



A consulta do adolescente:

Manual de orientação para os alunos
do curso de graduação em medicina.

Cléa Nunes do Vale
Júlio Cesar Soares Aragão
Maria de Fátima Alves de Oliveira

A consulta do adolescente

Manual de orientação para os alunos
do curso de graduação em medicina.

Cléa Nunes do Vale
Julio César Soares Aragão
Maria de Fátima Alves de Oliveira

Volta Redonda, 2013



**Mestrado Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde
e do Meio Ambiente**



Este manual foi desenvolvido como produto do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente no Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. O objetivo é ser utilizado como uma ferramenta de ensino pelos alunos do curso de medicina, visando contribuir para uma maior compreensão dos vários aspectos da adolescência e das especificidades da consulta do adolescente.

A idealização do manual: A Consulta do Adolescente: Manual de Orientação para os Alunos de Graduação em Medicina tem como princípio conceituar a adolescência e discorrer sobre as particularidades da consulta, esclarecendo questões como a dinâmica do atendimento, aspectos éticos, condutas no exame físico e orientação das vacinas.

A assistência à saúde do adolescente e a forma adequada de atuar no atendimento a esta população têm sido uma prioridade das políticas públicas nas últimas três décadas. Entre as políticas destacando-se o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 em vigor desde 1990. Esses programas, juntamente com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, estão em sintonia com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que norteiam os princípios de promoção, proteção e recuperação da saúde dos adolescentes e dos jovens (BRASIL, 2010).

Entretanto, cabe ressaltar que alguns autores, entre eles Vitalle; Almeida; Silva (2010) referem que as ações políticas voltadas para a saúde dessa população ainda acontecem de forma fragmentada, desarticulada e não apresentam um trabalho intersetorial expressivo, dirigido à integralidade da atenção ao adolescente. Outro aspecto, referido pelas autoras é a falta de formação e de capacitação dos profissionais de saúde para atuar com o adolescente, resultado de o ensino de graduação de medicina não contemplar adequadamente os conhecimentos voltados para a saúde do adolescente na sua matriz curricular.

Tais considerações nos levam a reconhecer a importância de capacitar e desenvolver nos alunos de graduação de medicina e outras áreas da saúde habilidades essenciais para o atendimento integral e interdisciplinar ao adolescente.

Apresentação	03
Introdução	06
O que é a Adolescência	07
Características da Adolescência	09
A Consulta do Adolescente	13
O Acolhimento	14
Espaço Físico da Consulta	14
Princípios Fundamentais da Consulta do Adolescente	15
Dinâmica da Consulta	17
Anamnese ou Entrevista	19
Exame Físico	22
Vacinação na Adolescência	31
Anexos	36
Estágios de Desenvolvimento dos Pelos Pubianos	37
Estágios de Desenvolvimento da Genitália	38
Estágios de Desenvolvimento das Mamas	39
Estágios de Desenvolvimento dos Pelos Pubianos	40
Gráfico de Estatura (Sexo Feminino)	41
Gráfico de Estatura (Sexo Masculino)	42
Gráfico Utilizado para os Sexos Masculino e Feminino	43
Diferentes Motivos da Consulta do Adolescente	44
Referências	49

Introdução

O adolescente passa por transformações físicas, psicológicas e sociais que determinam mudanças no seu modo de agir, de pensar, de falar, muitas vezes funcionando como um obstáculo no seu relacionamento. Atender o adolescente sem compreender as mudanças que ocorrem na adolescência se torna um grande desafio para o profissional de saúde.

Essas transformações que ocorrem por diversos fatores e em ritmos diferentes, tornam os adolescentes vulneráveis ante os agravos à saúde e os problemas sociais, políticos e econômicos, estando mais sujeitos a envolverem-se em comportamentos de risco que comprometem sua integridade física e psíquica.

Neste contexto, destaca-se o papel fundamental do profissional de saúde na assistência integral ao adolescente, atuando em uma visão mais humanista, voltada para a valorização da vida e da construção da cidadania.

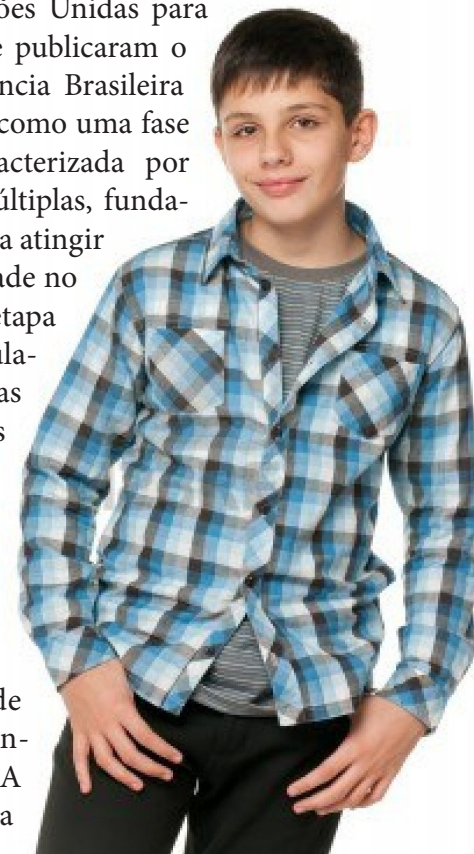


O que é Adolescência?

A adolescência compreende uma fase de transição entre a infância e a adultícia, marcada por numerosas transformações relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo.

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, fundamentais para que o ser humano possa atingir a maturidade e inserir-se na sociedade no papel de adulto, e mais do que uma etapa de transição, contempla uma população que apresenta especificidades, das quais decorrem riqueza e potenciais únicos (UNICEF, 2011).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS); pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 10 e 20 anos de idade. O ECA define a adolescência como a faixa



etária de 12 a 18 anos de idade (HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010).

De acordo com 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 entre 10 a 19 anos de idade (GROSSMAN, 2012).

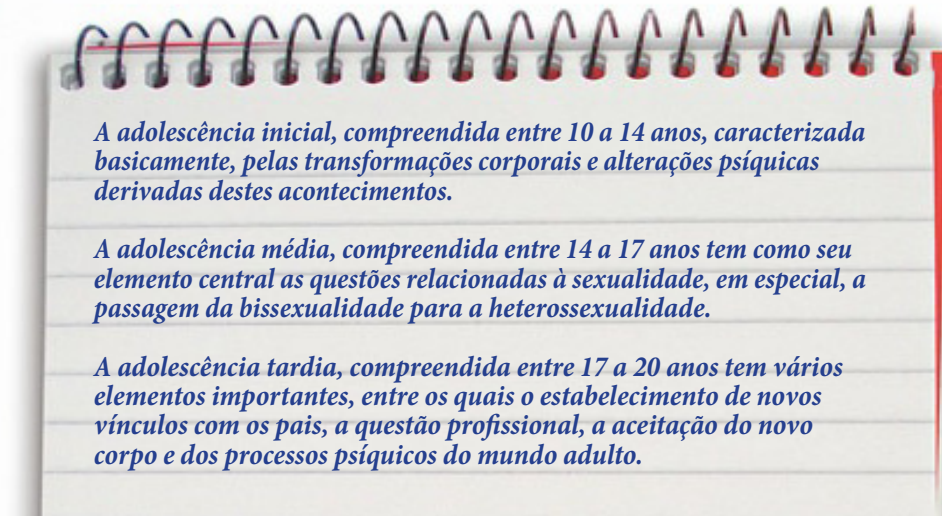
Esses critérios cronológicos e demográficos são empregados principalmente em investigação epidemiológica, nas estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento; programações de serviços sociais e de saúde pública, não sendo utilizados na determinação das características individuais dos adolescentes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



Ao discutir-se a questão da adolescência como uma fase da vida, com características específicas e singulares, encontram-se na literatura médica dois termos que são utilizados e definem esta etapa entre a infância e a vida adulta do indivíduo: adolescência e puberdade . A tendência universal é reservar o termo adolescência para as transformações ligadas aos aspectos psicossociais, vividas de diferentes maneiras em cada família ou sociedade, sendo singulares ao indivíduo, e a puberdade corresponde aos fenômenos físicos da adolescência (SAITO, 2008).



