

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

Cadernos de Saúde da Família

Saúde do Adolescente e a Saúde da Família

Organizadoras:

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Paola Trindade Garcia



SAÚDE DO ADOLESCENTE E A
SAÚDE DA FAMÍLIA

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

SAÚDE DO ADOLESCENTE E A SAÚDE DA FAMÍLIA

São Luís



EDUFMA

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.ª Dr.ª Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.ª Dr.ª Sílvia Tereza de Jesus Rodrigues Moreira Lima

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Prof.ª Dr.ª Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos; Prof.ª Dr.ª Michele Goulart Massuchin; Prof. Dr. Jadir Machado

Lessa; Prof.ª Dr.ª Francisca das Chagas Silva Lima; Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire;

Prof.ª Dr.ª Maria Mary Ferreira; Prof.ª Dr.ª Raquel Gomes Noronha

Projeto de design

Eurides Florindo de Castro Junior

Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos

Marcio Henrique Sá Netto Costa

Normalização

Edilson Thialison da Silva Reis – CRB 13ª Região, nº de registro – 764

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas; Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão de texto

Fábio Alex Matos Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Saúde do adolescente e a saúde da família/Judith Rafaelle Oliveira Pinho; Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2016.

88 p.: il. (Cadernos de Saúde da Família, n. 6).

ISBN: 978-85-7862-581-8

1. Saúde pública. 2. Saúde do adolescente. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Raymundo, Carmen Maria. II. Mathias, Celia Regina de Jesus Caetano. III. Grossman, Eloisa. IV. Bastos, Fernanda Graneiro. V. D' Abreu, Henrique Cesar Chaves. VI. Felipe, Ilana Mirian Almeida. VII. Antunez, Mario Eliseo Maiztegui. VIII. Albuquerque, Vinícius Mendes. IX. Título.

CDU 614.2

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2016. Todos os direitos 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.

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

Carmen Maria Raymundo: Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (1986); mestrado em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (2002); e especialização em História da África e do Negro no Brasil pela Universidade Candido Mendes. Atualmente é Assistente Social da UERJ e coordenadora do Programa de Saúde do Trabalhador Adolescente, do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, da UERJ. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do trabalhador adolescente, trabalho infanto-juvenil, saúde de adolescentes e jovens, atenção integral à saúde e adolescência.

Celia Regina de Jesus Caetano Mathias: Possui graduação em Odontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (1986), mestrado em Odontologia (Odontologia Social) pela Universidade Federal Fluminense – UFF (1990) e doutorado em Saúde Coletiva pela UERJ (2014). Atualmente é cirurgiã-dentista do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA da UERJ. Tem experiência na área de Odontologia de Saúde Coletiva, atuando principalmente nas seguintes áreas temáticas: saúde oral, saúde de adolescentes e jovens, promoção de saúde, adolescência e juventude e capacitação de profissionais na área de saúde.

Eloisa Grossman: Possui doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (2006). Atualmente é professora adjunta da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e médica da Fiocruz. Publicou oito artigos em periódicos especializados e 34 trabalhos em anais de eventos. Possui cinco capítulos de livros e cinco livros publicados. Possui 20 itens de produção técnica. Participou de um evento no exterior e 18 no Brasil. Entre 1985 e 2002, participou de dois projetos de pesquisa. Atua na área de Medicina, com ênfase em Saúde do Adolescente. Em suas atividades profissionais, interagiu com 66 colaboradores em coautorias de trabalhos científicos. Em seu Currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica, tecnológica e artístico-cultural são: saúde de adolescentes e jovens, adolescência, capacitação profissional, educação a distância, medicina de adolescentes, autoaprendizagem, pediatria e Atenção Básica à Saúde.

Fernanda Graneiro Bastos: Possui graduação em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ (1997) e mestrado em Serviço Social pela UERJ

(2004). Atualmente é coordenadora da Atenção Primária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da UERJ e assistente social do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras – IETAP. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase na Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do adolescente, adolescência, HIV-Aids, educação em saúde, educação a distância e saúde e sexualidade.

Henrique Cesar Chaves D’ Abreu: Possui graduação em Medicina (1995-2000) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Residência Médica em Saúde do Adolescente (2001-2003) pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – HUPE/UERJ. Médico do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA, de 2003 até a presente data.

Illana Mirian Almeida Felipe: Enfermeira docente e doutora em Ciências - área de concentração: Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP USP. É professora titular do Colégio Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Colun/UFMA na área de educação profissional (técnico-tecnológico). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos seguintes temas: Epidemiologia de Doenças Transmissíveis; APS e Avaliação em Serviços de Saúde; Saúde da Criança e Adolescente. Atua como tutora de ensino a distância (EAD) pela UNA-SUS/UFMA na área de Atenção Básica à Saúde. É professora de graduação da Universidade Ceuma e coordena o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Coletiva do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Coletiva do Maranhão – NUPESCMA da Universidade Ceuma. Atualmente, integra o corpo docente e de pesquisadores do Mestrado Profissional de Gestão em Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma; e ministra as disciplinas Metodologia Científica e Laboratório de Pesquisa; Redação e Formatação de Artigo Científico; Biossegurança e Vigilância Sanitária.

Mario Eliseo Maiztegui Antunez: Possui graduação em Odontologia pela Universidad de Buenos Aires, Argentina – UBA (1977). Dentista da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Brasil (revalidação) 1982. Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA da UERJ, desde 1987.

Vinícius Mendes Albuquerque: Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2012); especialista em Saúde da Família pela UNA-SUS/UFMA (2015). Atualmente é médico residente em Oftalmologia pela Faculdade de Medicina de Jundiaí – FMJ, de São Paulo.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	13
2 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NAS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE	15
2.1 Captação e acolhimento de adolescentes: como a Estratégia Saúde da Família pode atuar?	15
2.1.1 Ações estratégicas de promoção da saúde	17
2.2 Aspectos éticos e legais em saúde do adolescente	18
2.3 Desenvolvimento e crescimento do adolescente	19
2.3.1 Puberdade feminina	22
2.3.2 Puberdade masculina	24
2.3.3 As fases do crescimento esquelético	26
2.3.4 Composição corporal	26
2.3.5 A pressão arterial	27
REFERÊNCIAS	28
3 PRINCIPAIS AGRAVOS CLÍNICOS NA ADOLESCÊNCIA	31
3.1 Compreendendo os problemas	31
3.2 Problemas nutricionais	32
3.3 Problemas odontológicos	37
3.3.1 Cárie dentária	37
3.3.2 Doença periodontal	38
3.4 Dor musculoesquelética	40
3.5 Cefaleia, síncope e vertigem	42
3.6 Problemas infecciosos	45
3.6.1 Mononucleose infecciosa	45
3.6.2 Infecção urinária	46
REFERÊNCIAS	49
4 SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA	51
4.1 Sexualidade	51

4.2	Abordagem da sexualidade	53
4.3	Saúde reprodutiva e agravos relacionados	55
4.3.1	Anticoncepção na adolescência.....	55
4.3.2	Gestação na adolescência.....	56
4.3.3	Pré-natal.....	57
4.3.4	Papel do profissional de saúde diante do diagnóstico da gravidez.....	60
4.4	Aborto	60
4.5	Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs	62
4.5.1	Manejo clínico sintomático das DSTs- síndrome doença.....	62
4.5.2	Adolescente portador de HIV.....	63
4.5.3	Exame ginecológico.....	64
4.5.4	Dor ovulatória (Mittelschmerz)	64
4.5.5	Síndrome pré-menstrual.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
5	SAÚDE NUTRICIONAL, SAÚDE MENTAL E IMUNIZAÇÃO	69
5.1	Obesidade	69
5.1.1	Relação cintura-quadril.....	71
5.1.2	Controle da obesidade.....	73
5.1.3	Tratamento da obesidade: mudança do estilo de vida x dieta.....	73
5.2	Anemia	75
5.3	Desnutrição	75
5.4	Saúde mental na adolescência	76
5.5	Imunização na adolescência	77
	REFERÊNCIAS.....	84

PREFÁCIO

No Brasil os direitos de crianças e adolescentes são assegurados por lei pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens com base nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Este documento norteia a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

No país, os adolescentes e jovens (de 10 a 24 anos) estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. Além disso, é a fecundidade das mulheres nessa faixa etária que, atualmente, mais tem contribuído para aumento da gravidez na adolescência (BRASIL, 2010).

Portanto, o acesso a serviços de saúde que acolha as necessidades e seja eficaz na integralidade da atenção à saúde e nas especificidades que essa faixa etária exige é imprescindível para a efetivação das diretrizes dispostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

Assim, este livro visa discutir o papel dos profissionais de saúde nas ações e estratégias voltadas à saúde dos adolescentes, bem como abordar situações clínicas e agravos específicos desse ciclo de vida. Objetiva também abordar aspectos importantes a serem levados em consideração pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, uma vez que a atenção básica se constitui em porta de entrada para o SUS.

Ana Carolina U. R. Fernandes
Especialista em Gestão, Educação e Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência constitui uma etapa de transição entre a infância e a fase adulta. O Estatuto da Criança e do Adolescente define adolescente como a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade. Já o Ministério da Saúde, em sua Caderneta de Saúde do Adolescente, considera a adolescência como o período dos 10 aos 19 anos de idade.

Estima-se que mais de 20% da população brasileira seja composta por adolescentes. Esses dados, somados às diferentes alterações – físicas, mentais e sociais – que caracterizam a adolescência, demonstram a necessidade de identificação das vulnerabilidades às quais essa faixa etária está exposta, além do direcionamento de políticas públicas que atendam suas diferentes demandas.

Ao longo dos capítulos seguintes serão discutidos diferentes aspectos que envolvem a saúde do adolescente, com ênfase para o papel dos profissionais da saúde nas ações de atenção integral à saúde do adolescente, os principais agravos clínicos nessa faixa etária, sexualidade e saúde reprodutiva, além de questões referentes à saúde nutricional, saúde mental e imunização.

Ementa: O conceito do adolescente. A promoção, proteção e recuperação da saúde de jovens e adolescentes. Métodos educativos para promover a saúde do adolescente. Crescimento e desenvolvimento. Saúde sexual e reprodutiva. Redução da mortalidade por violência e acidentes. Assistindo o adolescente. Situações de risco à saúde da adolescência.

2 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NAS AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

*Ilana Mirian Almeida Felipe
Vinícius Mendes Albuquerque*

Os objetivos deste capítulo são discutir a atuação dos profissionais da saúde nas ações que envolvem a saúde do adolescente e descrever as alterações inerentes ao crescimento e desenvolvimento nessa fase.

A assistência à saúde na Atenção Básica necessita de conhecimentos sobre as diversas fases do desenvolvimento humano. Ouvimos falar a todo o momento que a adolescência é uma fase cheia de transformações, questionamentos, mudanças de sentimentos e conflitos. Desse modo, como fazer para que esse adolescente se sinta acolhido pela equipe de saúde? Essa é uma pergunta que terá inúmeras respostas, e a construção de seus argumentos e conclusões é o principal objetivo ao final deste capítulo.

2.1 Captação e acolhimento de adolescentes: como a Estratégia Saúde da Família pode atuar?

A pessoa que procura a unidade de saúde está em busca de um profissional que possa ouvir suas demandas. Ela deseja ser acolhida, orientada, compreendida em suas necessidades, pois assim se sente confiante de que está segura e bem amparada. Logicamente, isso não é diferente em se tratando de adolescentes. Muito pelo contrário, a [...] maioria deles sente vergonha, medo de ser repreendido e intimidado pela figura do profissional, fazendo da atitude de procurar a unidade de saúde um ato difícil e que necessita de certa coragem (SÃO PAULO, 2006).

Os adolescentes não tendem a escolher os serviços de saúde como espaços de trânsito, portanto as ações ou programas de saúde devem sempre pensar em estratégias para encontrar esse adolescente. E a equipe de saúde deve ser capaz de compreender que a necessidade dos jovens em relação às questões que envolvem saúde está muito mais voltada a

assuntos de ordem subjetiva, como: busca de compreensão das mudanças vividas, autopercepção, orientações, sexualidade, dentre outras (SILVA; RANÑA, 2006).

Portanto, é importante que você consiga conhecer e compreender o adolescente, entender os espaços que ele frequenta, para organizar todas as ações de saúde voltadas para esse público.

