) afirmaram que a atenção primária não deve estar voltada somente para a ação curativa, mas ter como eixo norteador a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas populações mais vulneráveis, em consonância com os princípios do SUS. Para os

autores várias causas de morbimortalidade dos adolescentes estão diretamente relacionadas a problemas como gravidez precoce, DST, acidentes, uso de drogas, que podem ser prevenidos em nível primário, desde que se busquem estratégias que atendam às necessidades dessa população e que melhorem a qualidade da assistência prestada.

Para Burak (2001); Diniz; Cunha; Ferreira (2008), embora o adolescente esteja mais vulnerável, a atenção a ele não deve estar focada somente para esses agravos, mas devem ser implementados programas que objetivem promover o desenvolvimento humano e atender à saúde de forma integral.

Para os entrevistados conhecer as particularidades da adolescência é um fator importante quando se refere às questões éticas envolvidas no atendimento ao adolescente. Os adolescentes apresentam grande diversidade de comportamento, uma variabilidade de conduta e diferentes etapas da adolescência, devendo-se considerar o quanto é importante saber respeitar as suas diversidades de ideias e ter o cuidado de não emitir juízos de valores quando os atendemos.

Entre as questões avaliadas, a importância da medicina do adolescente para a formação acadêmica e prática profissional futura foi considerada a menos importante pelos entrevistados. Esse tema foi abordado por Horta (2006) e Vitalle; Almeida; Silva (2010), que avaliaram o significado do atendimento ao adolescente na atenção básica de saúde e a capacitação na atenção à saúde do adolescente como uma experiência de ensino respectivamente. Para os autores, o ensino de graduação de medicina não contempla de maneira suficiente os conhecimentos voltados para a assistência à saúde do adolescente nas suas grades curriculares. No entanto, qualquer que seja a área de atuação ou especialidade do médico, os autores esperam que ele apresente e desenvolva competências — conhecimentos, habilidades e atitudes — que o instrumentalizem de forma adequada e permitam que desempenhe seu trabalho de forma eficaz. Considerando essa premissa, é relevante preparar os alunos durante a sua formação para o atendimento ao adolescente.

O segundo grupo (Figuras 2, 3 e 4) foi composto por três perguntas referentes a percepção do entrevistado sobre o atendimento do adolescente.

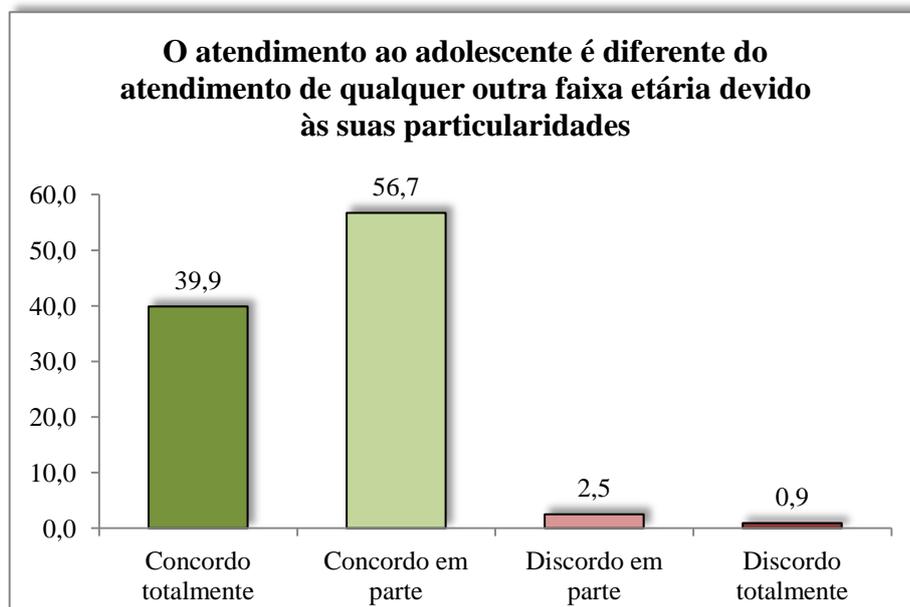


Figura 2. A percepção dos alunos quanto às particularidades da consulta do adolescente (n=109).

Observou-se que 39,9% dos entrevistados concordaram totalmente e 56,7% concordaram em parte que o atendimento ao adolescente é diferente do atendimento a qualquer outra faixa etária devido às suas particularidades, demonstrando que mais de dois terços dos alunos reconheceram que a consulta do adolescente é diferente de outras faixas etárias. Essas particularidades envolvem aspectos físicos, sociais, emocionais e éticos que necessitam de um olhar diferenciado e atento por parte dos profissionais de saúde, visando a uma assistência adequada que inclua medidas resolutivas para cada situação.

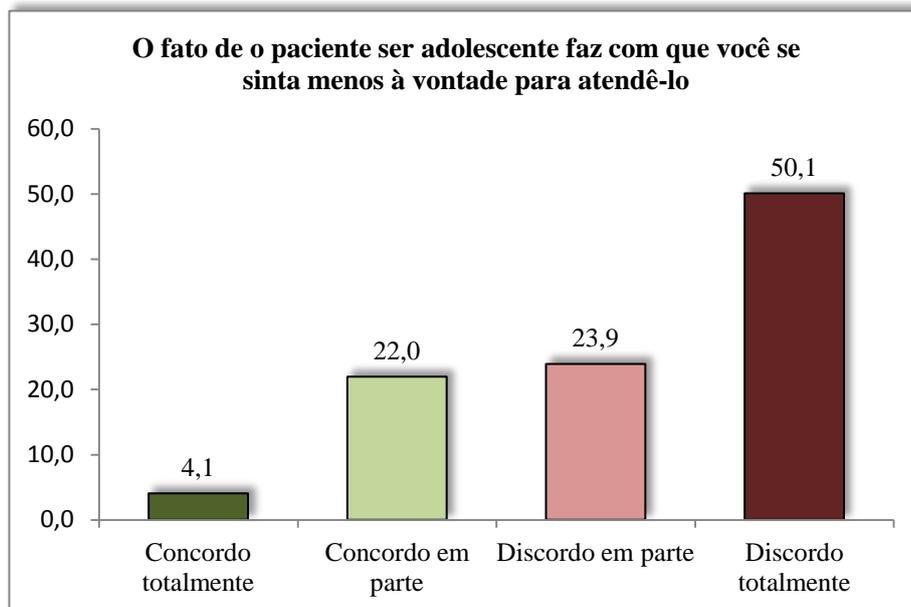


Figura 3. O aluno não se sente menos a vontade para atender o adolescente (n=109).

Em relação ao aluno se sentir menos à vontade para atender o adolescente, os resultados encontrados foram muito semelhantes, em torno de 50% para os que concordaram totalmente e 50% para os que concordaram em parte ou discordaram em parte. Esse resultado vem ao encontro do estudo de Henriques; Rocha; Madeira (2010) que analisaram o significado do atendimento dos adolescentes pelos profissionais da atenção primária do município de Viçosa no estado de Minas Gerais e constataram que poucos profissionais se sentem à vontade e motivados para trabalhar com adolescentes, fase em que se vive momento peculiar da vida, com muitos questionamentos, conflitos e ambiguidades.

