MÓDULO 9 • UNIDADE 3

SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

SAÚDE NUTRICIONAL, SAÚDE MENTAL E IMUNIZAÇÕES

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

UFMA
Universidade Federal do Maranhão

MÓDULO 9 • UNIDADE 3

SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

SAÚDE NUTRICIONAL, SAÚDE MENTAL E IMUNIZAÇÕES

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIRETOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva

(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Cláudio Vanucci Silva de Freitas e Judith Rafaelle Oliveira Pinho

DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde do adolescente e a Saúde da Família: saúde nutricional, saúde mental e imunizações/Ilana Mirian Almeida Felipe; Vinícius Mendes Albuquerque (Org.). - São Luís, 2014.

24f. : il.

1. Saúde do adolescente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 613.9-053.6

APRESENTAÇÃO

Nosso texto tem como objetivos discutir a influência da alimentação na saúde dos adolescentes e apresentar os esquemas de vacinação nessa fase.

A sociedade atual traz inúmeras oportunidades à população e os adolescentes são alvos da mídia que clama pelo consumo; dessa maneira, são induzidos cada vez mais a manterem hábitos alimentares ruins que acarretam agravos à saúde.

Nesta unidade, vamos estudar as principais implicações da saúde nutricional de adolescentes e entender o papel do médico da equipe de saúde da família nas intervenções que dizem respeito às ações de promoção e prevenção das intercorrências nutricionais.

SUMÁRIO

1 OBESIDADE 7
1.1 Relação cintura-quadril 9
1.2 Controle da obesidade 10
1.3 Tratamento da obesidade: mudança do estilo de vida x dieta 11
2 ANEMIA 12
3 DESNUTRIÇÃO 12
4 IMUNIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA 13
5 SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA 19
REFERÊNCIAS 21

UNIDADE 3

1 OBESIDADE

A obesidade é definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde. Estudos chamam a atenção para o desenvolvimento de obesidade central em crianças e adolescentes, apresentando, portanto, maior probabilidade de risco para dislipidemia, hiperinsulinismo e diabetes tipo 2 que, em conjunto, constituem a síndrome metabólica.

A síndrome metabólica constitui um grupo de fatores de risco, incluindo a obesidade, resistência à insulina, hipertensão e outras anormalidades metabólicas. É altamente prevalente entre crianças e adolescentes obesos, chegando a 50% em jovens com obesidade grave. No Brasil, ocorre uma rápida transição socioeconômica que contribui para o aumento da obesidade em crianças e adolescentes em todas as regiões do país, principalmente no Sul e Sudeste, encontrando-se uma prevalência de 9,6% e 9,3%, respectivamente (SÃO PAULO, 2006). De acordo com Cordellini (2006), a obesidade se caracteriza como:

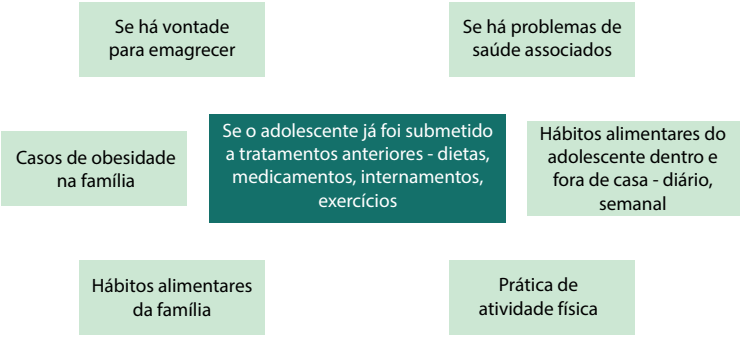
Obesidade de origem genética ou endócrina: estatura abaixo do seu canal familiar, idade óssea atrasada ou igual à cronológica. No exame físico podem ser detectadas malformações; e, na maioria das vezes, não há obesidade na família.