A Política Nacional de Atenção Básica visa reestruturar a rede de atenção em saúde, a partir dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), e desenvolve-se a partir do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006). Com relação às diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, o Ministério da Saúde assegura que:

Hoje demandam a atenção do setor de saúde novas sintomatologias que estão na fronteira entre os problemas de vida e as patologias, como aquelas trazidas pela violência em geral, pela exploração sexual, pelas síndromes de confinamento, a gravidez na adolescência, dentre outras, que atingem sobremaneira as pessoas jovens, e que desabam o arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina e a maneira de trabalhar com a ortodoxia da medicina, demandando investigação e inovação nos cuidados em saúde, tanto na atenção básica quanto na média e alta complexidade (BRASIL, 2010a).

Diante desse contexto, não se pode, ainda, lançar mão de antigas práticas de saúde, alicerçadas no modelo hospitalocêntrico, voltadas apenas para a cura da doença. No modelo de atenção integral à saúde, o propósito é que o profissional possa ampliar suas possibilidades de atuação, tendo foco não somente no indivíduo, mas que possa compreender que a organização dos serviços e o conhecimento da realidade são instrumentos potencialmente capazes de modificar suas práticas. Trazendo essas reflexões para a assistência à saúde do adolescente, o que deve ser compreendido é que o profissional da saúde deve pautar sua conduta considerando o meio ambiente como um fator de importância capital na compreensão da problemática do adolescente.

2.1.1 Ações estratégicas de promoção da saúde

As ações estratégicas voltadas para a promoção da saúde do adolescente devem requerer o envolvimento de sujeitos e coletivos, visando desenvolver a autonomia. Dessa forma, compreende-se que a participação conjunta na construção de ambientes saudáveis pode reduzir não somente o adoecimento, mas esse comprometimento favorece, também, a sustentabilidade e a efetividade das ações intersetoriais que podem se configurar no SUS. Dentre as principais estratégias a serem adotadas pela equipe, o Ministério da Saúde cita:

- Adotar o planejamento das ações de promoção da saúde, a partir de um território sanitário ou região de saúde, que tenha como centro a articulação entre os atores sociais, incluindo atores sociais jovens, e a consolidação das sinergias já em desenvolvimento, ampliando as redes de compromisso e de corresponsabilização na construção conjunta da equidade no modo de viver saudável;
- Levantar em conta, nas ações de promoção para a saúde das pessoas jovens, os projetos de vida e o contexto sociocultural e econômico em que eles se realizarão e o desenvolvimento da cultura de paz promovida em trabalhos articulados a escolas e com as comunidades e famílias. As escolas, por excelência, concentram grandes números de adolescentes e jovens, mas o setor de saúde não deve limitar-se apenas a essa parceria;
- Os serviços de saúde devem apoiar e valorizar iniciativas, governamentais ou não, que fomentem a participação juvenil, a convivência comunitária, a inserção social e as atividades culturais e esportivas que podem constituir-se em excelentes parceiros das equipes de saúde que atuam no mesmo território. Para isso, é preciso estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência;
- Favorecer o exercício da cidadania de adolescentes e jovens integrantes de grupos comunitários, esportivos, culturais, religiosos, dentre outros, assim como estudantes com características de liderança, capacitando-os como promotores de saúde junto a seus pares e para participarem do planejamento, execução e avaliação das ações de saúde que afetam seu bem-estar, assim como nas instâncias de controle social do SUS;
- Incorporar, nas ações desenvolvidas no serviço de saúde e nas ações intersetoriais, a abordagem transversal dos temas estruturantes, recomendados neste documento, para a reflexão sobre as desigualdades e iniquidades relacionadas à raça, etnia, gênero e orientação sexual, e a outras formas de exclusão e discriminação;
- Abordar a ética e a cidadania na promoção da saúde, o que significa criar oportunidades para que os adolescentes e jovens possam discutir, reconhecer, refletir, vivenciar e praticar princípios éticos, em bases universais, plurais, transreligiosas e transculturais, sem qualquer fundamentalismo, dogmatismo ou proselitismo (BRASIL, 2010a).

2.2 Aspectos éticos e legais em saúde do adolescente

Conforme o artigo 154 do Código Penal Brasileiro, é vedado aos profissionais:

Art. 154: Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação

possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano (BRASIL, 1940).

Nos casos de dificuldade de enfrentamento de algumas questões, recomenda-se (SÃO PAULO, 2006):

- Que a equipe de saúde busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis tem a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;
- Que a quebra de sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde, juntamente com o adolescente, e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida e não como uma forma de “livrar-se do problema”.

2.3 Desenvolvimento e crescimento do adolescente

A adolescência é conceituada como uma fase de desenvolvimento do ser humano situada entre a infância e a idade adulta que, apesar de transitória, é extremamente importante, uma vez que, nesse período, são obtidas as características físicas, psicológicas e sociais de adulto. O crescimento e o desenvolvimento são eventos geneticamente predeterminados que estão intimamente relacionados às crianças e adolescentes, sendo fortemente influenciados por fatores ambientais (socioeconômicos, políticos) e específicos (nutricionais, hormonais e emocionais).

De maneira geral, o crescimento é avaliado por medidas clínicas (peso, altura, perímetros) e idade óssea, enquanto o desenvolvimento é avaliado pela idade mental que resulta da maturidade psicossocial. A puberdade é conhecida como a última etapa do crescimento físico, que evolui de forma diferenciada nos dois sexos. Na média, sabe-se que as meninas entram na puberdade um a dois anos antes dos meninos, porém a idade e a velocidade com que ocorrem as modificações são extremamente diversas de um indivíduo para outro. Da mesma maneira, cada adolescente responde às demandas e oportunidades da vida de modo pessoal e único. Apesar dessas diferenças, o ponto em comum e que distingue a adolescência

é a transformação. Assumir mudanças na imagem corporal, adotar valores e estilo de vida, conseguir independência dos pais e estabelecer uma identidade própria são as principais tarefas da adolescência.

E, mesmo reconhecendo-se que nessa fase o critério cronológico perde importância, sendo mais relevante o estágio de maturação sexual, para que se possa compreender a evolução dessas tarefas é interessante analisar o desenvolvimento, subdividindo-o por idade ou através de etapas:

Figura 1 - Idade ou etapas do desenvolvimento.

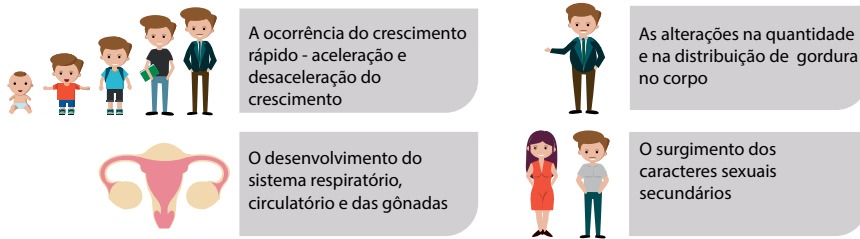


Fonte: Adaptado de: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006.

A fase inicial da adolescência (10-13 anos) é um período marcado pelo rápido crescimento e pela entrada na puberdade e deve ser estimulado o acompanhamento dos pais à consulta, tendo em vista a participação destes no sucesso do plano de trabalho; a adolescência intermediária (14-16 anos) caracteriza-se pelo desenvolvimento intelectual e pela maior valorização do grupo; e na adolescência tardia (17-20 anos) consolidam-se as etapas anteriores. Nesta última fase, se todas as transformações tiverem ocorrido conforme previsto, incluindo a presença de um suporte familiar e do grupo de iguais, o adolescente estará pronto para as responsabilidades da idade adulta (SÃO PAULO, 2006).

Na puberdade, ocorrem as modificações decorrentes da ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. O seu início varia de 8 a 13 anos no sexo feminino e de 9 a 14 anos no sexo masculino. Destaca-se nessa fase, de uma maneira geral:

Figura 2 - Modificações decorrentes da ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.



Fonte: Adaptado de: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006.

Entretanto, existem variações entre os adolescentes em relação à duração e à época em que essas mudanças ocorrem, afinal as pessoas são diferentes, sendo normais as variações até dentro de uma mesma família.

De um modo geral, as meninas levam em torno de dois a três anos para terminar as mudanças físicas e os meninos por volta de quatro anos. Na puberdade, os adolescentes ganham cerca de 20% de sua estatura final e 50% de seu peso adulto. Ao rápido crescimento em estatura, característico desta fase, dá-se o nome de estirão puberal. O crânio também participa do estirão puberal. Cresce o globo ocular e ocorre com frequência o aparecimento de miopia, aspecto importante a ser monitorado no adolescente escolar (BRASIL, 2014a).

No sexo masculino, é mais marcante o crescimento da frente, do nariz, da mandíbula e do maxilar superior, assim a má oclusão dentária pode se acentuar nesta fase, facilitando o aparecimento ou acentuando uma queixa de cefaleia. O crescimento do tronco, embora ocorra depois do crescimento dos membros, contribui com a maior parcela da altura, aumentando a relação do tronco/membro. Na prática, é nesse momento que se estabelecem e/ou agravam-se os desvios da coluna (escoliose do adolescente, cifose juvenil, lordose), devendo esse crescimento e essa postura serem monitorados, pois uma intervenção precoce permite resultados de cura mais rápidos e mais eficazes (BRASIL, 2010b).

O pico de velocidade de crescimento nas meninas ocorre por volta dos 11 aos 12 anos e entre 13 e 14 anos nos meninos – momento importante para observação das questões alimentares, postura, adequações das práticas esportivas, entre outras.

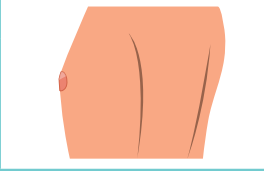
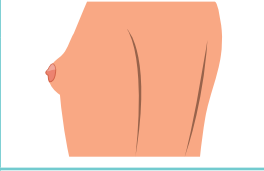
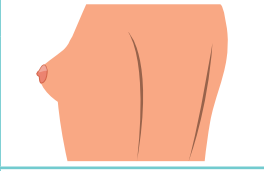
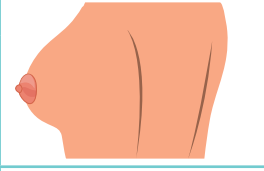
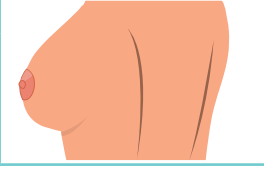
Ao final da puberdade, que varia de acordo com o sexo, genética e condições ambientais, o crescimento esquelético está concluído, o que se constata pela soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos. O amadurecimento gonadal também está completo, possibilitando o exercício da função reprodutiva. O peso também apresenta aceleração e posterior desaceleração. No sexo masculino, a velocidade máxima de ganho de peso coincide com o pico de velocidade de crescimento estatural. No sexo feminino, a velocidade máxima de ganho de peso ocorre geralmente seis meses depois do pico da velocidade de crescimento em estatura (BRASIL, 2010b).

2.3.1 Puberdade feminina

O surgimento do broto mamário é a primeira manifestação da puberdade feminina, a telarca, como é chamado esse fenômeno, ocorre em média entre 7 e 9 anos de idade.

A pubarca, adrenerca ou surgimento de pelos pubianos ocorre cerca de seis meses após a menarca.

Figura 3 - Estágios de maturação sexual de Tanner (mamas).

	M1 Mamas infantis
	M2 8 - 13 anos Fase do broto mamário (elevação da mama e auréola como pequeno montículo)
	M3 10 - 14 anos Maior aumento da mama, sem separação dos contornos
	M4 11 - 15 anos Projeção da auréola e das papilas para tornar uma segunda saliência acima do nível da mama
	M5 13 - 18 anos Fase adulta, com saliência somente nas papilas

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da adolescente**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 42 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:<<http://goo.gl/EFtIH6>>.

Figura 4 - Estágios de maturação sexual de Tanner (pelos pubianos femininos).

	P1 Fase pré-adolescência (não há pelugem)
	P2 9 - 14 anos Presença de pelos longos, macios, ligeiramente pigmentados ao longo dos grandes lábios
	P3 10 - 14 anos Pelos mais escuros, ásperos, sobre o púbis
	P4 11 - 15 anos Pelugem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor do que no adulto
	P5 12 - 16 anos Pelugem do tipo adulto, cobrindo todo o púbis e a virilha

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da adolescente**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 42 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/EFtIH6>>.