Essa mesma situação observou-se durante as atividades práticas do internato no ambulatório supervisionado de pediatria em um Centro Universitário de Volta Redonda no Estado do Rio de Janeiro. Grossman; Ruzany; Taquette (2008), quando abordaram a consulta do adolescente e do jovem falaram do desconforto causado ao profissional, pela necessidade de manipulação do corpo de um indivíduo em pleno desenvolvimento físico, sexual e pujança de vida. Para as autoras isso decorre do fato de que, na formação do médico, não existem disciplinas que desenvolvem estas habilidades.

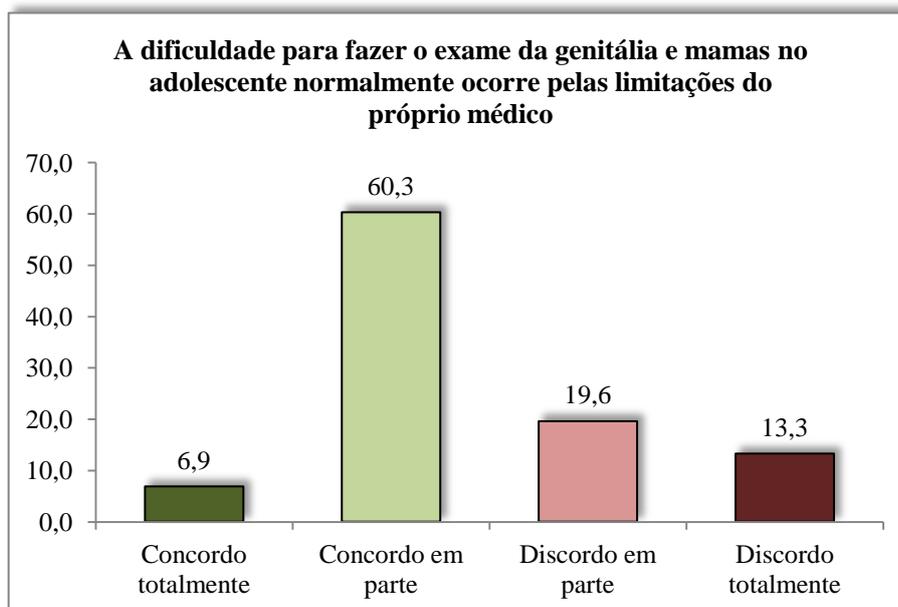


Figura 4. Percepção do aluno quanto à dificuldade do médico para fazer o exame da genitália e das mamas no adolescente (n=109).

Ao se questionar a respeito da dificuldade na realização do exame da genitália e das mamas, 67,2% dos alunos concordaram que ocorre limitação por parte dos médicos nesse procedimento. Em geral, na prática, depara-se com essa situação e como afirma Ruzany; Swarcwald (2000), este momento é o mais delicado do atendimento, tanto pelo constrangimento do paciente como pelo desconforto do profissional, o que muitas vezes resulta em um exame incompleto e em oportunidades perdidas no diagnóstico de problemas de saúde. Embora se reconheça a importância desse procedimento para avaliação das doenças e da maturação sexual, ele é pouco realizado, optando o profissional de saúde por não o fazer na maioria das vezes.

O terceiro grupo (Figuras 5, 6) foi composto por duas perguntas referentes ao comportamento ético na consulta do adolescente.

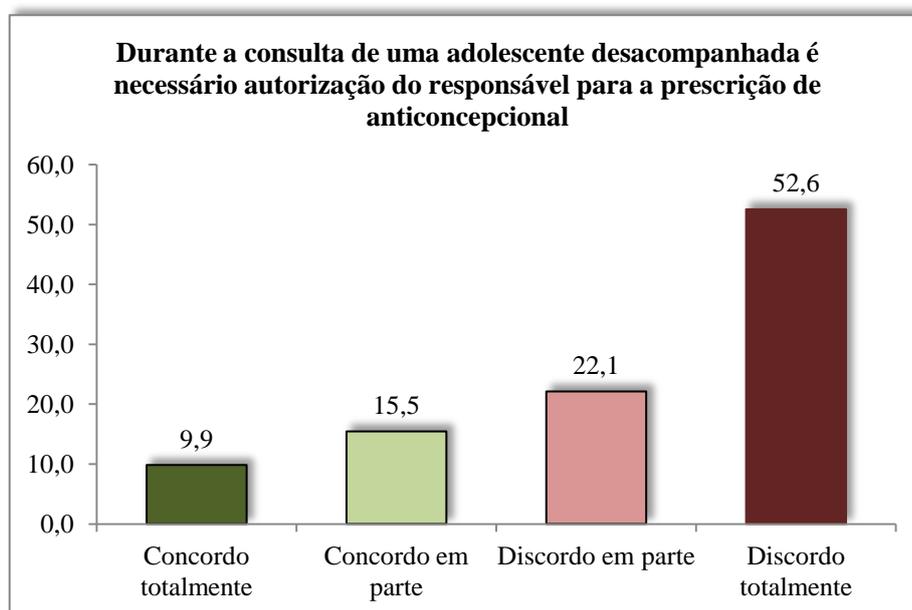


Figura 5. Os alunos conhecem as questões éticas com relação a prescrição de contraceptivos para as adolescentes (n=109).

A pesquisa revelou que 52,6% dos entrevistados discordaram totalmente da necessidade do responsável para a prescrição de anticoncepcionais, mas para aqueles 22,1% que discordaram em parte e para os 25,4% que concordaram totalmente ou concordaram em parte, ficou evidente a necessidade de uma melhor orientação sobre os aspectos éticos envolvidos na prescrição de anticoncepcionais às adolescentes desacompanhadas dos responsáveis.

A contracepção é um direito reprodutivo, considerado direito humano fundamental, podendo os adolescentes decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva (TAQUETTE, 2010). A avaliação médica pode, junto com a adolescente, decidir pela contracepção, expondo os métodos existentes; e o médico, quando solicitado, procurar adequar o método àquela adolescente em particular, considerando o melhor para ela (HALBE; HALBE; RAMOS, 2000); (TAQUETTE, 2010).