Em geral, a adolescência é composta por três etapas, com início e fim não bem definidos, podendo-se ter adolescentes antes dos 10 anos e após os 20 anos, dependendo dos aspectos sociais, econômicos e culturais onde estão inseridos. De acordo com Outeiral (2008, p.5) essas etapas são:



Além das mudanças que ocorrem nessa fase da vida, o adolescente busca uma nova identidade, questionando os padrões adultos e, portanto, a autoridade de pais, professores... A exposição ao novo funciona como um grande desafio vinculado à onipotência do adolescente que se julga sempre vencedor; por outro lado, a timidez e a baixa autoestima podem torná-lo potencialmente frágil, levando-o à vinculação com soluções externas inadequadas para os seus problemas (SAITO, 2001).

Entre os fenômenos físicos, relacionam-se algumas mudanças que caracterizam a puberdade feminina e masculina:

Puberdade Feminina

A primeira manifestação de puberdade no sexo feminino é o surgimento do broto mamário (telarca), em média aos 9,7 anos, podendo variar de 8 a 13 anos e ser unilateral inicialmente.

Normalmente 6 meses após a telarca, surgem os primeiros pelos pubianos, chamado de pubarca ou adrenarca.

Os pelos axilares iniciam em torno dos 10,4 meses, acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas que causam o odor característico do adulto.

A idade média da menarca entre as meninas brasileiras é de 12,2 anos, cerca de 2 anos e 6 meses após o aparecimento do broto mamário.

Os primeiros ciclos menstruais são geralmente anovulatórios e irregulares, com grandes atrasos e fluxo abundante, podendo essa irregularidade permanecer por 2 a 3 anos. O ciclo menstrual normal tem um intervalo que varia de 21 a 36 dias e dura em média 3 a 7 dias.

As adolescentes crescem em média 4 a 6 cm nos 2 a 3 anos pós-menarca.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

Puberdade Masculina

A primeira manifestação de puberdade no sexo masculino consiste no aumento do volume testicular e ocorre em média aos 10,9 anos, podendo variar de 9 a 14 anos.

O saco escrotal torna-se mais baixo e alongado, mais enrugado e solto.

O crescimento do pênis começa, geralmente, 1 ano após o crescimento dos testículos.

O pênis cresce primeiro em tamanho e depois em diâmetro.

Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11,9 anos, os pelos axilares em torno dos 12,9 anos, os pelos faciais e do restante do corpo ocorrem em média aos 14,5 anos.

A primeira ejaculação conhecida como semenarca ou espermarca, ocorre em média aos 12,8 anos. Geralmente ocorre também a poluição noturna, ou seja, a ejaculação involuntária de sêmen enquanto o adolescente dorme. É um evento fisiológico normal, mas que pode causar constrangimento ao adolescente.

A mudança de voz ocorre mais tardiamente.

O aumento do tecido mamário, chamado ginecomastia puberal ocorre na metade dos adolescentes do sexo masculino. É frequentemente bilateral, de consistência firme e móvel e, às vezes dolorosa. Inicia-se em geral entre 13 e 14 anos e regride espontaneamente em cerca de 6 a 8 meses. De acordo com o diâmetro, classifica-se em: grau I - de 1 a 2 cm; grau II - de 2 a 4 cm e grau III - de 5 cm em diante.

A ginecomastia de causa patológica (por drogas, endocrinopatias, tumores ou doenças crônicas) normalmente não regride logo, devendo ser cuidadosamente avaliada.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.



A Consulta do Adolescente

A consulta médica do adolescente deve buscar reconhecer os fatores de risco a que o adolescente está vulnerável, avaliar os processos orgânicos e psicossociais pelo quais ele está passando identificando as possíveis alterações, promover imunização adequada e adotar medidas clínicas e educativas importantes para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade do adolescente com os cuidados de sua saúde.

Devido às inúmeras mudanças hormonais, físicas e psicossociais que ocorrem nessa fase da vida, a consulta do adolescente assume grande importância, com características próprias, requerendo uma abordagem diferenciada em vários aspectos (ROSENBERG; CRUZ, 2012).

Assim, deve-se adotar condutas que tornem a prática da consulta um momento de troca e de crescimento tanto para o adolescente como para o profissional de saúde que está atendendo. A abordagem unidirecional, roteirizada, informativa, deve ser substituída por um processo de interrelação e de construção conjunta de novos valores e possibilidades práticas em saúde, em que os profissionais assumam o papel de facilitadores e os adolescentes de sujeitos e líderes de seu próprio crescimento (NERY et al., 2012).

Para Saito (2008), adolescentes tem toda condição de informar sobre si mesmos; seus problemas e/ou rotina de vida, que inclui alimentação, escola, trabalho, namoro, amizade e sobre os hábitos e comportamentos, como atividade sexual, contato com drogas e 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), de infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), gravidez indesejada, para 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).

O Acolhimento

Acolher o adolescente significa ter uma atitude de aproximação, de inclusão, além de favorecer a formação do vínculo entre o profissional e o adolescente, condição fundamental para se trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Uma acolhida cordial e compreensiva faz com que o adolescente se sinta valorizado e à vontade para tomar decisões de forma responsável com relação a sua própria saúde. Olhar a adolescência pelo foco do desenvolvimento e entendê-la não como tempo de risco, mas como um período de oportunidades, pode tornar os serviços de saúde espaços mais acolhedores para jovens e adolescentes.

Entre os objetivos do acolhimento, além de estimular a responsabilidade e autonomia do adolescente com relação a sua própria saúde, está apoiar os pais para que eles se sintam mais seguros, valorizar o importante papel da família e colaborar para que eles encontrem forma de resolver os problemas que existem normalmente nesta relação. (ROZENBERG; CRUZ, 2012).

Espaço Físico da Consulta:

Ter um olhar mais cuidadoso para os principais espaços onde

o adolescente transita ajuda a conhecê-lo e compreendê-lo melhor, a encontrá-lo e também a organizar as ações de saúde. Em geral, os adolescentes preferem uma sala de espera exclusiva para sua utilização nos horários de atendimento.

Esse espaço deve ser acolhedor, agradável e confortável para os adolescentes e seus acompanhantes. Recomenda-se um horário reservado; um ambiente físico privado, a porta do consultório deve permanecer sempre fechada durante a consulta para impedir interrupções. A sala de entrevista deve ser separada da sala de exame, mas quando isso não for possível, usa-se um biombo, assegurando a privacidade do exame físico. (GROSSMAN; RUZANY; TAQUETTE, 2008).

Princípios Fundamentais na consulta do adolescente:

O profissional deve manter uma relação com o adolescente pautada nos princípios da ética, da privacidade, da confidencialidade e do sigilo, conforme disposto pelo Ministério da Saúde (2005).

Ética: a relação profissional com os adolescentes e jovens deve atender os princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e pelo Código de Ética Médica;

Autonomia: identifica o adolescente como capaz de avaliar seu problema e de solucioná-lo por seus próprios meios

Privacidade: caso o adolescente desejar pode ser atendido sozinho, sem a presença do responsável;

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.

A confidencialidade e o sigilo obedecem ao princípio regulamentado pelo artigo 103 do Código de Ética Médica publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 26 de janeiro de 1983 “que veda ao médico revelar segredo profissional referente à 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” (TAQUETTE, 2010).

Portanto, a revelação do segredo médico só deve acontecer quando o médico entender que o menor não tem capacidade para avaliar a extensão do problema ou conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, e que a não revelação possa acarretar danos ao paciente (SANT’ANNA, 2006).