2.3.2 Puberdade masculina

Por volta dos 9 ou 10 anos de idade ocorre a primeira manifestação da puberdade masculina, o aumento do volume testicular. Cerca de um ano depois se observa o crescimento peniano, que cresce inicialmente em tamanho e depois em diâmetro. Em média, aos 12 anos e 8 meses ocorre a primeira ejaculação, semenarca ou espermaca. A ginecomastia puberal pode ocorrer em grande parte dos meninos, e é frequentemente bilateral e eventualmente dolorosa. Deve regredir de seis a oito meses, e quando

isso não acontece em até 24 meses há necessidade de avaliação por um cirurgião plástico (BRASIL, 2014a).

Classificação da ginecomastia

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. Inicia-se, geralmente, entre 13 e 14 anos (BRASIL, 2014a).

Figura 5 - Estágios de maturação sexual de Tanner (meninos).

	G1 Pré-Adolescência		P1 Fase pré-Adolescência (não há pelagem)
	G2 9 – 11 anos Aumento da bolsa escrotal e dos testículos sem aumento do pênis		P2 11 – 15 anos Presença de pelos longos, macios, ligeiramente pigmentados principalmente na base do pênis
	G3 10 – 15 anos Aumento do pênis, inicialmente em crescimento. Continua o crescimento dos escrotos e dos testículos		P3 11 – 16 anos Pelos mais escuros, encaracolados, distribuindo-se na região pubiana
	G4 11 – 16 Aumento do diâmetro do pênis e da glândula. Continua o crescimento dos testículos e escroto, cuja pele escurece		P4 12 – 16 ANOS Pelagem do tipo adulto, mas a área coberta é consideravelmente menor do que no adulto
	G5 12 – 17 anos Tipo adulto		P5 12 – 16 ANOS Pelagem do tipo adulto, estendendo-se até a face interna das coxas

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para o atendimento à saúde do adolescente**. 2014a. 6 f. Disponível em: <<http://goo.gl/WIQHQk>>.

IMPORTANTE!

Considera-se retardo puberal a ausência de qualquer característica sexual secundária em meninas a partir dos 13 anos de idade e em meninos a partir dos 14 anos. Encaminhar para avaliação médica especializada (médico endocrinologista, hebiatra – clínico de adolescentes –, ou ginecologista infanto-puberal).

Considera-se puberdade precoce quando ocorre o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos no sexo feminino e antes dos 9 anos no sexo masculino. Encaminhar para o endocrinologista ou ginecologista infanto-puberal (BRASIL, 2014a; BRASIL 2014b).

2.3.3 As fases do crescimento esquelético

Quadro 1 – Fases do crescimento esquelético.

Fase de crescimento estável (pré-puberal): quando o adolescente ganha, em média, 4 a 6 cm/ano em altura e 2 a 3 kg/ano no peso.

Fase de aceleração do crescimento (puberal): quando a velocidade do crescimento aumenta até atingir o máximo – PVC (Pico de Velocidade de Crescimento). Nas meninas, ocorre entre 11 e 12 anos atingindo, em média, 8 a 9 cm por ano. Nos meninos a média é de 10 cm por ano e ocorre entre 13 e 14 anos, em ambos os sexos, esta fase dura, em média, dois anos.

Fase de desaceleração do crescimento (pós-puberal): a diminuição da velocidade de crescimento e o alcance da altura final do adulto, ocorrendo entre 15 e 16 anos no sexo feminino e 17 a 18 anos no sexo masculino (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Fonte: Adaptado de: LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 70-5, abr./jun. 2010.

2.3.4 Composição corporal

A maturação sexual indica a composição corporal do adolescente. Nas meninas a primeira menstruação representa uma desaceleração no crescimento com fim do estirão puberal, e o maior acúmulo de tecido

adiposo. Já nos meninos o desenvolvimento de massa magra e muscular ocorre com a fase de desenvolvimento dos genitais e pelos pubianos (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

2.3.5 A pressão arterial

A pressão arterial (PA) nos primeiros anos de vida tem elevação gradual. Na adolescência, há uma elevação mais rápida até chegar aos níveis pressóricos do adulto. A avaliação da PA deve ser uma rotina na consulta do adolescente, para permitir um diagnóstico precoce de hipertensão arterial.

É importante lembrar que, pela ansiedade, insegurança ou nervosismo do adolescente, a pressão arterial pode sofrer elevação no primeiro momento do atendimento. Recomenda-se, nesse caso, aferir mais de uma vez a pressão arterial e não estabelecer um diagnóstico de hipertensão arterial antes de repetir a aferição da pressão em outros momentos e afastar outras causas (CORDELLINI, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca do adolescente pelos serviços de saúde pode estar associada às mudanças no desenvolvimento corporal, diferenças comportamentais, questões estéticas, curiosidades e/ou dúvidas sobre o início da vida sexual. Independentemente do porquê da busca ou se foi de forma espontânea ou não, a equipe de saúde deve estar preparada para atender as necessidades do adolescente.

Deve-se ter em mente, ainda, que essa fase da vida marca o início de uma autonomia familiar e as questões éticas e legais devem estar presentes na tomada de decisão durante o atendimento desses usuários.

REFERÊNCIAS

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://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para o atendimento à saúde do adolescente**. 2014a. 6 f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_menino.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. _____. _____. **Orientações para o atendimento à saúde da adolescente**. 2014b. 6 f. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_menina.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. _____. _____. **Caderneta de saúde do adolescente**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 48 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_menina.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

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

_____. _____. _____. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2009. 300 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2013.

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

BRASIL. 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 25 jan. 2013.

CORDELLINI, J. V. F. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 70-5, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46276/49930>. Acesso em: 22 abr. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p. Disponível em: <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

SILVA, L. N.; RANÑA, F. F. Captação e acolhimento do adolescente. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

Leitura complementar:

CORDELLINI, J. V. F. Adolescência e a saúde física e mental. **Revista Igualdade**, Curitiba, v. 14, n. 42, 2008. Disponível em: <http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=444>. Acesso em: 28 jan. 2013.

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.

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. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2014.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Indicações da vacina contra o papilomavírus humano. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, mar. 2008 .

PALMA, S. M. M. Depressão na adolescência. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente.** São Paulo: SMS, 2006. 327 p.

SILBER, T. J.; WOODWARD, K. Enfermidades de transmissão 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.

3 PRINCIPAIS AGRAVOS CLÍNICOS NA ADOLESCÊNCIA

Carmen Maria Raymundo

Celia Regina de Jesus Caetano Mathias

Eloisa Grossman

Fernanda Graneiro Bastos

Henrique Cesar Chaves D' Abreu

Mario Eliseo Maiztegui Antunez

O objetivo deste capítulo é analisar os problemas clínicos prevalentes no grupo dos adolescentes. Para melhor organizar o nosso debate, parece útil apresentar os quatro grupos nos quais estão incluídas as principais doenças: problemas que têm início em etapas anteriores e persistem na adolescência; problemas prevalentes na adolescência; problemas de relevância epidemiológica em determinado local, que também acometem adolescentes; problemas “silenciosos” na adolescência, que trazem complicações em etapas posteriores.

Você consegue identificar exemplos para cada um dos grupos? Vejamos mais considerações a seguir.

3.1 Compreendendo os problemas

O primeiro grupo, o das doenças que tem início precoce na vida das pessoas, isto é, ainda no período intrauterino ou na infância, é representado pelas doenças de herança genética ou congênitas, como a síndrome de Down, a anemia falciforme, a síndrome da rubéola congênita, e por doenças crônicas que já se manifestam nas crianças, como a diabetes, as doenças alérgicas.

O segundo grupo será tratado especificamente nesta seção. Será impossível estudarmos todas as doenças prevalentes neste espaço, mas espera-se que você se sinta estimulado a aprofundar os seus conhecimentos em outras fontes. Trataremos dos problemas nutricionais, odontológicos, das dores musculoesqueléticas, das principais causas de cefaleias, síncope e vertigens e de duas importantes doenças infecciosas que acometem este grupo etário: mononucleose e infecção urinária.

O terceiro grupo inclui as doenças endêmicas em determinadas regiões e as epidemias, que atingem pessoas de diferentes faixas etárias.

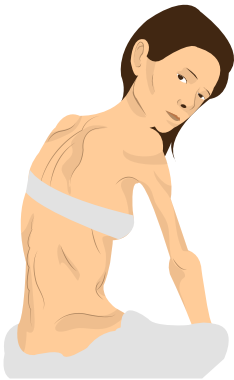
O último grupo, que tem demandado esforços e o desenvolvimento de linhas de cuidado, é constituído pelas doenças crônicas de alta morbidade e mortalidade, como a hipertensão arterial e a obesidade.

3.2 Problemas nutricionais

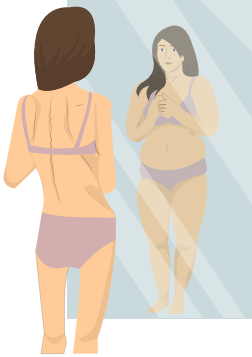
A relação entre nutrição e crescimento é um aspecto muito importante a ser considerado na assistência à saúde de adolescentes. Para que um adolescente possa alcançar o seu potencial biológico, a nutrição adequada é um requisito fundamental.

Desequilíbrio entre a ingestão e o gasto de energia causa impacto na saúde dos adolescentes, acarretando problemas como desnutrição, anorexia nervosa, bulimia, sobrepeso, obesidade, aterosclerose, hipertensão arterial e aumento do número de recém-nascidos de baixo peso em mães adolescentes.

Vejamos a diferença entre anorexia nervosa e bulimia:



A anorexia nervosa afeta principalmente adolescentes do sexo feminino; caracteriza-se pela negação em ingerir alimentos. Há uma acentuada perda de peso, na ausência de comprometimento anatômico ou fisiológico que justifique o quadro.

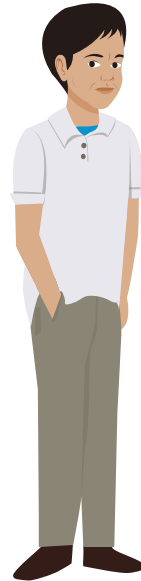


A bulimia caracteriza-se por alimentação compulsiva e purgação frequentes.

REFLETINDO!

Vejamos o caso de Edvaldo, um adolescente de 16 anos, que trabalha em um mercado:

Ao comparecer à consulta médica para avaliação de seus sintomas (cansaço, dor nas costas e desmaios), Dr. Mario realizou uma avaliação antropométrica do adolescente e o diagnóstico foi baixa estatura para a idade e magreza acentuada. Ao ser questionado sobre a sua alimentação, ele contou ao médico que raramente tomava o café da manhã, almoçava às 12h sempre um prato de arroz, feijão, farinha e às vezes comia carne; à noite comia um pão com margarina e café preto e que sempre lanchava biscoitos recheados.



Você acredita que a alimentação de Edvaldo está contribuindo para os sintomas apresentados?

As necessidades nutricionais durante a adolescência estão diretamente relacionadas às mudanças na composição corporal e têm maior correlação com a idade fisiológica do que com a idade cronológica. A

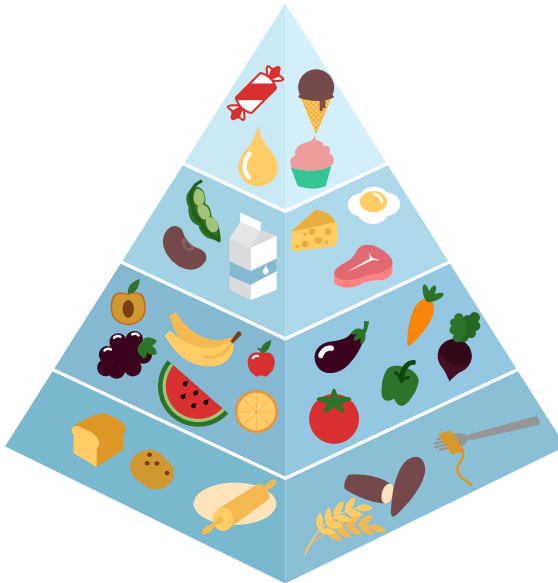
velocidade máxima de crescimento de um adolescente do sexo masculino ocorre, geralmente, no estágio 4 de Tanner, quando as necessidades calóricas, proteicas, de minerais (cálcio, ferro e zinco) e vitaminas estão aumentadas. Nesse sentido, a avaliação do estágio de maturação sexual do adolescente é muito importante e utilizar as informações de estagiamento puberal de Tanner contribui para essa avaliação.

Além das características da alimentação, outros fatores influenciam o estado nutricional de um adolescente, dentre eles, o gasto calórico em atividade física (trabalho e esportes).