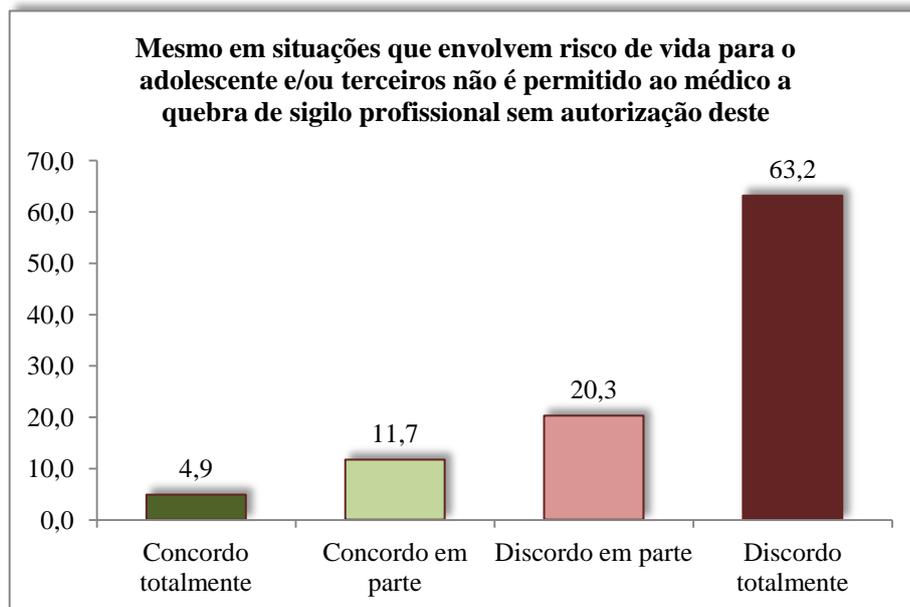


Figura 6. Os alunos conhecem as questões éticas quanto à quebra de sigilo em situações de risco para o adolescente e /ou terceiros (n=109).

Em relação à quebra do sigilo médico nas situações de risco de vida, 63,2% dos alunos entrevistados discordaram totalmente sendo favoráveis a quebra do sigilo, enquanto 32,0% concordaram ou discordaram em parte, demonstrando que essa questão deve ser sempre bem analisada e discutida. Para Taquette (2010), não pode haver regras sem exceção, cada caso deve ser analisado e a melhor conduta é decidida num momento do conflito e deve ser priorizada de acordo com as circunstâncias.

É importante ressaltar que o médico deve sempre manter o sigilo das informações mas, nas situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude (OSELKA; TROSTER, 2000).

Frente a essas peculiaridades, reconhece-se que a consulta do adolescente reveste de maior complexidade e, de acordo com Sant'Anna (2006) leva os profissionais de saúde a se depararem com conflitos de natureza ética, relacionados à privacidade, à confidencialidade, ao sigilo, ao respeito à autonomia, fatores estes considerados importantes para a realização de diagnósticos mais precisos, detecção de fatores de riscos e intervenções mais adequadas.

O quarto grupo (Figuras 7, 8, 9, 10) englobou quatro perguntas sobre o crescimento e desenvolvimento do adolescente.

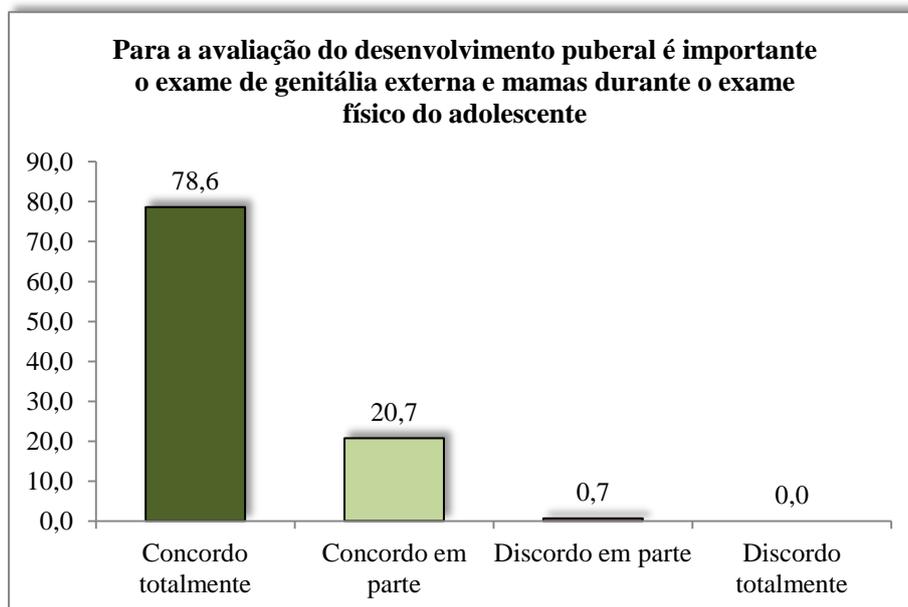


Figura 7. O exame da genitália externa e das mamas é importante para a avaliação do desenvolvimento puberal (n=109).

Em relação à importância do exame da genitália externa e das mamas para a avaliação do desenvolvimento puberal 99,3%, ou seja, a quase totalidade dos alunos concordaram totalmente ou em parte, demonstrando conhecimento sobre a necessidade da realização do exame.

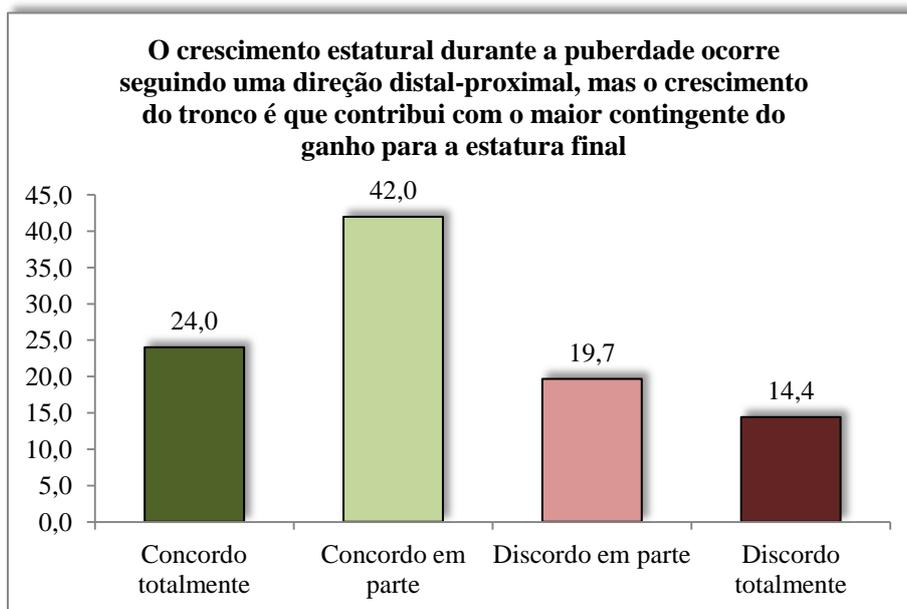


Figura 8. Conhecimento do aluno sobre o crescimento estatural do adolescente (n=109).