Origem exógena (causas externas, não orgânicas): estatura acima do seu canal familiar, estágio puberal de Tanner avançado, idade óssea geralmente avançada; e o exame físico é normal. Na família, há vários membros obesos.

SAIBA MAIS!

Saiba mais sobre consequências e fatores que influenciam na obesidade em: <http://goo.gl/pUFgOB>.

Ao identificar o adolescente obeso, é importante observar:



Fonte: CORDELLINI, Julia Valéria Ferreira. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: <http://goo.gl/zPqxrd>.

Durante o exame físico, considere: peso e estatura; pressão arterial; fácies do cliente; presença de *Acanthose nigricans* (hiperqueratose e hiperpigmentação) em dobras cutâneas; distribuição de gordura corporal; maturação sexual. Alguns exames laboratoriais podem auxiliar o diagnóstico: hemograma, ferritina sérica, parcial de urina e parasitológico de fezes; colesterol total, HDL, LDL, triglicérideos; curva glicêmica de duas dosagens (1,75 g/kg e máx. de 75 g); TSH e T4 livre (CORDELLINI, 2006).

IMPORTANTE!

Utilize como critérios de avaliação a curva do Índice de Massa Corporal (IMC)/idade do CDC 2000, considerando-se sobrepeso: IMC acima do percentil 85 até o percentil 95; obesidade: IMC maior que o percentil 95.

Cabe à unidade de saúde diagnosticar, tratar e acompanhar os casos de sobrepeso, quando possível com apoio de nutricionista. Utilize a ferramenta do apoio matricial.

1.1 Relação cintura-quadril

A relação cintura-quadril compreende o quociente entre a menor circunferência entre o quadril costal e a cicatriz umbilical e a maior circunferência da extensão posterior da região glútea. Quanto maior esta relação, maior a probabilidade de complicações clínicas, ou seja, o predomínio de tecido adiposo na região abdominal está associado a uma incidência maior de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença coronariana e dislipidemias. Os valores normais da relação cintura-quadril para os homens é 1,0 e para as mulheres 0,85 (adultos). Este predomínio é encontrado mais comumente em indivíduos do sexo masculino e é denominado padrão androide de distribuição de gordura corpórea (BRASIL, 2008).

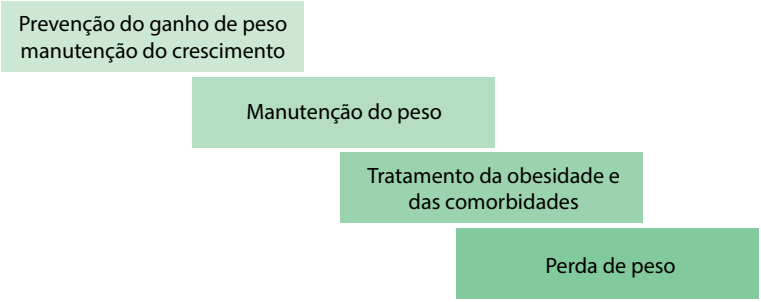
Conforme publicação do Ministério da Saúde, o adolescente obeso atualmente apresenta particularidades (BRASIL, 2008):

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	ASPECTOS CLÍNICOS
- Alteração da imagem corporal;	- Alterações musculoesqueléticas;
- Depressão: como causa ou consequência da obesidade;	- Diminuição da função respiratória;
- Dificuldade de relacionamento com amigos;	- Diabetes tipo II;
- Problemas escolares;	- Hipertensão arterial;
- Dificuldades de inserção no mercado de trabalho;	- Aumento de triglicerídeos e ácido úrico;
- Dificuldades quanto à prática de esportes.	- Diminuição de HDL-colesterol.

No futuro, o Ministério da Saúde prevê que o adolescente obeso apresentará maior risco para as seguintes condições:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes tipo II;
- Infarto agudo do miocárdio;
- Acidente vascular encefálico;
- Nefropatias;
- Alterações ortopédicas;
- Neoplasias;
- Colecistopatias;
- Alterações endócrinas;
- Diminuição da função respiratória (BRASIL, 2008).