Vamos falar um pouco mais de Edvaldo. É fácil observar que a alimentação desse adolescente está inadequada, tanto do ponto de vista qualitativo, quanto quantitativo. Uma alimentação saudável deve incluir alimentos de cada um dos três grupos de nutrientes: carboidratos e lipídios, proteínas e vitaminas/sais minerais.

A pirâmide alimentar é uma representação esquemática de grupos de nutrientes que devem ser consumidos em maior ou menor quantidade em nosso dia a dia; compare a alimentação de Edvaldo com as informações da pirâmide alimentar.

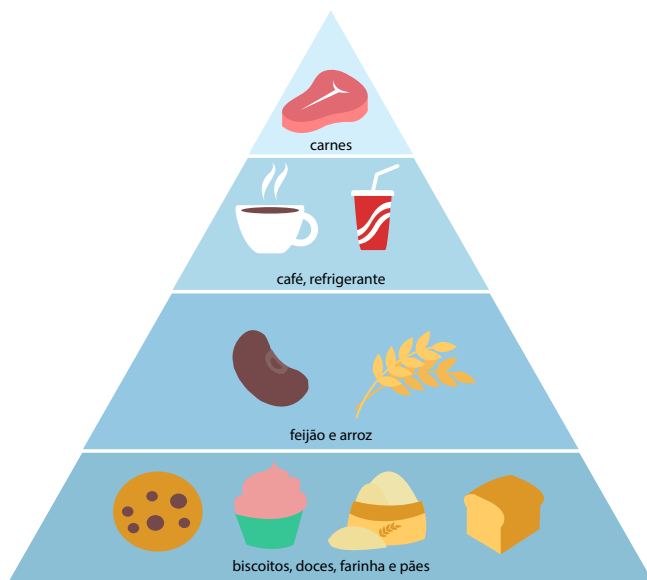
Figura 1 - Pirâmide alimentar.



Fonte: BRASIL. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

A alimentação deve ser composta por quatro a seis refeições diárias, distribuídas em três principais (café da manhã, almoço, jantar), com 15% a 35% das recomendações diárias de energia cada; e em até três lanches intermediários (manhã, tarde e noite), com 5% a 15% das recomendações diárias de energia. A situação da alimentação de Edivaldo vai ao sentido contrário a essa recomendação.

Figura 2 - Pirâmide alimentar inadequada.



Fonte: BRASIL. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

Abordamos uma situação de restrição nutricional que gera a magreza acentuada. A condição oposta a esse problema também é muito comum na adolescência. Veja a situação da adolescente Maria de Lourdes, que procurou a UBS devido à ausência de menarca.

Na avaliação nutricional, encontrava-se na faixa de sobrepeso. O excesso de peso - sobrepeso/obesidade, principalmente se há acúmulo de gordura abdominal, é considerado um fator de risco para a síndrome metabólica.

O tratamento do sobrepeso/obesidade deve ser realizado por equipe multidisciplinar e baseia-se primariamente em mudanças no estilo de vida. A participação da família é importante para o sucesso do tratamento. Medidas importantes são: comer cinco ou mais porções de frutas ou vegetais por dia, ficar diante da TV ou do computador no máximo

duas horas por dia, atividade física em torno de 60 minutos por dia, não consumir refrigerantes, tomar o café da manhã e limitar as refeições fast-food.

3.3 Problemas odontológicos

3.3.1 Cárie dentária

A cárie dentária é a doença oral infectocontagiosa com maior prevalência na adolescência brasileira. Aproximadamente 76% dos indivíduos entre 15 e 19 anos já tiveram algum dente acometido por cárie (BRASIL, 2012). O importante é a prevenção, assim como o diagnóstico precoce, pois, com a evolução, há destruição da estrutura dentária, dor e, finalmente, a perda do elemento dentário.

Vamos ver uma situação que pode favorecer a identificação da cárie: Lucas, 16 anos, tem muito orgulho de não ter nenhum buraco nos dentes, mas, ao sorrir, aparece uma mancha branca no dente da frente (incisivo superior direito). Seus amigos questionam o tempo todo o porquê dessa mancha. O adolescente procurou a UBS e foi atendido pela cirurgiã-dentista Maria Clara, que constatou cárie no estágio inicial.

Manchas brancas nos dentes de um modo geral induzem a pensar em três situações: defeitos de desenvolvimento do esmalte, fluorose ou cárie dentária. A avaliação pelo cirurgião-dentista é fundamental. Só ele é capaz de diferenciar essas manchas. No entanto, o efeito estético de uma mancha em um dente anterior pode ser percebido por qualquer membro da equipe de saúde. O ACS, por exemplo, ao perceber essa alteração, pode sugerir o encaminhamento para a consulta odontológica.

A cárie dentária é a destruição localizada dos tecidos dentais, que se dá pela produção de ácidos que são subprodutos resultantes da fermentação dos carboidratos da dieta por bactérias. Os sinais da desmineralização cariiosa são vistos na estrutura dental, mas o processo inicial da doença ocorre dentro do biofilme (placa bacteriana), que se acumula na superfície do dente (SELWITZ; ISMAIL; PITTS, 2007).

Esse novo paradigma sugere que qualquer pessoa que tenha dentes pode ser acometida por uma cárie, já que a interação do biofilme com os tecidos dentais pode resultar na desmineralização. No entanto, a formação da lesão e progressão pode ser controlada, particularmente por remoção da placa por meio da escovação (KIDD, 2011).

A cárie dental, durante muito tempo, teve seu tratamento limitado à remoção do tecido cariado e à restauração da cavidade. Entretanto, ela é a resultante de um contínuo processo de perda e ganho de mineral. Quando a mancha ativa sofre deposição de íons flúor, cálcio e fosfato, poderá remineralizar e tornar-se inativa. O exame clínico é indispensável para o diagnóstico diferencial de manchas brancas ativas e inativas (GROISMAN, 2011).

3.3.2 Doença periodontal

A doença periodontal é um termo usado num sentido amplo para abranger todas as condições patológicas que acometem as estruturas de proteção e/ou sustentação dentária (NOVACK, 2002).

As alterações periodontais em adolescentes entre 15 a 19 anos atingem 19,1% dessa população (BRASIL, 2012). Na adolescência, a ocorrência mais comum é a gengivite, que é totalmente reversível. Se a gengivite evolui para a periodontite, principalmente com o avanço da idade, a reversão é mais difícil, pois isso pode acarretar perda de estrutura óssea, no entanto há controle para essa condição. O agravamento da doença geralmente acontece após a segunda década de vida. Portanto, é muito importante que a gengivite seja diagnosticada e tratada em seus processos iniciais a fim de não evoluir para a periodontite, podendo ocorrer infecções e perda de dentes em razão da perda de inserção alveolar.

REFLETINDO!

Vamos ver uma situação que pode favorecer a identificação da gengivite: Marisa, 14 anos, comparece à UBS para solicitar um atestado de saúde para a escola. É atendida pela enfermeira Bruna que, na anamnese, questiona sobre a ocorrência de sangramento de gengiva. Marisa responde que “às vezes sangra quando escova, mesmo sem fazer força”. Bruna pergunta o que Marisa acha desse sangramento gengival, e a adolescente responde que acha ser normal.

O que você acha desta situação?

Marisa apresenta uma gengivite. Muitas vezes o tratamento consiste em realizar uma correta higienização bucal, para controle do biofilme (placa bacteriana dental). Qualquer profissional de saúde pode orientar-lhe quanto à necessidade dessa higienização. As gengivas saudáveis não têm sangramento, vermelhidão ou inchaço. Se a gengiva sangra espontaneamente ou quando se escovam os dentes, significa, na maior parte das vezes, que ela está inflamada (gengivite). Na avaliação odontológica, o dentista irá diagnosticar a causa dessa inflamação e indicar o tratamento mais adequado.

Existem fatores que são determinantes na progressão da gengivite pré-existente, tais quais: fumo, álcool, anticoncepcional oral, respiração bucal, diabetes e Aids, dentre outros.

Outras situações de doença periodontal podem ocorrer na adolescência: a periodontite juvenil causa perda precoce de osso alveolar, com rápida progressão, principalmente na dentição permanente. A etiologia parece estar associada à presença de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e, ainda, ao fator hereditário.

A pericoronarite é uma inflamação do tecido gengival que recobre a coroa do dente, de caráter infeccioso ou não, em virtude do acúmulo de biofilme, geralmente estando este dente em processo de erupção. Na adolescência é comum a ocorrência em terceiros molares (sisos). Previna-se a pericoronarite com a correta higienização do dente e da área de erupção (PINTO et al., 2005).

PARA SABER MAIS!

Veja as instruções de higiene bucal para o paciente na caderneta de saúde do adolescente publicada pelo Ministério da Saúde.

3.4 Dor musculoesquelética

As queixas referentes ao sistema osteomioarticular estão entre as mais frequentes em motivo de procura a serviços de saúde entre adolescentes, aproximadamente 33,6% dos jovens relataram alguma dor do tipo referido (TEXEIRA et al., 2001).

A abordagem inicial deve dar ênfase na anamnese e exame físico. É importante caracterizar a localização da dor (músculo, osso ou articulação). Isso pode ser feito solicitando que o paciente localize a dor, uma vez que a dor de origem óssea costuma ter localização bem definida, sendo o paciente capaz de apontar exatamente a sua origem. As dores musculares e articulares não são tão bem definidas, seguindo o trajeto do músculo e comprometendo toda a articulação, respectivamente. Uma diferença importante entre elas é que a dor muscular aparecerá somente quando o paciente fizer algum movimento de contração ou flexão do músculo acometido, enquanto a dor articular ocorrerá em qualquer movimento que a articulação acometida realize, independentemente do músculo ou grupo muscular que a tenha movimentado.

Em relação à dor articular, alguns conceitos básicos são importantes. Artralgia significa dor na articulação. Artrite é dor articular acompanhada de sinais inflamatórios: calor, aumento de volume (derrame articular), hiperemia (rubor) e limitação ou impotência funcional. Esses sinais devem ser pesquisados no exame físico. Dados importantes a serem perguntados na anamnese incluem o período do dia em que a dor é mais intensa, sua relação com a atividade física diária e o comportamento da dor após o repouso.

Dores com características mecânicas (artralgias) são mais comuns ao fim do dia, pioram com a atividade física, melhoram com o repouso e o paciente acorda pela manhã assintomático.

Por outro lado, as dores de características inflamatórias (artrites) são mais comuns no início do dia, melhoram com atividade física e pioram com repouso prolongado. Pela manhã, o paciente pode apresentar rigidez matinal, ou seja, incapacidade de utilizar a articulação acometida por dor ou simplesmente por rigidez, que melhora à medida que esta articulação entra em movimento.

Exames complementares de triagem incluem hemograma completo, provas de atividade inflamatória (VHS e PCR), EAS (para afastar causas de artrite reativa, como uretrites).

REFLETINDO!

Você se lembra do caso de Edvaldo?

Edvaldo é um adolescente de 16 anos que trabalha em um mercado, tendo como tarefas descarregar o caminhão de entregas, empilhar os produtos e manter o mercado limpo. Há algum tempo tem sido atendido em serviços de emergência por dor nas costas.

Durante o atendimento, Dr. Mario constata que Edvaldo acordava assintomático. Sua dor começa durante o expediente de trabalho, agravando-se ao longo do dia e melhorando quando volta para casa e repousa. Edvaldo não sabe precisar onde é a dor, referindo que “doem as costas todas”. Ao exame, não há dor ou limitação à movimentação da coluna cervical, torácica ou lombar. No entanto, Edvaldo refere desconforto à palpação da musculatura paravertebral, notadamente nos trapézios e região lombar. É realizada uma radiografia de coluna cérvico-tóraco-lombar que não apresenta alterações. O Dr. Mario informa a Edvaldo que sua dor tem relação direta com a sobrecarga de trabalho a que está sendo submetido e com seu pobre estado nutricional. Diz também a Edvaldo que gostaria de usar essas informações obtidas na consulta para discutir o caso em equipe multidisciplinar, pois não é possível resolver a dor apenas por meio de prescrição de analgésicos.

3.5 Cefaleia, síncope e vertigem

Cefaleias, “tonteiras” e “desmaios” são as queixas relativamente comuns trazidas por adolescentes à consulta. A cefaleia pode atingir até 10% dos adolescentes (TEXEIRA et al., 2001).