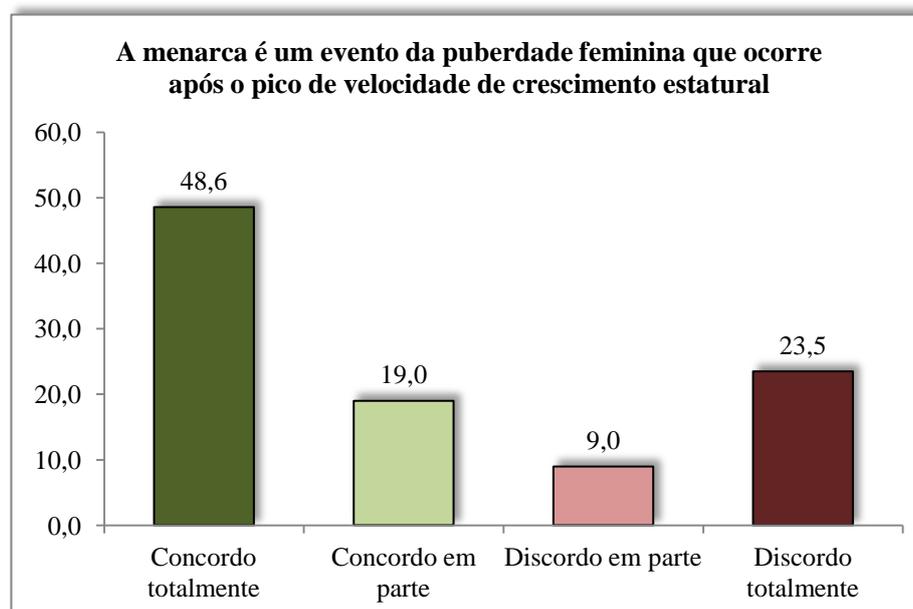


Figura 9. Conhecimento do aluno sobre a maturação sexual na adolescência (n=109).

Quanto ao conhecimento dos entrevistados sobre a particularidade do crescimento estatural durante a puberdade, observou-se que 24,0% concordaram totalmente, mostrando conhecimento do tema, mas 61,7% responderam concordar em parte ou discordar das afirmativas e 14,4% discordaram totalmente.

Em relação a menarca, 48,6% dos alunos concordaram que ocorre na fase da desaceleração do crescimento estatural, mas 51,5% concordaram em parte ou discordaram, e destes 23,5% discordaram totalmente. Em ambos os resultados observou-se pouco conhecimento sobre as particularidades do crescimento estatural do adolescente e sobre a avaliação da maturação sexual, necessitando uma melhor orientação.

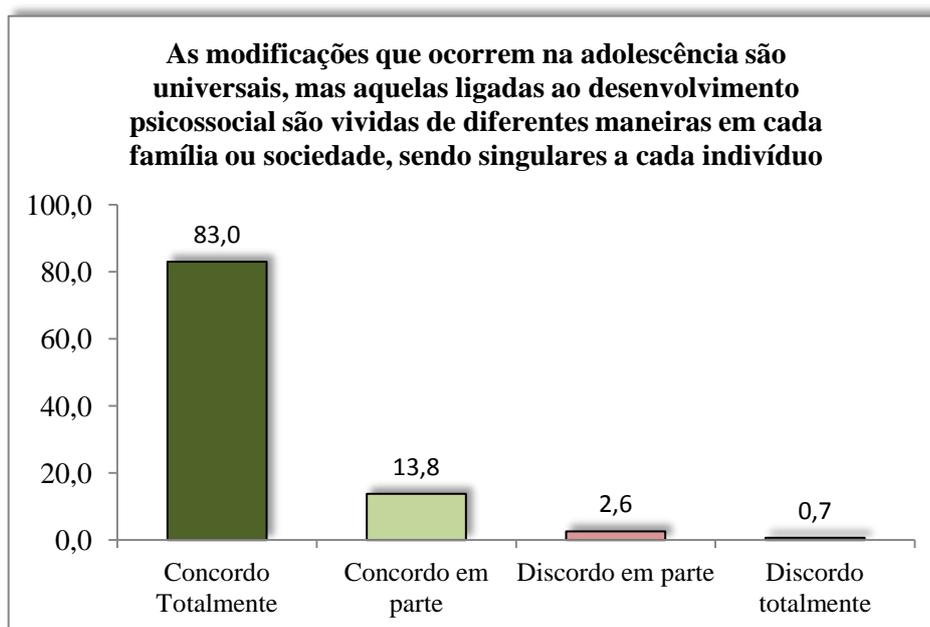


Figura 10. Conhecimento do aluno sobre os aspectos físicos e psicossociais da adolescência (n=109).

Em relação aos aspectos físicos e psicossociais da adolescência 96,8% dos alunos mostraram ter conhecimento sobre a universalidade das mudanças físicas e a singularidade dos aspectos psicossociais.

Conclui-se, que embora, aproximadamente metade dos entrevistados não reconheçam a importância da medicina do adolescente para a sua formação acadêmica e profissional, todos concordam que a atenção primária é importante para a promoção de saúde do adolescente e, que é necessário durante a formação acadêmica capacitar-se para o atendimento a esta população, conhecendo as suas particularidades e os princípios éticos que regem a consulta do adolescente. Com relação aos resultados das questões elaboradas, constata-se que os entrevistados apresentam pouco conhecimento sobre os princípios éticos da consulta e das

particularidades da maturação sexual e do crescimento do adolescente, necessitando de melhores orientações acerca da medicina do adolescente.

Reforçando a importância da abordagem deste tema durante a formação acadêmica, Horta (2006) afirma que para a atenção à saúde do adolescente ser implementada, é de fundamental importância a capacitação dos profissionais de saúde. No entanto, a autora refere a falta de envolvimento desses profissionais no atendimento a esta população e ressalta que uma causa determinante para esta situação é o fato de o ensino de graduação não contemplar de maneira suficiente os conhecimentos voltados para a assistência à saúde do adolescente nas suas grades curriculares.

Como a adolescência se constitui em uma fase do processo de crescimento e de desenvolvimento humano marcada por inúmeras transformações relacionadas aos aspectos físicos e psicossociais, o seu conhecimento constitui-se em alicerce básico da atenção à saúde dos adolescentes (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Tendo em vista essas considerações, o resultado dessa pesquisa permite vislumbrar uma forma de colaborar com os alunos, utilizando-se das orientações do manual, produto deste estudo, durante as atividades práticas no internato de pediatria.

5. CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento deste estudo pôde-se perceber na literatura que, apesar de ser clara a importância de uma boa assistência à saúde do adolescente, ainda falta uma capacitação adequada dos profissionais de saúde para lidar com os problemas específicos desta faixa etária e uma das causas que contribui para essa situação é o fato de o ensino de graduação não contemplar de forma satisfatória, o tema adolescência na grade curricular.

Considerando tal situação, busquei conhecer a estrutura de conhecimento dos alunos de graduação do curso de medicina sobre o tema adolescência e a assistência à saúde do adolescente. Os resultados encontrados apontaram algumas lacunas que mostram a necessidade de ampliar os conhecimentos e a atuação dos alunos neste campo de atuação.

Tendo em vista essas considerações e refletindo sobre o papel do professor como agente estimulador do aprender, acredita-se que o desenvolvimento de uma ferramenta como o manual: *A Consulta do Adolescente: Manual de Orientação para os Alunos de Graduação de Medicina*, contribua para o aprimoramento do ensino e para o desenvolvimento de habilidades, permitindo aos futuros profissionais de saúde uma melhor atuação na atenção à saúde do adolescente.