Figura 1 – Tratamento da obesidade.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/JeOl9j>.

1.2 Controle da obesidade

Acompanhamento médico deve consistir em:

- ✓ Prevenção das complicações;
- ✓ Observação dos aspectos ligados ao crescimento e maturação sexual;
- ✓ Avaliação clínica e laboratorial periódicas.

Acompanhamento nutricional e psicológico: qualquer caso que fuja de sua área de atuação deve ser encaminhado ao profissional adequado.

1.3 Tratamento da obesidade: mudança do estilo de vida x dieta

O tratamento da obesidade requer o estímulo do adolescente, portanto reforce a importância da disciplina diária quanto à alimentação e atividades físicas.

A reeducação alimentar deve ser planejada junto com o adolescente e a família. As restrições alimentares devem ser feitas aos poucos, prestando-se atenção às peculiaridades da adolescência como estirão pubertário (maior demanda proteico-calórica no sexo masculino) e as fases de gestação e lactação no sexo feminino.

Ensine quais são os grupos alimentares e as possibilidades de substituições, sendo de fundamental importância o apoio familiar na observação das recomendações da dieta.

É importante planejar metas atingíveis de perda de peso, prescrever dieta viável para o cliente, valorizar pequenas perdas de peso, reforçar a autoestima, não discriminar o cliente obeso e não prescrever dietas monótonas e rígidas. Recomende a prática de atividades físicas. Evite a prescrição de medicação, o ideal é que nos casos necessários solicite avaliação do endocrinologista, lançando mão da proposta de apoio matricial para atenção básica. O uso do medicamento, segundo os especialistas, desloca a solução do problema, que é interno ao adolescente, para um agente externo (MINAS GERAIS, 2006).

SAIBA MAIS!

Leia " Os dez passos para uma alimentação saudável" para crianças maiores de 2 anos de idade e adolescentes. Acesse: http://goo.gl/EsSDLU.

2 ANEMIA

Na adolescência, devido ao crescimento corporal acelerado, ocorre maior demanda de diversos nutrientes, entre eles o ferro, que é necessário para o aumento da massa muscular, para a expansão do volume sanguíneo e pelas perdas menstruais nas adolescentes. A deficiência desse mineral leva ao desenvolvimento da anemia ferropriva, diminuição anormal na concentração de hemoglobina no sangue, considerada a carência nutricional mais frequente em todo o mundo, com sérias consequências sociais e econômicas.

Entre os fatores determinantes da anemia ferropriva (possivelmente a dieta pobre em ferro e, especialmente, sua baixa disponibilidade no organismo), são os mais importantes:

A prática alimentar inadequada, característica desta fase, com elevado percentual de dietas deficientes no mineral e predomínio absoluto de dietas que não atingem a quantidade de mineral recomendada para esse grupo etário representa uma dificuldade no atendimento da necessidade do nutriente, através da alimentação;

Torna-se importante, no primeiro atendimento do adolescente, que além do hemograma completo, seja incluída a dosagem de ferritina, como fator discriminante de anemia. Uma dosagem baixa, apesar da normalidade do hemograma, significa que o adolescente em questão poderá apresentar anemia ferropriva (MINAS GERAIS, 2006).

3 DESNUTRIÇÃO

A desnutrição pode ser definida como o estado de deficiência relativa ou absoluta de proteínas, carboidratos e gorduras. A desnutrição, além de ser um distúrbio clínico, advindo de graus variados de deficiências múltiplas de minerais, de vitaminas, de proteínas e de energia, possui, também, determinantes sociais que parecem explicar sua etiologia. Na adolescência, o desenvolvimento somático corresponde a 20% da altura e a

60% da maturidade óssea de um adulto. A desnutrição na infância e/ou na adolescência interfere diretamente no crescimento estatural, no aumento da incidência e severidade de enfermidades infecciosas e diminuição da capacidade reprodutiva na idade adulta (MINAS GERAIS, 2006).