Algumas situações como: risco de vida do paciente ou de terceiros, drogadição, síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), proposta ou intenção de homicídio ou suicídio, gravidez, intenção de aborto e a recusa de medicamentos, o sigilo deve ser quebrado, mas sempre com o conhecimento do adolescente. Para Sant’ Anna (2006), nos casos como o início de atividade sexual; experimentação de drogas, a manutenção do sigilo pode ser um fator favorável ao vínculo do adolescente com o profissional de saúde colaborando, assim nas orientações.

Além dos princípios acima citados, outros são relacionados por Paiva (2006) e, devem ser considerados para a prática da consulta em serviços públicos, rede particular ou consultórios, por exemplo:

O profissional deve assumir uma postura ética, que demonstre sensibilidade e respeito;

Aceitar o adolescente sem preconceitos e sem exclusões;

Adotar uma linguagem de fácil compreensão, mas não utilizar a linguagem dos adolescentes;

Evitar interrupções desnecessárias durante a consulta, tais como pessoas abrindo a porta do consultório, telefonemas ou outras;

Adequar a consulta individual durante a abordagem de questões relacionadas à sexualidade; contracepção; gravidez; doenças sexualmente transmissíveis (DST) - AIDS; drogas e conflitos com familiares;

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;

Respeitar o adolescente, explicando-lhe as etapas da entrevista e do exame físico.

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

Dinâmica da consulta:

Uma das diferenças marcantes da consulta do adolescente em relação à consulta da criança é o relacionamento médico-paciente, antes realizado por intermédio da mãe ou responsável, agora acontece diretamente com o adolescente, sempre respeitando a sua vontade (SAITO, 2008).

A entrevista com a família é fundamental para o entendimento da dinâmica e estrutura familiar e para a elucidação de detalhes importantes. No entanto, a ausência do responsável não deve ser obstáculo para a realização da consulta, exceto em casos de doenças graves ou de distúrbios psiquiátricos (GROSSMAN; RUZANY; TAQUETTE, 2008).

Rosenberg; Cruz (2012) recomendam que a consulta seja realizada em dois momentos: inicialmente entrevista-se o adolescente junto com o familiar e, depois, pede-se ao responsável licença para conversar só com o paciente. Entrevistá-lo sozinho oferece a oportunidade de estimulá-lo a expor sua percepção sobre o que está acontecendo com ele, expor suas dúvidas e suas inquietações e, de forma progressiva, se tornar responsável pela própria saúde e pela condução de sua vida.

Ao término da consulta é importante esclarecer o diagnóstico principal, ou o motivo de o adolescente ir ao serviço de saúde, fazer a avaliação do estado nutricional, do desenvolvimento puberal e psicológico, da situação vacinal e das situações de risco se houver (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, 2005).

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 no ingresso do adolescente no serviço, é indicada a solicitação de exames laboratoriais tais como:

- a) *Hemograma completo;*
- b) *Lipidograma completo;*
- c) *Exame de urina;*
- d) *Parasitológico de fezes.*

Critérios para a solicitação do exame de sangue:

- *Hemograma - déficit do crescimento e desenvolvimento, transtornos alimentares, hipermenorréia, palidez significativa, uso e abuso de drogas, história de hemoglobinopatias, febre prolongada, suspeita de Dengue, etc.*

- *Glicemia, colesterol, triglicérides - sobrepeso e obesidade, emagrecimento recente e significativo, história familiar significativa e /ou sintomatologia de diabetes, entre outros.*

- *VDRL e anti-HIV - avaliação anual para adolescentes sexualmente ativos, história de vários parceiros, aborto.*

- *Hepatite C - uso de piercings, tatuagens, uso de drogas injetáveis, vida sexual ativa, contatos intra-domiciliares.*

Outros exames deverão ser solicitados de acordo com a necessidade de cada caso.

Anamnese ou Entrevista

Quando o responsável está presente no atendimento, deve-se solicitar informações sobre o motivo da consulta, história fisiológica, história patológica pregressa, história familiar, imunizações, deixando as demais informações para quando o adolescente ficar sozinho com o profissional de saúde (REATO, 2006). Esse momento é oportuno para o profissional de saúde observar as dificuldades de relacionamento, processos de dependência/independência e auto afirmação, comporta-

mentos de agressividade, depressão, ansiedade, apatia, manifestações de possíveis abusos sexuais, psicológicos ou negligência por parte dos responsáveis. Não se deve ficar restrito a obter informações sobre o motivo focal que levou o adolescente ao serviço de saúde e sim conhecer o cliente como um todo. Isto inclui a avaliação de como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, seu relacionamento com a família e com seus pares, a forma como utiliza as horas de lazer, suas vivências anteriores no serviço de saúde, expectativas em relação ao atendimento atual e seus planos para o futuro (GROSSMAN; RUZANY; TAQUETTE, 2008).

O entrevistador deve sempre explicar como será realizado o atendimento e, caso o adolescente se encontre ansioso, sem querer falar, procura-se conduzir a conversa para temas atuais e de seu interesse, como: esportes; falar sobre seus amigos e tratá-lo com seriedade e respeito, permitindo que se sinta confiante e responda com honestidade as perguntas que lhe são feitas (ROSENBERG; CRUZ, 2012).

Durante a entrevista devem ser abordados os seguintes aspectos:

Queixa Principal ou Motivo da Consulta: pode não haver uma queixa específica, mas sintomas vagos e gerais.

Interrogatório sobre os diversos aparelhos: hábito intestinal e urinário, sono, apetite, ganho ou perda de peso, estado emocional, data da menarca, características dos ciclos menstruais, etc.

Desenvolvimento pubertário: podemos solicitar ao adolescente que se auto avalie, utilizando-se as pranchas de Tanner.

Alimentação: fazer o recordatório alimentar diário, indagando-se sobre todas as refeições realizadas durante o dia.

Condições sócio-econômicas: número de pessoas que residem

no domicílio, renda familiar, saneamento básico, condições de moradia.

Relacionamento familiar: indagar sobre o posicionamento do adolescente na família, relacionamento com os pais e irmãs.

Escolaridade, trabalho, esportes: em que ano escolar ele se encontra e como é o seu aproveitamento, se apresenta dificuldades, repetências; ***trabalho:*** tipo de trabalho, remuneração, horário; ***esportes:*** prática esportiva e frequência.

Religião, hábitos: indagar sobre religiosidade, tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas, conhecimento, experimentação, uso e abuso.

Sexualidade: a abordagem deve ser de acordo com a idade e com a receptividade do adolescente. Indagar sobre o início de atividade sexual, uso de métodos contraceptivos e número de parceiros.

A abordagem quanto a hábitos e sexualidade deve ser feita cuidadosamente, evitando-se perguntas com conclusões preconcebidas. Como se aborda esses assuntos?

Quanto ao relacionamento pergunta-se: Você está namorando? Você está ficando ou já ficou com alguém? Você namora?

Quando perguntamos se tem namorado (a) estamos falando de relações heterossexuais, dificultando na maioria das vezes, que o adolescente fale sobre sua escolha sexual.

Quanto aos hábitos, incluindo o tabaco, o álcool ou outras drogas ilícitas, inicialmente pergunta-se sobre o uso entre os seus amigos e depois se lhe ofereceram, se experimentou e se fez ou faz uso? Caso confirme o uso, pergunta-se há quanto tempo, qual ou quais drogas e a frequência com que usa.

Durante a entrevista deve-se evitar fazer anotações no pron-

tuário. As informações obtidas devem ser anotadas utilizando-se símbolos: relação sexual (RS +ou -), uso de álcool (A +ou -), uso de tabaco (T +ou -).