A concretização dessa ferramenta de ensino-aprendizagem vem ao encontro do objetivo proposto pelo mestrado profissional, considerado por Teixeira (2006), como um espaço onde pode ocorrer a produção de novos conhecimentos e a aproximação entre os conhecimentos e tecnologias existentes e a prática concreta, resultando na produção de novas ações nas práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. O adolescente e a liberdade. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal um enfoque psicanalítico**: Artmed. 1981. 92p. reimpressão 2011.
- ABREU, A. F.; GONÇALVES, C. M.; PAGNOZZI, L. Tecnologia da informação e educação corporativa: contribuições e desafios da modalidade de ensino-aprendizagem à distância no desenvolvimento de pessoas. **Rev. PEC**. v. 3, n.1, p. 55 - 58, 2003.
- ABUASSI, C.; PACHECO, A. A implantação de um serviço de adolescentes. **Adolesc Saúde**. v. 1, n. 1, p. 14 - 17, 2004.
- ABUASSI, C.; PINTO NETO, A. B.; ABUASSI, G. Imunização em adolescentes **Adolescência e saúde**. Órgão oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente: HUPE/ /UERJ. v 9, supl. 1, p. 9 - 13, 2012.
- AKSGLAEDE, L. *et al.* Recent decline in age at breast development: the copenhagen puberty study. **Pediatrics**. v. 123, n. 5, p.932 - 939, 2009. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/5/e932.full.html>>. Acesso em: 24 de setembro de 2012.
- ALMEIDA, M. J. *et al.* Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 156 - 165, 2007.
- ALMEIDA, I. S. *et al.* O adolescer... um vir a ser. **Adolesc Saúde**. v. 4, n. 3, p. 24 - 28, 2007.
- AMORIM, D. S; GATTÁ, M. L. Modelo de prática interdisciplinar. **Medicina, Ribeirão Preto**. v. 40, n. 1, p. 82 - 84, 2007.
- AQUINO, J. H. Pediatria Brasileira: um novo século, novos desafios – Adolescência. **Adolesc Saúde**. v. 8, n. 3, p.5, 2011.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.31, supl.1, p.20 - 31, 2007.
- ARAUJO, E. D. S.; BLANKB, N.; RAMOS, J.H. Comportamentos de risco à saúde de adolescentes do ensino médio. **Rev. Brasileira em Promoção em Saúde**. v. 22, n. 3, p. 164 – 171, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. **Adolescência e saúde coletiva**: Aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B *et al.* Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec. p. 139 -182, 1990.

AZEVEDO, J. C. V. *et al.* Comparação entre avaliação objetiva e autoavaliação da maturação sexual em crianças e adolescentes. **J. Pediatr.** v. 85, n. 2, p. 353 - 358, 2009.

BALLALAI, I.; MONTEIRO, D. L. M.; MIGOWSKI, E. Vacinação na adolescência. **Adolesc Saúde.** v. 4 n. 1, p. 50 - 56, 2007.

BARROS, R. R.; COUTINHO, M.F.G. A consulta do adolescente. In: COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. **Adolescência uma abordagem prática.** São Paulo. Rio de Janeiro. Belo Horizonte: Atheneu. 2001. 294p.

BEZNOS, G. W. Crescimento e desenvolvimento físico. In: Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. **Manual de atenção à saúde do adolescente.** São Paulo: SMS, 2006. 328p. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf>. Acesso em: 10 dezembro de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 44p: il. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, **Cadernos Humaniza SUS**, v. 3, p. 268, 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal:** Saúde, um Direito de Adolescentes/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 60 p. 2005. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>. Acesso em: 23 de outubro de 2011.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto da Criança e do Adolescente** / Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 96 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 132p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2011.

_____. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito de ser adolescente:** Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar

desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, DF: UNICEF, 2011, 182p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2012.

BRÊTAS, J. R. S. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. **Rev. Temas sobre Desenvolvimento**. v. 12, n.72, p. 29 - 38, 2004.

BURAK, S. D. **Adolescência y juventud en América Latina**. Cartago: Libro Universidad Regional. 2001, 508 p.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 25, n.2, p. 53 - 59, 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002, 242 p.

CEZAR, P. H. N. *et al.* Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n.2, p. 298 – 303, 2010.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.125 - 140, 2008.

COATES, V. História brasileira da medicina do adolescente. ASBRA – Associação Brasileira de Adolescência. **Adolesc. Latinoam**. v. 1, n. 4. p. 1 - 12, 1999.

CORDELLINI, J. V. F *et al.* **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006.p.122. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2012.

COSTA, A. C. G. Conversando com os pais: programa cuidar. Rio de Janeiro: **HS Editora**. 2002, 91 p.

COUTINHO, M. F. G.; BESERRA, I. C. R. Desenvolvimento puberal normal e suas alterações. In: COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. **Adolescência uma abordagem prática**. São Paulo. Rio de Janeiro. Belo Horizonte: Atheneu. 2001. 294 p.

COUTINHO, M. F. G. Crescimento e desenvolvimento. In: **Adolescência**. LIBERAL, E. F.; VASCONCELOS, M. M.; NOGUEIRA, K. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012. 532 p.

CRESPIN, J. Imunização. In: Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras/material/Manual_do_Adolescente.pdf> Acesso em: 08 de dezembro de 2011.

DINIZ, C. S.; CUNHA, C. F.; FERREIRA, R. A. Medicina do adolescente: avaliação de uma experiência de ensino interdisciplinar. **Rev. Med Minas Gerais**. v. 18, n. 4, p. 173 - 178, 2008.

DZIERVA, C. C. *et al.* **Paradigmas contemporâneos e a educação superior**. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2004/anaisEvento/Documentos/CI/TC-CI0048.pdf>>. Acesso em: 10 de Junho de 2013.

ECHER; I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 5, p. 754 - 757, 2005.

EISENSTEIN, E. Medicina de adolescentes: desafios contínuos. **Adolesc Saúde**. v. 2, n. 4, p. 28 - 32, 2005.

EISENSTEIN, E.; COELHO, K. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. DF. p. 57- 80, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2011.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**. v. 77, Supl.2, 2001.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 12, n. 25, p. 387 - 400, 2008.

FERREIRA, M. A.; ALVIM, N. A. T.; TEIXEIRA, M. L. O.; VELOSO, R. C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**. v.16, n. 2, p. 217- 224, 2007.

FONSECA, D. C.; OZELLA, S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. v. 14, n. 33, p. 411 - 424, 2010.

FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. O; PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad. Saúde Pública**. v. 16, n. 3, p. 831 - 841, 2000.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estud. Pesqui. Psicol**. RJ: UERJ. v. 7, n.1, p 147 - 160, 2007.

GOMES, A. P. *et al.* A Educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n.1, p. 105 – 111, 2008.

GRILLO, C. F. C. *et al.* **Saúde do adolescente**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2012. 76p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3072.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2012.

GROSSMAN, E.; RUZANY, M. H.; TAQUETTE, S.R. A consulta do adolescente e jovem. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília; DF: Ministério da Saúde. p. 41- 46, 2008.