Embora muito frequentemente estes sintomas sejam considerados comuns e, portanto, não valorizados, devemos lembrar que o diagnóstico diferencial é amplo, incluindo causas benignas (exemplo: hipoglicemia)

e outras complexas, que necessitarão de diagnóstico adequado e rápida intervenção.

Em relação às cefaleias, dados de anamnese como intensidade, frequência, fatores agravantes, de melhora e associados, localização (fixa, migratória ou difusa) são fundamentais para identificar a origem da dor e orientar no diagnóstico. Exame físico completo deve ser realizado, com maior atenção ao exame neurológico e pupilas, além de fundoscopia, se possível.

Dor de pequena intensidade, que não afasta o paciente de suas atividades diárias, melhora espontaneamente ou com uso de analgésicos comuns, de baixa frequência, sem sinais ou sintomas associados e provavelmente terá etiologia benigna.

Os sinais/sintomas que tornam necessária uma abordagem diagnóstica minuciosa, com exames complementares (métodos de imagem do sistema nervoso central, análise líquórica, entre outros) são:

- Forte intensidade (incapacidade de continuar com as atividades diárias ou que acorda o paciente, sem alívio com uso de analgésicos comuns).
- Dor localizada e fixa, que é pior em decúbito, e melhora quando o paciente fica de pé.
- Presença concomitante de rigidez nuchal, anisocoria (diâmetro desigual das pupilas), alterações no exame neurológico (ex.: perda segmentar de força muscular) ou sinais de hipertensão intracraniana.

A cefaleia tensional é a mais comum entre adolescentes, sendo originada pela tensão muscular da cabeça e/ou pescoço por estresse ou vício de refração.

Enxaqueca é um tipo específico de cefaleia, comumente iniciado na adolescência. É mais comum em mulheres e, geralmente, acomete indivíduos de uma mesma família. Classicamente, a dor da enxaqueca é hemicraniana (unilateral), pulsátil, migratória, associada a náuseas/vômitos,

fonofobia, fotofobia e alterações visuais (escotomas). O diagnóstico é clínico, sendo facilitado pela presença de história familiar e dos sintomas clássicos. Quando a apresentação não é típica, devem-se afastar outras causas de cefaleia.

Comumente, as síncope e vertigens são agrupadas pelos pacientes, que trazem queixas como tonteira, cabeça leve (ou vazia), visão turva, mal-estar etc. Algumas definições são úteis:

- Síncope: perda súbita e transitória da consciência e do tônus postural, com recuperação rápida e espontânea, por causa do baixo fluxo sanguíneo cerebral (por alterações cardiovasculares ou da regulação do sistema nervoso autônomo).
- Lipotimia: exatamente como na síncope, porém não há perda de consciência.
- Vertigem: sensação de um movimento que não existe, geralmente associado à perda do equilíbrio, náuseas e vômitos.

Portanto, síncope será referida como sensação de desfalecimento (visão escura, mente vazia etc), enquanto vertigem como sensação rotatória (ver coisas girando, desequilíbrio).

Na abordagem, deve-se estar atento aos hábitos alimentares, esforço físico e alterações do sistema cardiovascular como ritmo cardíaco irregular, hipotensão postural, sopros cardíacos e pulsos periféricos assimétricos.

REFLETINDO!

Mais uma vez retornaremos ao caso de Edvaldo, que referia ter desmaiado duas vezes.

Edvaldo contou a Dr. Mario que esses dois desmaios ocorreram no trabalho. Na primeira vez, ao levantar uma caixa de laticínios que estava muito pesada. Ao levantar a caixa, diz que tudo ficou escuro e só acordou no chão, tendo caído por cima da caixa. Ao ser perguntado se ficou desacordado muito tempo, diz achar que não, porque assim que se levantou o supervisor o repreendeu por achar que ele havia escorregado. Na segunda vez, Edvaldo foi sentindo fraqueza e tonteira, até desmaiar. Um colega o viu cair, e, como acordou rápido, mas ainda se sentindo tonto, ofereceu-lhe água com açúcar, e Edvaldo logo apresentou melhora significativa. Não lembra quando havia se alimentado antes desse episódio.

As síncope apresentadas por Edvaldo estão diretamente relacionadas ao seu contexto de vida. Na primeira vez, além da péssima alimentação, ao levantar um objeto pesado acabou por demandar aumento do fluxo sanguíneo cerebral que não foi imediatamente atendido, originando a síncope. No episódio seguinte, ele já apresentava sinais de hipoglicemia que se agravaram até a síncope e rapidamente desapareceram com a reposição de glicose.

3.6 Problemas infecciosos

3.6.1 Mononucleose infecciosa

A mononucleose infecciosa, também conhecida como “doença do beijo”, é uma síndrome infecciosa que tem maior incidência em indivíduos entre 15 e 25 anos de idade (DÍAZ; GUILLÉN; CARRERO, 2000). Suas manifestações são agudas, geralmente, benignas e autolimitadas. Caracterizam-se por febre alta, mal-estar, odinofagia (dor para engolir),

faringotonsilite exsudativa (placas brancas nas amígdalas/faringe), adenopatia (aumento dos linfonodos), hepatoesplenomegalia (aumento do fígado e do baço), artralgia e rash cutâneo.

É causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), com período de incubação de 30 a 40 dias, em média. A porta de entrada do vírus é a nasofaringe e o modo de transmissão ocorre pelo contato direto de secreções orais. Dessa forma, o maior contágio é pela saliva e pelo beijo, sendo rara a transmissão por transfusão sanguínea ou contato sexual.

Os sintomas duram, em média, de duas a três semanas e caracterizam-se inicialmente por fadiga, mal-estar, febre baixa, náuseas e perda de apetite. Posteriormente, pode ocorrer piora da febre, linfonodomegalia cervical (ou mesmo generalizada), hepatoesplenomegalia, faringotonsilite, artralgia generalizada e exantema maculopapular (se houver uso de penicilinas na fase aguda, este rash surgirá entre cinco a nove dias após o início do antibiótico).

O hemograma mostrará linfocitose e monocitose, com presença de linfócitos atípicos. O diagnóstico poderá ser confirmado através do monoteste e sorologias para o EBV.

Complicações são extremamente raras, destacando-se a ruptura esplênica (do baço). Por esse motivo, é indicado repouso relativo (evitar esforço físico) por duas a três semanas. Não é necessário o isolamento do paciente na fase aguda.

3.6.2 Infecção urinária

A infecção do trato urinário (ITU) é uma importante causa de morbidade em adolescentes do sexo feminino. Alguns estudos demonstram que cerca de 20% das mulheres relatam pelo menos um episódio de ITU durante seus períodos reprodutivos. Em algumas séries analisadas, 30% delas sofrem recorrências de infecção. Na gravidez, as ITU são um problema frequente (GROSSMAN; CARONI, 2009).

Merecem atenção os fatores de risco associados à infecção urinária nas adolescentes. Do ponto de vista clínico, a identificação e a orientação a respeito de alguns deles implicam mudanças significativas na incidência e nas recidivas da doença.

Fatores que contribuem para o risco de ITU no sexo feminino:

- Higiene perineal inadequada;
- Início de atividade sexual ou novo parceiro sexual (cistite da “lua de mel”);
- Vulvovaginites;
- Contaminação da bexiga secundária a duchas vaginais;
- Gravidez;
- Uso de diafragma com espermicida;
- Retardo em urinar após relação sexual.

As ITU baixas (cistites) cursam com queixas de disúria (dificuldade para urinar), polaciúria (aumento da frequência de micções, com pequenos volumes de urina), dor ou desconforto em região hipogástrica, ocasionalmente febre baixa e hematúria (presença de sangue na urina) macroscópica. Embora esses sintomas geralmente sugiram uma ITU, é importante reconhecer que outras condições podem estar associadas a essas queixas, como uretrites sexualmente transmitidas, vulvites (por cândida e herpes simples) e nefrolitíases.

As infecções altas podem ocasionar dor lombar, associada a punho-percussão muito dolorosa; dor abdominal alta, algumas vezes com sinais sugestivos de irritação peritoneal; queda do estado geral; náuseas e vômitos; febre alta e, eventualmente, sinais de toxemia.

Nos adolescentes do sexo masculino deve-se incluir a investigação de malformações renais e de vias urinárias, já no primeiro episódio de ITU.

IMPORTANTE!

Sempre se deve investigar a presença de DST associadas aos quadros de infecção urinária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo procuramos oferecer informações úteis para o manejo das queixas clínicas prevalentes nas unidades de saúde que atendem adolescentes. A anamnese é fundamental. Colher a história do paciente por meio de um roteiro padronizado, que inclua dados de identificação e sociodemográficos, seguidos da verificação das queixas e de sua contextualização (ordem de aparecimento dos sintomas, a relação entre eles e outros eventos, a história pregressa, a história familiar e social) é um procedimento essencial para o bom atendimento de um adolescente.

Se o profissional de saúde não se aproximar do mundo do seu paciente adolescente, lidará apenas com uma doença. Embora a doença seja um fenômeno biológico e material, a resposta humana a esse evento não é apenas biologicamente determinada.

REFERÊNCIAS

ANTUNEZ, M. E. M.; MATHIAS, C. R. J. C. Saúde oral e doenças sexualmente transmissíveis. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 78-79, abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/249uht>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

_____. _____. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2016.

DIAZ, J. F. J.; GUILLÉN, J. R.; CARRERO, J. A. T. Prevalência de doenças infecciosas no esporte. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 6, n. 1, fev. 2000. Disponível em: <<http://goo.gl/nmpR1N>>. Acesso em: 4 ago. 2014.

GROISMAN, S. **Protocolo clínico para diagnóstico e planejamento do tratamento para lesões cariosas**. Rio de Janeiro, RJ, 2011. Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/pc/nov11.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2014.

GROSSMAN, E.; CARONI, M. M. Urinary tract infections in adolescence. **Adolescência & Saúde**, v. 6, n. 4, p. 41-47, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=8>. Acesso em: 25 ago. 2014.

JANINI, M. E. R.; MEIRELES JUNIOR, V. **Protocolo clínico para tratamento das lesões ulceradas na cavidade bucal**. Rio de Janeiro, RJ: CRO, 2012. Disponível em: <<http://www.cro-rj.org.br/pc/mai12.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

KIDD, E. The implications of the new paradigm of dental caries. **Journal of Dentistry**, v. 39, sup. 2, p. S3-S8, dec. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571211002739>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

NOVAK, M. J. Classification of disease and conditions affecting the periodontium. In: NEWMAN, M. G.; TAKEI, H. H.; CARRANZA, F. A. **Carranza's clinical periodontology**. 9. ed. Califórnia: W. B.Saunders Company, 2002. p. 64-73.

PINTO, J. R. et al. Pericoronarite relacionada com tonsilite recorrente: revisão da literatura e relato de um caso. **Revista Odonto Ciência-Fac. Odonto/ PURS**, v. 20, n. 47, p.88-92, jan./mar. 2005. Disponível em: < <http://goo.gl/gVNg69>. Acesso em: 25 ago. 2014.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. L.; PITTS, N. B. **Dental caries. Lancet.**, v. 369, n. 9555, p. 51-9, jan. 2007.

TEIXEIRA, M. J. et al. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. **Rev. Med.**, São Paulo, 80 (ed. esp. pt. 1): p.1-21, 2001.

4 SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA

*Ilana Mirian Almeida Felipe
Vinícius Mendes Albuquerque*

O objetivo deste capítulo é descrever as principais transformações que ocorrem durante a adolescência e sua influência na sexualidade.

A adolescência é marcada por inúmeras mudanças, e as alterações fisiológicas e anatômicas são bastante evidentes nessa fase do desenvolvimento do ser humano. No entanto, há outras transformações que influenciarão sobremaneira a vida do adolescente: o despertar para a sexualidade faz parte de uma série de mudanças que englobam essa etapa e a equipe de saúde deve estar atenta a todas as modificações.

4.1 Sexualidade

A sexualidade, uma das características mais importantes do ser humano, está presente desde os primórdios da vida. Sensações sexuais estão presentes durante todo o desenvolvimento da criança, desde a amamentação até o início da puberdade, quando então há uma intensificação dessas sensações. É com a chegada da puberdade, com o desenvolvimento físico, que o ser humano se torna apto a concretizar a sexualidade plena através do ato sexual propriamente dito, que permite tanto obter prazer erótico como procriar.