A desnutrição pode ser primária, devido à ingestão insuficiente ou inadequada de nutrientes, ou secundária, devido à síndrome de má absorção, doenças e infecções crônicas. A desnutrição se faz mais evidente no sexo masculino por apresentar maiores necessidades proteico-calóricas. Na adolescência, a desnutrição é evidenciada basicamente pela baixa estatura e pelo atraso da maturação sexual (estágios de Tanner). As consequências da desnutrição são a diminuição da velocidade do crescimento esquelético, o atraso na ocorrência dos eventos da puberdade e o retardo na fusão dos ossos longos (MINAS GERAIS, 2006).

As avaliações clínica e laboratorial incluem: a avaliação do estado nutricional em toda e qualquer consulta do adolescente, o estágio de maturação sexual pela tabela de Tanner, o peso e a estatura, e o IMC; lembrando que a vigilância deve ser estabelecida para aqueles adolescentes que se encontram abaixo do percentil 10 para a estatura, e o nanismo e baixa estatura naqueles abaixo do percentil 3. Os exames de laboratório incluem o hemograma completo, o parasitológico de fezes, a urina rotina e a dosagem de ferritina sérica. O tratamento inclui orientação dietética para correção calórica, o tratamento de doenças associadas como verminoses, anemia ferropriva, entre outras; o tratamento da baixa estatura deve ser conduzido pelo endocrinologista (MINAS GERAIS, 2006).

4 IMUNIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A Portaria 597/GM, de 8 de abril de 2004, instituiu o calendário básico vacinal para crianças, adolescentes, adultos e idosos. As equipes de Saúde da Família e os profissionais de saúde das unidades básicas constituem-se em

importantes aliados do Programa Nacional de Imunização (PNI) na tentativa de manter crianças e adolescentes brasileiros adequadamente imunizados. Vários fatores têm indicado a necessidade dos programas de imunização passarem a dedicar maior atenção aos adolescentes, entre eles, a maior gravidade da varicela após os 15 anos de idade e o aumento proporcional do sarampo.

SAIBA MAIS!

Leia a Portaria na íntegra. Acesse: http://goo.gl/ulm3jJ.

Quadro 1 - Calendário de vacinação do adolescente.

VACINAS	ESQUEMAS	COMENTÁRIOS	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			POSTOS PÚBLICOS DE VACINAÇÃO*	CLÍNICAS PRIVADAS DE VACINAÇÃO
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	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 mês 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.	Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes.	SIM	NÃO
Hepatites A, B ou A e B	**Hepatite A:** duas doses – esquema 0-6 meses.	Adolescentes não vacinados na infância para as hepatites A e B devem ser vacinados o mais precocemente possível para essas infecções.	NÃO	SIM
	Hepatite B: três doses – esquema 0-1-6 meses.		SIM	SIM
	Hepatite A e B combinadas, em substituição às vacinas hepatites A e B isoladas. Para menores de 16 anos: em duas doses – esquema 0-6 meses. Para maiores de 16 anos: em três doses – esquema 0-1-6 meses.		NÃO	SIM