GROSSMAN, E. A consulta do adolescente. **Adolesc Saúde**. v. 9, supl. 1, p. 9 - 13, 2012.

GUBERT, E.; PRADO, M. L. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Rev. Eletrônica em Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 285 – 295, 2011.

GUIMARÃES, E. M. B.; ALVES, M. F. C.; VIEIRA, M. A. S. Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: um desafio para os profissionais de saúde no município de Goiânia-GO. **Rev. da UFG**. v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/reprodutiva.html>. Acesso em: 17 de junho de 2012.

HALBE, H. W.; HALBE, A. F. P.; RAMOS, L. O. A Saúde da adolescente. **Rev Brasileira de Medicina**. n.1, 2000. Disponível em: <http://www.drcarlos.med.br/saude_adol.html>. Acesso em: 24 de março de 2013.

HAZEN, E.; SCHLOZMAN, S.; BERESIN, E. Adolescent Psychological Development: a review. **Pediatrics in Review**. v. 29, n. 5, 2008.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev. Med Minas Gerais**. v. 20, n. 3, p. 300 – 309, 2010.

HERCOWITZ, A. Desenvolvimento psicológico. In: Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006, 328p. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf>. Acesso em: 10 de dezembro de 2011.

HORTA, N. C. **O Significado do atendimento ao adolescente na atenção Básica de Saúde**: uma análise compreensiva. 2006. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG, Belo Horizonte, 2006.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artmed, 1981. 92 p.

KROWCHUK, D. P. Adolescence: a metamorphosis. **N. C. Med J.** v.71, n. 4, p. 355 - 357, 2010.

LIEBESNY, B.; OZELLA, S. Projeto de vida na promoção de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Conselho Federal de Psicologia, 2002, 144p.

LOPES, F. A.; CAMPOS JR, D. **Filhos adolescentes: de 10 a 20 anos de idade**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2012. 104 p.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev. Med São Paulo.** v. 89, n. 2. p. 70 - 75, 2010.

MAGALHÃES, N. J. **Currículo integrado, mapas conceituais e aprendizagens: um estudo junto ao Curso de Licenciatura em Ciências da Natureza**. 2011, 181 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

MARCOLINO, J. A. M. Sigilo profissional e assistência ao adolescente: uma relação de confiança. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 53, n. 3, p. 189 - 207, 2007.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M.; Variations in pattern of pubertal changes in girls. **Arch. Dis. Childh.** n. 44, p. 291 - 302, 1969.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M.; Variations in pattern of pubertal changes in Boys. **Arch. Dis. Childh.** n. 45, p. 13 - 23, 1970.

MINAS GERAIS (ESTADO) SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Assistência integral ao adolescente e ao jovem. In: Belo Horizonte. BH – **Viva criança: compromisso com a assistência integral à saúde da criança**. Coordenação de atenção à criança. Belo Horizonte, 2004, p. 157 – 166.

_____. **Atenção à saúde do adolescente**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 152 p.

Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhasguia/linhaguiasaudeadolescente.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2010.

MOREIRA, M. A. Aprendizagem significativa subversiva. **Série-Estudos.** n. 21, p. 15 – 32, 2006.

OLIVEIRA, M. R. S.; GENESTRA, M. S. Educação: em busca de novos paradigmas. **Rev. Práxis.** n. 2, p. 23 – 29, 2009.

OLIVEIRA, S. P. **A consulta do paciente adolescente pelo pediatra: o despertar da autonomia**. 2006, 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da

Mulher). Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Departamento de Ensino. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Rio de Janeiro, Brasil, 2006.

OSELKA, G.; TROSTER, E. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. **Rev. Associação Médica Brasileira**. v. 46, p 306 – 307, 2000.

OSÓRIO, L. C. O que é a adolescência, afinal? In: **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 103 p.

OUTEIRAL, J. **ADOLESCER**. Rio de Janeiro: Revinter, 3. ed. 2008, 169 p.

PACCINI, L. M. R.; FERREIRA, R. A. Atuação médica no atendimento público ao adolescente de Belo Horizonte. **Rev. Pediatria: SP**, n. 30, v. 4, p. 208 - 216, 2008.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n.4, p. 492 - 499, 2008.

PAIVA, M. R. S. A. Atenção integral à saúde do adolescente. In: Secretaria Municipal de saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de desenvolvimento de Programas e Políticas de saúde. COODEPS. **Manual de Atenção à Saúde do Adolescente**. São Paulo: SMS, 2006, 328p. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf>. Acesso em: 08 de dezembro de 2011.

PARANÁ (ESTADO). CADERNOS DO IASP. INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DO PARANÁ. **Compreendendo o adolescente**: Impressão oficial do Paraná. 2006. 56p. Disponível em:<<http://pt.scribd.com/doc/72609426/CADERNOS-DO-IASP-do-o-Adolescente>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2012.

PEPE, C. C. C. A. Competências e habilidades na atenção integral à saúde. In: **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília – DF 2008. 753p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2011.

PEREIRA, C. S.; CIA, F.; BARHAM, E. J. Autoconceito, habilidades sociais, problemas de comportamento e desempenho acadêmico na puberdade: inter-relações e diferenças entre sexos. **Interação em Psicologia**. v.12, n. 2, p. 203 – 213, 2008.

RAPOSO, C. A. Política de atenção integral à saúde do adolescente e jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Rev. em Pauta**. v. 6, n. 23, 2009.

REATO, L. F. N. A Consulta médica. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006, 328p. Disponível em:

<http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf>
Acesso em: 08 de setembro de 2011.

REATO, L. F. N.; SILVA, L. N.; RANNÃ, F. F. Introdução. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006, 328p. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf> . Acesso em: 08 de setembro de 2011.

RODRIGUES, C. A.; POLI NETO, P.; BEHRENS, M. A. Paradigmas educacionais e a formação médica. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 28, n. 3, p. 234 – 241, 2004.

ROZENBERG, R.; CRUZ, T. J. Consulta: abordagem do adolescente e de sua família. In: LIBERAL, E. F.; VASCONCELOS, M. M.; NOGUEIRA, K. RJ **Adolescência**: Guanabara Koogan. 2012, 532 p.

RUZANY, M. H; SWARCWALD, C. L. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto. **Adolesc Latinoam**. v.2, n. 1, p. 26 – 35, 2000.

RUZANY, M H. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília – DF 2008. 753p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf>. Acesso em: 25 de julho de 2011.

SAITO, M. I.; QUEIROZ, L. B. Medicina de adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência prevenção e risco**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2008, 600 p.

SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência prevenção e risco**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2008, 600 p.

SANT'ANNA, M. J. C. Ética no atendimento do adolescente. In: Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. **Manual de Atenção à Saúde do Adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328p. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestrasmaterial/Manual_do_Adolescente.pdf> . Acesso em: 08 de setembro de 2011.

SANTOS, R. G.; **Os Paradigmas da Educação**. Universidade de São Paulo. Instituto da Física. USP. 2009. Disponível em: <http://stoa.usp.br/ragags/files/-1/9400/paradigmas_da_educa%C3%A7ao.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2013.