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. Alguns exemplos: queixa vaga de dor abdominal e que, na verdade é a preocupação da adolescente com uma gravidez, ou queixa de cefaléia encobrendo uma ginecomastia (ROSENBERG; CRUZ, 2012).

Exame Físico

Na avaliação física deve-se levar em consideração possíveis medos e constrangimentos do adolescente, sendo importante conversar e explicar o que será feito deixando-o mais relaxado e confiante buscando assim, obter o seu consentimento para realizar o exame físico.

Esse momento é apropriado para avaliar-se o estado geral do adolescente, o autocuidado, e também para fornecer informações e orientações sobre as transformações físicas e emocionais que ocorrem na adolescência (BRASIL, 2005).

Antes de iniciar o exame é aconselhável perguntar ao adolescente se ele deseja ou não a presença do acompanhante no consultório, e sempre respeitar a sua vontade (GROSSMAN, 2012). No entanto, deve ser o profissional de saúde que define quando é necessária uma outra pessoa no consultório, por exemplo, um profissional da enfermagem, independentemente da preferência expressa pelo adolescente (GRILLO *et al*, 2012)

Durante o exame físico alguns sinais são considerados

importantes e devem ser avaliados conforme ressaltam os autores (COLLI (1989); BARROS; COUTINHO (2001); GROSSMAN (2012); ROZENBERG; CRUZ (2012).

Sinais Vitais:

Frequência cardíaca (FC),

Frequência respiratória (FR),

Temperatura axilar (TAX),

Pressão arterial (PA). A medição da PA em cada consulta permite um diagnóstico precoce da hipertensão arterial.

Dados antropométricos:

Peso: o adolescente deve ser pesado de preferência com o mínimo de roupa ou vestindo roupas leves e sem sapatos. A balança deve estar aferida e “zerada”.

Cálculo de índice de Massa Corporal (IMC):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Alt}^2}$$

Normal: entre 18,5 e 24,9 kg/mg
Sobrepeso: entre 25,0 a 29,9 kg/mg
Obesidade: entre 30,0 a 39,9 kg/mg

Estatura: pode-se usar a balança antropométrica ou o estadiômetro e o adolescente estar em posição ereta, descalço, com os olhos e as orelhas alinhados horizontalmente. Colocar a haste firmemente sobre a cabeça do paciente, exercendo uma leve pressão de baixo para cima sobre o queixo e pedir para fazer uma respiração profunda.

Cálculo do alvo estatural:

Meninas:

$$\frac{(\text{estatura paterna} - 13) + (\text{estatura materna})}{2} \pm 8,5 \text{ cm}$$

Meninos:

$$\frac{(\text{estatura paterna}) + (\text{estatura materna} + 13)}{2} \pm 8,5 \text{ cm}$$

Envergadura: usa-se a fita métrica, o adolescente de pé, com os braços estendidos na posição horizontal, mede-se da ponta do dedo médio de uma mão a outra. A relação envergadura/estatura deve ser igual ou inferior a 1cm. Atentar para o caso de a envergadura ser maior que a estatura nos adolescentes que apresentam outros sinais como: membros e dedos das mãos e pés longos, articulações muito flexíveis, curvatura anormal da coluna. Nesse caso pensar em Síndrome de Marfan.

Avaliação geral:

Estado nutricional: avaliar as alterações como desnutrição, anemias e obesidade, esta cada vez mais comum entre adolescentes, face ao estilo de vida sedentário e aos hábitos inadequados de alimentação. Ressaltamos ainda, a anorexia e a bulimia nervosa, transtornos alimentares cada vez mais frequentes principalmente entre adolescentes do sexo feminino.

Pele: a acne e a dermatite seborréica são comuns na adolescência, sobretudo na face e no couro cabeludo e, comumente são motivos de constrangimento, constituindo-se em fatores negativos na imagem corporal. Devem ser adotadas medidas para a sua resolução ou redução, considerando a importância que adquirem para o adolescente.

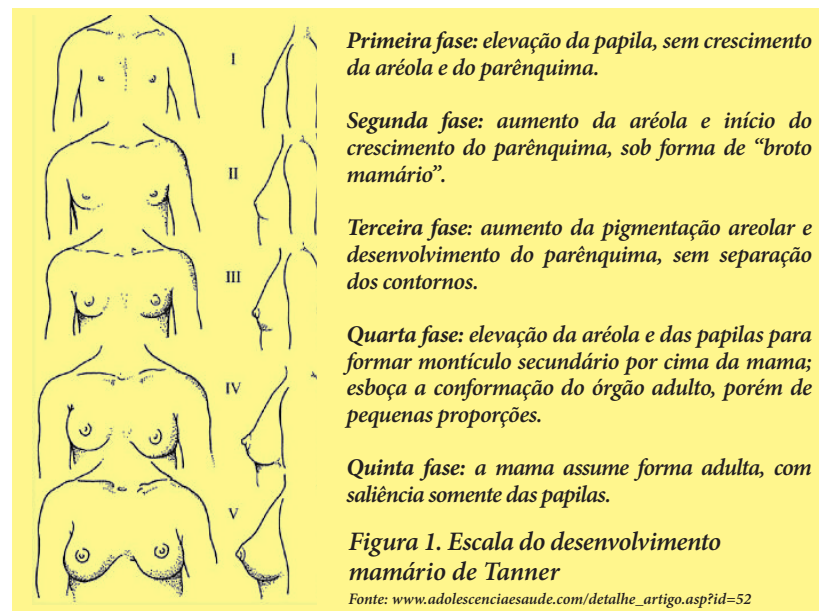
Sistema linfático: verificar a presença de linfonodos em diferentes áreas do corpo. Quando presentes descrever minu-

ciosamente as suas características como: localização, número, volume, consistência, se são dolorosos ou não.

Cabeça e pescoço: o exame da tireóide deve fazer parte da avaliação sistemática dos pacientes, usando-se a técnica adequada. Compreende a inspeção, a palpação e a ausculta. A glândula normal, geralmente, não é visível. Durante a palpação observa-se o tamanho dos lobos, a consistência, a mobilidade e a presença de dor ou alterações na sua superfície. A ausculta da glândula tireóide deverá ser realizada em todos os pacientes com tireotoxicose, pois o aumento do fluxo sanguíneo poderá determinar a ocorrência de sopros sobre a glândula, algumas vezes acompanhados de frêmitos.

Mamas: avaliar a fase desenvolvimento e anormalidade das mamas nas meninas e o aumento do volume mamário nos meninos.

Desenvolvimento das mamas: de acordo com os critérios de Tanner o desenvolvimento se divide em cinco fases:



Anomalias do desenvolvimento: As anormalidades do desenvolvimento mamário podem ser classificadas em alterações de volume e número

Volume:	
Hipomastia:	Mama de pequeno volume, uni ou bilateral.
Hipertrofia:	Mama de grande volume, uni ou bilateral.
Número:	
Amastia:	Ausência total da glândula, uni ou bilateral.
Amazia:	Ausência do tecido mamário, porém com a presença do complexo aréolo-mamilar.
Atelia:	Ausência do complexo aréolo-mamilar.
Polimastia	Presença de mais de duas glândulas mamárias. Pode ser chamada de completa quando está presente a aréola e o mamilo, ou incompleta quando exista só a glândula. É mais comum na região axilar.
Politelia:	Presença de mamilo extranumerário, ocorre geralmente abaixo da mama ou no abdome.