O aumento do interesse sexual coincide com o surgimento dos caracteres sexuais secundários. Esse interesse é influenciado pelas profundas alterações hormonais desse período da vida e pelo contexto psicossocial. O prazer resultante do ato sexual diferencia o ser humano do restante dos animais. Ele é o único ser que, objetivamente, pode ter relação sexual só pelo prazer e não com finalidade reprodutiva (LEVIN, 1969; DOLTO, 1977), e na adolescência isso se torna evidente (SILBER; WOODWARD, 1985).

Para Freud, a sexualidade pode ser entendida como uma carga energética que se distribui pelo corpo de maneiras distintas, conforme

a idade: no primeiro ano de vida, na boca (fase oral); de 18 meses até 3 ou 4 anos, na região anal e perineal (fase anal); dos 3 aos 5 ou 6 anos, nos genitais (fase genital infantil); dos 6 ou 7 anos até a puberdade, na atividade muscular e intelectual (fase de latência). Na pré-adolescência, o sexo biológico, baseado em cromossomos, gônadas e hormônios, já está determinado e a identidade de gênero, ou senso de masculinidade e feminilidade, está estabelecida. Com o início da puberdade, a energia sexual polarizada até então para regiões definidas, passa a se transformar juntamente com as mudanças físicas, caracterizando a etapa genital adulta (MINAS GERAIS, 2006).

A adolescência inicial distingue-se pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, pela curiosidade acerca dessas mudanças e pelas fantasias sexuais, que são comuns e que podem vir acompanhadas de sentimento de culpa. A prática masturbatória começa nesse período e os jovens envolvem-se em muitas atividades não genitalizadas, como falar ao telefone ou bater papo na internet com seus amigos. Na adolescência intermediária, completa-se a maturação física e a menstruação inicia-se nas meninas; a energia sexual está mais desenvolvida e ocorre maior ênfase ao contato físico. O comportamento sexual é de natureza exploratória, as relações casuais com o corpo são comuns e a negação das consequências da atividade sexual é uma atitude típica. O término do crescimento físico e da maturação genital acontece na adolescência final, em que o comportamento sexual torna-se mais expressivo e menos explorador, com relações íntimas mais desenvolvidas (BRASIL, 2008).

Por sua vez, Cordellini (2006) considera que alguns aspectos do comportamento sexual na adolescência merecem ser comentados:

O ficar: é um relacionamento que envolve toques, carícias, beijos, jogos de sedução e, eventualmente, o ato sexual, não implicando em um compromisso no decorrer do tempo entre os parceiros. Geralmente, o grau de intimidade depende do consentimento da menina, que atualmente também tem tomado a iniciativa. O “ficar” é uma maneira do adolescente treinar seu papel erótico como parte de uma fase exploratória.

Entretanto, o que preocupa é que esse “ficar” pode ser acompanhado de comportamentos de risco para gravidez e DSTs, quando associado à falta de conscientização e à onipotência, frequentes na adolescência.

Os jogos sexuais: geralmente acontecem entre 14 e 17 anos com adolescentes do mesmo sexo. É conhecida como a fase pubertária homossexual do desenvolvimento. O adolescente costuma visualizar o outro como um espelho. Danos psicológicos são verificados quando tais jogos são caracterizados por uma situação de abuso sexual homo ou heterossexual, por pressão do grupo ou de um adulto sobre o adolescente. Portanto, vale salientar que a ocorrência de eventuais relacionamentos homossexuais em um determinado período da adolescência não significa identificação homossexual. Essa orientação sexual, se real, será confirmada ao longo do tempo frente à permanência do interesse exclusivo pelo mesmo sexo.

A masturbação: é definida como uma procura solitária do prazer sexual, por meio da autoestimulação. Funciona, também, como uma forma de autoconhecimento. No início da adolescência, apresenta um caráter exploratório. À medida que vai amadurecendo, passa a haver a busca do orgasmo. Vale salientar que esse é um ato normal, esperado, que exige privacidade. Quando tiver caráter exibicionista e/ou frequente, por um longo tempo, em detrimento do interesse de relações afetivas com outra pessoa, pode necessitar de uma avaliação global da situação vivida pelo adolescente. Devem-se alertar as meninas quanto ao uso de objetos masturbatórios na vagina, pelo risco de provocar uma ruptura do hímen de forma acidental ou infecções (CORDELLINI, 2006).

4.2 Abordagem da sexualidade

Vamos pensar na seguinte situação: um adolescente pode procurar um serviço de saúde para esclarecer dúvidas em relação a seu corpo ou ao funcionamento de seus órgãos genitais. Porém, ele também pode procurar esse serviço com queixas somáticas ou dificuldades de relacionamento em algum ambiente social que tem como pano de fundo um problema de

natureza sexual. Portanto, em qualquer atendimento de um adolescente em um serviço de saúde a questão da sexualidade pode e deve ser abordada.

A orientação a ser dada pela equipe de Saúde da Família não pode ser preconceituosa nem carregada de códigos morais ou religiosos. Devem ser utilizadas, de preferência, terminologias próprias e não gírias. É necessário orientar o adolescente e sua família sobre as transformações que ocorrem em seu corpo, sobre as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual propriamente dito e suas consequências, bem como sobre o abuso sexual.

Enfatizar que o ato sexual envolve duas pessoas, sendo de caráter íntimo e privado, assim como ambas devem estar de acordo com o que está sendo feito e, portanto, prontas para assumir as responsabilidades advindas desse ato. No caso de adolescentes que já tenham atividade sexual genital ou estejam prestes a iniciá-la, eles devem ser orientados quanto à anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Existem falhas no fornecimento de informações aos adolescentes sobre o funcionamento do seu corpo, das questões envolvendo o exercício da sexualidade, sobre a reprodução e anticoncepção e onde buscá-las.

Os profissionais da saúde não podem ignorar o fato de alguns adolescentes iniciarem atividade sexual precocemente, de usarem incorretamente os métodos anticonceptivos e que o método contraceptivo de escolha na adolescência é o anticoncepcional oral (disponível nos serviços de saúde, mais seguro, poucos efeitos colaterais e dispensa colaboração do parceiro).

No geral, os meninos têm preocupação maior quanto à prevenção em virtude de doenças sexualmente transmissíveis e as meninas com a gravidez. E não se pode deixar de envolver todas as temáticas nas propostas de prevenção voltadas para esse público.

4.3 Saúde reprodutiva e agravos relacionados

4.3.1 Anticoncepção na adolescência

A humanidade fez uso da anticoncepção desde os tempos mais remotos. Entretanto, foi a partir de 1946 que os métodos anticoncepcionais espalharam-se pelo mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos na década de 60. Apesar da política pública de saúde, na última década, ter destacado a saúde reprodutiva, anticoncepção e prevenção de DST, ainda existem no mundo cerca de 500 milhões de pessoas sem acesso a uma anticoncepção efetiva (MINAS GERAIS, 2006).

O início dessa atividade sexual também acontece de forma prematura e geralmente sem proteção anticoncepcional ou feita de maneira irregular e incorreta. Uma pesquisa realizada pela UNESCO, divulgada em março de 2004 e envolvendo 16.400 adolescentes das capitais brasileiras, mostra a seguinte realidade: primeira relação sexual entre meninos aos 14,5 anos e entre meninas aos 15,5 anos; métodos anticoncepcionais utilizados, camisinha em 61% dos casos, pílula em 24% dos casos, mas 11% dos entrevistados nunca utilizaram nenhum método; uma em cada dez estudantes engravida antes dos 15 anos (MINAS GERAIS, 2006).

E por que não se prevenir?

No dia a dia de trabalho da nossa equipe de saúde, percebemos várias questões apontadas principalmente pelas gestantes adolescentes:

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde.
- Baixo nível socioeconômico e cultural.
- Não participação do parceiro e dificuldade de negociar com ele o uso da camisinha.
- Sentimento de invulnerabilidade e pensamento mágico (nada vai acontecer comigo).
- Caráter esporádico e não planejado das relações sexuais.
- Medo que se descubra a sua atividade sexual.

- Medo do exame ginecológico.
- Preocupação com a autoimagem.
- Não conscientização da possibilidade de uma gestação.
- Alto custo dos métodos anticoncepcionais.

4.3.2 Gestação na adolescência

A gravidez é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher que se caracteriza por modificações físicas, psíquicas e sociais em um curto espaço de tempo. Ao engravidar e tornar-se mãe, a mulher vivencia momentos de dúvidas, inseguranças e medos. Já a adolescência constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais.

Em alguns meses, a menina torna-se mulher, uma mãe, ou seja, uma nova identidade é formada, gerando questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva (BOUZAS, MIRANDA, 2004).

As consequências de uma gestação durante a adolescência irão variar de maior ou menor gravidade conforme a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores socioeconômicos e culturais, tendo implicações biológicas tanto para as mães, quanto para os bebês. Para as mães, pode-se citar: anemia, menor ganho de peso, hipertensão gestacional, doenças sexualmente transmissíveis, maior morbimortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos e maior número de partos prematuros. Em relação ao recém-nascido (RN), pode-se destacar o aumento do número de natimortos e mortes prematuras, RN com baixo peso ao nascer (BPN), morte súbita nos primeiros 6 meses de vida e internações e acidentes na infância (MINAS GERAIS, 2006).

Algumas consequências sociais e psicológicas podem ser encontradas em decorrência de gestações não planejadas: ocorrência de abortos provocados, dependência financeira dos adultos, abandono ou interrupção dos estudos, dificuldade de retorno à escola, profissionalização deficiente e dificuldade de inserção no mercado de trabalho com manutenção do ciclo de pobreza, falta de apoio e/ou isolamento social e familiar, maior risco de

separação conjugal, ausência do pai durante a gestação e a vida da criança, sentimento de insegurança, maior risco de depressão e suicídio e maior risco de exploração sexual (MINAS GERAIS, 2006).

O Ministério da Saúde relata que os casos de gravidez na adolescência não podem ser tratados do mesmo modo que uma gestação em adultos pelos seguintes motivos:

- Pela complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana;
- Porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões de manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto;
- Pelas especificidades da própria faixa etária, em especial a compreendida entre os 10 e os 14 anos, que exige uma assistência à saúde diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto, o puerpério e a contracepção;
- Por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, adolescentes de ambos os sexos podem apresentar pouca maturidade emocional para as decisões que devem ser tomadas no processo e para as mudanças advindas com a maternidade em condições como as descritas anteriormente (BRASIL, 2012).

PARA SABER MAIS!

Leia a publicação “Clinisex: promovendo uma sexualidade saudável, prevenindo comportamentos de risco e protegendo adolescentes vulneráveis”, de Taquette S. R. et al.

4.3.3 Pré-natal

Uma vez que a adolescente fica grávida, o planejamento do cuidado com essa futura mãe exige, de início, a avaliação adequada do risco gestacional, abrangendo os aspectos clínico-obstétricos, psicológicos e sociais. Algumas alterações patológicas, como anemia e doença hipertensiva específica da gravidez (DEHG), podem levar à prematuridade

e ao BPN. Essas situações estão associadas à morbimortalidade materna e perinatal, sendo de natureza multifatorial, com contribuição importante das condições socioeconômicas. Todas elas podem ser modificadas pela melhoria da qualidade da assistência pré-natal, que irá interferir de forma positiva na qualidade da assistência ao parto e puerpério.

Em relação às adolescentes, o diagnóstico diferencial de gravidez deve ser investigado, não só nos atrasos menstruais, mas também em situações nas quais nenhum diagnóstico de certeza é alcançado na primeira avaliação. A anamnese é parte importante no diagnóstico precoce da gestação em adolescentes, por permitir a construção de um perfil do comportamento sexual e do grau de risco. Segundo o Ministério da Saúde, podem-se dividir os sinais e sintomas da gravidez em:

Quadro 1 - Sinais e sintomas da gravidez.

Presunção:	Compreendem alterações de odem geral. Em função do estado gravídico, podem ser encontradas manifestações neurovegetativas, como náuseas, vômitos, sialorreia, vertigem, polaciúria, nictúria, alterações pigmentares, pigmentação acentuada da aréola mamária, aumento de volume abdominal.
Probabilidade:	Alterações associadas ao aparelho genital, fruto principalmente da embebição gravídica local, e parte principal do diagnóstico clínico. São eles amenorreia, distúrbios menstruais, aumento do volume e modificações na forma do útero, sinais mamários como mastodínia, aumento de volume e da vascularização.
Certeza:	Identificação da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico no sangue, que se pode positivar em torno de 15 dias após a nidação. Este é mais sensível que o teste imunológico realizado na urina, que só é positivo após 10 a 14 dias de atraso menstrual. Com a ultrassonografia (USG) pélvica, pode-se diagnosticar o saco gestacional na quinta semana de gestação. A imagem do embrião aparecerá entre a sétima e a oitava semana, junto com os batimentos cardíacos fetais. Através da USG transvaginal, o saco gestacional pode ser identificado com 32 dias de gestação e o embrião, entre a quinta e a sexta semana.