VACINAS	ESQUEMAS	COMENTÁRIOS	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			POSTOS PÚBLICOS DE VACINAÇÃO*	CLÍNICAS PRIVADAS DE VACINAÇÃO
HPV	Duas vacinas estão disponíveis no Brasil: uma contendo os tipos 6, 11, 16 e 18 de HPV com intervalos de 0-2-6 meses, indicada para meninas, meninos e jovens de 9 a 26 anos de idade; outra, contendo os tipos 16 e 18 de HPV com intervalos de 0-1-6 meses, indicada para meninas e mulheres de 10 a 25 anos de idade.	Sempre que possível, a vacina HPV deve ser aplicada o mais precocemente, ou seja, a partir dos 9-10 anos de idade.	NÃO	SIM
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa)	Com esquema de vacinação básico para tétano completo: reforço a partir dos 11 anos com dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto), a cada dez anos.	O uso da vacina tríplice bacteriana do tipo adulto (dTpa), em substituição à dT, para adolescentes e adultos, objetiva, além da proteção individual, a redução da transmissão da coqueluche, principalmente para suscetíveis com alto risco de complicações, como os lactentes.	dT SIM	dT NÃO
	Com esquema de vacinação básico para tétano incompleto (menos de três doses): uma dose de dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) a qualquer momento e completar a vacinação básica com uma ou duas doses de dT (dupla bacteriana do tipo adulto) de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. Em ambos os casos: na impossibilidade do uso da vacina dTpa, substituir a mesma pela vacina dT; e na impossibilidade da aplicação das outras doses com dT, substituir a mesma pela vacina dTpa completando três doses da vacina com o componente tetânico.		dTpa NÃO	dTpa SIM
Varicela (catapora)	Duas doses, com intervalo de três meses em menores de 13 anos e intervalo de um a três meses em maiores de 13 anos.	Indicada para aqueles sem história de infecção prévia. Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Até a idade de 12 anos, considerar aplicação de vacina combinada quádrupla viral contra sarampo, rubéola, caxumba e varicela para os adolescentes suscetíveis à varicela.	NÃO	SIM
Influenza (gripe)	Dose única anual, independentemente de haver ou não alterações nas cepas da vacina do ano anterior.	–	NÃO	SIM

VACINAS	ESQUEMAS	COMENTÁRIOS	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			POSTOS PÚBLICOS DE VACINAÇÃO*	CLÍNICAS PRIVADAS DE VACINAÇÃO
Meningocócica conjugada ACWY	Aos 11 anos: duas doses da vacina Men ACWY com intervalo de cinco anos entre elas. Se vacinado anteriormente com Men ACWY, dose de reforço cinco anos após a última.	Na impossibilidade da aplicação da vacina meningocócica conjugada quadrivalente (tipos A, C, W e Y), usar a vacina meningocócica C conjugada.	NÂO	SIM
Febre amarela	Uma dose para residentes ou viajantes para áreas com recomendação da vacina (de acordo com classificação do MS e da OMS). Se persistir risco, fazer reforços de dez em dez anos.	• Indicada para habitantes de áreas definidas pelo MS como de vacinação, e para as pessoas que vão viajar ou se mudar para essas regiões, assim como para atender às exigências sanitárias de determinadas viagens internacionais. • Vacina contraindicada para imunodeprimidos, gestantes e lactantes, exceto quando os riscos de adquirir a doença superam os riscos potenciais da vacinação. Evitar a aplicação em nutrizes até o sexto mês de vida do lactente. Se necessário vaciná-las, deve-se suspender a amamentação por 15 dias. • Vacinar pelo menos dez dias antes da viagem.	SIM	NÂO

Observações:
• Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente;
• Preferir uso de vacinas combinadas;
• Considerar aplicação simultânea na mesma visita;
• Para definir vacinas e esquemas de doses na adolescência, considerar passado vacinal;
* Verifique se seu município ou estado oferece vacinas ainda não incluídas na rotina do PNI.

Fonte: Adaptado de: SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação do adolescente**: recomendações da sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) -2013/2014. 2014. Disponível em: http://goo.gl/AtUqI1.

IMPORTANTE!

1. Adolescente que não tiver comprovado vacina anterior deve seguir este esquema. Se apresentar documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado.