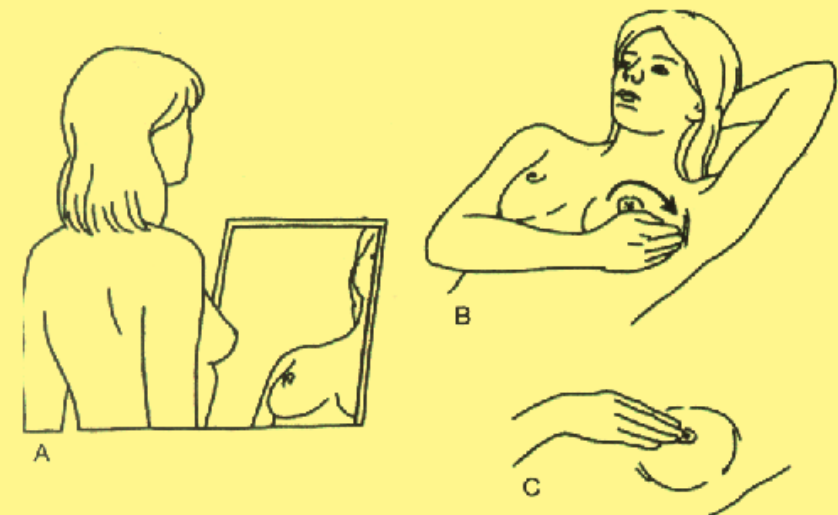
Figura 2. Amastia unilateral e Polimastia (região axilar)
 Fonte: www.doencadamama.com/mama_detalhe.php?i=3

O exame das mamas deve passar pelas seguintes fases: inspeção, palpação, expressão, palpação das regiões axilares e das fossas supraclaviculares (CRESPIN, 2006). É oportuno durante o exame ensinar a adolescente realizar o autoexame.

Técnica da palpação:

- A) Em pé, diante do espelho, verificar se uma mama está mais achatada que a outra ou se apresenta saliência.
- B) Palpar as duas mamas levemente, fazendo movimentos circulares.
- C) Começar pela parte de cima e descer, sem esquecer os mamilos, depois subir pelo lado da axila, palpando também o oco axilar.

Figura 3. Autoexame das mamas



Fonte: Manual de Atenção à Saúde do Adolescente (2006)

Nos meninos, avaliar a presença de lipomastia e ginecomastia. A lipomastia é a presença de gordura, enquanto a ginecomastia é o desenvolvimento da glândula mamária. Costuma ser comum na adolescência e na maioria dos casos regride espontaneamente. Algumas situações podem estar relacionadas ao uso de anabolizantes hormonais, ou a doenças testiculares, hepáticas, hipofisárias, das supra-renais ou da glândula tireóide. O tratamento cirúrgico está indicado em alguns casos e depende da idade do paciente, do tamanho da ginecomastia e no desejo do paciente em relação à resolução do problema.

Classificação da ginecomastia quanto ao tamanho:

Grau I: caracterizada por nódulo discóide, subareolar, de 1 a 2 cm, móvel à palpação, representado ao exame como discreta proeminência da aréola.

Grau II: caracterizada por nódulo entre 2 a 4 cm, ultrapassando a borda da aréola e determinando ao exame, uma projeção maior, principalmente em perfil.

Grau III: caracterizada por nódulo de 5 cm ou mais, com limites ultrapassando bastante a borda e aparecendo como evidente projeção à inspeção.

Figura 4. Ginecomastia



Fonte: www.doencadamama.com/mama_detalhe.php?i=3

Olhos, boca, nariz e garganta: quando se avalia a boca, deve-se verificar possíveis alterações de gengivas, cáries e distúrbio têmporo-mandibular, comum nessa fase do crescimento devido ao aumento da mandíbula e maxilar, determinando o aparecimento e/ou acentuação de más oclusões dentárias. Quando necessário orientar sobre os cuidados com a higiene oral; escovação adequada e o uso de fio dental.

Aparelho Respiratório: realizar a inspeção, palpação, percussão e a ausculta.

Aparelho Cardiovascular: além do exame do precórdio é importante aferir a pressão arterial e verificar os pulsos periféricos.

Abdômen: realizar a inspeção, ausculta, palpação e a percussão.

Aparelho Locomotor: durante o estirão de crescimento, podem -se evidenciar alterações importantes na postura física e o exame da coluna é importante para identificar assimetrias e deformidades.

Avaliação da coluna vertebral em posição vertical e em flexão (Manobra de Adams).

Figura 5. Exame da coluna vertebral



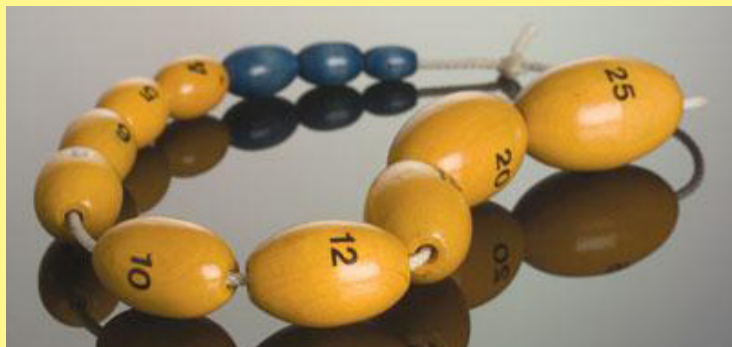
Fonte: www.msd-brazil.com

Aparelho Genital: o exame da genitália externa permite avaliar o estágio da maturação sexual tanto nos meninos, como nas meninas. Quando o adolescente não concorda com o exame, apresentamos e explicamos sobre a prancha de Tanner e pedimos que ele se auto avalie, embora a sua resposta possa não corresponder à realidade do seu desenvolvimento puberal. Nos meninos, além da maturação sexual avalia-se a presença de fimose, hipospádia e varicocele.

A varicocele é causada pela dilatação do plexo venoso pampiniforme e decorre de uma incompetência valvular. O exame para observar varicocele deve ser realizado na posição ortostática (em pé) palpando-se as varicosidades na bolsa escrotal (SILVA, 2006).

Para avaliar o volume dos testículos, faz-se a palpação e compara-se com o orquidômetro de Prader, que consiste em um conjunto de doze modelos de testículos, de forma elipsóide, feitos de madeira ou plástico, que variam de 1 a 25 ml, com os quais os testículos são comparados (BEZNOS, 2006). As contas azuis indicam estado prepuberal. Deve-se orientar o adolescente a fazer o autoexame dos testículos.

Figura 6. Orquidômetro de Prader



Fonte: www.mianamnesis.com/2010/es-cuestion-de-tamano

No sexo feminino, o exame ginecológico é rotina para adolescentes que sejam sexualmente ativas. Normalmente nesses casos, encaminha-se ao ginecologista para a realização do exame.

É importante, durante o exame da genitália externa feminina e masculina, observar-se a presença de lesões sugestivas de doenças sexualmente transmissíveis.

Sistema Nervoso: realizar o exame dos reflexos superficiais e profundos.

Capacidade visual e auditiva: a avaliação da qualidade da audição e da visão é importante para detectarem-se alterações, podendo indicar disfunções que requerem acompanhamento de profissional especializado.

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

■ **Vacinação na Adolescência**

O passado vacinal deve ser sempre indagado durante a consulta do adolescente e, se possível, o profissional; verificar o cartão de vacinas, havendo uma preocupação cada vez maior com a atualização do calendário, pois algumas doenças estão acometendo esta faixa etária, como por exemplo: coqueluche, sarampo, hepatites virais, papilomavírus humano (HPV) e varicela (MINAS GERAIS, 2006).

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.

Quando o adolescente não possui o cartão de vacinação 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 devem ser recomendadas (CRESPIN, 2006):

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 e outras dúvidas, deve-se agir como se o adolescente não tivesse sido vacinado. Além da imunização básica, introduzir as vacinas mais recentes.

Crespin (2006) comenta sobre algumas vacinas, destacando-se principalmente a vacinação contra Difteria e Tétano (dT) ou contra Difteria, Tétano e Coqueluche (dTpa). O uso da vacina dTpa, em substituição a dT, para adolescentes e adultos, objetiva, além da proteção individual, a redução da coqueluche, principalmente para suscetíveis com alto risco de complicações, como os lactentes.