SILBER, T. J. Medicina de la adolescencia: una nueva subespecialidad de la pediatría y la medicina interna en la América del Norte. **Rev. Adolescencia Latinoamericana**. v. 1, p. 11 – 15, 1997. Disponível em: <<http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n1/a03v01.pdf>>. Acesso em 08 de janeiro de 2012.

SILVA, R. F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface. Comunicação Saúde Educação**. v. 12, n. 27, p. 721 – 734, 2008.

SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência prevenção e risco**. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2008, 600 p.

SOUZA, D. R. P.; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p. 117 – 123, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>>. Acesso em: agosto de 2012.

TAQUETTE, S. R. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. **Adolesc. Saúde**. v. 7, n. 1, p. 6 – 11, 2010.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 6, p. 1717 – 1725, 2005.

TAVARES, R. Aprendizagem Significativa e o ensino de ciências. **Ciências e Cognição**. v. 13, n. 1, p. 94 – 100, 2008.

TEIXEIRA, C. Significado estratégico do Mestrado Profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M.; orgs. **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva**. Rio de Janeiro. Fiocruz. P. 33 -48, 2006.

TRAINOTI, T. S. Teorias da aprendizagem e implicações na tecnologia educacional. **Rev. Tecnologia Educacional**. v. 30, n. 155, p. 24 – 35, 2001.

VITALLE, M. S. S.; ALMEIDA, R. G.; SILVA, F. C. Capacitação na atenção à saúde do adolescente: experiência de ensino. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 3, p. 459 – 468, 2010.

XAVIER, J.; MACHADO, K. Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão. **Rev. Radis, Comunicação em Saúde**. n. 34, p. 8 - 11 , 2005.

ANEXOS

Anexo 1. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).



REITORIA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS/CoEPS
Registro SIPAR – Ministério da Saúde: 25.000.158.694/2007-89



CoEPS
Processo Nº 059/11
CAAE 0063.0.446.000-11
Volta Redonda, 11 de outubro de 2011.

DO: CoEPS

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

PARA: Profa. Cléa Ribeiro Nunes do Vale

Curso de Medicina

Prezada Professora:

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoEPS) do UniFOA, após avaliação de análise crítica envolvendo os aspectos éticos, do projeto intitulado "**Atendimento ao adolescente pelos internos da pediatria, fundamentado na integralidade e interdisciplinaridade**", sob sua responsabilidade, está dentro dos padrões éticos e atende a Resolução CNS 196/96, assim está **aprovado**.

Vale ressaltar que, uma vez aprovado, o CoEPS passa a ser co-responsável pelo projeto no que tange aos aspectos éticos da pesquisa.

Em caso de **Projeto de Iniciação Científica** é necessário a análise do formulário pelo NUPE e aprovação da direção FOA/UniFOA, para dar início ao projeto.

Atenciosamente,

:: www.unifoa.edu.br ::

SEDE: Campus Três Poços
Av. Paulo Eriel A. Abrantes, 1325
Três Poços – V. Redonda – RJ
CEP: 27240-000
Tel.: (24) 3340-8400

Campus Aterrado
Av. Lucas Evangelista, 862
Aterrado – V. Redonda – RJ
CEP: 27215-630
Tel.: (24) 3338-2764 / 3338-2925

Campus Colina – Anexo HSJB
R. Nossa Sra. das Graças, 273
Colina – V. Redonda – RJ
CEP: 27253-610
Tel.: (24) 3340-8400

Campus Vila
R. 31, nº 43
Vila Sta. Cecília – V. Redonda – RJ
CEP: 27260-530
Tel.: (24) 3348-5991

Campus Tangerinal
R. 28, nº 519
Tangerinal – V. Redonda – RJ
CEP: 27264-330
Tel.: (24) 3348-1441 / 3348-1314

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos CoEPS/UniFOA

(Observação: O TCLE deve ser impresso em duas cópias, ficando uma delas sob responsabilidade do Pesquisador Coordenador e a outra sob a guarda do participante)

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:
Título do Projeto: Atendimento ao Adolescente pelos Internos da Pediatria fundamentado na integralidade e interdisciplinaridade
Coordenador do Projeto: Cléa Ribeiro Nunes do Vale
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (24) 3346-3851 (24) 98339265
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Paulo Erlei A. Abrantes nº 1325 Três Poços Volta Redonda/ RJ

2- Informações ao participante ou responsável:

- (a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como Objetivo. Avaliar a importância do atendimento integral e interdisciplinar ao adolescente pelos alunos da Pediatria, na sua formação acadêmica e atuação como médico, uma vez que atender o adolescente requer conhecimentos e habilidades em decorrência das particularidades desta faixa etária.
- (b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento: Os dados da pesquisa serão coletados através de um questionário e você deverá assinalar a resposta que considerar correta. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. O seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo.
- (c) Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento (aplicação do questionário) você poderá recusar a responder qualquer pergunta que porventura lhe causar algum constrangimento.
- (d) A sua participação como voluntário, ou a do menor pelo qual você é responsável, não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa. ou menor.
- (e) A sua participação ou a do menor sob sua responsabilidade poderá envolver os seguintes riscos: algum desconforto, por relatar fatos da sua vivência, porém o seu direito à privacidade e confidencialidade serão garantidos.
- (f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.
- (g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- (h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, _____ de _____ de _____.

Participante: _____

Anexo 3. Calendário de vacinação de adolescentes instituído pela Portaria nº 597 em oito de abril de 2004.

Institui, em todo território nacional, os calendários de vacinação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos arts 27 e 29 do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e considerando a necessidade de estabelecer normas sobre o Programa Nacional de Imunizações.

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir, em todo território nacional, os calendários de vacinação visando o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis por intermédio do Programa Nacional de Imunizações, vinculado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica – DEVEP, da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Art. 2º Estabelecer que a partir de 2004 serão adotados o Calendário Básico de Vacinação da Criança, o Calendário de Vacinação do Adolescente e Calendário de Vacinação do Adulto e Idoso, conforme disposto nos Anexos I, II e III desta Portaria, respectivamente.

Art. 3º Determinar que as vacinas e períodos estabelecidos nos calendários constantes dos Anexos I, II e III desta Portaria são de caráter obrigatório.

Art. 4º O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado por meio de atestado de vacinação a ser emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciadas para tal fim pela autoridade de saúde competente, conforme disposto no art. 5º da Lei 6.529/75.

§ 1º O comprovante de vacinação deverá ser fornecido por médicos e ou enfermeiros responsáveis pelas unidades de saúde, devidamente carimbado e assinado tendo o número da unidade que esta fornecendo, bem como o número do lote e laboratório produtor da vacina aplicada.

§ 2º O atestado de vacinação também poderá ser fornecido pelas clínicas privadas de vacinação e que estejam de acordo com a legislação vigente, atendendo as exigências para o funcionamento de estabelecimentos privados de vacinação, seu licenciamento, fiscalização e controle.

§ 3º As vacinas obrigatórias e seus respectivos atestados serão gratuitos na rede pública dos serviços de saúde.