2. Adolescente que já recebeu anteriormente três doses ou mais das vacinas DTP ou dT, aplicar uma dose de reforço. São necessárias doses de reforço da vacina a cada dez anos. Em ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para cinco anos após a última dose. O intervalo mínimo entre as doses diárias é de 30 dias.
3. Adolescente que resida ou que for viajar para área endêmica de febre amarela (estados: AP, TO, MA, MT, RO, AC, RR, AM, PA, GO, MG, SP, SC e RS); área de transição (alguns municípios dos estados PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS); e áreas de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG); vacinar 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. Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de cinco anos, precisa receber uma dose de reforço. Em caso de ferimentos graves, antecipar a dose de reforço para cinco anos após a última dose (BRASIL, 2014a).

E o HPV?

A agência FIOCRUZ notícias (2008) divulgou no site http://goo.gl/GocnbB a seguinte informação:

> [...] cerca de 50% da população sexualmente ativa, em algum momento da vida, cruzam com o HPV. Estima-se que 30 milhões de pessoas em todo o mundo tenham lesões de verruga genital (condiloma acuminado) e 10 milhões apresentem lesões intraepiteliais de alto grau em colo uterino. Além disso, ocorrem no mundo 500 mil casos de câncer de colo uterino por ano. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca), são 19.200 casos novos a cada ano de câncer de colo uterino, doença que mata mais de quatro mil mulheres anualmente. Sabe-se que 11% de todos os casos de câncer que acometem as mulheres são causados por HPV. Além de lesões em colo uterino (as principais), os tipos de câncer por HPV podem ser de vulva, vagina, ânus, orofaringe, cavidade bucal e laringe.

Isso nos leva a refletir sobre a importância da utilização da vacina contra o HPV nos programas de atenção à saúde do adolescente.

Markowitz et al. (2007) sugerem que a vacina seja disponibilizada a meninas entre 11 e 12 anos, podendo ainda ser ofertada a meninas de 9 anos. A imunização consiste na aplicação de três doses intramusculares com intervalos de dois e seis meses após a primeira.

Mulheres de 13 a 26 anos de idade também podem ser imunizadas desde que não tenham sido previamente vacinadas ou que não tenham recebido as três doses durante o período de um ano, quando tinham entre 11 e 12 anos. Mulheres mais velhas que ainda não tenham experiências sexuais podem ser beneficiadas. Contudo, apenas 50% a 60% das mulheres desenvolvem anticorpos contra o HPV naturalmente adquirido (NADAL; NADAL, 2008).

No Brasil, a vacina contra o HPV está disponível desde o dia 10 de março de 2014. A meta do Ministério da Saúde é vacinar 4,1 milhões de adolescentes na faixa etária de 11 a 13 anos, até o fim do ano de 2014. O esquema de vacinação é composto por três doses: a segunda será aplicada com intervalo de seis meses e a terceira, de reforço, cinco anos após a primeira dose. Em 2015, serão vacinadas as adolescentes de nove a 11 anos e, em 2016, começam a ser imunizadas as meninas que completam 9 anos (BRASIL, 2014b).

SAIBA MAIS!

O manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais traz informações importantes sobre qual a melhor conduta a ser adotada para reverter a situação vacinal nos casos de vacinação incompleta e/ou duvidosa. Faça a leitura acessando: http://goo.gl/LubTqP.

5 SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

Palma (2006) relembra que durante muitos anos os estudos acreditavam que os adolescentes, assim como as crianças, não eram afetados por problemas mentais, já que, supostamente, esse grupo etário não apresenta problemas vivenciais. Atualmente, sabe-se que os adolescentes são tão suscetíveis a transtornos mentais quanto os adultos, principalmente à depressão, o que interfere de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral do jovem, podendo até levar ao suicídio. Citam-se as principais manifestações clínicas da depressão em adolescentes de 12 a 16 anos, de acordo com Palma (2006):

- Humor depressivo;
- Irritabilidade;
- Desesperança;
- Dificuldade de concentração;
- Apatia;
- Baixo rendimento escolar;
- Evasão escolar;
- Pensamento e/ou tentativa de suicídio;
- Alteração do ritmo de sono;
- Alteração do apetite.
- Uso abusivo de drogas (frequente em adolescentes com transtornos afetivos e, muitas vezes, resulta de tentativas de automedicação para alívio de sofrimento depressivo).