Na ausência de qualquer informação sobre essas vacinas, indica-se fazer a vacinação primária, isto é, três doses com interva-

lo de trinta a sessenta dias entre cada dose e um reforço a cada dez anos, por via intramuscular.

Com relação à imunização contra sarampo, caxumba e rubéola (SCR) é considerado protegido o adolescente que tenha recebido, em algum momento da vida, duas doses da vacina tríplice viral acima de 1 ano de idade, e com intervalo mínimo de um mes entre elas. Aplicar uma dose para adolescentes que receberam uma dose previamente; aplicar duas doses para os que ainda não receberam nenhuma dose da vacina ou com antecedentes vacinais desconhecidos. O intervalo mínimo de 30 dias entre as doses precisa ser respeitado.

Fonte: www.sbm.org.br/wp-content/uploads/2013/06/adolescente_calendarios-sbm_2013-2014_130610.pdf.

Faz parte do Calendário Oficial de Vacinação – Adolescentes, o seguinte esquema:

Quadro 1. Calendário de vacinação de adolescentes instituído pela Portaria nº 597, em oito de abril de 2004.

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
11 a 19 anos (na primeira visita ao serviço de saúde)	hep. B1 dT ² FA ³ SCR4	1ª dose 1ª dose dose inicial dose única	hepatite B difteria e tétano febre amarela sarampo, caxumba, rubéola
1 mês após a 1ª dose contra hepatite B	hepatite B	2ª dose	hepatite B
6 meses após a 1ª dose contra hepatite B	hepatite B	3ª dose	hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra difteria e tétano	dT	2ª dose	difteria e tétano
4 meses após a 1ª dose contra difteria e tétano	dT	3ª dose	difteria e tétano
A cada 10 anos	dT5 FA	reforço reforço	difteria e tétano febre amarela

Fonte: Brasil (2012) Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-597.htm. Acesso em: 15 de nov. de 2012.

(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 dez anos. Em ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para 05 (cinco) anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 (trinta) dias.

(3) Adolescente que resida ou que irá viajar para área endêmica (estados: Amapá, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Acre, Roraima Amazonas, Pará, Goiás, Distrito Federal) área de transição (alguns municípios dos estados de Piauí, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul) e áreas de risco potencial (alguns municípios da Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem.

(4) Adolescente que tiver 02 (duas) doses de vacina Tríplice Viral (SCR) devidamente comprovada no cartão de vacinação, não precisa receber esta dose.

(5) Adolescentes grávidas, que estejam com a vacina em dia, mas receberam sua última dose há mais de 05 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para 05 (cinco) anos após a última dose.

Algumas vacinas não são disponibilizadas na rotina dos postos de atendimento, mas são recomendadas aos adolescentes pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), encontrando-se disponíveis em serviços de saúde privados, devendo os pais ou responsáveis serem 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. Recomendam-se duas doses da vacina, com intervalo de quatro a doze semanas;

b) Hepatite A (HAV), indicada 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 para 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 no Brasil: uma contendo os tipos 6, 11, 16 e 18 de HPV, indicada para meninas, meninos e jovens de 9 a 26 anos de idade, aplicada com intervalos de 0-2-6 meses; outra, contendo os tipos 16 e 18 de HPV, indicada para meninas e mulheres de 10 a 25 anos de idade, com intervalos de 0-1-6 meses.



Avaliação das etapas do desenvolvimento puberal

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos

Escala de Tanner



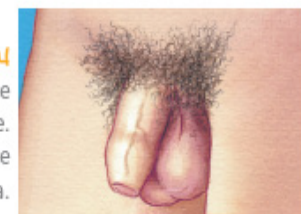
G1 - Estágio 1
Pré-púbere
(Infantil)



G2 - Estágio 2
Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis. Pele da bolsa escrotal fina e rosada.



G3 - Estágio 3
Aumento do pênis em comprimento. Continua o aumento de testículos e escroto.



G4 - Estágio 4
Aumento do diâmetro do pênis e desenvolvimento da glândula. Continua o aumento de testículos e escroto, cuja pele escurece e engrossa.



G5 - Estágio 5
Genital adulto em tamanho e forma



Fonte: Secretaria de atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2009.

Avaliação das etapas do desenvolvimento puberal

Estágios de desenvolvimento da genitália

Escala de Tanner



P1 - Estágio 1
Pré-púbere
(Infantil)



P2 - Estágio 2
Pelos longos, finos e lisos
na base do pênis



P3 - Estágio 3
Pelos mais escuros, mais espessos e
encaracolados sobre o púbis



P4 - Estágio 4
Pelos escuros, espessos e encaracolados,
cobrindo totalmente o púbis, sem atingir
as raízes das coxas



P5 - Estágio 5
Pelos estendendo-se
até as raízes das coxas



Fonte: Secretaria de atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2009.

Avaliação das etapas do desenvolvimento puberal

Estágios de desenvolvimento das mamas

Escala de Tanner



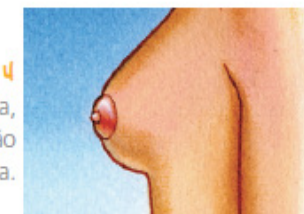
M1 - Estágio 1
Pré-púbere
(somente elevação da papila)



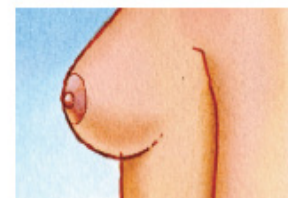
M2 - Estágio 2
Broto mamário



M3 - Estágio 3
Maior aumento da mama
e da aréola, sem separação
dos seus contornos.



M4 - Estágio 4
Projeção da aréola e da papila,
com aréola saliente em relação
ao contorno da mama.



M5 - Estágio 5
Aréola volta ao contorno da
mama, saliência somente da
papila. Mama adulta.



Fonte: Secretaria de atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2009.

Avaliação das etapas do desenvolvimento puberal

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos

Escala de Tanner

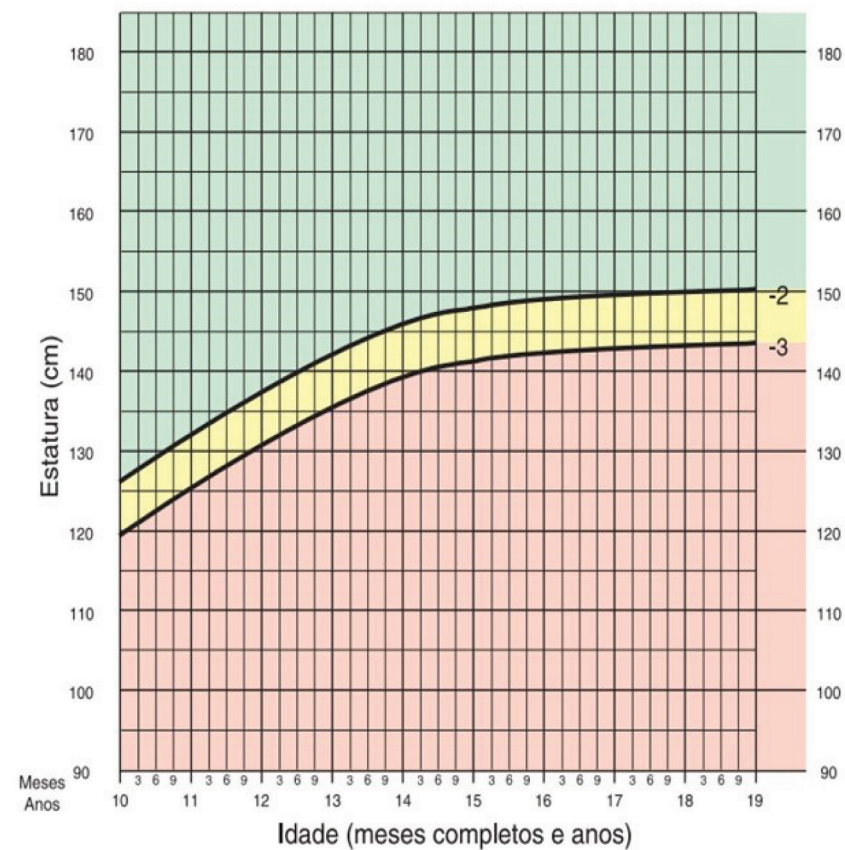


Fonte: Secretaria de atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2009.