Fonte: Adaptado de: 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf >.

O exame clínico através do toque bimanual pode mostrar indícios da gestação antes mesmo de completado o segundo mês. O diagnóstico de certeza pode ser firmado com a ausculta dos batimentos cardíofetais pelo sonar Doppler por volta da décima semana. Ao confirmar a gravidez e prever a idade gestacional, é importante analisar o que este momento representa para a adolescente e dar o apoio necessário para ela enfrentar a situação, ajudando na comunicação com a família e esclarecendo as dúvidas acerca da gestação e seus riscos.

É fundamental ressaltar que na presença de uma assistência pré-natal adequada, alguns estudos não têm encontrado diferenças clínicas e obstétricas significativas entre as adolescentes gestantes e as grávidas de outras faixas etárias. Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início e baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.

O pré-natal da gestante adolescente deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, não se limitando somente a questões biológicas, devendo ser priorizada a captação precoce e a prevenção de outras gestações. A adolescente grávida deve iniciar seu pré-natal o mais precocemente possível e ser orientada para prevenção de nova gestação. As gestações na faixa etária abaixo de 16 anos são consideradas potencialmente de risco, portanto, devem ser encaminhadas para o pré-natal em serviço de referência.

Veja abaixo algumas orientações para o pré-natal em adolescentes:

Realizar o pré-natal de baixo risco (gestante com 16 anos ou mais), definindo preferencialmente um dia da semana para o atendimento de adolescentes.

Incentivar a participação do pai da criança durante o pré-natal (consultas, exames, grupos, visita à maternidade).

Incluir as gestantes e pais adolescentes no programa do adolescente.

Desenvolver, se possível, um grupo específico para adolescentes gestantes e seus parceiros na unidade de saúde ou inserir na programação das oficinas de gestante um encontro dirigido exclusivamente a essa população, de preferência no dia do pré-natal, dando ênfase às questões próprias dessa faixa etária.

Esclarecer a família sobre as repercussões psicossomáticas da gravidez e seus riscos para que possam melhor compreender e apoiar durante esse período.

Enfatizar cuidados com a saúde reprodutiva durante o pré-natal, prevenindo uma segunda gravidez.

Preparar a adolescente para o parto, o puerpério e os cuidados com o filho. Disto depende a diminuição da mortalidade infantil em filhos de mães adolescentes (MINAS GERAIS, 2006).

4.3.4 Papel do profissional de saúde diante do diagnóstico da gravidez

Quando você suspeitar de uma gravidez não planejada, procure saber quais são as expectativas e os sentimentos da adolescente em relação à sua possível gestação. Diante do diagnóstico positivo, considere a capacidade da adolescente compreender e avaliar as implicações da gestação e, se possível, deve ser comunicado privadamente à jovem ou ao casal. Não se deve esquecer-se da possibilidade de abuso sexual ou incesto, principalmente nas adolescentes mais jovens ou naquelas com deficiência mental. Nesses casos, é dever do profissional de saúde notificar os órgãos competentes a confirmação ou suspeita de casos de abuso.

4.4 Aborto

No Brasil, a legislação considera crime o aborto provocado, mas ele continua a ser realizado na maioria das cidades de nosso país de forma clandestina. Contudo, não temos como objetivo a discussão de um assunto tão polêmico, que envolve questões éticas, morais e religiosas. De

qualquer modo, deve-se reforçar a importância de assistir adequadamente às adolescentes que, por alguma razão, submeteram-se ao procedimento. Deve-se ser imparcial e desprovido de preconceitos (BOUZAS, MIRANDA, 2004).

Diante da gravidez indesejada, da pressão dos familiares, do parceiro e das incertezas decorrentes da nova realidade, algumas adolescentes acabam optando pelo aborto, colocando-se frequentemente em risco quanto a complicações clínicas, infertilidade e risco de vida. Algumas pesquisas têm apontado que a ocorrência de aborto tem sido mais frequente entre os estratos sociais médios e altos, diferentemente dos estratos sociais baixos, nos quais a gestação tende a ser concluída (MINAS GERAIS, 2006).

A paternidade responsável

Os adolescentes, em geral, são pouco preparados para a função paterna, tendo-se em vista a sua pouca participação ou até exclusão do período da gestação e processo de criação dos filhos ao longo da história. Isso, associado a outros fatores, vem contribuindo ao longo dos anos para o isolamento, negação e outras reações defensivas desses adolescentes.

IMPORTANTE!

É necessário que haja espaço para eles assumirem esse novo papel que é ser pai. Assim, a participação do pai da criança é desejável e muito importante, principalmente no pré-natal e durante o primeiro ano de vida do bebê, para a construção de vínculos e de responsabilidades conjuntas, além de ser favorável para a evolução da gravidez, parto, puerpério e lactação.

4.5 Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs

O Ministério da Saúde preconiza a abordagem das DSTs por meio do manejo clínico sintomatológico de quatro síndromes e suas possibilidades etiológicas, propondo intervenção imediata com os recursos disponíveis, na primeira consulta (BRASIL, 2008). Em caso de suspeita de uma DST, o adolescente deve procurar um serviço de saúde para que o diagnóstico e o tratamento adequado sejam realizados o mais rápido possível, evitando assim futuras complicações e também a transmissão da doença, caso ela seja confirmada. Recomenda-se:

Exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outras DSTs;
Orientação para a realização do teste anti-HIV (conforme orientações do manual da Coordenadoria de DST/Aids);
Estímulo para adesão ao tratamento e ao exercício da sexualidade com segurança;
Convocação, tratamento e orientação dos parceiros sexuais;
Notificação dos casos;
As DST/Aids na adolescência são consideradas doenças-sentinelas por alertar para: abuso sexual, exploração sexual e descuido do adolescente em relação à sua saúde reprodutiva (MINAS GERAIS, 2006).

4.5.1 Manejo clínico sindrômico das DSTs - síndrome doença

Fique atento aos sinais, eles podem indicar diversas doenças:

ÚLCERA GENITAL

- Pode indicar: sífilis primária, cancro mole, herpes genital, linfogranuloma venéreo e donovanose.

CORRIMENTO URETRAL

- Pode indicar: uretrite gonocócica e não gonocócica.

CORRIMENTO VAGINAL

- Pode indicar: *Gardnerella vaginalis*, vaginose, vulvovaginite, trichomoníase e cândida.

DOR PÉLVICA

- Pode indicar: cervicite gonocócica e não gonocócica, doença inflamatória pélvica (MINAS GERAIS, 2006).

IMPORTANTE!

Como falamos acima, esses sinais e sintomas podem ser sugestivos de alguns agravos. Lembre-se que nem todo corrimento vaginal é indicativo de doenças sexualmente transmissíveis!

PARA SABER MAIS!

Saiba mais sobre diagnóstico e tratamento das DSTs em “Atenção à Saúde do Adolescente”, publicado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2006.

4.5.2 Adolescente portador de HIV

Pais e educadores devem ser informados de que a criança, o adolescente ou jovem portador do vírus HIV tem garantido por lei o direito à permanência na escola e à manutenção do sigilo acerca da sua condição. Devem também ser discutidas e implantadas nas escolas condutas de prevenção de caráter geral e não discriminatório. O adolescente soropositivo deve ser informado sobre os tratamentos existentes, as medidas preventivas contra as infecções oportunistas e a importância do uso de preservativos. As DST/Aids na adolescência são consideradas doenças-sentinelas por alertar para: abuso sexual; exploração sexual; e descuido do adolescente em relação à sua saúde reprodutiva (MINAS GERAIS, 2006).

4.5.3 Exame ginecológico

A rotina do exame ginecológico em seus termos propedêuticos (mamas, abdômen, órgãos genitais externos e internos) não difere muito do praticado na mulher adulta. O exame físico nunca deve ser forçado, devendo, quando necessário, ser adiado. Os exames complementares dependerão essencialmente do diagnóstico clínico, quando serão solicitados exames específicos, muitas vezes em intercâmbio com outras especialidades como genética, endocrinologia, dermatologia, urologia, cirurgia geral e plástica. Dentre as causas mais frequentes de solicitação de consulta pela adolescente, listam-se:

Secreção vaginal com ou sem prurido e/ou dor; Lesões dermatológicas na vulva; dor pélvica (dismenorreia, tumores, transtornos urinários); hemorragia genital; Mastalgia; Gravidez; Amenorreia; Malformações; Anomalias das mamas; Retardo do desenvolvimento genital; Traumatismos (BRASIL, 2008).

PARA SABER MAIS!

Complemente seus conhecimentos com a leitura do texto “Saúde do Adolescente: competências e habilidades”, publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde.



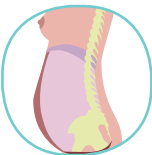

4.5.4 Dor ovulatória (Mittelschmerz)

A dor ovulatória é caracterizada pela dor na época da ovulação, às vezes com cólica intensa, podendo ser acompanhada de secreção clara e eventualmente sanguínea, com duração de até 72 horas. Esta condição pode ser diagnosticada facilmente através da data da última menstruação e o início das dores, com característica cíclica. Através de ultrassonografia, é possível visualizar a saída de líquido pela rotura do folículo ovariano. No tratamento, o uso de analgésicos (ex.: acetominofeno) ou anti-inflamatórios não hormonais são eficazes na maioria dos casos.

4.5.5 Síndrome pré-menstrual

Síndrome ou tensão pré-menstrual entre as adolescentes registra incidência bem menor se comparada à mulher adulta, que tem ciclos frequentemente ovulatórios. Os sinais e sintomas são variados, ocorrendo na fase luteínica do ciclo, cerca de sete a dez dias antes do início da menstruação. Observam-se alguns tipos de manifestações (BRASIL, 2008):

Figura 1 – Tipos de manifestações.

	Alterações mamárias com mastalgia e variável aumento das mamas (mastodínia pré-menstrual);
	Alterações gerais como insônia, cefaleia, fadiga, falta de concentração, acne, aumento de apetite, aumento de peso e vários graus de edema de extremidade;
	Alterações abdômino-pélvicas com aumento do abdômen, percebido pelo desconforto das vestes que ficam mais apertadas. A constipação intestinal reflete a formação de edema;
	Alterações psíquicas constituem a sintomatologia que mais sobressai, com ansiedade, choro, depressão, desânimo, irritabilidade, distúrbios da personalidade, nos quais as pacientes perdem o controle emocional, podendo gerar problemas sociais, reconhecidos juridicamente pela maior incidência de crimes, suicídios, acidentes de trânsito e desajuste familiar (BRASIL, 2008).

Fonte: Adaptado de: 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://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>.

Indicações de tratamento

Os exercícios regulares devem ser estimulados (caminhadas, natação, vôlei etc.). O aconselhamento psicológico muitas vezes é

necessário, principalmente quando ocorrem alterações emocionais. Os anticoncepcionais hormonais são efetivos nas adolescentes e costumam ser usados principalmente quando há necessidade de controle da natalidade. Deve-se optar pelos de baixa dosagem.

O Ministério da Saúde relata que nos casos em que a retenção hídrica é relatada pela paciente como principal problema, deve-se recorrer a tratamento com diuréticos, sete a dez dias antes da provável menstruação: cloridrato de amiloridina e hidroclorotiazida, dose: um comprimido/manhã; clortalidona - 12,5 mg, 25 mg ou 50 mg, dose: um comprimido/manhã. Quando ocorrer associação com dismenorreia, prescrever inibidores das prostaglandinas: ácido mefenâmico 500 mg, dose: um comprimido, três a quatro vezes/dia. Nas queixas de dor mamária, embora a eficácia não esteja comprovada, pode-se usar vitamina E 400 mg ou ácido gama-linoleico, dose: um comprimido/dia/seis meses (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Orientações corretas sobre saúde sexual são fundamentais na adolescência. A equipe de saúde que realiza um bom acolhimento ao jovem deve ser capaz de tornar as mudanças fisiológicas da faixa etária interessantes o suficiente para esse adolescente se sentir confortável em aprender mais sobre o assunto e questionar suas mudanças pessoais.