SAIBA MAIS!

Você irá encontrar informações sobre as condutas a serem adotadas frente a situações de depressão em adolescente, acessando: http://goo.gl/SRNvpK.

FIQUE ATENTO!

Nos casos de transtornos mentais identificados, solicite apoio da equipe do Nasf; o ideal é que você possa construir de forma multiprofissional as melhores alternativas para direcionar o usuário!

Considerações finais

Mudanças no estilo de vida durante a adolescência repercutem direta ou indiretamente nas questões de saúde. A busca por um corpo bonito e a necessidade de ser aceito em grupos de amizade podem influenciar a alimentação e os aspectos nutricionais de adolescentes. A obesidade, a anorexia e a bulimia podem ser resultados de um ambiente social desfavorável para o adolescente e para o sucesso de um possível tratamento.

A equipe de saúde deve ser sensível ao tipo de ambiente no qual o adolescente que precisa de apoio convive, e utilizá-lo a seu favor na condução de um tratamento específico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinação**. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/vacinacao/>. Acesso em: 5 maio. 2014.

____. ____. **Vacina contra HPV está disponível nos postos de saúde de todo o país**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://goo.gl/7TUWko. Acesso em: 25 abr. 2014b.

____. ____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/YylL2r>. Acesso em: 4 fev. 2013.

CDC. **Promoting physical activity**: a best buy in public health. 2000.

CORDELLINI, Julia Valéria Ferreira. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: http://goo.gl/xCOJSj. Acesso em: 22 abr. 2014.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Médico esclarece questões sobre HPV e vacinação. In: CONGRESSO DA COMUNIDADE DE PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA SOBRE DST/AIDS, 2., 2008, Rio de Janeiro. **Livro de resumos...** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/f0WuCq>. Acesso em: 25 abr. 2014.

MARKOWITZ, L. E. et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP). **MMWR Recomm Rep**, n. 56, p. 1-24, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em casa**: atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte, MG: SAS, 2006. 152 p. <http://goo.gl/zo64fk>. Acesso em: 24. Abr. 2014.

NADAL, Luis Roberto Manzione; NADAL, Sidney Roberto. Indicações da vacina contra o papilomavirus humano. **Rev bras. colo-proctol**., Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, mar. 2008.

PALMA, Sônia Maria Motta. Depressão na adolescência. In: ____. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p. Disponível em: <http://goo.gl/nloXAW>. Acesso em: 22 jan. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação do adolescente**: recomendações da sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) -2013/2014. 2014. Disponível em: http://goo.gl/OA3N6l. Acesso em: 25 abr. 2014.

Leitura complementar:

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 set. 2009. Seção I, p. 90. Disponível em: http://goo.gl/hkRD43. Acesso em: 25 jan. 2013.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

____. ____. ____. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

____. ____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

____. ____. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).

____. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 1940. Disponível em: http://goo.gl/19RcGT. Acesso em: 25 jan. 2013.

CORDELLINI, Julia Valéria Ferreira. Adolescência e a saúde física e mental. **Revista Igualdade**, Curitiba, ano 14, n. 42, 2008.

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

LEVIN, M. Healthy sexual behavior. **Pediatr. Lin. N. Am**, [S.l.], v. 16, p. 329-32, 1969.

SILBER, T. J.; WOODWARD, K. Enfermidades de transmisión sexual durante la adolescencia. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud del adolescente y el joven en las Americas**. Washington: [s.n.], 1985. p. 93-99.

SILVA, Lucília Nunes da; RANÑA, Fernanda Fernandes. Captação e acolhimento do adolescente. In: ____. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.