Gráfico utilizado para o sexo feminino

Gráfico de estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



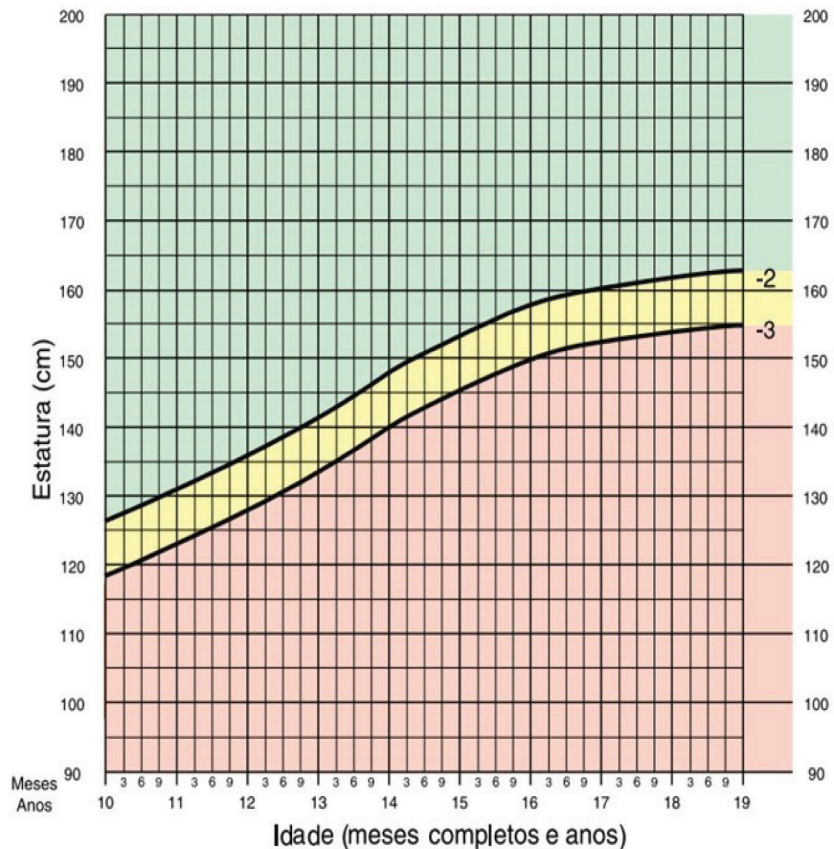
VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
\geq Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
\geq Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade

Fonte: unifenasresumida.blogspot.com.br/2012/08/gt3-crecimento-na-adolescencia.html#!/2012/08/gt3-crecimento-na-adolescencia.html

Gráfico utilizado para o sexo masculino

Gráfico de estatura por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



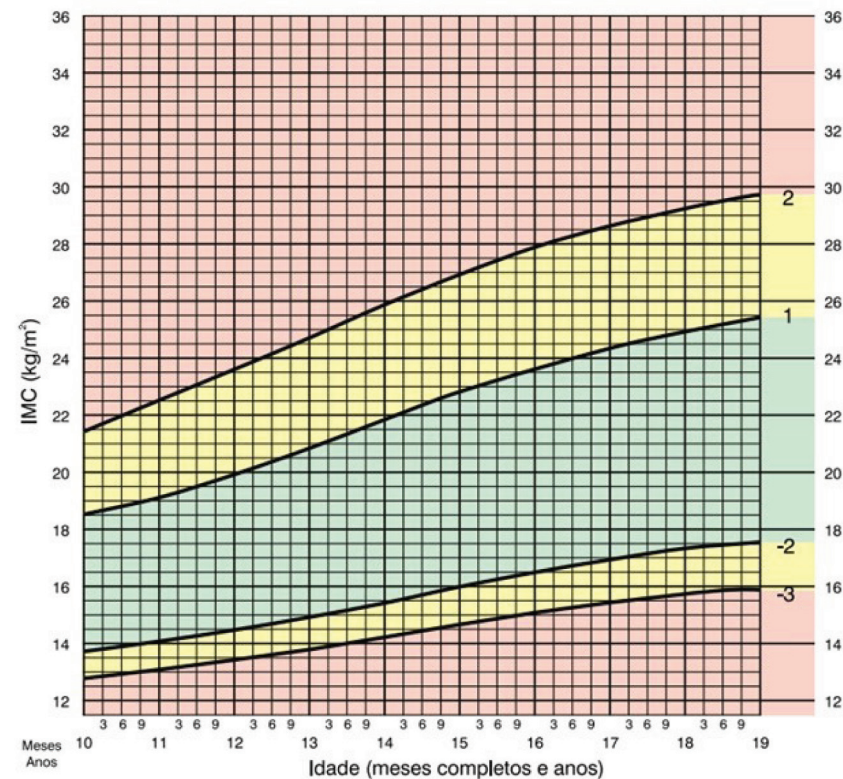
VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
\geq Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
\geq Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
$<$ Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade

Fonte: unifenasresumida.blogspot.com.br/2012/08/gt3-crescimento-na-adolescencia.html#!/2012/08/gt3-crescimento-na-adolescencia.html

Gráfico utilizado para os sexos masculino e feminino

Gráfico de IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Fonte: unifenasresumida.blogspot.com.br/2012/08/gt3-crescimento-na-adolescencia.html#!/2012/08/gt3-crescimento-na-adolescencia.html

Diferentes motivos da consulta do adolescente:

► Adolescente de 15 anos, desacompanhada do responsável, vai ao seu pediatra porque está namorando há seis meses e quer iniciar a vida sexual. Solicita prescrição de anticoncepcional. Qual a conduta do médico?

Não há necessidade da permissão do responsável. É permitido ao médico prescrever anticoncepcional, sempre orientando a adolescente quanto a eficácia, reações adversas e modo de usar. Ressaltar que a pílula evita a gravidez, mas não as DST.

PRIVACIDADE, CONFIDENCIALIDADE, SIGILO PROFISSIONAL, EDUCAÇÃO, PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS são direitos adquiridos dos adolescentes (“Marco Teórico e Referencial – Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens” – Ministério da Saúde)

Fonte: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf.

► Adolescente de 16 anos, sexo masculino chega ao Pronto-socorro acompanhado de três colegas também menores de idade. Ele encontra-se alcoolizado, necessitando de atendimento médico. Os colegas pedem que não comuniquem as suas famílias. Após o atendimento o adolescente fica bem. Qual deve ser a conduta do médico?

Tomar as medidas necessárias para melhorar as suas condições e liberá-lo posteriormente.

Pacientes sem critérios para riscos de vida, acima de 14 anos: liberar, mesmo sem a presença dos pais ou responsáveis.

Fonte: www.google.com.br/#fp=aa0bab53f0ecda0b&q=C%C3%B3digo+de+%C3%A9tica+m%C3%A9dica+atendimento+ao+adolescente+em+pronto+socorro.

► Adolescente, 14 anos de idade, sexo feminino, chega ao P.S. com queixa de vômitos, fraqueza e dor abdominal. Refere que a menarca ocorreu há mais ou menos oito meses. Admite está em amenorréia há dois meses e que mantém relação com o namorado sem proteção. O médico suspeita de gravidez e a ultrassonografia pélvica confirma. A mãe da adolescente chega logo depois procurando saber o que a filha apresenta. Qual a conduta nesse caso?