A gestação durante a adolescência deve ser responsabilizada ao casal e é papel de toda a equipe de saúde fazer com que o rapaz participe das atividades de pré-natal.

REFERÊNCIAS

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2014.

_____. _____. _____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. Gravidez na adolescência. **Adolesc Saude**, v. 1, n. 1, p. 27-30, 2004.

CORDELLINI, J. V. F. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

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

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em casa: atenção à saúde do adolescente**: Belo Horizonte, MG: SAS, 2006. 152 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2014.

SILBER, T. J.; WOODWARD, K. Enfermidades de transmissão 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.

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://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 25 jan. 2013.

BRASIL. 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 25 jan. 2013.

CORDELLINI, J. V.F. (Org.). Adolescência e a saúde física e mental. **Revista Igualdade**, Curitiba, ano 14, n. 42, 2008.

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.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S. R. Indicações da vacina contra o papilomavírus humano. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, mar. 2008 .

PALMA, S. M. M. Depressão na adolescência. In: SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **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.

SILVA, L.N.; RANÑA, Fernanda Fernandes. Captação e acolhimento do adolescente. In: _____. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

5 SAÚDE NUTRICIONAL, SAÚDE MENTAL E IMUNIZAÇÃO

*Ilana Mirian Almeida Felipe
Vinícius Mendes Albuquerque*

Este capítulo tem como objetivos discutir a influência da alimentação na saúde dos adolescentes e apresentar os esquemas de vacinação na adolescência.

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.

Vamos estudar as principais implicações da saúde nutricional de adolescentes e entender o papel da equipe de Saúde da Família nas intervenções que dizem respeito às ações de promoção e prevenção das intercorrências nutricionais.

5.1 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.

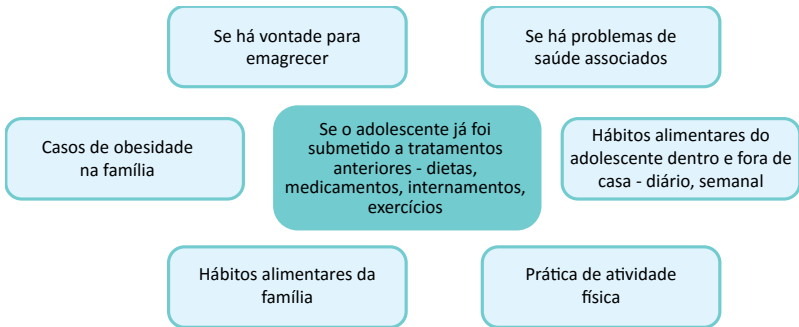
Origem exógena (causas externas, não orgânicas): estatura acima do seu canal familiar, estágio puberal de Tanner avançado, idade óssea geralmente avançada; e o exame físico é normal. Na família há vários membros obesos.

PARA SABER MAIS!

Saiba mais sobre consequências e fatores que influenciam na obesidade lendo o “PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE”, publicado em 2006 pela Prefeitura de Curitiba.

Ao identificar o adolescente obeso, é importante observar:

Figura 1 – Observações para o paciente obeso.



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://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf>.

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, triglicerídeos; 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 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.

5.1.1 Relação cintura-quadril

A relação cintura-quadril compreende o quociente entre a menor circunferência entre o gradil 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 melito, 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):

Quadro 1 - Aspectos psicossociais e clínicos relacionados ao adolescente obeso.

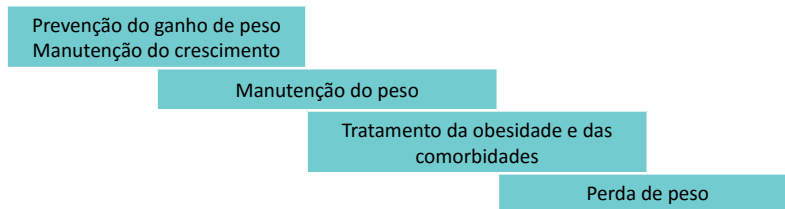
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	ASPECTOS CLÍNICOS
Alteração da imagem corporal;	Alterações musculoesqueléticas;
Depressão: como causa ou consequência da obesidade;	Diminuição da função respiratória;
Dificuldade de relacionamento com amigos;	Diabetes tipo II;
Problemas escolares;	Hipertensão arterial;
Dificuldades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

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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>.

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 2 – 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>.

5.1.2 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.

5.1.3 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 paciente, 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).

PARA SABER MAIS!

Conheça os dez passos para uma alimentação saudável para adolescentes:

- 1 - Para manter, perder ou ganhar peso, procure a orientação de um profissional de saúde.
- 2 - Alimente-se cinco ou seis vezes ao dia. Coma no café da manhã, almoço, jantar e faça lanches saudáveis nos intervalos.
- 3 - Tente comer menos salgadinho de pacote, refrigerantes, biscoitos recheados, lanches de fast food, alimentos de preparo instantâneo, doces e sorvetes.
- 4 - Escolha frutas, verduras e legumes de sua preferência.
- 5 - Tente comer feijão todos os dias.
- 6 - Procure comer arroz, massas e pães todos os dias.
- 7 - Procure tomar leite e/ou derivados todos os dias.
- 8 - Evite o consumo de bebidas alcoólicas.
- 9 - Movimente-se! Não fique horas em frente à TV ou computador.
- 10 - Escolha alimentos saudáveis nos lanches da escola e nos momentos de lazer.

5.2 Anemia

Na adolescência, por causa do 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).

5.3 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, em virtude da ingestão insuficiente ou inadequada de nutrientes, ou secundária, por causa da 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 de 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).

5.4 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).

PARA SABER MAIS!

Você irá encontrar informações sobre as condutas a serem adotadas diante de situações de depressão em adolescente, acessando O “MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE”, publicado em 2006 pela Prefeitura de São Paulo.

IMPORTANTE!

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

5.5 Imunização na adolescência

A Portaria nº 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.

PARA SABER MAIS!

Leia a Portaria nº 597/GM, de 8 de abril de 2004, na íntegra.

Quadro 2 - Calendário de vacinação do adolescente.

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SbIm) – 2015/2016

Para definir vacinas e esquemas de doses na adolescência, considerar o passado vacinal.

Vacinas	Esquemas e recomendações	Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			Gratuitas na rede pública	Clínicas privadas de vacinação
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	É considerado protegido o adolescente que tenha recebido duas doses da vacina tríplice viral acima de 1 ano de idade, e com intervalo mínimo de um mês entre elas.	Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Até 12 anos de idade, considerar a aplicação de vacina combinada quádrupla viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela – SCR.V).	SIM SCR	SIM SCR E SCR.V
Hepatites A, B ou A e B	Hepatite A: duas doses, no esquema 0 - 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> Adolescentes não vacinados na infância para as hepatites A e B devem ser vacinados o mais precocemente possível para essas infecções. A vacina combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B. 	NÃO	SIM
	Hepatite B: três doses, esquema 0 - 1 - 6 meses.		SIM	SIM
	Hepatites A e B: para menores de 16 anos: duas doses aos 0 - 6 meses; A partir de 16 anos: três doses aos 0 - 1 - 6 meses.		NÃO	SIM
HPV	Se não iniciado o esquema de vacinação aos 9 anos, a vacina HPV deve ser aplicada o mais precocemente possível. O esquema de vacinação é de duas doses, com intervalo de seis meses após a primeira, deixando de ser necessária a administração da terceira dose. As mulheres vivendo com HIV entre 9 a 26 anos devem continuar recebendo o esquema de três doses.	Duas vacinas estão disponíveis no Brasil: uma contendo VLPs dos tipos 6, 11, 16 e 18, licenciada para ambos os sexos; e outra contendo VLPs dos tipos 16 e 18, licenciada para meninas. Vacina contraindicada em gestantes.	SIM. Vacina HPV6, 11, 16, 18 para meninas de 9 a 13 anos, 11 meses e 29 dias	SIM HPV6, 11, 16, 18 e HPV16, 18
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) / difteria, tétano e coqueluche	<p>Com esquema de vacinação básico para tétano completo: um reforço dez anos após a última dose.</p> <p>Com esquema de vacinação básico para tétano incompleto: uma dose de dTpa 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atualizar dTpa independente de intervalo prévio com dT ou TT. O uso da vacina dTpa, em substituição à dT, para adolescentes e adultos, objetiva, além da proteção individual, a redução da transmissão da Bordetella pertussis, principalmente para suscetíveis com alto risco de complicações, como os lactentes. Considerar antecipar reforço com dTpa para cinco anos após a última dose de vacina contendo o componente pertussis para adolescentes contactantes de lactentes. Para indivíduos que pretendem viajar para países nos quais a poliomielite é endêmica, recomenda-se a vacina dTpa combinada à pólio inativada (dTpa-VIP). dTpa-VIP pode substituir dTpa, inclusive em gestantes. 	SIM dT para todos. dTpa para gestantes	SIM dTpa e dTpa-VIP
Varicela (catapora)	<p>Para suscetíveis: duas doses.</p> <p>Para menores de 13 anos: intervalo de três meses.</p> <p>A partir de 13 anos: intervalo de um a dois meses.</p>	Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Até 12 anos de idade, considerar a aplicação de vacina combinada quádrupla viral (SCR.V).	NÃO	SIM varicela e SCR.V

Influenza (gripe)	Dose única anual.	Desde que disponível, a vacina influenza 4V é preferível à vacina influenza 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.	SIM para grupos de risco	SIM
Meningocócica conjugada ACWY	Para não vacinados na infância: duas doses com intervalo de cinco anos. Para vacinados na infância: reforço aos 11 anos ou cinco anos após o último reforço na infância.	Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.	NÃO	SIM
Meningocócica B	Duas doses com intervalo de um mês.	Não se conhece ainda a duração da proteção conferida e, consequentemente, a necessidade de dose(s) de reforço.	NÃO	SIM
Febre amarela	Uma dose para residentes ou viajantes para áreas de vacinação (de acordo com classificação do MS e da OMS). Se persistir o risco, recomenda-se uma segunda dose dez anos após a primeira.	<ul style="list-style-type: none"> • Uma dose para viajantes para áreas de risco ou para atender a exigências sanitárias de determinadas viagens internacionais (pelo menos dez dias antes da viagem). • Contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Quando os riscos de adquirir a doença superam os riscos potenciais da vacinação, o médico deve avaliar sua utilização. 	SIM	SIM

28/08/2015 • Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes • Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial. Consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.

Fonte: Adaptado de: SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação do adolescente:** recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) -2015/2016. 2014.

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 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 (2008) divulgou em seu site 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 4 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. Após as mudanças do calendário de vacinação do Ministério da Saúde para 2016, a imunização consiste na aplicação de duas doses intramusculares com intervalos de 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 foi vacinar 4,1 milhões de adolescentes na faixa etária de 11 a 13 anos, até o fim do ano de 2014. A partir de 2016, o esquema vacinal passa para duas doses, sendo que a menina deve receber a segunda seis meses após a primeira, deixando de ser necessária a administração da terceira dose. Os estudos recentes mostram que o esquema com duas doses apresenta uma resposta de anticorpos em meninas saudáveis de 9 a 14 anos, não inferior quando comparada com a

resposta imune de mulheres de 15 a 25 anos que receberam três doses. As mulheres vivendo com HIV entre 9 a 26 anos devem continuar recebendo o esquema de três doses .

Em 2015, as vacinas seriam direcionadas a adolescentes de 9 a 11 anos e em 2016 começam a ser imunizadas as meninas que completam 9 anos (BRASIL, 2014b).

PARA SABER MAIS!

O “Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais”, do Ministério da Saúde, 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 e confira.

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 ter aceitação 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://bvsmms.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://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/33871-vacina-contrahpv-esta-disponivel-nos-postos-de-saude-de-todo-o-pais>>. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

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

CORDELLINI, J.V. F. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2006. 122 p. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_do_adolescente/adolescente_001.pdf>. 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://www.agencia.fiocruz.br/m%C3%A9dico-esclarece-quest%C3%B5es-sobre-hpv-e-vacina%C3%A7%C3%A3o>>. 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://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

NADAL, L. R. M.; NADAL, S.R. 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://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf>. 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://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2013/06/adolescente_calendarios-sbim_2013-2014_130610.pdf. 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://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra.asp>. 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).

BRASIL. 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://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 25 jan. 2013.

CORDELLINI, J.V. F. 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. Enfermedades 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, L. N.; RANÑA, F. F. Captação e acolhimento do adolescente. In: _____. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