Art. 5º Deverá ser concedido prazo de 60 (sessenta) dias para apresentação do atestado de vacinação, nos casos em que ocorrer a inexistência deste ou quando forem apresentados de forma desatualizada.

§ 1º Para efeito de pagamento de salário-família será exigida do segurado a apresentação dos atestados de vacinação obrigatórias estabelecidas nos Anexos I, II e III desta Portaria.

§ 2º Para efeito de matrícula em creches, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e universidade o comprovante de vacinação deverá ser obrigatório, atualizado de acordo com o calendário e faixa etária estabelecidos nos Anexos I, II e III desta Portaria.

§ 3º Para efeito de Alistamento Militar será obrigatória apresentação de comprovante de vacinação atualizado.

§ 4º Para efeito de recebimento de benefícios sociais concedidos pelo Governo, deverá ser apresentado comprovante de vacinação, atualizado de acordo com o calendário e faixa etária estabelecidos nos Anexos I, II e III desta Portaria.

§ 5º Para efeito de contratação trabalhista, as instituições públicas e privadas deverão exigir a apresentação do comprovante de vacinação, atualizado de acordo com o calendário e faixa etária estabelecidos nos Anexos I, II e III desta Portaria.

Art. 6º Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar normas regulamentadoras desta Portaria.

Art. 7º Fica revogada a Portaria nº 221/GM, de 05 de maio de 1978, publicada no Diário Oficial Seção 1, Parte 1, de 11 de maio de 1978, pág. 6924.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
de 11 a 19 anos (na primeira vista ao serviço de saúde)	Hep B	1ª dose	contra Hepatite B
	dT ⁽²⁾	1ª dose	contra Difteria e Tétano
	FA ⁽³⁾	dose inicial	contra Febre Amarela
	SCR ⁽⁴⁾	dose única	Sarampo, Caxumba e Rubéola
1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B	Hep B	2ª dose	contra Hepatite B
6 meses após a 1ª dose contra Hepatite B 2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	Hep B	3ª dose	contra Hepatite B
	dT	2ª dose	contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano a cada 10 anos por toda vida	dT	3ª dose	contra Difteria e Tétano
	dT ⁽⁵⁾	Reforço	contra Difteria e Tétano
	FA	Reforço	contra Febre Amarela

- (1) Adolescente que não tiver comprovação de vacinação anterior, seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.

- (2) Adolescente que já recebeu anteriormente 03 (três) doses ou mais das vacinas DTP, DT ou dT, aplicar uma dose de reforço. É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos. Em ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 05 anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

- (3) Adolescente que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados PI, BA, MG, SP, PR, SC E RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

- (4) Adolescente que tiver duas doses da vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.

- (5) Adolescentes grávidas, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.

APÊNDICE

Apêndice 1. Questionário submetido e aprovado pelo CoEPS – UniFOA.

Como consideramos a Medicina do Adolescente relevante na formação acadêmica, estamos desenvolvendo um Projeto que inclua no Programa de Internato o atendimento ao adolescente, fundamentado na integralidade e interdisciplinaridade.

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Outros

II – DADOS DO INTERNATO:

1 – Em que módulo você está?

() 9º Módulo

() 10º Módulo

() 11º Módulo

() 12º Módulo

2 – Em quais módulos você passou anteriormente?

() Este é o primeiro

() Cirurgia

() Ginecologia e Obstetrícia

() Clínica médica

() Programa da Saúde da Família

3 – Você já teve algum contato com a Medicina do adolescente?

- Sim, em aula teórica – Disciplina de Pediatria
- Sim, em aula teórica – Outras disciplinas
- Sim, em aula teórica e atividades práticas
- Não

4 – Durante o internato você já atendeu adolescente?

- Sim, em Pronto-Socorro
- Sim, em atividades de Ginecologia-Obstetrícia
- Sim, em atividades de pediatria
- Não

III – DADOS da MEDICINA do ADOLESCENTE:

Ordene as afirmações abaixo de acordo com a sua opinião à respeito da importância destas:

A – A medicina do adolescente é importante para a formação acadêmica e para a prática profissional futura.

B – É necessário, durante a formação acadêmica, capacitar-se para o exercício ético da medicina de adolescentes, conhecendo suas particularidades e singularidades.

C – Um serviço de atenção primária ao adolescente é importante para a promoção de saúde e prevenção de riscos.

- Mais importante dentre as três citadas.
- De importância intermediária dentre as três citadas.
- Menos importante dentre as três citadas.

Assinale para cada afirmação:

Concordo totalmente; se você concorda com a afirmação sem exceções;

Concordo em parte; se você discorda das afirmações, mas com algumas exceções;

Discordo totalmente; se você discorda com o que está dito sem exceções.

1 – O atendimento ao adolescente é diferente de qualquer outra faixa etária devido às suas particularidades:

Concordo totalmente

Concordo em parte

Discordo em parte

Discordo totalmente

2 – O fato de o paciente ser adolescente faz com que você se sinta menos à vontade para atendê-lo:

Concordo totalmente

Concordo em parte

Discordo em parte

Discordo totalmente

3 – Para a avaliação do desenvolvimento puberal é importante o exame da genitália externa e mamas durante o exame físico do adolescente:

Concordo totalmente

Concordo em parte

Discordo em parte

Discordo totalmente

4 – A dificuldade para fazer o exame da genitália e mamas no adolescente normalmente ocorre pelas limitações do próprio médico:

- Concordo totalmente
- Concordo em parte
- Discordo em parte
- Discordo totalmente

5 – Durante a consulta de uma adolescente desacompanhada é necessário autorização do responsável para a prescrição de anticoncepcional:

- Concordo totalmente
- Concordo em parte
- Discordo em parte
- Discordo totalmente

6 – Mesmo em situações que envolvem riscos de vida para o adolescente e/ou terceiros não é permitido ao médico a quebra de sigilo profissional sem autorização deste:

- Concordo totalmente
- Concordo em parte
- Discordo em parte
- Discordo totalmente

7 – O crescimento estatural durante a puberdade ocorre seguindo uma direção distal-proximal, mas o crescimento do tronco é que contribui com o maior contingente do ganho para a estatura final:

- Concordo totalmente
- Concordo em parte
- Discordo em parte
- Discordo totalmente

8 – A primeira ejaculação (espermarca) na maioria das vezes ocorre na fase de aceleração ou de pico do crescimento em estatura:

- Concordo totalmente
- Concordo em parte
- Discordo em parte
- Discordo totalmente

9 – A menarca é um evento da puberdade feminina que ocorre após o pico de velocidade de crescimento estatural:

- Concordo totalmente
- Concordo em parte
- Discordo em parte
- Discordo totalmente

10 – As modificações físicas que ocorrem na adolescência são universais, mas aquelas ligadas ao desenvolvimento psicossocial são vividas de diferentes maneiras em cada família ou sociedade e são singulares a cada indivíduo:

- Concordo totalmente
- Concordo em parte
- Discordo em parte
- Discordo totalmente

Obrigada!

Apêndice 2. Capa do Manual