A mãe deve ser informada. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, pois tem uma maior morbimortalidade por complicações na gestação, no parto e no puerpério. Assim cabe ao médico encorajar a adolescente para ela própria contar o fato aos responsáveis, ou servir de intermediário, com a permissão da paciente para revelar a gravidez à família.

Fonte: www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54358/000265677.pdf?sequence=1

► Adolescente, sexo masculino, 13 anos de idade, foi ao pediatra solicitar um atestado para praticar atividade física. Qual deve ser a conduta do pediatra?

Avaliar inicialmente se a atividade física que ele deseja realizar é compatível com a sua faixa etária. Após fazer anamnese e exame físico apurados, buscando especialmente fatores de risco cardiovasculares, o pediatra pode liberar o atestado. Em casos de atividades físicas competitivas ou suspeita de risco para o adolescente, ele deve ser encaminhado ao cardiologista para avaliação e liberação do atestado.

Fonte: www.sbp.com.br/img/adolescencia.pdf

► Adolescente, sexo masculino, 14 anos, vai a consulta médica por que está se achando magro e quer fazer musculação, mas a academia que pretende frequentar solicita um atestado de saúde liberando-o para musculação. Na avaliação de Tanner ele encontra-se em G3 e P4. O pediatra deve liberar o atestado?

No tocante ao desenvolvimento muscular, a musculação deve ser iniciada após o estirão puberal, nos estágios G4 ou G5 de Tanner, quando já existe aumento do desenvolvimento fisiológico da massa muscular, e na fase de desaceleração do crescimento.

Fonte: www.sbp.com.br/img/adolescencia.pdf

► Adolescente, sexo masculino, 13 anos de idade, encontra-se muito constrangido durante a consulta porque apresenta ginecomastia bilateral, embora esteja com o IMC compatível com peso adequado. Como orientar o adolescente?

Informá-lo que muitos adolescentes podem apresentar desenvolvimento do tecido mamário (ginecomastia puberal) e que na maioria das vezes, há regressão espontânea em 6 a 8 meses.

Fonte: www.sbp.com.br/img/adolescencia.pdf

► Adolescente, sexo feminino, 12 anos de idade, refere menarca há cerca de seis meses. A sua mãe está preocupada por que ela apresenta irregularidade no ciclo menstrual. Como se deve orientá-la?

Informá-la que nos dois primeiros anos após a menarca, fisiologicamente os ciclos menstruais são, geralmente, irregulares e anovulatórios, podendo acontecer irregularidade na maioria das adolescentes.

Fonte: www.sbp.com.br/img/adolescencia.pdf

► Adolescente durante a consulta queixa da acne e solicita tratamento, mas a sua mãe considera normal porque toda adolescente nessa idade tem “espinhas” e que com o tempo melhora. O que deve ser feito?

Deve-se tratar a acne, pois trata-se de uma doença e acomete um grande número de adolescentes. Durante a adolescência ocorrem alterações hormonais, que aumentam a produção de gordura no nível das unidades pilossebáceas, contribuindo para a formação de um rolhão local, o qual desencadeia o processo inflamatório da acne.

Fonte: www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=214

► Adolescente, sexo feminino, 16 anos de idade, solicita a prescrição da “pílula do dia seguinte” porque teve relação sexual desprotegida e está preocupada em engravidar. Qual deve ser a conduta do pediatra?

É importante esclarecer que não existem contra indicações adicionais ou complementares para o uso da anticoncepção de emergência (AE) nesse grupo etário, mas a adolescente deve ser orientada para não usar de forma planejada ou previamente programada, ou substituir método contraceptivo como rotina. A primeira dose da AE deve ser tomada logo que possível ou no máximo após 72 horas depois de uma relação sexual sem proteção. Uma segunda dose deve ser tomada 12 horas após a primeira. Se houver vômitos dentro de 2 horas após uma dose, tomar outra, assim que possível.

Fonte: bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf

► Mãe está preocupada porque o seu filho de 12 anos está menor que os seus colegas. Ao exame físico, apresenta na avaliação de Tanner P1 e G2. Como orientar essa mãe?

Orientá-la sobre a normalidade do desenvolvimento puberal e o crescimento do seu filho, informando que os adolescentes normalmente iniciam o estirão do crescimento no estágio G3 de Tanner. O adolescente deve retornar após 6 meses para nova avaliação do desenvolvimento.

Fonte: www.dcfmusp.com.br/89-2-2-crescimento.pdf.

Referências

BALLALAI, I.; MONTEIRO, D. L. M.; MIGOWSKI, E. Vacinação na adolescência. Rev. 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.; RICARDO, R. B. Adolescência uma abordagem prática. São Paulo. Rio de Janeiro. Belo Horizonte: Atheneu, p. 03 – 14, 2001.

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: www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf. Acesso em: 10 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Adolescência. Orientação para profissionais da área médica. Departamento de adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria. 1998 – 2000. Disponível em: www.sbp.com.br/img/adolescencia.pdf. Acesso em: 02 de março de 2011.

BRASIL, Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Orientações para a Organização de serviços de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Brasília, p. 43, 2005. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde do Adolescente. 2009, 50 p.

BRASIL. 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: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 25 de novembro de 2011.

COLLI, A. S. Crescimento e Desenvolvimento Físico. In: SOUZA, R.P.; MAAKAROUM, M. F. Manual de Adolescência: Sociedade Brasileira de Pediatria. Comitê de Adolescência. Brasil, p.79, 1989.

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: www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras_material/Manual_do_Adolescente.pdf. Acesso em: 08 de dezembro de 2011.

GROSSMAN, E.; RUZANY, M.H.; TAQUETTE, S. A consulta do adolescente e jovem. 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: MS, p. 41- 46, 2008. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf. Acesso em: 16 de novembro de 2010.

GROSSMAN, E. A consulta do adolescente. Adolescência e saúde. Órgão oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente HUPE/ /UERJ. v 9, supl. 1, p. 9 – 13, 2012

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.

LOPEZ, F.A.; CAMPOS Jr. D. Filhos adolescentes de 10 a 20 anos de idade dos pediatras da Sociedade Brasileira de pediatria para os pais. São Paulo: Manoel. 2012, 104p.

MACIEL, L. M. Z. O exame físico da tireóide. Medicina, Ribeirão Preto. v. 40, n. 1, p. 72 – 77, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte. SAS/MG, 2006. 152p.

NERY, I.S. et al. Percepção de enfermeiras sobre as relações interpessoais na consulta de enfermagem. Rev Enferm UFPI. v. 1, n. 1, p. 29 – 35, 2012.

OUTEIRAL, J. Adolescência. Rio de Janeiro, Brasil: Revinter. p.182, 2008.

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.

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. CODEPPS. Manual de Atenção à Saúde do Adolescente. São Paulo: SMS, 2006. 328p. Disponível em: www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf. Acesso em: 10 dez. 2011.

REATO, L. F. N. A. A Consulta Médica. In: Manual de Atenção à Saúde do Adolescente. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. São Paulo: SMS. 2006, 328p.

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

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: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf. Acesso em: 25 de julho de 2011.

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, 603p.

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, sexualidade e educação sexual. *Pediatr Mod.* v. 37, n. 1, p. 3 – 6, 2001.

SANT'ANNA, M. J. C. Ética no atendimento do Adolescente. In: Manual de Atenção à Saúde do Adolescente. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. São Paulo: SMS, 2006, 328p.

SILVA, M. B. M. Varicocele. 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. p. 79 - 82. Disponível em: www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf. Acesso em: 10 dez. 2011.

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

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.

Produto realizado para conclusão do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA.

Projeto Gráfico e Diagramação:



anagramapublicidade@gmail.com

Volta Redonda, outubro de 2013.

